



# 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)

## **ANNEXE A**

### **Cadre conceptuel**

## CADRE CONCEPTUEL

### Base théorique

Les lacunes dans la connaissance des déterminants de la santé, et en particulier des ISS, renvoient à deux problèmes: d'une part, il manque de données appropriées et convenablement mises en forme, à tous les niveaux mais encore plus au niveau d'intervention local ; et d'autre part, le cadre conceptuel qui oriente la surveillance de la santé doit être remanié pour prendre en compte pleinement les idées mises de l'avant dans la foulée des rapports que nous avons cités sur les ISS. Il nous faut plus de données, certes, mais il nous faut aussi proposer un nouveau regard sur ces données, à tous les niveaux d'intervention de même qu'un renouvellement de leur mise en forme de façon à ce qu'elles soient vraiment parlantes pour tous les décideurs et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs.

Comment faut-il donc mesurer les ISS si on veut fonder les interventions et les évaluer? Nous proposons que cette stratégie prenne comme point de départ l'approche de Mackenbach (Kunst et Mackenbach, 1994 ; Mackenbach et Stronks, 2002), qui spécifie quatre « points d'entrée » pour les interventions réductrices des ISS : 1) réduire les désavantages socioéconomiques, 2) réduire les effets amplificateurs de la mauvaise santé sur les désavantages socioéconomiques, 3) réduire l'effet des facteurs qui servent de médiateurs (conditions et habitudes de vie), et enfin, 4) améliorer l'accès des individus désavantagés aux soins de santé. On fait face ici à un paradoxe de l'action visant à réduire les ISS. La liste de Mackenbach et ses collaborateurs correspond à un ordre décroissant d'efficacité anticipée: les interventions qui ont les effets les plus forts visent des cibles directement à l'origine des ISS (changements de la distribution du revenu, de l'éducation, des emplois de qualité, en particulier) plutôt qu'en tentant de remédier a posteriori aux conséquences adverses (en particulier le changement des

habitudes de vie et l'adaptation des services à la condition sociale des individus). Cela dit, ces dernières interventions sont d'autant moins négligeables qu'elles sont souvent les plus aisément réalisables, du moins dans le court et le moyen terme. Même si ce n'est pas facile, on peut changer l'organisation des soins et mieux sensibiliser les praticiens aux ISS, on peut faire des campagnes pour persuader les individus de changer leurs habitudes relatives à l'hygiène, à la diète, à l'exercice physique, à l'usage de l'alcool, des drogues ou du tabac (encore que dans ce dernier cas, la baisse du tabagisme ait conduit, paradoxalement, à une hausse des inégalités entre catégories socioéconomiques à cet égard : les interventions les mieux intentionnées ne conduisent pas forcément à la réduction des ISS). Il est déjà plus difficile de changer les conditions de vie de groupes socioéconomiques désavantagés, comme le montrent notamment les difficiles luttes pour le logement social ou pour la limitation des effets néfastes de certains modes de transports sur la santé. Enfin, faire reculer les inégalités de revenu, de qualité de l'emploi et d'accès à l'éducation est une entreprise qui ne réussit que si elle engage l'ensemble de la société dans le long terme. La chose est possible, même ici : signalons par exemple le succès marqué du Québec dans sa lutte à la pauvreté (Roy et al. 2008), du moins en comparaison avec le reste du Canada et de l'Amérique du nord.

Notons également, comme le signale le Rapport Marmot de l'OMS, qu'une action orientée vers les conditions de vie et les IS elles-mêmes prolonge, mais dépasse également les seules responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux ; elle appelle une action intersectorielle, qui d'ailleurs se développe de plus en plus sur le terrain au Québec et dans nombre d'autres sociétés. Le cadre conceptuel et les mesures que nous proposons devront donc viser à rallier non seulement les acteurs du domaine de la santé et des services sociaux, mais aussi ceux de l'éducation, de l'emploi et de la solidarité sociale, de la famille, voire d'agences centrales comme les finances et le trésor ou les Comités interministériels de planification.

L'ancrage de notre projet dans la perspective de Mackenbach fournit déjà, à partir de ces considérations, une piste pour le développement d'indicateurs des ISS. Au-delà des mesures directes de l'état de santé de la population, il faut aussi concevoir et proposer des indicateurs des IS qui ont un impact sur la santé, soit comme causes proximales (conditions de vie, habitudes de vie et conditions d'accès aux services), soit comme causes distales (éducation, emploi et revenu).

Nous élargissons la perspective de Mackenbach en la conjuguant avec deux autres approches qui lui sont complémentaires : celle des parcours de vie et celle des règles d'accès aux ressources. Mackenbach reconnaît d'emblée que les ISS doivent être analysées dans une perspective de parcours de vie, les inégalités socioéconomiques étant à la fois une cause majeure et une conséquence des problèmes de santé. Selon Bernard (2007), l'analyse des parcours de vie repose sur quatre principes de base. Premièrement, les individus construisent leur avenir sur la base des contraintes et des occasions que leur fournit leur passé, en un processus itératif au fil du temps. Ces contraintes et occasions sont évidemment inégalement distribuées dans la population; qui plus est, ces inégalités tendent à s'amplifier au cours de la vie (c'est la théorie des désavantages cumulatifs) et l'un des rôles des politiques publiques est d'enrayer ce mécanisme de reproduction des désavantages et de permettre aux individus de bénéficier de « secondes chances ». Deuxièmement, la vie est faite de multiples facettes en interaction. Il importe donc d'en mesurer l'évolution afin de comprendre comment se construisent les ISS à travers le temps et comment on pourrait les réduire et réduire l'effet d'un possible cumul. Troisièmement, les vies sont liées, au sens où les individus forment au fil de leur vie des liens forts d'interdépendance avec certains autres, auxquels ils sont principalement liés par des rapports familiaux. Ces liens sont tels que les événements importants du parcours de vie d'un individu affectent celui de ses proches, et vice-versa, ce que les politiques et les interventions publiques doivent prendre en compte, pour peu qu'elles puissent s'appuyer sur des données qui mettent en relief ces liens cruciaux d'interdépendance (pensons à

la pauvreté des enfants, par exemple). Enfin, les parcours de vie dépendent également des milieux de vie où se retrouvent les individus, au plan local et au plan sociétal.

Cette perspective des parcours de vie nous conduit directement au dernier élément de cette stratégie conceptuelle, également cohérent avec la perspective de Mackenbach, la notion de ressources pertinentes pour la santé et celle des règles d'accès à ces ressources (Bernard et collaborateurs, 2007). On peut voir les quartiers, les régions et les sociétés elles-mêmes comme des milieux où des ressources favorables ou défavorables à la santé sont diversement accessibles aux individus et aux familles. Il importe de tenir compte, au niveau local, de la présence physique de telles ressources à proximité : qualité de l'air, sécurité alimentaire, occasions de transport actif, parcs, ou, dans le registre négatif, débits de tabac vendant aux mineurs, intersections dangereuses, appareils de loterie vidéo. Mais la simple proximité ne suffit pas à garantir l'accès. Un ensemble de règles régissent cet accès : règles économiques du prix (on a accès à ce qu'on peut se payer); règles institutionnelles (on a accès à ce à quoi on a un droit reconnu en tant que citoyen); règles de réciprocité informelle, qui se traduit en deux modes d'accès aux ressources, d'une part la sociabilité et d'autre part l'organisation communautaire.

Ces trois ensembles de concepts nous permettent de proposer une stratégie de mesure des ISS qui atteigne trois buts. En premier lieu, identifier les « causes fondamentales » (Willson, 2009) des ISS, celles qui traduisent les inégalités socioéconomiques (revenu, richesse, éducation, profession) en disparités de santé quelles que soient les causes proximales de la maladie. En deuxième lieu, insister sur les phénomènes de santé qui ont des effets de longue portée sur le parcours de vie des individus, entravant leurs chances d'échapper aux déterminations des ISS (par exemple le petit poids à la naissance, le stress chronique durant la petite enfance, ou les accidents de travail en début de vie professionnelle). En dernier lieu, identifier les ressources pertinentes pour la santé dans les milieux locaux et à l'échelle de

la société et mesurer le degré d'accès à ces ressources qui caractérise les individus et les familles de différents niveaux socioéconomiques.

### **Conséquences pour le développement d'indicateurs des ISS**

Nous avons déjà signalé l'importance de mesurer différents aspects des ISS. Ajoutons que ces mesures doivent insister non seulement sur les tendances centrales (le niveau moyen des divers indicateurs de santé ou le niveau moyen de pollution, de tabagisme, d'éducation, de revenu, etc.) mais aussi sur les caractéristiques de la distribution de la santé et le niveau d'inégalités prévalant. Il faudra en particulier évaluer si nous progressons ou non quant à la proportion de la population qui est au bas de la distribution des indicateurs (par exemple la proportion de la population qui affirme que sa santé n'est pas bonne, ou la proportion de personnes en situation de pauvreté).

Les indicateurs des ISS que nous proposons s'inspirent aussi des perspectives des parcours de vie et de l'accès aux ressources, tout en attachant une grande importance à leur intelligibilité pour les usagers. C'est la notion même de parcours de vie, et celle d'accès aux ressources qui peuvent nous fournir une clé différente et plus efficace d'organisation des indicateurs, en les liant entre eux dans une perspective causale qui en fournit une vision synthétique et orientée vers le long aussi bien que le court terme.

## Références

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

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

ROY, M.-R. *et coll.* (2008). «Le Québec à l'avant-garde de la lutte contre la pauvreté au Canada», *Options politiques*, septembre 2008, 57-61.

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

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

## **ANNEXE B**

### **Principes de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme**

# **Principes de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme UNESCO 2005**

- 1. Dignité humaine et droits de l'homme**
- 2. Effets bénéfiques et effets nocifs**
- 3. Autonomie et responsabilité individuelle**
- 4. Consentement éclairé**
- 5. Personnes incapables d'exprimer leur  
consentement**
- 6. Respect de la vulnérabilité humaine et intégrité  
personnelle**
- 7. Vie privée et confidentialité**
- 8. Égalité, justice et équité**
- 9. Non-discrimination et non stigmatisation**
- 10. Respect de la diversité culturelle et du pluralisme**
- 11. Solidarité et coopération**
- 12. Responsabilité sociale et santé**
- 13. Partage des bienfaits**
- 14. Protection des générations futures**
- 15. Protection de l'environnement, de la biosphère  
et de la biodiversité**

# Exemples d'articulation des principes avec les indicateurs

<b>Principes ou valeurs</b>	<b>Indicateurs</b>
Dignité humaine et droit de la personne	qui ne stigmatisent pas
Respect et autonomie des personnes	qui n'entravent pas l'autonomie des personnes et permettent de les respecter
Effets bénéfiques et nocifs	dont les effets bénéfiques pour la population l'emportent sur les effets nocifs
Justice et équité	qui permettent d'être justes envers tous mais aussi qui permettent la prise en compte des différences selon les clientèles
Transparence	compréhensibles
Responsabilité sociale	qui permettent d'augmenter la responsabilité sociale de l'état et des citoyens
Vie privée et confidentialité	qui respectent la vie privée

## **ANNEXE C**

### **Tableau de bord des indicateurs proposés**

**en fonction du cadre conceptuel et de la correspondance avec les indicateurs  
du Plan national de surveillance et de la Stratégie (INSPQ/MSSS/TCNS)**

	Cadre conceptuel S: structure P: parcours de vie R:ressources	Plan de surveillance national	Travaux de l'INSPQ
<b>1. DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT</b>			
• Niveau de développement à 2 ans	P		
• Maturité scolaire	P	X	
• Enfants de 0-5 ans dans une famille à faibles revenus	P, S	X	
• Disponibilité des services de garde	P, R		
• Allaitement pendant les six premiers mois	P	X	
<b>2. SANTÉ MENTALE</b>			
• Détresse psychologique		X	
• Accès à une psychothérapie	R		
• Stigmatisation pour problèmes de santé mentale	S		
<b>3. SANTÉ AU TRAVAIL</b>			
• Absence du travail > 90 jours pour lombalgies et TMS	S	X	
• Entreprises «hors-norme» pour les contaminants chimiques	S	X	
• Incidence du syndrome du canal carpien (SCC)	S	X	
<b>4. MALADIES INFECTIEUSES</b>			
• Couverture vaccinale contre l'influenza, le pneumocoque et certaines maladies évitables par la vaccination chez l'enfant	P, R		
• Milieux de vie à risque accru de maladies infectieuses	S, P		
a) Habitation surpeuplée	S	X <sup>1</sup>	
b) Faible soutien social	S		
• Taux de populations vulnérables pour les MI (immigrants récents, réfugiés, anciens prisonniers, itinérants, autochtones vivant hors communauté, jeunes sortis des centres jeunesse)	S		
<b>5. ETHNICITÉ ET MIGRATION</b>			
• Connaissance des langues d'usage	S	X	
• Déqualification sociale	S		
• Statut d'immigration	S		
• Durée de résidence	P	X	
• Origine ethnique	P	X	

<sup>1</sup> n'est plus disponible

	Cadre conceptuel S: structure P: parcours de vie R:ressources	Plan de surveillance	Travaux de l'INSPQ
<b>6. PRÉVENTION ET MALADIES CHRONIQUES</b>			
• Taux de tabagisme	P	X	O
• Taux de diabétiques selon l'hémoglobine glyquée	P		
• Traumatismes routiers des piétons, des cyclistes et des automobilistes	R	X	
<b>7. SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE</b>			
• Besoins non comblés de services de santé	R		
• Affiliation à un médecin de famille	R		
• Services de santé évités à cause des coûts	R	X	
<b>8. INDICATEURS ÉCONOMIQUES</b>			
• Taux d'emploi (le taux de chômage est plus volatile)	S		
• Proportion de la population selon le plus haut niveau de scolarité atteint	S		
• Proportion des ménages privés selon le mode d'occupation du logement	S		
• Proportion de la population qui utilise 30%-50% du revenu au loyer («taux d'effort»)	S		O
• Nombre de personnes en attente d'un logement social	R		
• Ratios interquintiles de revenus			
a) 5 <sup>e</sup> quintile / 3 <sup>e</sup> quintile	S		
b) 3 <sup>e</sup> quintile / 1 <sup>er</sup> quintile	S		
• Ratio interquintiles intéressants pour suivre les inégalités socioéconomiques • 2 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> quintiles plus difficiles à interpréter			
<b>9. INDICATEURS GÉNÉRAUX</b>			
• Littératie globale	S		
• Littératie en santé	S		
• Insécurité alimentaire	R, S		O

**ANNEXE D**  
**Développement des enfants**

---

# Indicateurs de surveillance des inégalités sociales de santé :

## Le développement de l'enfant de la naissance à cinq ans

Sylvana Côté,

Jean-Baptiste Pingault & Alexandra Rouquette

---

Les expériences vécues lors des premières années de vie et les facteurs environnementaux auxquels un enfant est exposé depuis sa naissance, voire même depuis la période in utero, sont reconnus pour influencer son développement et sa santé tout au long de la vie<sup>1</sup>. En particulier, il a été montré que la position sociale pendant l'enfance a une influence sur l'ensemble des indicateurs de santé à l'âge adulte, indépendamment de la position sociale à l'âge adulte. C'est, en effet, entre la naissance et l'âge de cinq ans que se développent les structures essentielles aux capacités physiques, cognitives et sociales de l'enfant<sup>2</sup>. L'impact de carences pendant cette période est donc susceptible de perdurer à l'âge adulte par un processus d'accumulation des facteurs de risque de mauvaise santé tout au long de la vie. De nombreuses études empiriques ont d'ailleurs montré une forte influence du développement physique, social et cognitif pendant la petite enfance sur le degré de préparation à l'entrée à l'école, la réussite scolaire et sur la réussite dans de nombreux aspects de la vie sociale et économiques à l'âge adulte aussi bien que sur la santé<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>. La précocité des interventions visant à

---

<sup>1</sup> Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a new framework for Health Promotion and Disease Prevention. JAMA. 2009;301:2252-9

<sup>2</sup> Nelson CA. The Neurobiological Bases of Early Intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SM, editors. Handbook of Early Childhood Intervention Second Edition. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2006. p. 204-27

<sup>3</sup> Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2008. Accessible sur internet, visité le 09/03/2011 : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)

<sup>4</sup> Direction du Programme de Santé Publique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Institut National de Santé Publique du Québec. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riche de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans: Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, 2007. Accessible sur internet, visité le 09/03/2011 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05>

<sup>5</sup> Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010. Accessible sur internet, visité le 08/03/2011 : <http://www.thecanadianfacts.org/>

<sup>6</sup> The Marmott Review. Fair society, healthy lives: UK Department of Health, 2010. Accessible sur internet, visité le 09/03/2011 : [www.ucl.ac.uk/marmottreview](http://www.ucl.ac.uk/marmottreview)

atténuer les conséquences des inégalités sociales dès la petite enfance est donc essentielle autant en termes d'amélioration de la santé que de justice sociale et les bénéfices qu'elle permet sont bien plus importants que des interventions mise en œuvre pendant l'âge scolaire ou post scolaire<sup>8</sup>.

De part cette proximité entre environnement et développement pendant la petite enfance, la mise en œuvre d'un système de surveillance des inégalités sociales dans ce domaine ayant pour buts non seulement la description mais aussi le soutien à l'intervention, devra permettre la mesure du niveau de développement des enfants du territoire surveillé et celle de ses déterminants qui sont, pour beaucoup d'entre eux, des cibles potentielles d'interventions. Dans une première partie, ce texte présente de manière globale les dix indicateurs retenus pour notre thème selon trois grilles de lecture : leur fonction descriptive, leur fonction de soutien à l'intervention et enfin leur intégration dans chacune des trois approches de mesures des inégalités sociales de santé choisies dans le cadre du projet « La mesure des inégalités sociales de santé : au-delà de la description, le soutien à l'intervention ». La présentation détaillée de chacun des dix indicateurs et de leurs qualités fera l'objet de la deuxième partie. Enfin, le classement argumenté par ordre de priorité pour l'intégration de ces dix indicateurs dans le système de surveillance sera présenté.

## I - Présentation générale des indicateurs sélectionnés

### A – Fonction descriptive

Pour la description du niveau de développement psychomoteur, cognitif et social des enfants de la naissance à cinq ans du territoire surveillé, il a été décidé de sélectionner deux indicateurs ciblant les enfants âgés de deux ans (« **Niveau de développement à deux ans** ») et de cinq ans (« **Maturité scolaire** ») afin de mieux couvrir la période développementale concernée. Les huit autres indicateurs ont été sélectionnés dans l'optique de permettre la description des déterminants du développement de l'enfant : « **Enfants de 0-5 ans dans une famille à faibles revenus** », « **Education des parents** », « **Disponibilité des services de garde** », « **Soins prénatals tardifs** », « **Allaitement pendant les six premiers mois** », « **Naissances chez les femmes de moins de vingt ans** », « **Tabagisme durant la grossesse** », « **Maltraitance** ».

### B – Fonction de soutien à l'intervention

En termes de soutien à l'intervention, comme l'indique le *tableau 1*, ces dix indicateurs vont permettre d'apporter des informations pour répondre à deux questions : 1/ A **quelle période** vont s'adresser les interventions suggérées par ces indicateurs ? 2/A **qui** vont-elles s'adresser ?

---

<sup>7</sup> L'administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la Santé Publique au Canada. Grandir sainement - Priorités pour un avenir en santé, 2009. Accessible sur internet, visité le 09/03/2011 : <http://santepublique.gc.ca/rapportdeACSP>

<sup>8</sup> Heckman JJ. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. Science. 2006;312:1900

Indicateur	A quelle période s'adresse l'intervention ?	À qui s'adresse l'intervention?
Education des parents	Toutes	Famille - Environnement
Pauvreté de l'enfant	Toutes	Famille - Environnement
Soins prénatals tardifs	Prénatal	Mère
Tabagisme durant la grossesse	Prénatal	Mère
Naissances chez les femmes âgées de moins de 20 ans	Post-natal	Mère
Allaitement pendant les six premiers mois	Post-natal	Mère
Disponibilité des services de garde	Post-natal	Famille - Environnement
Maltraitance	Post -natal	Famille - Environnement
Niveau de développement à 2 ans	Post-natal	Enfant
Maturité scolaire (5 ans)	Post-natal	Enfant

**Tableau 1** – Les dix indicateurs et leur fonction de soutien à l'intervention

### C – Intégration dans les trois approches de mesure des inégalités sociales de santé

La particularité du thème « développement de l'enfant de la naissance à cinq ans » est que l'ensemble des indicateurs qui s'y réfèrent vont s'intégrer dans l'approche des parcours de vie car le développement des enfants pendant cette période est à la fois influencé par l'environnement social dans lequel ils évoluent et est prédictif de leur santé physique et mentale pendant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte<sup>9</sup>.

Concernant l'approche structurelle de Mackenbach, quatre indicateurs s'y intègrent : l'« **Education des parents** » et la « **Pauvreté de l'enfant** » qui sont des facteurs de la position socio-économique de l'enfant, la « **Disponibilité des services de garde** » qui évalue les politiques publiques dirigées à la petite enfance par le biais des politiques de financement des services de gardes et enfin l'« **Allaitement pendant les six premiers mois** » qui semble jouer un rôle modérateur par rapport aux inégalités structurelles, l'effet positif de l'allaitement étant supérieur dans les familles défavorisées par rapport aux familles non-défavorisées<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> L'administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la Santé Publique au Canada. Grandir sainement - Priorités pour un avenir en santé, 2009. Accessible sur internet, visité le 09/03/2011 : <http://santepublique.gc.ca/rapportdeACSP>

<sup>10</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 <http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/PauvreteEnfantsQuebec07.pdf>

Enfin, deux indicateurs sont concernés par l'approche des règles d'accès aux ressources : les « Soins prénatals tardifs » dans la mesure où les soins prénatals sont à la fois une ressource et un vecteur de ressources supplémentaires ; et la « Disponibilité des services de garde » car les enfants les plus pauvres n'ont pas autant accès que les autres à des services de garde (notamment des services de qualité) et que, par ailleurs, ce sont chez les enfants les plus pauvres que les bénéficiaires de ces services seraient les plus importants.

Le tableau 2 résume, pour chaque indicateur, son intégration dans chacune des trois approches de mesures des inégalités sociales de santé.

Indicateur	Parcours de vie	Mackenbach	Accès aux ressources
Education des parents			
Pauvreté de l'enfant			
Soins prénatals tardifs			
Tabagisme durant la grossesse			
Naissances chez les femmes âgées de moins 20 ans			
Allaitement pendant les six premiers mois			
Disponibilité des services de garde			
Maltraitance			
Niveau de développement à 2 ans			
Maturité scolaire (5 ans)			

Tableau 2 – Les dix indicateurs et leur intégration dans les trois approches de mesure des inégalités sociales de santé

## II – Présentation détaillée de chacun des dix indicateurs

### 1 - Maturité scolaire

Cet indicateur est défini comme :

**« Proportion d'enfants inscrits en maternelle (5 ans) vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire »**

La « maturité scolaire » est évaluée à l'aide de l'Instrument de Mesure du Développement de la Petite Enfance (IMPDE)<sup>11</sup> et est une estimation du niveau de préparation des enfants à l'apprentissage en milieu scolaire. Ce questionnaire informatisé est rempli par l'enseignant via un site Web pour chaque enfant de sa classe de « maternelle 5 ans » (20 minutes par enfant) entre février et

<sup>11</sup> Janus M, Brinkman S, Duku E, Hertzman C, Santos R, Sayers M, et al. The Early Development Instrument: A Population-based Measure for Communities. A Handbook on Development, Properties, and Use 2007. Disponible sur Internet, visité le 09/04/2011: [http://www.rch.org.au/emplibrary/australianedi/2007\\_12\\_FINALEDIHANDBOOK.pdf](http://www.rch.org.au/emplibrary/australianedi/2007_12_FINALEDIHANDBOOK.pdf)

avril afin qu'il ait eu le temps de connaître suffisamment l'enfant. Cinq domaines sont évalués à partir de 103 questions :

- la santé physique et le bien-être : motricité globale/fine, coordination motrice, niveau d'énergie convenant aux activités en classe, autonomie à satisfaire ses propres besoins, aptitudes à la vie quotidienne.
- la compétence sociale : curiosité à l'égard du monde, volonté de faire de nouvelles expériences, connaissance des comportements acceptables dans un lieu public, capacité de maîtriser sa conduite, respect adéquat de l'autorité des adultes, coopération, observation des règles, capacité de jouer et de travailler avec ses pairs.
- la maturité émotionnelle : aptitude à réfléchir avant d'agir, capacité d'établir un équilibre entre la peur et l'audace excessives, aptitude appropriée selon l'âge à composer avec ses sentiments, capacité de réagir avec empathie aux sentiments d'autrui.
- le développement langagier et cognitif : sensibilisation à la lecture, aptitudes à la lecture et à l'écriture appropriées selon l'âge, aptitudes à la numération appropriées selon l'âge, capacité de s'adonner à des jeux de société, aptitude à comprendre les similitudes et les différences, aptitude à réciter de mémoire des éléments d'information.
- les aptitudes et les connaissances générales en matière de communications : aptitude à communiquer ses besoins et ses désirs de manière socialement acceptable, utilisation symbolique du langage, conte, connaissances appropriées selon l'âge sur la vie et le monde environnant.

Un score de 0 à 10 est attribué dans chacun de ces domaines et plus le score est faible plus l'enfant a des difficultés dans le domaine concerné :

- Un enfant est considéré comme « vulnérable » dans un domaine si son score est inférieur ou égal au 10<sup>ème</sup> percentile de la distribution de l'échantillon de référence pour le même âge et le même sexe (échantillon de plus de 115 000 enfants représentatif des enfants de maternelle à l'échelle du Canada)
- Un enfant est considéré comme « fragile » dans un domaine si son score est entre le 10<sup>ème</sup> et le 25<sup>ème</sup> percentile de la distribution de l'échantillon de référence pour le même âge et le même sexe
- Un enfant est considéré comme « prêt pour l'école » dans un domaine si son score est supérieur au 25<sup>ème</sup> percentile de la distribution de l'échantillon de référence pour le même âge et le même sexe.

Il faut noter que cet instrument n'est en aucun cas un outil de dépistage et que les résultats ne peuvent s'interpréter qu'au niveau de groupes (quartier, ville, etc.). Ses qualités psychométriques ont été largement étudiées et jugées acceptables<sup>12</sup> :

- Cohérence interne : alpha de Cronbach = 0,84 à 0,96 selon le domaine
- Fidélité Test-Retest : 0,82 à 0,94
- Fidélité Inter-juges : entre enseignant de maternelle et enseignant de primaire 0,53 à 0,80
- Validité concomitante : avec le First STEp score 0,54 à 0,73
- Validité externe : avec réponses des parents lors d'un entretien 0,34 à 0,48

---

<sup>12</sup> Janus M, Brinkman S, Duku E, Hertzman C, Santos R, Sayers M, et al. The Early Development Instrument: A Population-based Measure for Communities. A Handbook on Development, Properties, and Use 2007. Disponible sur Internet, visité le 09/04/2011: [http://www.rch.org.au/emplibrary/australianedi/2007\\_12\\_FINALEDIHANDBOOK.pdf](http://www.rch.org.au/emplibrary/australianedi/2007_12_FINALEDIHANDBOOK.pdf)

- Validité prédictive : les scores à L'EDI prédisent des scores de développement au grade 2 (Visual-Motor Integration, SDQ Emotional score, DTLA-4 scores)

La disponibilité de cet indicateur est assurée par la mise en œuvre de l'Enquête Québécoise sur le Développement des Enfants de Maternelle 2012 (EDEM 2012) dans le cadre du Plan Ministériel de Surveillance Multithématique (PMSM) et de l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants. Sa coordination a été confiée à la Direction des Enquêtes Longitudinales et Sociales (DELS) de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ). La première collecte de cette enquête transversale aura lieu du 15 Février au 15 Avril 2012 et son renouvellement est prévu tous les 5 ans. Elle concernera l'ensemble des enfants inscrits en « maternelle 5 ans » publique et privée dans les 18 régions socio-sanitaires du Québec<sup>13</sup> :

- soit 98,4% des enfants de plus de 5 ans et non scolarisés en primaire en 2008-2009<sup>14</sup>
- dont les parents, l'enseignant, l'école et la commission scolaire ont consenti à la passation de l'IMDPE pour l'enfant
- exclusion des enfants fréquentant des établissements relevant du gouvernement fédéral ou identifiés comme Elèves Handicapés, en Difficultés d'Adaptation ou d'Apprentissage (EHDA)

Des informations sur l'âge, le sexe, la langue maternelle, les variables socio-économiques, le statut d'immigration et la fréquentation de garderie seront collectées à cette occasion, permettant ainsi de décomposer les résultats en fonction de ces variables.

Enfin, les résultats obtenus pourront être comparés au niveau territorial (le niveau de précision pour de petites unités territoriales est assuré par l'estimation de l'effectif total qui est 75000 enfants en école publique et effectif encore indéterminé dans les écoles privées), provinciale (utilisé dans l'Etude Longitudinale des Enfants du Québec - ELDEQ, à Montréal en 2006, dans le Bas-Saint Laurent en 2009), nationale (échantillon normatif canadien de référence disponible et utilisation actuelle de l'IMPDE en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Saskatchewan et à l'Île du Prince-Edouard) et internationale (IMPDE utilisé en Australie, certaines régions des États-Unis, Chili, Egypte, Angleterre, Irlande, Nouvelle-Zélande, Kosovo, Jamaïque, Moldavie, Mexique).

Cette définition de l'indicateur a été choisie pour sa facilité de compréhension pour la communication des résultats aux décideurs et à la population mais d'autres définitions sont exploitables (distinctions des différents domaines, étude des scores moyens dans chaque domaine, etc.). A titre d'illustration, en 2006, sur Montréal, 34,6% des enfants étaient vulnérables dans au moins un domaine de maturité scolaire (de 22,7% dans le territoire du Centre Local de Services Communautaires – CLSC - du Plateau Mont Royal à 43,2% dans le territoire du CLSC Mercier-Est/Anjou)<sup>15</sup>. A Montréal en 2008, les indicateurs socio-économiques les plus corrélés avec cet indicateur étaient, au niveau des territoires des CLSC :

- Immigration : Proportion de la population dont la langue maternelle n'était ni le français ni l'anglais / Proportion d'immigrants récents

<sup>13</sup> Simard M, Audet N, Perron B. Ebauche du protocole de réalisation de l'Enquête sur le Développement des Enfants à la Maternelle en 2012 (EDEM) par l'Institut de la Statistique du Québec. Document de travail, 2012

<sup>14</sup> Ministère de l'éducation du Loisir et du Sport, Direction générale des politiques de la recherche et de la planification stratégique. Indicateurs de l'éducation 2010. Disponible sur Internet, visité le 08/04/2011: [http://www.mels.gouv.ca/sections/publications/publications/SICA/DRSI/IndicateursEducation2010\\_f.pdf](http://www.mels.gouv.ca/sections/publications/publications/SICA/DRSI/IndicateursEducation2010_f.pdf)

<sup>15</sup> Conseil Canadien sur l'Apprentissage. Réunir les Approches pour suivre le développement des enfants. Combiner la méthode des indicateurs sociaux, les évaluations populationnelles, les enquêtes longitudinales et l'appariement des données. Compte rendu de l'atelier du Comité de suivi du centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants 2008. Disponible sur Internet, visité le 09/03/2011: <http://www.ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants>

- Santé des nouveau-nés : Proportion de nouveau-nés de faible poids de naissance
- Scolarité : Proportion de la population de 20 ans et plus n'ayant pas obtenu le diplôme d'études secondaires
- Revenu : Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu / revenu moyen des familles

En termes de limites, cet indicateur doit être complété par un autre indicateur plus précoce de la mesure du développement de l'enfant car il ne fournit cette mesure que pour les enfants dans leur cinquième année, soit la fin de la période d'intérêt pour le système de surveillance mis en place.

Sa fréquence de recueil tous les 5 ans limite sa disponibilité et les coûts engendrés par la mise en place d'une collecte intermédiaire, éventuellement sur un sous-échantillon représentatif, devront être évalués si cela s'avère nécessaire dans le cadre du système de surveillance.

Enfin, aucune information n'est disponible quant à la réactivité au changement de cet indicateur.

## 2 - Niveau de développement à deux ans

---

Cet indicateur est défini comme :

**« Proportion d'enfants dans leur troisième année présentant au moins une des caractéristiques suivantes :**

- **Score inférieur au dixième percentile de la distribution au Québec pour l'Echelle de Développement Moteur et Social (EDMS)**
- **Score inférieur au dixième percentile de la distribution au Québec pour l'Inventaires Mac Arthur-Bates du Développement de la Communication version abrégée (IMBDCa)**
- **Score supérieur au dixième percentile de la distribution au Québec pour l'Echelle de comportement (BEH) »**

En septembre 2010, le sous-comité sur le développement de l'enfant constitué par la Direction Générale de Santé Publique dans le cadre de la mise en œuvre du PMSM a préconisé l'âge de 2 ans pour l'évaluation des capacités psychomotrices, cognitives/langagières et comportementales en plus de l'indicateur « Maturité scolaire ». En effet, les différences individuelles au niveau de ces capacités sont déjà suffisamment prononcées et stables à cet âge pour pouvoir être mesurées et sont liées au développement de l'enfant à plus long terme. Trois instruments de mesure ont donc été sélectionnés par ce sous-comité à la suite d'une revue des 26 instruments les plus utilisés dans ce domaine<sup>16</sup> :

- EDMS : évalue le développement psychomoteur des enfants âgés de 22 à 47 mois à l'aide de 15 items (trois minutes de passation) par un interviewer formé. Cet instrument est disponible en anglais et en français et est conçu pour être utilisé en enquête populationnelle. Sa cohérence interne est moyenne avec un alpha de Cronbach = 0,55<sup>17</sup>,

<sup>16</sup> Renaud JS. Instruments de mesure recommandés par le sous-comité sur le développement de l'enfant : Echelle de développement moteur et social (EDMS), Inventaires Mac Arthur-Bates du développement de la communication (IMBDC), Echelle de comportement (BEH) - Document de travail: Direction de la surveillance de l'état de santé - DGSP, 2010

<sup>17</sup> Baker, P. C., & Mott, F. L. (1989). *NLSY child handbook: a guide and resource document to the NLSY 1986 child data*. Columbus, OH: Center for Human Resource Research, Ohio State University

<sup>18</sup> ; sa validité de contenu est assurée par sa construction à partir de mesures reconnues du développement de l'enfant (Denver Prescreening Developmental Questionnaire, Bayley Scales of Infant Development, Gesell Development Schedules)<sup>15, 19</sup>. L'outil a une valeur prédictive significative avec des mesures de langage et de comportement deux ans plus tard<sup>20</sup>

- IMBDCa : évalue le développement cognitif et langagier des enfants de 29-30 mois à l'aide de deux échelles contenant 25 mots chacune (mots dits et mots compris)<sup>21</sup>. Sa passation par un interviewer formé est rapide, il est disponible en anglais et en français. Sa cohérence interne est très bonne avec un alpha de Cronbach égal à 0,91 en français pour les mots compris (0,93 en anglais) et à 0,96 en français pour les mots dits (0,90 en anglais). Sa validité concomitante est estimée par sa corrélation en français et sa version longue égale à 0,95 pour les mots compris (0,98 en anglais) et 0,96 (0,92 en anglais) pour les mots dits<sup>22</sup>.
- Behaviour Scale (BEH) : évalue le développement social et affectif des enfants de deux ans à l'aide de quatre échelles totalisant 14 items (trois pour la dimension de l'agression physique, trois pour celle de l'opposition, trois pour celle de l'hyperactivité et cinq pour les troubles émotifs et l'anxiété) auxquels s'ajoute un item sur le sommeil. Sa passation par un interviewer formé est rapide, il est disponible en anglais et en français et est conçu pour être utilisé en enquête populationnelle. Sa cohérence interne est moyenne à bonne avec un alpha de Cronbach compris entre 0,55 et 0,81 selon la sous-échelle<sup>23, 24, 25</sup>. Les items sont inspirés du Child Behavior Checklist et du Preschool Behavior Questionnaire et il a été développé par des experts (Tremblay R, Offord D, Boyle M). Enfin, sa validité prédictive est bonne car les comportements mesurés à 2 ans par le BEH sont les mêmes que ceux mesurés par l'IMPDE à 5 ans et similaires à ceux du Strengths and Difficulties Questionnaire de 3 à 14 ans<sup>26</sup>.

---

<sup>18</sup> Japel, C., Tremblay, R. E., & McDuff, P. (2001). *Développement moteur, social et cognitif, section I – Développement moteur et social*. Québec, QC: Institut de la statistique du Québec. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : [http://www.iesuisieserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/bebe\\_no8-2.pdf](http://www.iesuisieserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/bebe_no8-2.pdf)

<sup>19</sup> Baker, M., & Milligan, K. (2008). Evidence from maternity leave expansions of the impact of maternal care on early child development. *SSRN eLibrary*. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : [http://www.cirano.qc.ca/icirano/public/pdf/20101202\\_K-Milligan.pdf](http://www.cirano.qc.ca/icirano/public/pdf/20101202_K-Milligan.pdf)

<sup>20</sup> Baker, P. C., Keck, C. K., Mott, F. L., & Quinlan, S. V. (1993). *NLSY child handbook, revised edition: a guide to the 1986-1990 NLSY child data*. Columbus, OH: Center for Human Resource Research, Ohio State University

<sup>21</sup> Thibeault, J., Jetté, M., Desrosiers, H., & Gingras, L. (2003). *Aspects conceptuels et opérationnels, section I – L'ÉLDEQ : présentation de l'étude et des instruments de collecte des volets 1999 et 2000*. Québec, QC: Institut de la statistique du Québec. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : [http://www.iesuisieserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/bebe\\_v2no12\\_pdf.htm](http://www.iesuisieserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/bebe_v2no12_pdf.htm)

<sup>22</sup> Renaud JS. Instruments de mesure recommandés par le sous-comité sur le développement de l'enfant : Echelle de développement moteur et social (EDMS), Inventaires Mac Arthur-Bates du développement de la communication (IMBDC), Echelle de comportement (BEH) - Document de travail: Direction de la surveillance de l'état de santé - DGSP, 2010

<sup>23</sup> Côté, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1201-1208

<sup>24</sup> Romano, E., Tremblay, R. E., Farhat, A., & Côté, S. (2006). Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 to 7 years in a population-based sample. *Pediatrics*, 117(6), 2101-2110

<sup>25</sup> Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Seguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., et al. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-50

<sup>26</sup> Renaud JS. Instruments de mesure recommandés par le sous-comité sur le développement de l'enfant : Echelle de développement moteur et social (EDMS), Inventaires Mac Arthur-Bates du développement de la communication (IMBDC), Echelle de comportement (BEH) - Document de travail: Direction de la surveillance de l'état de santé - DGSP, 2010

La surveillance d'un tel indicateur est innovatrice car il n'existe pas à l'heure actuelle d'indicateur permettant de surveiller le niveau de développement des enfants dans leur troisième année. En termes de comparabilité, les trois instruments sont utilisés à différents niveaux géographiques :

- **EDMS** : Provincial (utilisé dans l'ELDEQ), National (utilisé dans l'Etude Longitudinale National des Enfants du Québec -ELNEJ) et International (utilisé dans la National Longitudinal Study of Youth et National Health Interview Survey aux Etats-Unis et dans la National Child Development Study au Royaume-Uni )
- **IMBDCa** : Provincial seulement car utilisée dans ELDEQ bien que la version longue soit très utilisée aux Etats-Unis et en Australie. Toutefois, les résultats ne devraient pas être comparés chez des enfants de langue différentes car le développement du langage présente des différences d'une langue à l'autre.
- **BEH** : Provincial (utilisé dans ELDEQ) et National (utilisé dans ELNEJ) et International (car les items sont très proche du Strengths and Difficulties Questionnaire, de l'IMDPE qui sont très utilisés dans d'autres études au Canada et ailleurs)

Enfin, une association avec des indicateurs du statut socio-économique ont été mises en évidence pour l'EDMS (statut socio-économique de la mère, faible poids à la naissance, naissance prématurée<sup>27</sup>) et le BEH<sup>28, 29, 30, 31</sup>.

Concernant les limites de cet indicateur, la première concerne sa définition qui a été choisie dans un souci d'homogénéité avec la définition de l'indicateur « Maturité Scolaire » mais des analyses sur les données de l'ELDEQ, par exemple, pourraient permettre une définition plus facile à comprendre et à utiliser pour communiquer avec les décideurs et la population.

Il n'existe que peu de références sur les qualités psychométriques des échelles utilisées pour cet indicateur et, en particulier, il serait intéressant de mener une étude de validité convergente pour l'ensemble de ces échelles.

Enfin, au niveau de la disponibilité de cet indicateur, les modalités de la surveillance de cet indicateur dans le cadre du PMSM ne sont pas encore arrêtées (fréquence des collectes, caractéristiques des enfants recueillies, etc.) et les coûts de la mise en œuvre d'une enquête ad hoc pour le système de surveillance seraient à discuter si cela était envisagé.

### 3 - Enfants de 0-5 ans dans une famille à faibles revenus

---

Cet indicateur est défini comme :

---

<sup>27</sup> Renaud JS. Instruments de mesure recommandés par le sous-comité sur le développement de l'enfant : Echelle de développement moteur et social (EDMS), Inventaires Mac Arthur-Bates du développement de la communication (IMBDC), Echelle de comportement (BEH) - Document de travail: Direction de la surveillance de l'état de santé - DGSP, 2010

<sup>28</sup> Borge AI, Rutter M, Cote S, Tremblay RE. Early childcare and physical aggression: differentiating social selection and social causation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 Feb;45:367-76

<sup>29</sup> Cote SM, Boivin M, Nagin DS, Japel C, Xu Q, Zoccolillo M, et al. The role of maternal education and nonmaternal care services in the prevention of children's physical aggression problems. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Nov;64:1305-12

<sup>30</sup> Sterba SK, Prinstein MJ, Cox MJ. Trajectories of internalizing problems across childhood: heterogeneity, external validity, and gender differences. *Dev Psychopathol*. 2007 Spring;19:345-66

<sup>31</sup> Shaw DS, Keenan K, Vondra JI, Delliquadri E, Giovannelli J. Antecedents of preschool children's internalizing problems: a longitudinal study of low-income families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Dec;36:1760-7

**« Le pourcentage des enfants de 0-5 ans vivant dans une famille dont le revenu après impôt se situe en dessous d'un seuil donné »**

Le seuil est élaboré à partir de la Mesure du Panier de Consommation (MPC), mesure qui a vu le jour pour refléter le revenu minimum nécessaire permettant l'accès à un panier de consommation de base. Cette nouvelle mesure a été, jusqu'à présent, moins utilisée que le Seuil de Faible Revenu (SFR) mais son utilisation est actuellement recommandée (cf. le document « Lignes de faible revenu » pour un résumé des caractéristiques de ces indices<sup>32</sup>).

La pertinence de cet indicateur pour le système de surveillance des inégalités sociales de santé réside d'abord dans le fait qu'il est une mesure directe de la situation sociale de l'enfant. Le choix s'est, en effet, porté sur le pourcentage d'enfants, et non de parents avec enfant(s), vivant sous le seuil choisi car les familles pauvres peuvent avoir plusieurs enfants.

Concernant son lien avec le développement de l'enfant, la pauvreté représente un facteur de risque extrêmement important pour le développement. D'une part, elle augmente l'exposition à différents facteurs de risque immédiats (i.e. mauvaise nutrition, dépression maternelle, abus de substance des parents, maltraitance et négligence, traumatismes, fréquentation de garderies de mauvaise qualité et stimulation cognitive réduite), d'autre part, elle a été retrouvée associée à de nombreux problèmes de développement à court et à long terme (i.e. enfants petits-poids, maladies, problèmes de comportement, dépression, délinquance, etc.)<sup>33, 34, 35, 36, 37, 38, 39</sup>.

Cet indicateur, facile à comprendre, peut représenter un outil d'appui à la décision et de communication important. En particulier, s'il est utilisé sous forme de cartes (par quartiers ou autres unités administratives) représentant, par exemple, le pourcentage d'enfants considérés comme pauvres dans un quartier, son impact médiatique et politique peut s'avérer très fort.

En termes de disponibilité, deux sources paraissent intéressantes pour le calcul de cet indicateur:

- Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)<sup>40</sup> : enquête transversale annuelle coordonnée par Statistiques Canada. Cette enquête par échantillonnage fournit

---

<sup>32</sup> Série de documents de recherche, 2010 – Revenu, Les lignes de faible revenu, Statistique Canada, Ministère de l'Industrie. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2011002-fra.pdf>

<sup>33</sup> National Center for Children in Poverty. (1999). "Poverty and Brain Development." Columbia University, Mailman School of Public Health. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : [http://www.nccp.org/publications/pub\\_398.html](http://www.nccp.org/publications/pub_398.html)

<sup>34</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>

<sup>35</sup> Huffman, L.C., Mehlinger, S.L., & Kerivan, A.S. (2000). Risk Factors for Academic and Behavioral Problems at the Beginning of School. The Child and Mental Health Foundation Agencies Network.

<sup>36</sup> Child Trends (2002). "Children in Poverty: Trends, Consequences, and Policy Options" (Research Brief). Kristin Anderson Moore and Zakia Redd. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://www.childtrends.org/Files/PovertyRB.pdf>

<sup>37</sup> Dahl, G. & Lochner, L. (2005) The Impact of Family Income on Child Achievement. Institute for Research on Poverty. Discussion Paper no. 1305-05. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://www.irp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp130505.pdf>

<sup>38</sup> Brooks-Gunn, J. & Duncan, G. J. (1997). "The Effects of Poverty on Children." Future of Children, Child and Poverty, 7(2). Disponible sur internet, visité le 27/08/2011 [http://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/07\\_02\\_03.pdf](http://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/07_02_03.pdf)

<sup>39</sup> Le bien être des jeunes enfants au Canada, Rapport du gouvernement du Canada, 2008, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : , visité le 28/08/2011 [http://www.socialunion.gc.ca/well\\_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf](http://www.socialunion.gc.ca/well_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf).

<sup>40</sup> Le bien être des jeunes enfants au Canada, Rapport du gouvernement du Canada, 2008, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : [http://www.socialunion.gc.ca/well\\_being/2008/fr/page00.shtml](http://www.socialunion.gc.ca/well_being/2008/fr/page00.shtml)

néanmoins des estimations limitées en termes de disponibilité aux différents niveaux territoriaux.

- Données du recensement de Statistiques Canada : où toutes les divisions géographiques sont représentées mais dont le recueil n'a lieu que tous les 5 ans.

Il faut cependant noter que les informations nécessaires au calcul de cet indicateur peuvent être éventuellement recueillies dans le cadre d'une enquête mise en œuvre pour la surveillance des inégalités sociales concernant le développement des enfants de 0-5 ans. Dans ce cas, des questions sur le revenu des parents devront être incluses dans le questionnaire (en utilisant par exemple le questionnaire de l'EDTR) et la comparaison au MPC ou au SFR correspondant pourra être effectuée.

La principale limite de cet indicateur réside dans sa comparabilité. En effet, il n'existe pas au Canada de mesure officielle de la pauvreté. Pour la comparabilité internationale, il faut utiliser le taux de pauvreté relative représentant le pourcentage de personnes ayant un revenu inférieur à la moitié du revenu médian du pays. Au Canada par exemple, le taux de pauvreté relative des enfants (15% pour les enfants de moins de 18 ans en 2005) est supérieur à sa moyenne dans les pays de l'OCDE et à celui de nombreux pays Européens. Ce taux a augmenté de deux points par rapport au milieu des années 1990. Au Québec, ce taux était de 10.3% en 2000 (il était alors de 12.9% au Canada)<sup>41</sup>.

Une autre limite de cet indicateur est qu'il ne fournit pas nécessairement un levier d'action direct sur le développement de l'enfant. Des études américaines sur les programmes d'assistance financière temporaire (simples transferts financiers) aux familles dans le besoin n'ont pas mis en évidence d'effet à moyen terme sur le développement de l'enfant, notamment sur la réussite scolaire. Pour avoir un effet, il faut nécessairement s'attaquer directement à l'éducation des parents et à leur insertion sécurisée dans le marché du travail. Par exemple, un programme appelé « Opportunités de travail et compétences de base » offert aux parents a montré des effets sur le développement de l'enfant<sup>42</sup>. De plus, ces programmes sont plus susceptibles d'avoir un effet si les enfants visés sont jeunes. En résumé, pour contrebalancer les effets de la pauvreté de l'enfant sur son développement, il semble que les interventions précoces sur les déterminants les plus immédiats du développement que sont l'éducation des parents et leur insertion dans le marché du travail soient les plus efficaces.

#### 4 - Education des parents

---

Cet indicateur est défini comme :

**« La proportion des parents sans diplôme d'études secondaires parmi les parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans »**

Dans cette définition, le parent est la Personne qui Connait le Mieux l'Enfant (PCME) car même si l'éducation de la mère est souvent la plus étudiée et qu'elle s'avère aussi très prédictive, elle n'est pas la plus pertinente dans le cas des familles monoparentales où le père s'occupe principalement de l'enfant. Certaines enquêtes demandent l'éducation du parent le plus éduqué mais ce n'est pas toujours le parent le plus éduqué qui est le plus impliqué dans l'éducation de l'enfant. S'enquérir de l'éducation de la PCME permet donc de remédier à ces problèmes (dans l'ELDEQ cette personne était à 98% la mère).

---

<sup>41</sup> Organisation pour la Coopération et le Développement Economique. La base de données de l'OCDE sur la famille. Disponible sur internet, visité le 21/07/2001 : [http://www.oecd.org/document/4/0,3746,en\\_2649\\_34819\\_37836996\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/4/0,3746,en_2649_34819_37836996_1_1_1_1,00.html)

<sup>42</sup> Child Trends (2010). Child Recipients of Welfare (AFDC/TANF). Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.childtrendsdatbank.org/?q=node/222>

Il est à noter que cet indicateur est binaire pour faciliter son analyse. Cependant, il peut être plus adéquat d'utiliser, par exemple, le nombre d'années d'éducation s'il s'agit de mettre cet indicateur en relation avec un aspect du développement de l'enfant. Les catégories peuvent donc être affinées si nécessaire (par exemple, diplôme du secondaire, collégial ou universitaire).

Cet indicateur est particulièrement pertinent pour le système de surveillance des inégalités sociales de santé car il représente un déterminant majeur du développement de l'enfant<sup>43,44</sup>. L'éducation des parents a été retrouvée fortement associée au développement cognitif, à la réussite scolaire, au faible poids de naissance, aux comportements de santé comme le tabagisme et l'alcoolisme et aux activités prosociales<sup>45</sup>. Bien que cet indicateur soit très corrélé avec l'indicateur de revenu, son association avec le développement de l'enfant est retrouvée indépendamment du revenu (ce qui souligne l'importance de son utilisation en complément de celle de l'indicateur « Enfants de 0-5 ans dans une famille à faibles revenus »). Ces deux indicateurs sont d'ailleurs utilisés ensemble pour la construction de la majorité des indices socio-économiques.

L'éducation représente un levier d'action très intéressant. Comme indiqué précédemment, les expériences de transfert de revenu ont montré une efficacité uniquement lorsqu'ils s'attaquaient directement à l'éducation des parents<sup>46</sup>. De plus, l'éducation des parents influence le comportement des enfants tout au long de leur développement : pendant la grossesse, en post-natal, sur la stimulation cognitive à l'âge pré-scolaire, les choix effectués dans le système scolaire etc. L'action sur l'éducation des parents peut donc avoir un impact tout au long du parcours de vie d'un individu.

La principale limite de cet indicateur concerne sa disponibilité. Il était présent jusqu'ici dans les données du recensement de Statistique Canada, donc disponible à toutes les échelles géographiques du recensement. Par contre, le délai de cinq ans entre chaque campagne de recensement peut être un argument supplémentaire pour la mise en œuvre d'une enquête ad hoc pour le système de surveillance des inégalités sociales de santé, plus fréquente et permettant, entre autres, la collecte de cet indicateur à l'échelle territoriale d'intérêt.

## 5 - Disponibilité des services de garde

---

Cet indicateur est défini comme :

**« Le taux de places disponibles en services de garde pour les enfants de 0 à 4 ans (Nombre de places disponibles en services de garde / Nombre d'enfants de 0-4 ans dans l'aire géographique considérée) »**

Il peut être affiné en fonction des types de services (Centre à la Petite Enfance – CPE, garderies, garderies en milieu familial) et de la tranche d'âge.

---

<sup>43</sup>Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>

<sup>44</sup>Paquet G., Hamel D. (2003). Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection. Institut national de santé publique du Québec. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/175\\_InegalitesTout-Petits.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/175_InegalitesTout-Petits.pdf)

<sup>45</sup>Child Trends (2010). Parental Education. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.childtrendsdatbank.org/?q=node/183>

<sup>46</sup>Child Trends (2010). Child Recipients of Welfare (AFDC/TANF). Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.childtrendsdatbank.org/?q=node/222>

Le lien de cet indicateur avec le développement de l'enfant est très important. La participation à une garderie de qualité peut avoir des effets positifs sur le développement cognitif, langagier et social des enfants. Certains de ces effets disparaissent au primaire mais des effets à long terme ont aussi été démontrés<sup>47, 48</sup>. Une amélioration du développement cognitif<sup>49</sup> ou une diminution de l'agressivité<sup>50</sup> ont été observées avec, dans ce dernier cas, un effet plus important lorsque les enfants entraient en garderie avant l'âge de 9 mois. L'âge d'entrée en garderie semble donc aussi jouer un rôle important dans le sens où une entrée précoce augmenterait les bénéfices. D'autres conséquences plus inattendues ont été observées comme la diminution du risque de ne jamais avoir vu de dentiste avant l'âge de 6 ans chez les familles plus pauvres<sup>51</sup>.

Cet indicateur est aussi très clairement lié aux inégalités sociales. Les enfants les plus pauvres sont, en effet, les moins susceptibles d'avoir accès aux garderies, en particulier, aux garderies de bonne qualité (effet de sélection)<sup>52</sup>. Cet indicateur est particulièrement pertinent dans la perspective de l'accès aux ressources : 1/ les enfants les plus pauvres n'ont pas autant accès que les autres à des services de garde, notamment des services de qualité 2/Ce sont eux qui en bénéficieraient le plus dans la perspective d'une réduction des inégalités du développement de l'enfant dues aux inégalités sociales.

L'intérêt principal de cet indicateur est que les effets bénéfiques des garderies sur le développement semblent plus importants chez les enfants les plus défavorisés<sup>53, 54</sup>. Par exemple, chez les enfants qui sont allés à la garderie dès l'âge de 18 mois, la position sociale de la famille ne semble plus jouer sur les habilités langagières<sup>55</sup>. Par ailleurs, un accès aisé aux garderies pourrait favoriser l'insertion professionnelle des femmes et ainsi, diminuer la pauvreté des ménages. En effet, il existe, une association entre le pourcentage d'enfants en garderie et le pourcentage de femmes sur le marché

---

<sup>47</sup> National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Child Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. J. P. Shonkoff & D. A. Phillips, Eds. Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.

<sup>48</sup> Schweinhart, L., Barnes, H., Weikart, D., & Epstein, A. (1993). *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27*. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, (10). Ypsilanti, MI: The High/Scope Press.

<sup>49</sup> Côté, S. M., Pingault, J., Boivin, M., Japel, C., Nagin, D. S., Xu, Q., Zoccolillo, M., et al. (2010). Services d'éducation préscolaire et comportements agressifs : un rôle de prévention pour les familles vulnérables. *PSN*, 8(2), 77-87.

<sup>50</sup> Côté, S. M., Mongeau, C. & Xu, Q. (2010). For whom and under what conditions are preschool child care services leading to better cognitive development? *Report to the Canadian Council on Learning*.

<sup>51</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>

<sup>52</sup> Enquête sur la maturité sociale des enfants montréalais, 2008, Direction de santé publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : [http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9\\_des\\_Montr%C3%A9alais/Axes\\_d\\_intervention/Tout-petits/Maturit%C3%A9\\_scolaire/TP-J\\_maturitescolaire\\_AMTLN.pdf](http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/Axes_d_intervention/Tout-petits/Maturit%C3%A9_scolaire/TP-J_maturitescolaire_AMTLN.pdf)

<sup>53</sup> Côté, S. M., Mongeau, C. & Xu, Q. (2010). For whom and under what conditions are preschool child care services leading to better cognitive development? *Report to the Canadian Council on Learning*.

<sup>54</sup> Japel, C., Côté, S. & Tremblay R.E. (2005). La qualité des services à la petite enfance au Québec: Résultats de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ). Rapport produit pour l'Institut de recherche en politiques publiques. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.irpp.org/fr/choices/archive/vol11no4.pdf>

<sup>55</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 18/07/2011 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>

du travail, ce dernier pourcentage étant inversement lié à la pauvreté des ménages<sup>56</sup> (le sens des causalités n'est cependant pas évident). Malgré leurs avantages, l'accès à ce type de services et leur répartition géographique sur le territoire semblent actuellement insuffisants. En 2007, le taux d'enfants de 0-4 ans utilisant un service de garde était de 53,4% au Québec et de 52,6% à Montréal (dont 40,1% de places en CPE, 30,1% en garderies subventionnées, 4,8% en garderies non-subventionnées et 25% en garderies en milieu familial). Des disparités géographiques importantes existaient avec, par exemple, à Montréal, des taux variant de 42,2 à 72,4% en fonction des territoires de Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS). De plus, à Montréal, le quartier qui avait le moins de places disponibles en service de garde était celui dont le taux de vulnérabilité chez les enfants mesurée par l'IMDPE (cf. Indicateur « Maturité scolaire ») était le plus important<sup>57</sup>. Cet indicateur représente donc un levier d'action très important pour permettre de rattraper et de réduire les conséquences des inégalités sociales sur le développement de l'enfant.

Plusieurs autres qualités de cet indicateur sont à noter. Sa facilité de compréhension en fait un outil de communication important. Les données peuvent être comparées entre les différentes régions québécoises, avec les autres provinces du Canada et au niveau international<sup>58</sup> bien qu'une attention particulière doive être portée à la prise en compte des différences existant entre les systèmes de subvention et entre les systèmes de garde proprement dits. Enfin, le Ministère de la Famille et des Aînés dispose des données utiles pour calculer cet indicateur à l'échelle des CSSS<sup>59</sup> (une vérification de la possibilité, avec cette source, de décomposer cet indicateur en fonction de l'âge est cependant nécessaire).

La limite principale de cet indicateur concerne l'importance de la notion de qualité dans la relation « fréquentation d'un service de garde – développement de l'enfant »<sup>60</sup>. Cet indicateur ne permet pas de juger directement de la qualité, cependant, il est possible de distinguer les places disponibles en CPE. Ces centres s'avèrent généralement de meilleure qualité et peuvent être donc la cible des interventions visant à augmenter leur nombre et/ou augmenter leur qualité<sup>61</sup>.

---

## 6 - Soins prénatals tardifs

---

Cet indicateur est défini comme :

---

<sup>56</sup> Organisation pour la Coopération et le Développement Economique. La base de données de l'OCDE sur la famille. Disponible sur internet, visité le 21/07/2001 :

[http://www.oecd.org/document/4/0,3746,en\\_2649\\_34819\\_37836996\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/4/0,3746,en_2649_34819_37836996_1_1_1_1,00.html)

<sup>57</sup> Enquête sur la maturité sociale des enfants montréalais, 2008, Direction de santé publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 :

[http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9\\_des\\_Montr%C3%A9alais/Axes\\_d\\_intervention/Tout-petits/Maturit%C3%A9\\_scolaire/TP-J\\_maturitescolaire\\_AMTLN.pdf](http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/Axes_d_intervention/Tout-petits/Maturit%C3%A9_scolaire/TP-J_maturitescolaire_AMTLN.pdf)

<sup>58</sup> Organisation pour la Coopération et le Développement Economique. La base de données de l'OCDE sur la famille. Disponible sur internet, visité le 21/07/2001 :

[http://www.oecd.org/document/4/0,3746,en\\_2649\\_34819\\_37836996\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/4/0,3746,en_2649_34819_37836996_1_1_1_1,00.html)

<sup>59</sup> Enquête sur la maturité sociale des enfants montréalais, 2008, Direction de santé publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 :

[http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9\\_des\\_Montr%C3%A9alais/Axes\\_d\\_intervention/Tout-petits/Maturit%C3%A9\\_scolaire/TP-J\\_maturitescolaire\\_AMTLN.pdf](http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/Axes_d_intervention/Tout-petits/Maturit%C3%A9_scolaire/TP-J_maturitescolaire_AMTLN.pdf)

<sup>60</sup> Geoffroy, M.-C., Côté, Sylvana M, Giguère, C.-É., Dionne, G., Zelazo, P. D., Tremblay, Richard E, Boivin, Michel, et al. (2010). Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(12), 1359-1367.

<sup>61</sup> Japel, C., Tremblay, R. E. & Côté, S. (2005). La qualité des services à la petite enfance: Résultats de l'étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ). *Education et francophonie. Nouvelles tendances à l'égard de la petite enfance*. XXXIII (2), 7-27.

**« Le pourcentage de femmes ayant eu leur première consultation prénatale après le premier trimestre de grossesse (à 14 semaines de gestation ou plus) ».**

La définition des soins prénatals « adéquats » utilisée par le Children Trust aux Etats-Unis<sup>62</sup> est : « le soin maternel prénatal adéquat commence au premier trimestre de grossesse et la mère a reçu plus de 80% des visites recommandées ». Au Canada, comme le signale le rapport de l'Enquête canadienne sur l'Expérience de la Maternité (EEM) : « La norme canadienne pour les soins prénatals, si l'on suit les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, consiste à consulter un professionnel de la santé toutes les quatre à six semaines au début de la grossesse, toutes les deux à trois semaines après 30 semaines de gestation, et toutes les deux semaines ou toutes les semaines après 36 semaines de gestation. Toutefois, l'efficacité de cette norme pour les grossesses à faible risque n'a pas été évaluée par des essais scientifiques rigoureux et aucune norme de soins prénatals pour les femmes ayant une grossesse à risque élevé n'a été arrêtée »<sup>63</sup>. Aucun consensus n'ayant encore été obtenu sur la définition des soins prénatals adéquats, c'est une « première consultation ayant lieu après le premier trimestre de grossesse » qui a été retenu pour la construction de l'indicateur « soins prénatals tardifs ». En effet, d'après les résultats de l'EEM, l'absence de soin ou le soin très tardif sont quasi inexistantes au Canada où toutes les femmes de l'enquête ont eu au moins une consultation prénatale et seulement 1,1% n'ont eu que quatre consultations ou moins. Dans cette enquête, la première consultation prénatale a eu lieu, en moyenne, à 7,5 semaines et 95% des femmes ont commencé à consulter lors du premier trimestre. De plus, l'importance de la précocité de la première consultation lors de la grossesse est reconnue et plus elle est précoce plus son influence est importante. Enfin, il existe, dans l'EEM, une variabilité du pourcentage de femmes dont la première consultation a eu lieu après le premier trimestre en fonction de la position sociale et de la région.

Les visites prénatales sont importantes à la fois pour la santé de l'enfant et de la mère. Les mères qui reçoivent des soins prénatals tardifs ont plus de chances d'avoir des problèmes de santé. Celles qui ne reçoivent pas de soins prénatals ont trois fois plus de chance d'avoir un bébé de faible poids de naissance et leur bébé a cinq fois plus de chances de mourir en période néonatale<sup>64</sup>.

L'avantage principal de cet indicateur est que les soins prénatals constituent une ressource en eux-mêmes mais sont aussi un vecteur de ressources supplémentaires en termes d'accès à d'autres services, aux informations, etc. Ils représentent ainsi un levier d'intervention intéressant comme le signale l'introduction de la section soins prénatals de l'EEM : « Trois éléments principaux sont ici en jeu : évaluation du risque, prise en charge thérapeutique ou atténuation du risque, et éducation. En cernant les risques et en les atténuant, de même qu'en aidant les femmes à prendre en charge des facteurs comportementaux, comme l'usage du tabac et la consommation d'alcool, les soins prénatals sont efficaces pour l'identification, le traitement et la prévention de facteurs qui peuvent être à l'origine d'événements défavorables pour la santé de la mère ou du nourrisson ».

Cet indicateur est également directement lié aux inégalités sociales, les mères les plus défavorisées et les plus jeunes étant plus à risque de ne pas recourir à de tels services<sup>65</sup>. L'EEM montre que les

---

<sup>62</sup> Child Trends (2010). *Late or No Prenatal Care*. Disponible sur internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.childtrendsdatbank.org/?q=node/214>

<sup>63</sup> Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, 2006, Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur Internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

<sup>64</sup> Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. "A Healthy Start: Begin Before Baby's Born." Disponible sur internet, 28/08/2011 : <ftp://ftp.hrsa.gov/mchb/prenatal.pdf>

<sup>65</sup> Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, 2006, Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur Internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

femmes de 15-19 ans étaient plus susceptibles d'avoir leur première consultation de soins prénatals après le premier trimestre (15,3%). Les femmes n'ayant pas obtenu leur diplôme d'études secondaires étaient dans le même cas (12,8% contre 3,4% pour celles ayant un diplôme universitaire), de même que les femmes vivant dans un ménage dont le revenu se situait au-dessous du seuil de faible revenu (9,3% contre 3,8% pour celles dont le revenu se situait au-dessus).

Enfin, les différences de prévalence entre les régions du Québec montrent la pertinence de cet indicateur pour la surveillance des inégalités géographiques de santé. L'EEM en 2006 a montré que le nombre moyen de consultations était de 12,9 sur l'ensemble du Canada mais variait de 10,6 au Nunavut à 14,9 en Nouvelle Ecosse. Les différences au niveau de la consultation prénatale tardive étaient encore plus prononcées, variant de 3% dans les régions les moins touchées à 17,3% au Nunavut.

Il faut néanmoins relever un certain nombre de limites concernant l'utilisation de cet indicateur. Tout d'abord, cet indicateur n'est pas directement disponible car l'EEM n'est pas renouvelée. La nécessité de la mise en œuvre d'une enquête ad hoc pour le thème du développement de l'enfant dans le cadre du système de surveillance des inégalités de santé est, là encore, soulignée. Le choix d'un questionnaire pour cette enquête est à étudier. Il serait possible d'utiliser celui développé pour l'EEM car il a l'avantage de contenir des questions simples et de disposer de valeurs de comparaison. En revanche, ce questionnaire est limité par certains aspects comme le montre la citation suivante: « Les questions de l'EEM sur le nombre de consultations prénatales et le moment des soins n'explorent que le volet utilisation des soins et ne donnent pas nécessairement une idée du contenu ou de la qualité des soins. La question concernant la première consultation pour les soins prénatals indiquait aux femmes d'inclure la première fois que la grossesse leur avait été confirmée par un professionnel de santé. Il est possible que cette phrase ait fait en sorte que les femmes aient indiqué comme consultation prénatale celle qui consistait uniquement à avoir confirmation de la grossesse. Certaines femmes ont eu de la difficulté à se rappeler le nombre de consultations prénatales qu'elles avaient eues et cet élément peut avoir une incidence sur l'exactitude des résultats.<sup>66</sup> ». De plus, s'agissant de la collecte de l'information à proprement parler, un dernier point concerne la population cible. Dans l'EEM, l'information sur le soin prénatal a été recueillie en demandant aux mères, dans les trois premiers mois de vie de l'enfant, à quelle semaine de grossesse la première visite prénatale a été effectuée et le nombre de visites prénatales reçues tout au long de la grossesse. Dans ce cas, l'indicateur ne concerne donc pas l'ensemble des enfants de 0-5 ans au même moment. Le choix de l'âge de l'enfant au moment de la collecte de l'information est important (par exemple, au moment de l'accouchement ou bien pour tous les enfants de moins de 1 an). En effet, étendre la collecte à tous les enfants âgés de moins de 5 ans poserait des problèmes de biais de mémoire et pourrait être à l'origine d'une moindre efficacité de la détection d'un changement lié à une intervention éventuelle (il faudrait attendre plusieurs années avant que tous les enfants de la collecte soient concernés par l'intervention). Le choix des mères n'ayant accouché que depuis trois mois pour le recueil de cet indicateur, comme dans l'EEM, semble judicieux.

## 7 - Allaitement pendant les six premiers mois

---

Cet indicateur se définit comme :

**« Le pourcentage des femmes déclarant avoir allaité exclusivement au moins 6 mois après la naissance de l'enfant parmi les mères d'un enfant de moins de 1 an »**

---

<sup>66</sup> Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, 2006, Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur Internet, visité le 21/07/2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

L'allaitement est lié à de nombreux aspects du développement de l'enfant<sup>67</sup> : au niveau physique (maladies infectieuses, mort subite du nourrisson, diabète, maladies respiratoires, obésité etc.)<sup>68</sup>, au niveau cognitif (QI<sup>69</sup>) mais aussi au niveau comportemental. Un meilleur attachement<sup>70</sup> de l'enfant à la mère a par ailleurs été observé dans le cas des mères ayant allaité.

Le lien de l'allaitement maternel aux inégalités sociales est aussi vérifié avec, au Québec, la mise en évidence d'une association avec le revenu du ménage dans l'Enquête sur l'Allaitement Maternel au Québec (EAM<sup>71</sup>). L'allaitement a aussi été retrouvé très fortement lié à la scolarité de la mère avec 91,0% des mères ayant fréquenté l'université qui allaient à l'hôpital contre 71,3% des mères n'ayant pas fréquenté d'établissement de niveau secondaire (aux 6 mois de l'enfant, ces chiffres étaient de 50,8% et 27,3% respectivement)<sup>72</sup>.

Un intérêt particulièrement important de cet indicateur concerne le rôle modérateur que l'allaitement semble jouer sur la relation entre les inégalités sociales et le développement de l'enfant. Par exemple, pour les enfants de 2 ans et demi ayant été allaités pendant au moins 6 mois, le fait d'être issu d'une famille défavorisée n'augmente pas la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital, contrairement à ceux qui ont été allaités moins de six mois<sup>73</sup>. De même, l'allaitement joue un rôle protecteur contre l'hyperactivité/inattention<sup>66</sup> chez les enfants les plus défavorisés. Cet effet modérateur indique qu'une généralisation des pratiques d'allaitement pourrait jouer un rôle tampon entre les inégalités sociales et le développement des enfants.

Un autre avantage de cet indicateur est qu'il est facilement compréhensible et directement lié à une recommandation de l'OMS<sup>74</sup> (allaitement exclusif jusqu'à 6 mois) permettant ainsi une communication organisée autour de cette recommandation.

Enfin, la prévalence et l'hétérogénéité géographique de l'allaitement au Québec montrent aussi l'intérêt d'une action basée sur cet indicateur : prévalence de l'allaitement à 6 mois égale à 47% au Québec (3% concernant l'allaitement exclusif), variant de 61% à Montréal à moins de 20% en Côte-Nord<sup>75</sup>.

---

<sup>67</sup> Le bien être des jeunes enfants au Canada, Rapport du gouvernement du Canada 2008, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 [http://www.socialunion.gc.ca/well\\_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf](http://www.socialunion.gc.ca/well_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf).

<sup>68</sup> Gartner, L.M., & Eidelman, A. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115, 496-506.

<sup>69</sup> Mortensen, E.L, Michaelsen, K.F., Sanders, S.A., & Reinisch, J.M. (2002). The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *Journal of the American Medical Association*, 297, 2365-2371.

<sup>70</sup> Callen, J. Pinelli, J. (2005). A Review of the Literature Examining the Benefits and Challenges, Incidence and Duration, and Barriers To Breastfeeding in Preterm Infants. *Advances in Neonatal Care*, 5, 72-88.

<sup>71</sup> L'Enquête sur l'allaitement maternel (2005-2006), Disponible sur internet, visité le 27/08/11 [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/ct\\_enq\\_allaitement05\\_06.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/ct_enq_allaitement05_06.pdf)

<sup>72</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : <http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/PauvreteEnfantsQuebec07.pdf>

<sup>73</sup> PAQUET, Ginette (2005). *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité en matière de santé*, Les Presses de l'Université de Montréal, 152 p.

<sup>74</sup> Sguassero Y. Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG (dernière révision : 28 mars 2008). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur internet, visité le 29/08/2011 : [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/yscom/fr/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/fr/)

<sup>75</sup> Haiek L. N., Neill G., Plante N. Beauvais B. 2006, L'allaitement maternel au Québec : coup d'oeil sur les pratiques provinciales et régionales, Institut de la statistique du Québec. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/fasc\\_allaitement06.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/fasc_allaitement06.pdf)

La première limite qu'il convient de signaler concernant cet indicateur est celle de la disponibilité des données :

- **L'Enquête sur l'Allaitement Maternel (EAM, 2005)** est la source des données au Québec mais ne semble pas être renouvelée.
- **L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes<sup>76</sup> (ESCC)** se tient annuellement depuis 2007 et fournit des données pour les 121 régions socio-sanitaires du Canada. Cette enquête contient des questions précises sur les expériences de l'allaitement ainsi que des informations sur le revenu et l'éducation, cependant, la région socio-sanitaire reste une échelle assez large et les données ne sont pas disponibles aux échelles territoriales plus fines.

La nécessité d'une enquête ad hoc pour le thème du développement de l'enfant est donc là aussi soulignée et les questionnaires de l'ESCC pourraient être utilisés afin de disposer ainsi de points de comparaison au niveau national et régional.

Une autre limite concerne le choix de prendre la recommandation de l'OMS comme référence pour la définition de cet indicateur car l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois reste rare. Il pourrait être utile de relever à la fois l'allaitement exclusif et non-exclusif car l'allaitement exclusif concerne moins de femmes au départ, décroît plus rapidement et nécessite peut-être des mesures spécifiques pour permettre son maintien<sup>77</sup>.

## 8 - Naissances chez les femmes de moins de vingt ans

---

Cet indicateur se définit comme :

**« Le pourcentage des femmes âgées de moins de 20 ans qui ont accouché d'un enfant vivant »**

Cet indicateur est fortement lié à la position sociale : au Québec « les naissances de mères âgées de moins de 20 ans ont été 17 fois plus fréquentes parmi les jeunes filles de milieux défavorisés que parmi celles de milieux plus favorisés (42,5 naissances contre 2,5 naissances pour 1000 adolescentes) »<sup>78</sup>. Par ailleurs, les mères adolescentes sont moins susceptibles de poursuivre leurs études<sup>79</sup> (une des interventions possibles et envisagée au Québec est celle du soutien aux mères venant d'accoucher afin qu'elles poursuivent leurs études<sup>80</sup>) et sont plus dépendantes de l'aide sociale<sup>81</sup>.

---

<sup>76</sup> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC). Statistique Canada. Disponible sur internet, visité le 27/08/11 : [http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2)

<sup>77</sup> Le bien être des jeunes enfants au Canada, Rapport du gouvernement du Canada 2008, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : [http://www.socialunion.gc.ca/well\\_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf](http://www.socialunion.gc.ca/well_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf).

<sup>78</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 <http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/PauvreteEnfantsQuebec07.pdf>

<sup>79</sup> Jeunes filles enceintes et mères adolescentes, un portrait statistique. 2001. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011, [http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte\\_ado\\_stat.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte_ado_stat.pdf)

<sup>80</sup> La prévention des grossesses à l'adolescence. Ministère de l'éducation, des loisirs et des sports du Québec. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : <http://www.mels.gouv.qc.ca/dfgj/csc/promotion/grossesses.html>

<sup>81</sup> Hofferth, S. L., Reid, L., & Mott, F. L. (2001). The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 259-267.

En sus d'être très liées aux inégalités sociales, les naissances chez les adolescentes ou les jeunes femmes ont des conséquences sur le développement de l'enfant et des conséquences intergénérationnelles. Les enfants nés de mères adolescentes ou jeunes sont légèrement plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance et leur taux de mortalité néonatale est augmenté<sup>82,83</sup>. D'importantes conséquences sur le développement cognitif<sup>84</sup> et des risques pour la santé des mères elles-mêmes<sup>85</sup> ont aussi été rapportés. Enfin, les filles de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir à leur tour un enfant tôt dans leur vie<sup>86</sup>. L'intégration de cet indicateur dans l'approche des parcours de vie est donc ici très prononcée dans la mesure où la naissance d'un enfant à l'adolescence influe sur le parcours de vie de la mère elle-même, sur celui de l'enfant et semble avoir des conséquences à la génération suivante.

La prévalence et l'hétérogénéité géographique de cet indicateur au Québec sont aussi en faveur de son utilisation dans le système de surveillance. En 1998, le taux de fécondité chez les jeunes filles de moins de 18 ans était de 5,3 pour mille, de 26,6 pour mille chez les 18-19 ans et de 12,6 pour mille sur l'ensemble des moins de 20 ans. Ce taux n'a pas beaucoup changé depuis puisqu'il était de 11 pour mille en 2009<sup>87</sup>. Les chiffres de 1998 varient du simple au quadruple en fonction des régions, notamment chez les moins de 18 ans. Le Nunavut et les Terres-Cries représentent des exceptions avec des taux de 100 pour mille et 60 pour mille chez les moins de 18 ans (mais avec un faible nombre absolu de naissances)<sup>88</sup>.

La comparabilité de cet indicateur avec les indicateurs d'autres pays de l'OCDE représente un autre avantage.

Enfin, concernant sa disponibilité, comme le signale le site du MSSS<sup>89</sup>, il existe deux sources possibles pour cet indicateur :

- «La banque de données du système MED-ÉCHO comprend le dossier hospitalier de chaque femme ayant accouché dans un établissement québécois sur la base de l'année financière, soit du premier avril au 31 mars de l'année suivante. Les accouchements à domicile, les accouchements en maison de naissance et les accouchements hors du Québec ne sont pas inclus dans le fichier MED-ÉCHO.

---

<sup>82</sup> Mathews, T. J., and MacDorman, M. F. (2007) Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth/infant death data set. National Vital Statistics Report 55 (14). Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55\\_14.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_14.pdf)

<sup>83</sup> Jeunes filles enceintes et mères adolescentes, un portrait statistique. 2001. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : [http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte\\_ado\\_stat.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte_ado_stat.pdf)

<sup>84</sup> Terry-Humen, E., Manlove, J., and Moore, K. A. (2005). Playing catch-up: How children born to teen mothers fare. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : <http://www.teenpregnancy.org/works/pdf/PlayingCatchUp.pdf>

<sup>85</sup> Jeunes filles enceintes et mères adolescentes, un portrait statistique. 2001. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 [http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte\\_ado\\_stat.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte_ado_stat.pdf)

<sup>86</sup> Manlove, J., Terry-Humen, E., Papillo, A.R., Franzetta, K., Williams, S., and Ryan, S. (2001). Background for Community-Level Work on Positive Reproductive Health in Adolescence: Reviewing the Literature on Contributing Factors. Washington, DC: Child Trends. . Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 <http://www.childtrends.org/Files/KReproES.pdf>

<sup>87</sup> Bilan démographique du Québec, 2010. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2010/Bilan2010.pdf>

<sup>88</sup> Jeunes filles enceintes et mères adolescentes, un portrait statistique. 2001. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 [http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte\\_ado\\_stat.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/publications/enceinte_ado_stat.pdf)

<sup>89</sup> Accouchements et naissances. Santé et services sociaux. Québec. Disponible sur internet, visité le 27/08/2011 : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/accounais.nsf/ea9e66b765eebb2a852567d900586c7c/b01c382fa6b684628525690a004eb5bd?OpenDocument>

- Le fichier des événements démographiques (naissances vivantes) décrit les enfants nés de mère québécoise, peu importe l'endroit où elle a accouché. On y retrouve les enfants nés hors du Québec (en Ontario ou au Nouveau-Brunswick par exemple), les enfants nés à la maison ou dans une maison de naissance. Cette banque d'information est construite à partir du formulaire " Bulletin de naissance vivante" que les parents signent et dont une copie est envoyée à l'Institut de la statistique du Québec. Ce fichier est basé sur une année civile. »

Le fichier Med-Echo peut sans doute être plus intéressant pour la surveillance dans la mesure où il concerne les accouchements dans les établissements québécois, même de mères non-québécoises, ce qui peut être le cas de nombre de femmes défavorisées. Enfin, l'institut de la statistique actualise en permanence le nombre de naissances<sup>90</sup>. Les tableaux disponibles en ligne croisent le nombre de naissances avec l'âge de la mère (et permettent donc d'obtenir l'indicateur), ainsi que la langue maternelle de la mère, le lieu de naissance des parents, l'état matrimonial, scolarité de la mère, durée de grossesse et poids de naissance, les régions administratives et de recensement.

## 9 - Tabagisme durant la grossesse

---

Cet indicateur se définit comme :

**« Le pourcentage de femmes rapportant avoir fumé au moins une cigarette par jour pendant la grossesse parmi les mères d'enfants de moins de 1 an. »**

Le fait de fumer pendant la grossesse est linéairement et fortement lié à la position sociale<sup>91,76</sup>. En particulier, fumer pendant la grossesse est très lié à l'éducation de la mère : des données aux Etats-Unis montrent que les mères avec plus de 16 années d'éducation sont moins de 2% à fumer pendant la grossesse contre 25% pour celles ayant de 9 à 11 années d'éducation<sup>92</sup>. Par ailleurs, le fait de fumer pendant la grossesse semble aussi lié à de nombreux problèmes de santé chez l'enfant : la prématurité, le petit poids à la naissance, un ralentissement de la croissance intra-utérine, la mortalité infantile<sup>93,94</sup>.

Au Québec, l'EAM révèle qu'en 2005-2006, 17,1% des femmes disaient avoir fumé durant leur dernière grossesse<sup>76</sup>. Ce taux a semble-t-il beaucoup diminué au Québec dans les dernières années mais reste élevé et les québécoises semblent fumer significativement plus que les autres Canadiennes pendant la grossesse.

Concernant la disponibilité de cet indicateur, en dehors de l'EAM, l'ESCC<sup>95</sup>, annuelle depuis 2007, contient une section « Expériences maternelles - Usage du tabac au cours de la grossesse » qui

<sup>90</sup> Naissances et décès. Institut de la statistique du Québec. Disponible sur internet, visité le 27/08/2011 : [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_deces/index.htm#naissances](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm#naissances)

<sup>91</sup> Paquet G., Hamel D. (2003). Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection. Institut national de santé publique du Québec. Disponible sur internet, visité le 27/08/2011, [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/175\\_InegalitesTout-Petits.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/175_InegalitesTout-Petits.pdf)

<sup>92</sup> Child Trends (2010). *Mothers Who Smoke While Pregnant*. Disponible sur internet, visité le 27/08/2011, <http://www.childtrendsdatabank.org/?q=node/51>

<sup>93</sup> Mathews, T. J. (2001). Smoking during pregnancy in the 1990s [Electronic Version]. National Vital Statistics Reports, 49. Retrieved December 21, 2009 from [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr49/nvsr49\\_07.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr49/nvsr49_07.pdf).

<sup>94</sup> Guyon L., Chayer L., Audet C., April N, Koninck M. (2007). Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes, Institut national de santé publique. Visité le 27/08/2011, <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/768-TabacFemmesEnceintes.pdf>

<sup>95</sup> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC). Statistique Canada. Disponible sur internet, visité le 27/08/11 : [http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2)

détaille la consommation (fréquence et quantité) ainsi que le tabagisme passif durant la grossesse. En revanche, cette section est optionnelle et n'est donc pas nécessairement disponible chaque année pour toutes les régions socio-sanitaires. Comme le questionnaire est disponible, il pourrait être utilisé pour une enquête ad hoc, tout en ayant l'avantage de permettre la comparaison avec les chiffres au niveau national.

Cet indicateur peut être décomposé en fonction de toutes les variables disponibles dans ces sources, soit potentiellement un grand nombre de variables géographiques et sociales.

La grande limite de cet indicateur reste l'incertitude entourant la causalité du lien entre tabagisme pendant la grossesse et problèmes de développement de l'enfant. Par exemple, une étude récente en population générale a répliqué le fait que le tabagisme pendant la grossesse est un facteur de risque pour la criminalité à l'âge adulte. Cependant, la même étude, sur des paires de frères et sœurs exposés ou non pendant leur grossesse a montré que, lorsque l'on contrôle pour les facteurs familiaux, tel n'est plus le cas<sup>96</sup>. Un grand nombre de conséquences associées au tabac peuvent donc être le fait d'effets familiaux ou génétiques qui n'ont pas été suffisamment pris en compte. Cette remise en question du lien causal entre l'usage du tabac pendant la grossesse et les conséquences sur le développement de l'enfant représente le principal obstacle à son utilisation, en attendant que cette question soit clarifiée.

Il faut aussi souligner qu'une limite de l'indicateur tel qu'il est proposé est qu'il ne prend pas en compte l'exposition à la cigarette de mères enceintes non-fumeuses alors que le tabagisme passif est aussi nocif.

---

## 10 – Maltraitance

---

La maltraitance est un indicateur particulièrement difficile à saisir. Deux grandes approches sont possibles :

### **1/ Signalement :**

Nombre d'enquêtes pour mauvais traitement corroboré rapporté à la population des 0-5 ans :

« La définition des mauvais traitements utilisée dans l'Etude Canadienne sur l'Incidence (ECI) des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants-2008 compte 32 formes de mauvais traitements, qui sont réparties dans les cinq catégories suivantes : violence physique, abus sexuel, négligence, violence psychologique et exposition à la violence conjugale »<sup>97</sup>.

### **2/ Pratiques parentales :**

Pourcentage de parents d'enfants de 0 à 5 ans rapportant des pratiques parentales coercitives ou de négligence.

Le lien de la maltraitance avec le développement de l'enfant est bien établi, ce qui représente la principale force de l'indicateur. La maltraitance (qui comprend aussi la négligence) est associée à des blessures physiques, un retard de croissance et des dommages neurologiques. La maltraitance est

---

<sup>96</sup> D'Onofrio BM, Singh AL, Iliadou A, Lambe M, Hultman CM, Grann M, Neiderhiser JM, Langstrom N, Lichtenstein P, Familial Confounding of the Association Between Maternal Smoking During Pregnancy and Offspring Criminality A Population-Based Study in Sweden, *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 529-538

<sup>97</sup> Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. 2008. Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur internet, visité le 27/08/2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cis-fra.php>

aussi associée avec plusieurs problèmes de santé mentale comme l'agression ou la dépression, la dépendance, le suicide. Les enfants victimes de mauvais traitements sont aussi plus susceptibles d'être délinquants par la suite et de maltraiter eux-mêmes leurs enfants<sup>98</sup>. L'enquête de l'ECI montre que, pour 46% des enfants, les enquêteurs ont signalé au moins un type de problèmes chez l'enfant : les difficultés scolaires, la dépression, l'agressivité et les problèmes d'attachement reviennent le plus souvent.

En terme de prévalence, les données de l'ECI<sup>99</sup> au Canada mettent en évidence les taux suivants d'enquêtes corroborées pour mauvais traitements, avec un taux global de 14,9 pour mille enfants de 0-15 ans :

- Violence physique : 2,10 pour mille
- Abus sexuel : 0,34 pour mille
- Négligence : 3,93 pour mille
- Violence psychologique : 0,98 pour mille
- Exposition à la violence conjugale 4,36 pour mille
- Combinaisons des formes précédentes : 2,59 pour mille (e.g. violence physique et négligence).

Le taux global est légèrement supérieur pour les 0-3 ans (autour de 16 enquêtes pour mille) et pour les 14-17 ans (15 enquêtes pour mille). A ces âges, il n'existe pas de différences filles-garçons.

Cet indicateur présente plusieurs faiblesses. La première réside dans la difficulté d'établir l'incidence de la maltraitance. Comme nous l'avons dit, une première approche pour ce faire consiste à se reporter aux enquêtes qui font suite à des signalements. L'ECI<sup>84</sup> a adopté cette approche en enquêtant auprès des travailleurs sociaux chargés de l'enquête sur les mauvais traitements et sur les risques de mauvais traitements. Cette approche est problématique à plusieurs titres :

1/ Absence d'évaluation des enquêtes strictement policières

2/ Grande variabilité dans les systèmes de signalement entre les différentes provinces et, probablement, dans les différentes régions.

3/ Variabilité dans le temps en fonction des définitions et des lois adoptées (par exemple, les signalements de violences psychologiques ont augmenté).

Par ailleurs, les cas d'enquêtes pour maltraitance ne représentent que la pointe de l'iceberg. Une enquête épidémiologique aux Etats-Unis a montré, par exemple, que les taux de sévices physiques apparaissaient 40 fois plus importants que ce qui ressort des signalements. Et pour le bébé secoué, le rapport serait de 1 à 150. Au-delà de ces chiffres, qui peuvent varier en fonction des enquêtes et des contextes, il est évident que ne considérer que les signalements conduit à sous-estimer largement la maltraitance. Malgré tout, au Québec, quelle que soit l'approche retenue, il est possible, pour la surveillance, de s'appuyer sur les travaux existants. L'ECI fournit une approche méthodologique complète, dont une approche spécifique au Québec, concernant le traitement des signalements pour mauvais traitement. Tout recueil sur les pratiques parentales devra se faire par enquête et l'on peut prendre les outils déjà utilisés pour ELNEJ ou ELDEQ.

---

<sup>98</sup> Child Trends (2011). *Child Maltreatment*. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 : <http://www.childtrendsdatbank.org/?q=node/69>

<sup>99</sup> Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. 2008. Agence de la santé publique du Canada. Visité le 27/08/2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cis-fra.php>

Un problème de comparabilité des données du Québec par rapport aux données pour le reste du Canada est à signaler dans les limites de cet indicateur, du fait de méthodes de recueil différentes<sup>84</sup>.

Une autre limite importante concerne l'incertitude quant à la relation entre maltraitance et inégalités sociales. Bien que la maltraitance se retrouve à tous les niveaux socio-économiques, elle semble plus élevée chez les familles les plus pauvres<sup>100</sup>. Mais ce lien diffère en fonction de l'indicateur choisi pour la maltraitance. Le lien avec les inégalités sociales semble avéré lorsque l'indicateur est le signalement. Dans l'ECI, 33% des familles où la maltraitance avait été corroborée recevaient des prestations de l'aide à l'enfance ou de l'aide sociale comme principale source de revenus. Mais en population générale, les enquêtes épidémiologiques ne montrent pas nécessairement une association significative de la maltraitance avec le niveau de revenu<sup>101</sup>. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences. Les familles les plus pauvres peuvent faire l'objet d'un biais de repérage puis de signalement, ce qui expliquerait pourquoi elles sont plus représentées dans les enquêtes pour maltraitance. À l'inverse, dans les enquêtes, les répondants les plus aisés peuvent être plus enclins à répondre sur leurs pratiques parentales alors que la désirabilité sociale ou la peur du signalement conduiraient à sous-évaluer la maltraitance chez les plus pauvres<sup>82</sup>. Le lien entre maltraitance et inégalités sociales reste donc incertain.

-----

Outre une estimation directe de la maltraitance, il est possible d'envisager de suivre **les blessures parmi les enfants de zéro à cinq ans** comme proxy de la maltraitance. Nous présentons ci-dessous un indicateur concernant cette question mais il faut tenir compte du fait qu'il n'est pas évident que l'un puisse être le proxy de l'autre et qu'ils puissent toucher deux phénomènes différents.

Cet indicateur peut être défini comme :

**« Le taux d'hospitalisation pour traumatismes non-intentionnels/blessures sévères parmi les enfants de 0 à 5 ans. »**

Ce taux peut être précisé pour plusieurs sous-catégories comme les traumatismes crâniens, les intoxications accidentelles, etc.

Les conséquences des blessures sur le développement sont très importantes : elles constituent une cause importante de décès, la première cause de morbidité et d'incapacité et entravent le développement des enfants concernés<sup>102</sup>. Les raisons principales sont les chutes, les accidents de la circulation et les blessures causées par des objets inanimés<sup>85</sup>. Au Canada, de 1 an à 11 ans, la plupart des décès sont causés par des blessures non intentionnelles<sup>85</sup>. En 2004-2005, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures était de 348,1 par 100 000 enfants de moins de un an et 365 pour les enfants de 1 à 4 ans. Les chutes et les empoisonnements étaient la première cause d'hospitalisation<sup>103</sup>. Au Québec, les blessures accidentelles sont la troisième principale cause d'hospitalisation chez les jeunes de moins de 14 ans dont 27% sont pour des blessures sévères<sup>3</sup>.

---

<sup>100</sup> Slack, Holl, McDaniel, Yoo, Bolger. (Nov. 2004) "Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics." *Child Maltreatment*. Vol. 9, Iss. 4; p. 395.

<sup>101</sup> Theodore A.D., Chang J. J., Runyan D. K., Hunter W. M., Bangdiwala S. I. and Agans R., 2005, Epidemiologic Features of the Physical and Sexual Maltreatment of Children in the Carolinas, *Pediatrics*, 115;331-337

<sup>102</sup> L'administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, 2009. Grandir saine - Priorités pour un avenir en santé. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/pdf/respcacsp-cphorsphc-fra.pdf>

<sup>103</sup> Le bien être des jeunes enfants au Canada, Rapport du gouvernement du Canada 2008, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. , visité le 28/08/2011 [http://www.socialunion.gc.ca/well\\_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf](http://www.socialunion.gc.ca/well_being/2008/fr/pdf/bien-etre-2008-fr.pdf).

Cet indicateur est aussi directement lié aux inégalités sociales. Les enfants les plus défavorisés sont plus à risque et cette incidence plus élevée chez les plus défavorisés concerne presque tous les types de blessures<sup>104</sup>.

Un autre avantage de ce type d'indicateur basé sur les données hospitalières et sur une classification internationale des maladies offre une bonne comparabilité, que ce soit au niveau national ou international.

Enfin, il existe plusieurs sources de données possibles concernant cet indicateur :

- La base Med-Echo fournit les hospitalisations et les chiffres pour les traumatismes non-intentionnels/blessures sévères ainsi que les sous-classifications. Elle ne fournit cependant pas d'information sur la période qui précède ou suit l'hospitalisation, i.e. les facteurs de risque.
- Au niveau canadien la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) permet d'avoir les mêmes renseignements par âge.
- Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) est un système de suivi des blessures subies par des personnes (surtout des enfants) traitées dans les services d'urgence de dix hôpitaux pédiatriques et de quatre hôpitaux généraux au Canada (dont trois au Québec)<sup>105</sup>. Cette base a l'avantage d'être détaillée et de s'intéresser à toutes les blessures qui arrivent aux urgences et pas uniquement celles qui nécessitent l'hospitalisation. Mais elle est incomplète car elle ne repose que sur certains hôpitaux.

Cet indicateur a été retenu car c'est celui qui est utilisé dans les récents rapports sur la santé des populations au Québec et au Canada mais il serait intéressant d'étudier la possibilité d'obtenir le taux de consultation aux urgences, voire dans les CLSC (pas seulement les hospitalisations), pour les codes de la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition (CIM10) correspondant aux traumatismes et empoisonnements (S00-T98) parmi les enfants de 0-5 ans. Un tel indicateur ne restreindrait pas la surveillance des blessures sur le critère de la gravité.

### **III – Top dix et plaidoyer**

---

Les 10 indicateurs ont été ordonnés de la façon suivante en termes de priorité de choix pour le système de surveillance :

- 1. Niveau de développement à 2 ans**
- 2. Maturité scolaire**
- 3. Enfants de 0-5 ans dans une famille à faibles revenus**
- 4. Disponibilité des services de garde**
- 5. Allaitement pendant les six 1<sup>ers</sup> mois**
- 6. Naissances chez les femmes âgées de moins de 20 ans**
- 7. Soins prénatals tardifs**
- 8. Maltraitance**

---

<sup>104</sup> Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007. Riche de tous nos enfants. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011 <http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/PauvreteEnfantsQuebec07.pdf>

<sup>105</sup> Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes. Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur internet, visité le 28/08/2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/index-fra.php>

## 9. Education des parents

### 10. Tabagisme durant la grossesse

Les deux premiers indicateurs apparaissent incontournables : il s'agit des seuls indicateurs parmi les 10 qui évaluent directement le développement de l'enfant. Le choix des deux âges d'évaluation a été plus longuement évoqué dans la fiche de chacun de ces indicateurs. Brièvement, il est important de disposer de mesures du développement de l'enfant le plus tôt possible car la précocité des interventions est cruciale pour l'efficacité des résultats. À cinq ans, l'indicateur de maturité scolaire s'est imposé, car il s'agit d'un indicateur validé et dont l'usage va s'étendre au Québec, cependant la nécessité d'une surveillance concernant l'ensemble de la période développementale 0-5 ans justifie la présence incontournable du premier indicateur.

Le troisième indicateur retenu concerne les enfants de zéro à cinq ans dans une famille à faibles revenus. Il apparaît essentiel pour décrire la position sociale des enfants. Même si le revenu est toujours celui de la famille, il est important que cet indicateur soit centré sur l'enfant afin de ne pas mesurer le nombre de familles pauvres mais le nombre d'enfants vivant dans des familles pauvres. La surveillance de cet indicateur permettra d'une part de mieux cerner les zones d'intervention mais aussi de se servir de son impact médiatique potentiel afin d'interpeler les décideurs sur les effets de la pauvreté des enfants au niveau provincial et local.

La disponibilité des services de garde occupe la quatrième position de ce top 10 pour trois raisons principales. Premièrement, il s'agit d'un indicateur qui entre très clairement dans la thématique de l'accès, l'une des trois grandes thématiques retenues dans le cadre de ce travail. Il a été montré que les enfants de milieux défavorisés ont moins accès aux services de garde. Deuxièmement, il identifie un levier direct d'intervention. Il permet de repérer les zones où la provision de services de garde est déficitaire et où une action s'impose. Il a de plus un rôle modérateur sur l'effet des inégalités sociales sur le développement de l'enfant : la disponibilité des services de garde ayant un impact plus grand chez les enfants les plus défavorisés, ils peuvent jouer un rôle tampon entre les inégalités sociales et leurs conséquences sur le développement de l'enfant. Troisièmement, les études montrent que des services de garde ont un impact sur plusieurs aspects du développement de l'enfant, tant sur le développement cognitif que sur l'aspect comportemental.

La raison du choix de l'allaitement maternel comme indicateur est similaire à celle des services de garde. Son rôle modérateur par rapport à l'effet des inégalités sociales sur le développement de l'enfant a été un argument de choix pour sa présence dans le top 5. Les différences sur certains aspects du développement que l'on observe entre enfants venant de milieux sociaux divergents semblent, en effet, aplanies lorsque la mère allaite. De plus, la prévalence de l'allaitement maternel étant actuellement assez faible, tout comme celle de l'utilisation/disponibilité des services de garde, une intervention sur l'allaitement peut toucher de très nombreux enfants (en particulier si l'on considère les recommandations de l'OMS, à savoir un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois).

Concernant les cinq indicateurs suivants du top 10, certaines de leurs caractéristiques les rendaient moins pertinents. Si les naissances chez les femmes de moins de 20 ans sont très clairement liées à la position sociale, la prévalence reste assez basse, à part dans certaines régions du Québec. Il en est de même pour les soins prénatals tardifs. Concernant la maltraitance, malgré son rôle très important dans le développement de l'enfant, elle s'avère très difficile à définir et le lien avec les inégalités sociales reste incertain. Malgré l'importance de l'éducation des parents, indicateur qui n'est pas complètement redondant avec le revenu, il s'agissait d'un autre indicateur de la position sociale et nous avons priorisé une mesure qui s'approche d'une mesure de la pauvreté (même s'il n'existe pas de définition officielle de la pauvreté au Canada). Finalement, concernant le tabagisme durant la grossesse, plusieurs études récentes remettent en cause le lien de causalité entre tabagisme et conséquences négatives sur le développement. Même si ce lien existe sûrement sur certains aspects du développement, les effets attendus d'une intervention visant à la cessation du

tabac seraient probablement moindres que ce que les études épidémiologiques laissent espérer jusqu'alors.

Finalement, nous proposons cinq indicateurs que nous souhaitons ne pas voir disparaître de la sélection, et non trois. Mais, étant donné l'importance de la petite enfance dans les efforts de prévention, il nous semble que ce nombre est justifié. Ne sélectionner que trois indicateurs reviendrait à ne prendre que des indicateurs descriptifs et à supprimer les indicateurs qui représentent un levier d'action immédiat.

**ANNEXE E**  
**Santé mentale**

Surveillance des inégalités sociales de santé :

Indicateurs de santé mentale

Rapport final

Par

Florence Déplanche

Louise Fournier

## TABLE DES MATIÈRES

A) Ce qu'il faut savoir sur les inégalités en santé mentale	3
B) Présentation globale des dix indicateurs retenus	8
C) Présentation détaillée des dix indicateurs retenus	10
D) Les indicateurs incontournables: le choix final	26
Références	28

## **A) Ce qu'il faut savoir sur les inégalités en santé mentale**

Les inégalités en santé mentale font référence à la distribution inégale des facteurs favorables et/ou défavorables à la santé mentale et au bien-être et des problèmes/troubles de santé mentale entre différents groupes de la population (1). Plus précisément, les inégalités et les iniquités peuvent survenir dans la distribution (2) :

- des troubles/problèmes de santé mentale;
- des facteurs personnels et sociaux qui occasionnent des troubles/problèmes de santé mentale;
- des facteurs personnels et sociaux qui augmentent la résistance aux troubles/problèmes de santé mentale;
- des facteurs personnels et sociaux qui facilitent le rétablissement (guérison);
- des facteurs personnels et sociaux qui handicapent les personnes avec un trouble/problème de santé mentale;
- de l'accès aux services qui aident à prévenir les troubles de santé mentale;
- de l'accès aux services qui limitent la durée du trouble ou sa gravité;
- de l'accès aux services qui diminuent le désavantage social.

Ces distributions inégales résultent non seulement de facteurs individuels/génétiques, ou d'événements traumatiques spécifiques, mais de l'accumulation d'« insultes » ou de « blessures » à la santé mentale soutenues à travers les désavantages sociaux, économiques, écologiques et environnementaux (3). Ces désavantages ne sont pas distribués au hasard : certaines personnes et communautés sont exposées à un plus grand risque que d'autres. Les problèmes de santé mentale ne sont pas distribués de façon aléatoire dans la société, et si les données épidémiologiques révèlent qu'une personne sur quatre est susceptible de souffrir d'un

problème de santé mentale au cours de sa vie, ce n'est pas n'importe laquelle « une personne sur quatre ». (1) Les problèmes de santé mentale sont le reflet des divisions s'observant dans une société (classe, âge, origine ethnique, sexe) et contribuent parfois directement aux inégalités sociales (par exemple lorsque des personnes souffrent d'un désavantage sur le marché du travail causé par la discrimination) (1).

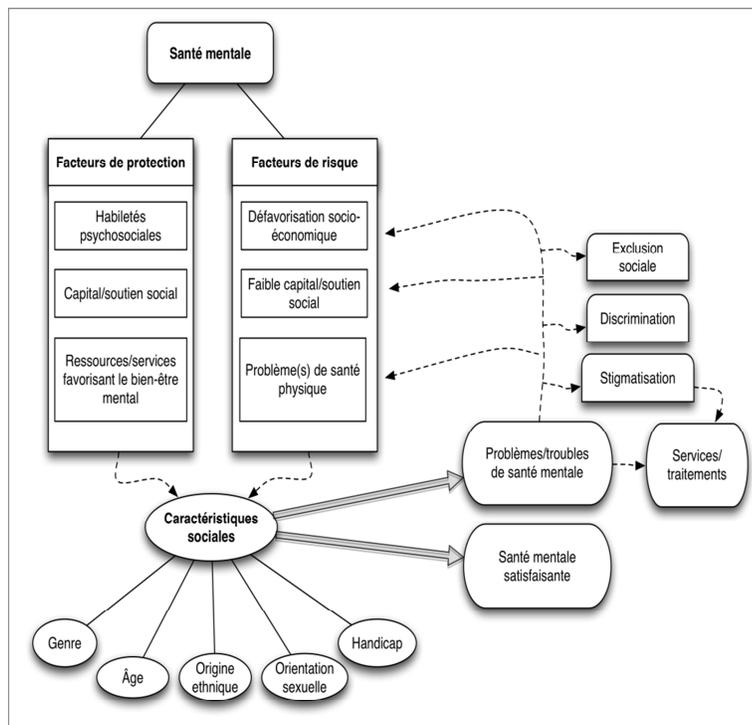
Les inégalités en santé mentale et troubles mentaux sont depuis longtemps un enjeu de recherche dans le domaine de la santé mentale. D'abord analysées par les sociologues, ce champ d'étude a par la suite suscité un intérêt de la part des épidémiologistes (4). Au fil du temps, deux théories classiques expliquant les inégalités en santé mentale ont émergé des recherches : la sélection sociale et la causalité sociale (4,5). La première stipule que la relation entre le statut socioéconomique et les troubles mentaux est le résultat d'une dérive des personnes malades vers un statut socioéconomique faible, celui-ci se dégradant à mesure que la santé mentale décline (6). Dans cette perspective, les personnes atteintes d'un trouble mental se verraient privées de conserver ou d'obtenir un emploi, ce qui aurait un impact négatif sur leur statut socioéconomique et leur mobilité sociale (7).

La théorie de la causalité sociale émet plutôt l'hypothèse qu'un statut socioéconomique faible chez un individu ou une communauté peut induire ou contribuer au développement d'un trouble mental, attribuable à la défavorisation, aux conditions précaires de logement et au manque de cohésion sociale (6). Ainsi, les conditions de vie marquées par la pauvreté auraient pour effet de rendre ces personnes plus vulnérables aux troubles mentaux aussi bien graves que transitoires (8). À cet égard, le mécanisme le plus souvent invoqué est le niveau de stress élevé, combiné avec la pénurie de ressources de tout acabit pour faire face à ce stress (9).

À travers la littérature, les nombreux débats entourant la plus grande plausibilité de l'une ou l'autre des théories ont toujours divisé les sociologues: devient-on pauvre parce que l'on souffre mentalement (sélection) ou développe-t-on un trouble mental parce que l'on évolue dans un

contexte de pauvreté (causalité)? (4). De nos jours, les sociologues se rangent majoritairement du côté de la causalité (4). Néanmoins, la distinction entre les deux visions continue de se refléter à travers le discours psychiatrique, relevant de la génétique et de la biochimie, qui ne considère pas l'environnement comme un facteur d'influence, parallèlement aux croyances des sociologues et travailleurs sociaux à l'effet que le contexte social soit un déterminant étiologique majeur (4). Il ne faut pas s'y méprendre : adopter l'une ou l'autre de ces approches a des conséquences importantes (5). Cela influence par exemple le type de politiques mises en place, les façons d'intervenir, les cibles d'intervention et le message qui est envoyé à la personne atteinte d'un trouble mental, ainsi qu'à sa famille, à ses amis et à la société dans son ensemble (4,5).

Le schéma ci-dessous, très simplifié, illustre les principales voies par lesquelles la santé mentale contribue à avantager ou désavantager les individus, telles que formulées dans le plan national de réduction des inégalités en santé mentale d'Écosse (1).



Déplanche (2011)

Dans un premier temps, la santé mentale est influencée par plusieurs facteurs, positifs tout autant que négatifs. Les facteurs de protection de la santé mentale peuvent être regroupés en trois grandes catégories (1) :

- Habiletés psychosociales et capacité d'adaptation des individus aux événements de la vie (estime de soi, autonomie, résilience)
- Soutien social (agissant comme un tampon face aux épreuves de la vie)
- Accès à des ressources et services qui protègent et nourrissent le bien-être mental (activités d'apprentissage, artistiques, physiques, spirituelles).

Les facteurs de risque pour la santé mentale peuvent également être regroupés en trois grandes catégories (1) :

- Incidence ou impact des événements/expériences négatifs de la vie (abus, rupture amoureuse, maladie chronique, handicap)
- Exclusion sociale et isolement social
- Impact de la privation et des inégalités structurelles de santé

Toutefois, en positionnant les inégalités de santé mentale au regard des politiques publiques et des interventions qui visent à les réduire, il est pertinent de considérer trois facteurs de risque précis : (1)

- Désavantage économique et statut d'emploi
- Santé mentale et santé physique
- Capital social et soutien social

Ces facteurs de risque et de protection sont par ailleurs modulés de façon importante par les différentes caractéristiques qui forgent l'identité sociale des individus dans un contexte donné: l'âge, le genre, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la présence d'un handicap. (1). L'influence mutuelle qui s'exerce entre les facteurs de risque/protection et les caractéristiques sociales des individus résultent en une santé mentale satisfaisante (qui ne nécessite pas un appel à des services), ou à l'apparition de troubles. Ces troubles peuvent amener les individus qui en sont atteints à bénéficier de services ou de traitements, dépendant de plusieurs facteurs (par ex. revenu, disponibilité des services, crainte de la stigmatisation). Mais les personnes souffrantes sont surtout fortement sujettes à la discrimination, à la stigmatisation et à l'exclusion sociale, situations qui contribuent à leur tour à aggraver des facteurs de risque déjà présents; ces facteurs posent inversement le risque d'être exclu, discriminé et stigmatisé.

Conséquemment, la réduction des inégalités en santé mentale peut s'opérer par trois avenues (10):

- S'attaquer aux inégalités qui mènent à une mauvaise santé mentale (facteurs de risque/protection et caractéristiques sociales)
- S'attaquer aux inégalités qui résultent d'une mauvaise santé mentale (tel qu'un taux d'emploi plus faible, de mauvaises conditions de logement, un niveau d'éducation plus faible, et une mauvaise santé physique)
- S'attaquer aux inégalités au niveau de la prestation de services (accès, expérience, résultats)

## **B) Présentation globale des dix indicateurs**

Voici les dix indicateurs, qui selon nous, pourraient contribuer chacun à leur façon à mesurer les inégalités en santé mentale.

- 1) Participation à la vie communautaire :** approche de Mackenbach, car fait état de déterminants socioéconomiques de la santé mentale (niveau de défavorisation de la communauté, capital social). Par ailleurs, favoriser la participation à la vie communautaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale permet de travailler sur un facteur de médiation important, l'exclusion sociale, qui peut contribuer à aggraver des problèmes déjà existants.
- 2) Sentiment d'appartenance à sa communauté locale :** approche de Mackenbach, car renforcer le capital social d'une communauté permet de travailler dans une perspective de promotion de la santé mentale. Agir au niveau du renforcement du capital social d'une communauté, dans ce cas-ci par l'entremise du sentiment d'appartenance de ses membres, permet de protéger et de renforcer la santé mentale de ceux-ci. Il s'agit donc d'intervenir en amont des problèmes de santé mentale, aggravés par le fait de vivre dans des communautés défavorisées.
- 3) Maladies chroniques :** approche des règles d'accès aux ressources, car avoir un problème de santé mentale ne doit pas influencer le fait de bénéficier d'un soutien/suivi concernant la promotion de saines habitudes de vie, la prévention et le traitement des problèmes de santé physique.
- 4) Bien-être psychologique :** approche de Mackenbach, car en favorisant le sentiment d'appartenance à la collectivité et l'accès à un soutien affectif, deux facteurs associés au bien-être psychologique et à la satisfaction à l'égard de la vie, on contribue à renforcer et protéger la santé mentale de l'ensemble de la population, ce qui signifie travailler en amont des problèmes de santé mentale.

- 5) **Épisode dépressif majeur** : approche de Mackenbach, car le statut socioéconomique est un important facteur de risque à surveiller en ce qui a trait à la survenue et surtout à la persistance de la dépression. En réduisant les désavantages socioéconomiques, le risque de souffrir d'un premier épisode de dépression mais également d'épisodes multiples diminue. Cet indicateur peut aussi faire référence à l'approche des parcours de vie, car plusieurs travaux de recherche s'inscrivant dans cette perspective suggèrent que le risque de souffrir de troubles mentaux communs (dépression, anxiété) dépend du statut socioéconomique des parents durant l'enfance.
- 6) **Détresse psychologique** : approche de Mackenbach, car fait référence à la réduction des désavantages socioéconomiques des personnes à faible revenu (femmes et jeunes, en particulier) et du stress (qui est un facteur médiateur entre le faible revenu et la détresse psychologique).
- 7) **Accès à une psychothérapie** : approche de Mackenbach, car vise à améliorer l'accès des individus désavantagés aux soins de santé.
- 8) **Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale** : approche des règles d'accès aux ressources, car l'accès et l'utilisation des services dans la communauté sont des déterminants des inégalités en santé mentale.
- 9) **Expériences de santé mentale** : approche de Mackenbach, car la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale peut conduire les individus qui en souffrent vers l'exclusion sociale et la défavorisation socioéconomique. C'est un facteur médiateur important.
- 10) **Stigmatisation à l'égard de la dépression**: même chose que l'indicateur précédent.

## **C) Présentation détaillée des indicateurs**

### **1) Participation à la vie communautaire**

**Population/sous-populations concernées :** Communautés défavorisées, personnes ayant un problème de santé mentale.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Cet indicateur pourrait se définir selon trois dimensions : (11)

- 1) Proportion de la population qui a effectué un travail bénévole au cours des douze derniers mois parmi la population totale de 15 ans et plus, selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, ;
- 2) Proportion de la population de 15 ans et plus qui était membre ou participante d'au moins un organisme, par rapport à la population totale de 15 ans et plus ;
- 3) Proportion de la population de 15 ans et plus qui a participé à au moins une activité politique, par rapport à la population totale de 15 ans et plus (*voter, chercher de l'information sur une question de nature politique, faire du bénévolat pour un parti politique, exprimer sa vision des choses sur une question en communiquant avec un journal ou un politicien, signer une pétition, boycotter un produit pour des questions d'éthique, participer à une manifestation ou une marche de protestation*).

**Raisons du choix de cet indicateur :** La participation à la vie communautaire est un indicateur de base servant à mesurer le capital social. Cet indicateur ainsi que celui du soutien social sont deux facteurs associés à la réduction du risque de problèmes de santé mentale et à une meilleure santé auto-évaluée.

L'isolement social est un important facteur de risque pour la détérioration de la santé mentale et le suicide. La participation sociale augmente la probabilité du rétablissement suite à un problème de santé mentale, tandis qu'un faible soutien social et peu de contact avec l'entourage diminuent jusqu'à 25% les chances de rétablissement (12,13).

Plusieurs études ont démontré une association entre le bien-être, les liens sociaux et des comportements à caractère social (engagement civique, bénévolat). Une étude longitudinale a par exemple démontré que le bien-être prédisposait au bénévolat, et qu'à l'inverse, le bénévolat augmentait le sentiment de bien-être (12,13).

L'inclusion sociale est souvent mesurée en terme de facteurs qui excluent certains groupes, tels les personnes à faible revenu, celles qui présentent un handicap ou une maladie physique, qui sont au chômage, qui sont âgées ou qui ont des problèmes de santé mentale. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont parmi les plus exclues relativement à une grande variété d'indicateurs. Pour les individus, se sentir utiles, liés aux autres et avoir un intérêt pour les autres sont les facteurs clés qui contribuent au bien-être mental. L'exclusion sociale sous tous ses aspects représente à la fois une cause et une conséquence des problèmes de santé mentale. L'inclusion sociale joue donc un rôle significatif par rapport à la prévention des problèmes de santé mentale et l'amélioration du bien-être (14,15).

Il existe une forte association entre la défavorisation socioéconomique et les niveaux d'intégration sociale (16,17,18). Une étude a par exemple démontré cette association en utilisant les mesures suivantes : la disponibilité d'une personne à qui se confier, le partenariat, les liens sociaux étroits et la participation sociale (19).

Dans les communautés locales qui bénéficient d'une bonne qualité de vie, les résidents sont plus susceptibles de ressentir un sentiment d'appartenance fort, moins d'isolement, un plus

grand accès à des opportunités de loisirs/activités, de bons rapports de voisinage et une plus grande sécurité (18). Une mauvaise santé mentale est associée à la perception que le voisinage se détériore, à de moins bons rapports de voisinage et à de faibles opportunités de loisirs/activités (18).

Les individus vivant dans des communautés défavorisées ont tendance à avoir une estime de soi plus faible, affirment plus souvent se sentir seuls et que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et ont un sentiment plus faible de contrôle sur ce qui leur arrive par rapport à ceux se trouvant dans des communautés aisées (19,20). Ainsi, les personnes ayant un faible capital social ont tendance à être celles qui résident dans les endroits les plus défavorisés, qui ont les revenus les plus bas et un niveau de scolarité moins élevé (19,20).

La participation communautaire et ses dimensions adjacentes (inclusion, exclusion) ne renvoient pas seulement à l'individu et à son degré d'engagement, mais au contexte social, culturel et économique de la communauté dans laquelle il évolue qui facilite ou entrave cette participation (19,20). Il importe en ce sens d'orienter les interventions de réduction des inégalités de santé mentale à partir des points forts et faibles de la communauté, et non seulement des individus (19,20).

**Limites de l'indicateur :** se restreint aux dimensions de bénévolat et d'implication politique. Ne tient pas compte des autres formes d'engagement communautaire.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Cet indicateur se retrouve dans l'Enquête sociale générale, cycle 22 (Statistique Canada) (11). C'est une enquête quinquennale, à l'échelle nationale, provinciale, régionale.

## 2) Sentiment d'appartenance à sa communauté locale

**Population/sous-populations concernées :** Hommes, jeunes de 15 à 24 ans, personnes ayant un problème de santé mentale, communautés défavorisées.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 12 ans et plus qui déclarent avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible.

**Raisons du choix de cet indicateur :** Le sentiment d'appartenance à la communauté est un indicateur régulièrement utilisé lors des analyses ayant pour objet le capital social et la cohésion sociale ainsi que l'intégration sociale. Cet indicateur est identifié par Santé Canada comme étant un des quatre items à considérer pour mesurer la dimension *Participation civique et engagement social*, l'une des six dimensions proposées pour étudier le capital social au Canada (12,13).

C'est également un des indicateurs proposés par le groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (GEPSP) du Réseau pancanadien de santé publique (RPSP), dans son rapport *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé* (21).

Le capital social d'une communauté est un déterminant majeur pour la santé mentale des individus qui en font partie : une forte corrélation est observée entre le sentiment d'appartenance à la communauté locale et la santé physique et mentale. Les hommes et les jeunes sont des sous-groupes dans la population qui ne déclarent pas avoir un sentiment d'appartenance élevé à leur communauté (22).

Cet indicateur vise à rendre compte de réalités qui vont au-delà de l'individu en mettant en évidence les facteurs environnementaux qui influencent la santé mentale (personnes, réseaux d'appui et ressources disponibles en temps de besoin, aménagement du territoire, possibilité d'engagement social, pouvoir d'agir des individus sur leur milieu, etc.). Comme la santé mentale n'est pas qu'une affaire individuelle mais également le fruit d'un construit social, il importe d'avoir un indicateur qui incite à des actions collectives, comme les opportunités d'inclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale, les liens entre les membres de la communauté, l'entraide, l'aménagement physique des lieux, le sentiment de sécurité, etc. (16,20,23).

**Limites de l'indicateur :** Le terme *communauté locale* n'étant pas défini, l'interprétation peut varier d'un répondant à l'autre. La question est générale et ne permet pas de rendre compte des dimensions qui traduisent le sentiment d'appartenance, Il faudrait quelques sous-questions, ou fusionner cet indicateur avec d'autres items de la dimension de la *Participation civique et de l'engagement social*. Cet indicateur peut ne pas signifier grand-chose pour les intervenants « terrains » ou les décideurs, car il n'est pas clairement défini, il est plutôt vague.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Cet indicateur se retrouve dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada). C'est une enquête annuelle, à l'échelle nationale, provinciale, régionale.

### **3) Maladies chroniques**

**Population/sous-populations concernées :** Personnes recevant des services en santé mentale.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de personnes recevant des services en santé mentale ET un suivi au niveau de quatre maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, hypertension) par rapport à la proportion de personnes ne recevant pas de

services en santé mentale ET recevant un suivi au niveau de quatre maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, hypertension).

**Raisons du choix de cet indicateur :** L'expérience de maladie physique représente un facteur de risque pour la santé mentale pour l'ensemble de la population, et à l'inverse, les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus à risque d'éprouver des problèmes de santé physique (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers) (14,20,24,25).

Des études démontrent toutefois que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne bénéficient pas toujours d'un suivi approprié au niveau de la santé physique, en comparaison avec celles qui n'éprouvent pas de problèmes de santé mentale (26,27,28). Certaines études indiquent que les professionnels en santé mentale n'aborderaient pas suffisamment la dimension physique de la santé auprès des personnes qu'ils rencontrent, pourtant très importante au niveau du rétablissement de celles-ci (27,28). Cela est préoccupant car les personnes ayant un problème de santé mentale ont un niveau plus élevé de tabagisme, de consommation d'alcool/drogues et de sédentarité (28).

Plusieurs études montrent notamment une association entre la dépression et la maladie cardiaque: il est recommandé de surveiller les personnes souffrant de dépression en ce qui a trait au développement d'une maladie cardiaque (29).

À noter que cet indicateur porte sur une réalité qu'on peut améliorer avec une politique publique; il est innovateur mais porte quand même sur des besoins de développement.

**Limites de l'indicateur :** L'indicateur est vaste et n'est pas clairement défini, et il ne correspond pas à des données déjà recueillies.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** La source de données n'existe pas déjà. Elle pourrait toutefois être l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, mais il faudrait procéder à un croisement des indicateurs de suivi au niveau des maladies chroniques avec ceux reliés à l'utilisation des services en santé mentale.

#### **4) Bien-être psychologique**

**Population/sous-populations concernées :** population générale

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 15 ans et plus se situant dans le quintile supérieur de l'indice de bien-être psychologique.

**Raisons du choix de cet indicateur :** Le bien-être psychologique est une mesure de santé mentale positive largement utilisée dans les enquêtes populationnelles de santé mentale, au Canada et ailleurs dans le monde. Cet indicateur comprend 25 items mesurant l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et des événements et le bonheur (30).

Cet indicateur se rattache à la promotion de la santé mentale, qui se veut un processus visant à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à augmenter les conditions, comme la cohésion sociale, qui réduisent les facteurs de risque de problèmes de santé mentale des personnes, des familles et des collectivités (31).

Les stratégies de promotion de la santé mentale bénéficient à tout le monde: ceux qui ont des problèmes de santé mentale, ceux qui n'en ont pas, et ceux qui valsent d'un état à l'autre (14). Promouvoir la santé mentale pour tous, et plus précisément dans ce cas-ci le bien-être psychologique, est tout aussi important que d'agir de façon ciblée sur des groupes à risque ou des symptômes dans l'optique de réduire les inégalités en santé mentale (14).

Bien qu'il n'y ait pas de sous-groupes particulièrement visés ici, les données des enquêtes montrent que les 15-24 ans sont les moins enclins à ressentir un niveau élevé de bien-être psychologique parmi tous les groupes d'âge (32,33). Par ailleurs, un revenu élevé n'est pas associé à un bien-être psychologique élevé, mais plutôt à plus grande satisfaction à l'égard de la vie (33). Toutefois, la disponibilité du soutien affectif et un grand sentiment d'appartenance à la collectivité sont systématiquement associés au bien-être psychologique et à la satisfaction à l'égard de la vie (33). Combinées à d'autres résultats d'enquête, ces conclusions mettent en évidence le fait que des facteurs sociaux précis jouent un rôle plus important dans la santé mentale positive que certains facteurs socioéconomiques (33).

Cet indicateur est sensible: il peut refléter les changements socioéconomiques et les résultats des interventions au fil du temps.

**Limites de l'indicateur :** Cet indicateur peut ne pas signifier grand-chose pour les intervenants « terrains » ou les décideurs, car il demeure plutôt vague, général.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada).

## 5) Épisode dépressif majeur

**Population/sous-populations concernées :** Femmes, jeunes de 15 à 24 ans, personnes à faible revenu.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 12 ans et plus ayant un risque probable d'avoir vécu un épisode dépressif majeur (EDM) d'une durée minimale de 2 semaines, au cours d'une période de 12 mois, par rapport à la population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés.

**(sous-indicateur)** Proportion de personnes chez qui l'on observe une persistance de la dépression (épisodes multiples) selon le sexe, l'âge et le statut socioéconomique.

**Raisons du choix de cet indicateur :** La dépression est un trouble mental répandu et fait partie des six principales maladies à l'origine de l'incapacité, entraînant ainsi une lourde charge pour la société (34). Elle est fortement associée au suicide lorsqu'elle n'est pas traitée (34). Les femmes et les jeunes adultes en sont particulièrement atteints (14,34).

De nombreuses études démontrent un lien indéniable entre un statut socioéconomique faible et la survenue de la dépression (35,36,37,38,39). Toutefois, selon une revue de littérature de 56 études de population sur la dépression, provenant d'une variété de pays, il semble que les inégalités soient davantage marquées en ce qui a trait à la répétition de la dépression plutôt qu'à l'apparition du premier épisode (40). Autrement dit, la différence entre les personnes aisées et défavorisées en terme de dépression n'est pas tant au niveau de l'incidence (OR=1.24), mais plutôt de la durée et de la persistance (OR=2.06) (40). Les femmes et les jeunes, davantage exposés à la pauvreté, sont plus à risque de souffrir de dépression; la violence sous toutes ses formes affectant particulièrement les femmes constitue également un facteur de risque important (41).

**Limites de l'indicateur :** symptômes auto-rapportés.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada). Les données nous permettent de mesurer la dépression en fonction du sexe, de l'âge et du statut socioéconomique à un certain moment, mais ne nous donne pas d'indications sur la durée, la fréquence et la sévérité des épisodes dépressifs. Il faudrait idéalement pouvoir suivre le parcours des individus au fil des enquêtes.

## **6) Détresse psychologique**

**Population/sous-populations concernées :** Femmes, jeunes de 15 à 24 ans, personnes à faible revenu.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 15 ans et plus ayant un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (Kessler).

**Raisons du choix de cet indicateur :** la détresse psychologique est une dimension importante de la santé mentale. Elle est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent occasionner la dépression et l'anxiété (42). Les conséquences de la détresse psychologique touchent plusieurs dimensions de la vie personnelle (famille, amis, travail, études) (42,43). L'indicateur de détresse psychologique donne une approximation intéressante de l'état de santé mentale d'une population et des impacts des différentes fluctuations au plan économique, politique et social (42). La prévalence de la détresse psychologique est élevée parmi les Québécois: plus d'un individu sur cinq affiche un résultat élevé de détresse sur l'échelle de Kessler (43).

Le Québec affiche une prévalence significativement plus élevée de détresse par rapport à plusieurs autres provinces canadiennes (43,44). Par exemple, les Québécois sont, en proportion,

les Canadiens vivant le plus un état de stress quotidien et de stress au travail élevé, et les indicateurs de stress ne sont pas étrangers à celui de la détresse psychologique (37). On peut également penser au taux de suicide au Québec, qui est le plus élevé au sein du Canada, et l'un des plus élevés parmi les pays industrialisés (44).

Au Québec, il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes qui ont un niveau élevé de détresse (43,45). Cet écart entre les sexes ressort pour tous les groupes d'âge et de façon plus marquée chez les jeunes (15-24 ans) (43). Les données des enquêtes montrent aussi un lien entre un niveau de détresse élevé et le fait d'avoir un faible revenu (46). La prévalence des facteurs de stress est plus grande chez les personnes à faible revenu, ce qui peut expliquer en partie cette relation (46,47).

**Limites de l'indicateur :** La détresse psychologique est mesurable (signe évident d'un problème de santé) mais ne peut à elle seule éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache. L'indicateur se limite à un seul niveau de détresse (élevé). Il serait intéressant d'observer également les écarts entre différents niveaux de détresse selon les trois caractéristiques sociodémographiques mentionnées (sexe, âge, niveau de revenu).

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada).

## **7) Accès à une psychothérapie**

**Population/sous-populations concernées :** Personnes ayant un diagnostic de dépression, personnes à faible revenu.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 15 ans et plus bénéficiant d'une psychothérapie pour motif de dépression, selon le revenu.

**Raisons du choix de cet indicateur :** Deux lignes directrices sont établies pour soigner la dépression : la prise de médicaments et la psychothérapie (48,49). La prévalence de la dépression est élevée parmi la population et ne pas la soigner a des conséquences graves (augmentation du risque suicidaire, par exemple) (50).

Même si les choses ont évolué depuis les dernières années, une majorité de psychologues travaillent dans le secteur privé, ce qui représente des coûts de consultation trop élevés pour les personnes à faible revenu (51,52). Le manque de psychologues dans le secteur public constitue une situation flagrante d'inégalité de santé, et vu leur faible proportion, les listes d'attente pour bénéficier de services peuvent s'avérer très longues (51,52).

Considérant l'importance de cette situation, cet indicateur incite à l'action et porte très certainement sur une réalité que l'on peut améliorer avec une politique publique. Il est d'une grande pertinence par rapport aux inégalités de santé, et il signifie quelque chose pour les intervenants « terrains » et les décideurs.

**Limites de l'indicateur :** Se concentre sur les personnes ayant 1) reçu un diagnostic et 2) souffrant de dépression seulement. Ne rejoint donc pas les personnes vivant des difficultés d'adaptation diverses devant des situations éprouvantes, qui n'ont pas de diagnostic mais qui auraient quand même grandement besoin d'une psychothérapie, et ceux dont le problème est d'un autre ordre que celui de la dépression. De plus, cet indicateur n'est pas déjà utilisé.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada). Toutefois, les données ne spécifient pas si la

consultation auprès d'un professionnel a donné lieu à un diagnostic de dépression et si une psychothérapie s'en est suivie.

## **8) Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale**

**Population/sous-populations concernées :** Personnes ayant un problème de santé mentale.

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 15 ans et plus ayant un problème de santé mentale et ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale par rapport à la proportion de la population de 15 ans et plus ayant un problème de santé mentale et n'ayant pas utilisé de ressource à des fins de santé mentale.

**Raisons du choix de cet indicateur :** Au Québec, il est reconnu qu'une forte proportion de la population du Québec connaîtra au cours de sa vie une période difficile au point d'affecter négativement sa santé mentale (53). Les problèmes que vivent les individus en lien avec leur santé mentale peuvent les conduire ou non à chercher de l'aide afin de rétablir ou maintenir un équilibre psychique (53,54). Cet indicateur englobe une variété de ressources susceptibles d'apporter un soutien aux personnes ayant un problème de santé mentale : médecin de famille, psychiatre, psychologue, infirmière, travailleur social, psychothérapeute, conseiller religieux ou autre, groupe de soutien (internet), groupe d'entraide, ligne téléphonique. En ce sens, il ne se limite pas à la dimension traditionnelle des services en santé mentale (clinique) (55).

Bien qu'ici, la sous-population visée soit les personnes ayant un problème de santé mentale en général, il importe de porter une attention toute particulière aux hommes, aux jeunes de 15 à 24 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus, les trois sous-groupes qui utilisent le moins les ressources en santé mentale (55).

Par exemple, depuis les dernières années, la situation des hommes attire de plus en plus l'attention des milieux de la santé et communautaire, du fait que les hommes utilisent beaucoup moins les services que les femmes (56).

**Limites de l'indicateur :** peut avoir l'air trop vague, trop général pour les décideurs et les intervenants.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, santé mentale et bien-être (Statistique Canada). Enquête thématique occasionnelle, échelle nationale, provinciale, régionale. Les données sont recueillies à un intervalle éloigné : la dernière enquête sur le thème de la santé mentale date de 2002, et la prochaine enquête aura lieu en 2012.

## **9) Expériences de santé mentale**

**Population/sous-populations concernées :** Population générale

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 12 ans et plus ayant le sentiment d'avoir été traitée injustement ou d'avoir été l'objet de propos négatifs dû à un problème de santé mentale, passé ou actuel, par rapport à la proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas le sentiment d'avoir été traitée injustement.

On pourrait amener une précision pour cet indicateur : parmi ceux ayant eu le sentiment d'avoir été traités injustement, on pourrait voir quelle proportion a été moyennement ou très affectée par rapport à différentes dimensions :

- La vie familiale
- La vie sentimentale
- La vie professionnelle ou scolaire
- La situation financière
- La situation de logement

**Raisons du choix de cet indicateur :** Cet indicateur est innovateur: il est très rare d'en voir un semblable intégré dans des enquêtes populationnelles. Comme il est très récent, il n'y a évidemment pas de données disponibles nous permettant de déceler des différences de stigmatisation vécues entre des sous-groupes de la population, ici au Canada. Bien que l'indicateur dans ce cas-ci vise la population générale, plusieurs études révèlent que certains groupes ou milieux dans la société devraient faire davantage l'objet de sensibilisation et de lutte à la stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale: la Commission de la santé mentale du Canada identifie particulièrement les pourvoyeurs de soins de santé mentale de première ligne, les jeunes de 12 à 18 ans, les milieux de travail et les médias (57).

Cet indicateur met en lumière les situations de discrimination et d'attitudes négatives reliées aux problèmes de santé mentale. Il est très pertinent. Considérant la gravité des répercussions des attitudes et comportements négatifs sur la vie des individus souffrant de problèmes de santé mentale, plus que tout autre problème (ce qui en soi est une situation d'inégalité) (7,14,58,59) cet indicateur est d'une importance majeure dans la lutte contre les inégalités.

**Limites de l'indicateur :** L'indicateur n'est pas clairement défini : « expériences » de santé mentale porte à confusion. On ne fait pas nécessairement le lien avec la discrimination.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada).

## **10) Stigmatisation à l'égard de la dépression**

**Population/sous-populations concernées : Population générale**

**Définition de l'indicateur ou calcul utilisé :** Proportion de la population de 12 ans et plus déclarant avoir une attitude favorable à la dépression par rapport à la population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés.

**Raisons du choix de cet indicateur :** La dépression a une prévalence élevée, et tel que mentionné précédemment, la stigmatisation reliée au trouble mental peut avoir de graves conséquences à court et long terme sur plusieurs sphères de la vie de l'individu, surtout en ce qui a trait à l'exclusion sociale (7,57,58). La stigmatisation se fait sentir tant au niveau de la collectivité (capital social) que des comportements et attitudes individuels (14,59).

La stigmatisation vécue par les personnes souffrant de problèmes de santé mentale est particulièrement importante en comparaison avec toute autre condition affectant l'individu (7,58,59). Bon nombre de personnes ayant un problème de santé mentale jugent que la stigmatisation cause plus de souffrance que la maladie (59,60,61).

La stigmatisation est l'un des facteurs qui dissuadent le plus les personnes souffrant de troubles mentaux à chercher de l'aide. Elle amène un sentiment d'impuissance et de désespoir, alors qu'en réalité, il est possible de se rétablir d'un trouble mental (53).

Cet indicateur est innovateur et il porte sur une réalité qu'on peut améliorer avec une politique publique, un programme social ou de santé publique; il incite à l'action. Il est clairement défini.

**Limites de l'indicateur :** Aborde la dépression seulement, et non l'ensemble des troubles mentaux. Ne révèle pas les croyances et attitudes du répondant à l'égard de la dépression, mais ce que celui-ci pense que les gens de son entourage éprouvent à l'égard de personnes ayant souffert de dépression.

**Source, fréquence de cueillette et limites des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada).

#### **D) Les indicateurs incontournables: le choix final**

Les dix indicateurs présentés font référence à des dimensions très variées de la santé mentale et seraient utiles, chacun à leur manière, pour rendre compte des écarts en santé mentale entre différents groupes. Cependant, dans une optique de priorisation, nous croyons que les trois indicateurs qui devraient être retenus en vue d'un système de surveillance sont:

##### **1. Détresse psychologique**

Même si il ne nous éclaire pas sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache, l'indicateur de détresse psychologique donne une bonne idée de l'état de santé mentale d'une population et des impacts des différentes fluctuations au plan économique, politique et social. Par ailleurs, le Québec affiche un taux élevé de détresse psychologique (particulièrement chez les femmes, les jeunes et les personnes à faible revenu). Finalement, plusieurs interventions sont possibles, à différents niveaux, en vue de réduire les écarts de détresse entre différents groupes (tels les trois nommés précédemment).

##### **2. Accès à une psychothérapie**

Faute d'un nombre suffisant de professionnels dans le réseau public, bon nombre de personnes ne peuvent bénéficier de services abordables lorsqu'une situation difficile survient. Ce sont donc, de façon évidente, les personnes ayant un revenu modeste et ne pouvant payer les frais

de consultation de professionnels du réseau privé qui en écopent le plus. Cette situation est d'autant plus critique, car les conséquences liées au fait de ne pas traiter des difficultés psychologiques peuvent s'avérer désastreuses. C'est un indicateur reflétant une grande injustice et qui doit amener la mobilisation de bon nombre d'acteurs.

### **3. Expériences de santé mentale**

C'est un indicateur fondamental, car il fait état de dimensions aussi souffrantes, sinon plus que les problèmes de santé mentale eux-mêmes: la discrimination et la stigmatisation. Les conséquences de celles-ci peuvent être nombreuses et particulièrement graves (non-emploi, isolement familial et social, difficulté à se loger, etc.). Par ailleurs, cet indicateur incite à agir à plusieurs niveaux et auprès de différents groupes (jeunes, professionnels de la santé, etc.)

## RÉFÉRENCES

1. Myers, F., McCollam, A. et Woodhouse, A. (2005). *Equal Minds: Addressing Mental Health Inequalities in Scotland. National Programme for Improving Mental Health and Well-Being*. Scottish Development Centre for Mental Health. Scottish Executive, Edinburgh.
2. Melzer, D., Fryers, T. Jenkins, R. (eds) (2004) *Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders*, Hove: Psychology Press.
3. Rogers, A. and Pilgrim, D. (2003) *Mental Health and Inequality*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
4. Ramon, S. (2007). *Inequality in Mental Health: the Relevance of Current Research and Understanding to Potentially Effective Social Work Responses*. Institute of Health and Social Care, Anglia Ruskin University, Cambridge.
5. Lorant, V. *Inégalités de santé mentale : perspective européenne et des politiques publiques*. Congrès national des observatoires régionaux de la santé 2008- Les inégalités de santé. Marseille, 2008.
6. Francesco, A. et Jones, J. (2007). *What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services?* *Epidemiol Psichiatr Soc* 16(1):16-9.
7. Dorvil, H. (2007). *Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale*. Problèmes sociaux, Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche, 6(169-202).
8. Wheaton, Blair. (1978). *The Sociogenesis of Psychological Disorder: Reexamining the Causal Issues with Longitudinal Data*. *American Sociological Review* 43:383–403.
9. Ulbrich, P., Warheit G. et Zimmerman, R. (1989). *Race, socioeconomic status, and psychological distress: an examination of differential vulnerability*. *J Health Soc Behav.*(1):131-46.
10. No health without mental health. *Improving outcomes in mental health : promoting equality and reducing inequality*. HMG DH, 2011.
11. Statistique Canada (2008). *Enquête sociale générale, cycle 22, réseaux sociaux*.
12. Statistique Canada (2003i). *Le capital social comme déterminant de la santé. Comment le mesurer?*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue H13-5/02-8, 37 p.
13. Statistique Canada (2003j). *Le capital social comme déterminant de la santé. Comment le définir?*, Ottawa, Statistique Canada, catalogue H13-5/02-7, 28 p.

14. National Mental Health Development Unit (2010). *The Mental well-being impact assessment toolkit*.
15. Huxley, P. et Rogers, A. (2001). Urban Regeneration and Mental Health, *Health Variations 7*, ESRC.
16. European Foundation for the improvement of living and working conditions (2010). *Living conditions, social exclusion and mental well-being*. Second European quality of life survey.
17. Ellaway, A. (2003) *People, Places and Mental Well Being*, Conference Presentation, Equal Minds: Addressing Mental Health Inequalities, Edinburgh, 9 October.
18. Palmer, G., North, J. and Kenway, P. (2003) *Monitoring Poverty and Social Exclusion, 2003*, York: Joseph Rowntree Foundation.
19. Sainsbury Centre for mental health (2009). *Mental health inequalities: measuring what counts*. Partnership Seminar.
20. La mobilisation pour le développement des communautés locales. <http://www.mobilisation-communautes.gc.ca/default.aspx>
21. Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population et Groupe des modes de vie sains (2009). *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé*. Réseau pancanadien de santé publique.
22. Shields, M. (2008). *Appartenance à la communauté et auto-évaluation de l'état de santé*. Rapports sur la santé, 19(2), Statistique Canada.
23. Ali, J. (2002). «La santé mentale des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé* (suppl.), vol. 13, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-003, p. 113-125.
24. Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. World Health Organisation.
25. Scottish Government (2009). *Towards a mentally flourishing Scotland: Policy and action plan 2009-2011*.
26. Disability Rights Commission (2006). *Equal treatment: closing the gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems*. Part 1 of the DRC'S formal investigation report. UK.
27. House of Commons, Health Committee (2009). *Health inequalities*. Third report of session 2008-09. UK.
28. Friedli, L and Dardis, C. (2002) *Not All in the Mind: Mental Health Service User Perspectives in Mental Health*, *Journal of Mental Health Promotion*, 1, 1, pp. 36–46.
29. Gilmour, H. (2008). *Dépression et risque de maladie cardiaque*. Rapports sur la santé, 19(3), Statistique Canada.

30. Statistique Canada (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.
31. Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS, 2009.
32. Institut de la statistique du Québec (2010). *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés*. Gouvernement du Québec.
33. Demers, A., Kairouz, S. Inégalités socioéconomiques et bien-être psychologique : une analyse secondaire de l'Enquête sociale et de santé 1998. *Sociologie et sociétés*, vol. 35, n° 1, 2003, p. 185-202.
34. Institut de la statistique du Québec (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2).
35. Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., O'Campo, P. (2004). *Socioeconomic position and major mental disorders*. *Epidemiologic Reviews* 26 (1), 53-62.
36. Ritsher, J.E., Warner, V., Johnson, J. G., Dohrenwend, B. P. (2001). *Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models*. *British Journal of Psychiatry* 178 (Suppl 40), S84-S90.
37. Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J., Anseau, M. (2007). *Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study*. *Br.J.Psychiatry* 190, 293-298.
38. Weich, S., Lewis, G. (1998). *Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study*. *British Medical Journal* 317 (7151), 115-119.
39. Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R., Beekman, A., Ormel, J., Nolen, W. (2002). *Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *British Journal of Psychiatry* 181 (3), 208-213.
40. Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Anseau, M. (2003). *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*. *American Journal of Epidemiology* 157 (2), 98-112.
41. World Health Organization (2002). *Gender and mental health*.
42. Camirand, H., Nanhou, V (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*. Institut de la statistique du Québec, zoom santé.
43. Bordeleau, M., Traoré, I. (2007). *Santé générale, santé mentale et stress au Québec*. Institut de la statistique du Québec, zoom santé.

44. Institut de la statistique du Québec (2010). Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés.
45. Jekovska, M. (2008). *Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence?* Comité régional en développement social du Centre-du-Québec.
46. Orpana, H., Lemyre, L., Gravel, R. (2009). *Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social*. Rapports sur la santé, 20(1), Statistique Canada.
47. Power, C., Stansfeld, S. A., Matthews, S., Manor, O., Hope, S. (2002). *Childhood and adulthood risk factors for socioeconomic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort*. Soc.Sci.Med 55 (11), 1989-2004.
48. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. NICE clinical guideline 90.
49. Canadian Psychiatric Association (2001). *Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders*.
50. Nanhou, V., Fournier, C., Audet, N. (2010). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social*. Zoom santé, Institut de la statistique du Québec.
51. Service populaire de psychothérapie. [www.spp-laval.gc.ca](http://www.spp-laval.gc.ca)
52. Radio-Canada nouvelles (2011). *La confiance au cœur de la 60<sup>e</sup> semaine de la santé mentale*. <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2011/05/01/001-semaine-sante-mentale.shtml>
53. Ministère de la Santé et Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Gouvernement du Québec.
54. Organisation mondiale de la santé (2001). *Santé mentale : les ministres appellent à l'action*. 54<sup>e</sup>me tables rondes ministérielles, Genève.
55. Institut de la statistique du Québec (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois*.
56. Rondeau et al. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes.
57. Commission de la santé mentale du Canada (2010). *Changer les mentalités*. [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Campagneanti\\_stigmate.aspx](http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Campagneanti_stigmate.aspx)
58. Mind and Rethink (2008). *Time to change: let's end mental health discrimination*. <http://www.time-to-change.org.uk/>
59. McDaid, D. (2008). *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. European Commission, Luxembourg.

60. National Mental health development unit (2010). *Factfile 6 : stigma and discrimination in mental health*. Department of health, UK.

61. Everett. B. (2006). *Stigma : the hidden killer. Background paper and literature review*. Mood disorders Society of Canada.

**ANNEXE F**  
**Santé au travail**

Panier local des indicateurs des inégalités sociales en santé  
Aspects de la santé au travail

**Rapport**

Direction de santé publique  
Centre de recherche Léa Roback

Présenté par  
Jane Cunha Oliveira Morales  
et Michel Rossignol  
pour le Centre de recherche Léa-Roback

# Table des matières

Sigles et acronymes.....	i
1. Résumé.....	1
2. Introduction.....	2
3. Méthodologie .....	3
3.1 Revue de littérature .....	3
3.2 Tableaux sommaires de la revue de littérature.....	3
3.3 Un premier tri : classification de la qualité des indicateurs .....	3
3.4 Conditions d'utilisation des indicateurs.....	4
4. Le cadre conceptuel.....	4
4.1 Exposition — conditions précaires de travail .....	6
L'insécurité d'emploi .....	6
Pertinence du travail .....	7
Flexibilité dans le travail .....	7
4.2 Exposition — les risques professionnels.....	7
Risques ergonomiques .....	7
Risques chimiques, biologiques et physiques .....	8
Risques psychologiques .....	8
4.3 Effets sur la santé .....	8
Conséquences adverses à la santé liées au travail .....	9
Santé physique.....	9
Santé mentale.....	9
Résultats adverses sur la grossesse.....	9
Blessures et lésions.....	10
Événements sentinelles.....	10
4.4 Effets sur l'utilisation de services de santé .....	10
Consommation de médicaments .....	10
Consultations et hospitalisations .....	11

4.5	L'incapacité prolongée pour le travail .....	11
	Services de réadaptation .....	11
5.	Indicateurs proposés.....	12
5.1	Incidence des maladies pulmonaires professionnelles que sont le mésothéliome, l'amiantose et la silicose .....	13
5.2	Absences du travail prolongées ( $\geq 90$ jours) .....	14
5.3	Utilisation de médicaments psychotropes remboursés par les assureurs d'entreprises.....	16
5.4	Entreprises hors normes pour les contaminants industriels .....	17
5.5	Intoxication causée par le plomb et le monoxyde de carbone (CO).....	19
5.6	L'incidence du syndrome du canal carpien (SCC) .....	20
6.	Recommandations pour quatre indicateurs incontournables.....	22
7.	Bibliographie.....	24
	Annexe 1-- Stratégie de recherche bibliographique.....	29
	Annexe 2 – Critères de sélection des indicateurs.....	30

## Sigles et acronymes

APHO	<i>Association of Public Health Observatories</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CSMPP	<i>Conservation and Sustainable Use of Medicinal Plants Project</i>
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	La Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSP	Direction de santé publique
FiTQ	Fichiers des tumeurs du Québec
HRSDC	<i>Human Resources and Skills Development Canada</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISS	Inégalités sociales de santé
LATMP	Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (Québec)
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail (Québec)
LHO	<i>London Health Observatory</i>
MedÉcho	Système de données médico-hospitalières
NSAID	Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens
PRSM	Plan régional de surveillance de Montréal
PSSE	Programme de santé spécifique aux entreprises
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCC	Syndrome du canal carpien
SCWE	<i>Statistics Canada Workplace and Employee Survey</i>
SISAT	Système d'information sur la santé au travail
TMS	Troubles musculosquelettiques

## 1. Résumé

Les inégalités sociales en santé (ISS) ont des conséquences sur plusieurs aspects de la vie incluant le travail. Historiquement, les conditions de travail ont été, avec le logement et les maladies infectieuses, un des principaux déterminants des inégalités sociales en santé (ISS), avec des conséquences sur la santé des travailleurs et celle de leur famille.

Ce rapport présente le cadre conceptuel des ISS par rapport à la santé au travail en identifiant les indicateurs pertinents à cette sphère d'activité. 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.

Mots clés : santé au travail, inégalités sociales en santé. ISS, indicateurs au travail

## 2. Introduction

Au Québec, les politiques et les relations de travail ont beaucoup évolué depuis la première intervention de l'État en matière de réglementation du travail avec la Loi des manufactures de 1885. Cette loi fixait notamment le nombre d'heures maximum travaillées par semaine à soixante heures et réglementait le travail des enfants. À partir de ce temps, les relations de travail ont évolué avec l'adoption de lois sur l'indemnisation des accidents de travail en 1931 et en 1962, une première loi sur le salaire minimum en 1940 et, en 1979, l'actuelle Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) qui élargit le champ juridique au contrôle à la source des risques au travail ainsi que la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP, 1985) qui reconnaît les liens de causalité entre le travail et des pathologies spécifiques. Ces lois ont contribué à protéger la santé, la sécurité et l'intégrité physique de la population active qui a un lien d'emploi avec un employeur.

Malgré tout, les ISS au travail demeurent une réalité quotidienne. On voit, par exemple, des différences persistantes dans la fréquence et la durée des lésions professionnelles entre les sexes ; les femmes étant les plus touchées, particulièrement pour les problèmes de santé psychologique. Les décès par accidents du travail dans les secteurs des mines et des forêts demeurent plus élevés que dans les autres secteurs. Les maladies liées à l'exposition à l'amiante affectent aujourd'hui les jeunes travailleurs de la construction, particulièrement ceux qui sont embauchés comme contractuels. On trouve aussi les TMS particulièrement chez les travailleurs manuels qui ont des expositions chroniques aux mouvements contraignants et répétitifs (Artazcoz, 2005). Ces exemples illustrent le fait que le travail joue un rôle dans plusieurs aspects de la santé et affecte de façon différentielle les couches de la société, souvent en fonction de leur revenu et de leur niveau d'éducation.

Pourtant, les ISS au travail demeurent peu documentées, en partie par manque de communication entre les systèmes de données. Ce rapport s'inscrit dans la phase 3 du projet en lien avec la proposition des inégalités sociales en santé. Nous y identifions les

indicateurs pertinents à la surveillance des ISS au travail, leur stratégie de collecte, d'analyse et de diffusion.

### **3. Méthodologie**

#### **3.1 Revue de littérature**

À partir du modèle conceptuel présenté plus loin (figure 1), nous avons réalisé une revue de littérature en utilisant les mots-clés du modèle dans les bases de données PubMed, MEDLINE®, EMBASE® et Google scholar (annexe 1). Des recherches complémentaires ont été ensuite réalisées sur les bases de données de surveillance de la DSP, de l'INQRT, de la CSST et de la SAAQ. Nous n'avons pas appliqué de restriction quant à la langue, au type ou à l'année de publication.

#### **3.2 Tableaux sommaires de la revue de littérature**

Après la sélection d'études et l'extraction des données, nous avons créé des tableaux pour résumer les résultats de la littérature couverte. Pour cela, nous avons pris comme exemple la grille intitulée « *The Local Basket of Inequalities Indicators* » (Fitzpatrick, 2003). Pour la sélection des indicateurs, nous nous sommes basés sur les critères proposés par Parrish (CDC, 2001). Ces critères comprennent des informations sur les inégalités par rapport à l'indicateur, leur signification, leur faisabilité au Québec ainsi que le type de résultat (annexe 2).

#### **3.3 Un premier tri : classification de la qualité des indicateurs**

Au début, les indicateurs ont été regroupés dans les catégories de notre cadre conceptuel. L'indicateur devait porter sur une réalité importante ou digne de mention et constituer une réalité que l'on peut améliorer. Il devait avoir une définition claire, valide, fiable et compréhensible par les intervenants et inciter à l'action. De plus, l'indicateur devait refléter les résultats des interventions au fil du temps et être mesurable à différents niveaux géographiques (local, national) et pour différentes sous-populations.

Après ce premier tri, nous avons décrit chaque indicateur sur une fiche documentaire rassemblant les différentes informations. Chaque indicateur a ensuite été l'objet d'une analyse détaillée en fonction des trois systèmes suivants :

- l'approche structurelle de Mackenbach, qui inclut les facteurs en amont des déterminants de la santé (macroscopique);
- l'approche des parcours de vie, qui tient compte des impacts à long terme de certains facteurs ou déterminants;
- l'approche des règles d'accès aux ressources, qui inclut l'accès à des ressources dans son milieu de vie comme un déterminant des inégalités de santé.

### **3.4 Conditions d'utilisation des indicateurs**

Les indicateurs doivent pouvoir mesurer un état de santé et être sensibles aux interventions dans des sous-groupes de la population. À cette étape, des éléments pratiques d'accessibilité aux données ont finalement plaidé pour le choix de trois indicateurs incontournables.

## **4. Le cadre conceptuel**

Le rôle de la santé au travail est souvent négligé dans les discussions sur les inégalités sociales en santé. Une façon de le mettre en évidence est de considérer le travail comme un déterminant en soi et de le désagréger dans ses différentes composantes qui peuvent contribuer aux inégalités sociales de santé (Lipscomb et coll., 2006). C'est à partir de ce concept que nous avons construit notre cadre conceptuel des inégalités sociales en santé au travail. Ce cadre est influencé par le contexte économique et politique, la loi et la participation des citoyens dans le processus décisionnel ainsi que par le type de contrat de travail (Beneach et Muntaner, 2007). Il a été conçu après des discussions avec des informateurs-clés à la DSP de Montréal et à l'Université de Montréal.

Notre cadre conceptuel s'insère dans le cadre de la santé et de ses déterminants en ce qui concerne le milieu de vie adapté au milieu de travail. Il comprend le lieu où les individus construisent et renforcent leurs capacités et leurs acquis dans un environnement physique donné. Les influences du contexte économique, qui comprend les statuts socio-économiques (MSSS 2010), les conditions du marché de l'emploi, les lois, les institutions et tout ce qui influence la façon de travailler, font partie des mécanismes qui règlent la place des travailleurs dans leur environnement socioprofessionnel. En outre, cette place

est modulée par la classe sociale, le sexe, l'âge et l'appartenance ethnique et socioculturelle.

Le cadre conceptuel présenté à la figure 1 est structuré à partir de deux grands domaines : l'exposition à des facteurs de risques au travail, et les conséquences adverses de ces expositions sur la santé. Pour des fins de simplicité, le modèle n'assume pas de lien de causalité entre les indicateurs qui découlent de chaque catégorie. Les indicateurs y ont leur place en propre même si en réalité il existe de nombreuses interactions entre les éléments du modèle.

Les expositions potentielles sont classifiées dans deux catégories principales : les conditions de travail précaires, qui incluent des sous-catégories telles que l'insécurité d'emploi, la flexibilité et la pertinence du travail. Les risques occupationnels incluent des sous-catégories classiques de risques physiques, chimiques, ergonomiques, biologiques et psychosociaux. Du côté des effets, nous retrouvons les sous-catégories santé physique, santé mentale, effets adverses sur la grossesse, blessures et les événements dits « sentinelles ». L'autre groupe d'effets est celui sur l'utilisation des services de santé qui inclut les médicaments, les consultations de professionnels de la santé tant en externe qu'à l'hôpital (interne/externe). Enfin, l'incapacité à long terme occupe une place à part vu son importance aux plans santé et économique et inclut les services de réadaptation sous leurs aspects accessibilité et pertinence (Lipscomb et coll., 2006).

Les indicateurs répertoriés dans la littérature sont placés dans ce modèle qui sert à structurer l'analyse et à aider le processus de priorisation.

**Figure 1 Cadre conceptuel**

Panier local des indicateurs d'inégalités — les aspects de la santé au travail

Exposition		Effets		
Conditions précaires de travail	Risques professionnels	Conséquences adverses à la santé liées au travail	Utilisation des services de santé	L'incapacité à long terme
Insécurité d'emploi	Ergonomique	Santé physique	Médicaments	Services de réadaptation
Flexibilité du travail	Physique	santé mentale	Consultations et hospitalisations	
Pertinence du travail	Chimique	Résultats adverses sur la grossesse		
	Biologique	Blessures/lésions (aigu)		
	Psychologique	Évènements sentinelles		

#### **4.1 Exposition — conditions précaires de travail**

Cette catégorie correspond aux facteurs qui peuvent générer une insécurité par rapport au revenu ou au lien d'emploi et des incertitudes vis-à-vis des décisions prises sur les processus du travail. Des conditions précaires de travail peuvent produire ou accentuer des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et la détérioration de la santé mentale, problèmes qui contribuent aux inégalités de santé (Marmot, 2003).

##### ***L'insécurité d'emploi***

Cette catégorie regroupe l'insécurité à l'égard du revenu ou du lien d'emploi, particulièrement dans les milieux où les travailleurs ont peu de pouvoir de décision et sont peu informés. Les craintes de perdre son travail sont accentuées dans les situations où il existe peu de protection légale (Ferrie, 2001). Les premières manifestations de conditions précaires de travail sont liées à des problèmes de santé mentale (Tremblay, 2004) (Labbe et coll, 2007). Au Canada, 13 % de tous les salariés travaillent dans un emploi temporaire ou précaire (Tremblay, 2008). Cette catégorie d'emplois expose les individus à plus de risques pour la santé que ceux qui ont des conditions de travail stables (Benevides, 2000) (Benach, 2007). Par ailleurs, selon Kasarek (1979) et Marmot (2003),

les travailleurs soumis à une faible latitude de décision en combinaison avec de fortes exigences (tension au travail) ont un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires.

### *Pertinence du travail*

Il s'agit des exigences en termes de charge de travail versus la capacité de le faire en fonction du temps et des outils alloués. Le concept inclut le nombre d'heures de travail, le travail supplémentaire, les horaires variables, le travail de nuit, etc. Les extrants reposent sur l'équilibre entre la satisfaction au travail et dans la vie privée. Des problèmes de pertinence du travail peuvent amener un risque accru d'accidents, une augmentation des troubles musculosquelettiques et des problèmes de santé mentale liés au stress (Vogel, 2010).

### *Flexibilité dans le travail*

La flexibilité dans le travail comprend une série d'options proposées aux travailleurs qui participent ainsi au contrôle de la programmation de leurs activités de travail, comme les horaires en dehors de 6 h à 18 h (standard), la rotation des horaires, et la compression des horaires (Benach, 2007). Ce déterminant participe à la perception des travailleurs d'un environnement de travail sain. (Artazcoz, 2005, Benach, Borrel, 2004) Par contre, la flexibilité de planification horaire du travail n'est généralement pas possible dans les milieux industriels qui doivent assurer une continuité dans la production (SCWE, 1999).

## **4.2 Exposition — les risques professionnels**

Ce sont des facteurs qui ont une grande influence sur la santé des populations. Les maladies qui découlent de ces expositions sont diverses et peuvent contribuer à des inégalités entre les travailleurs.

### *Risques ergonomiques*

Les risques ergonomiques réfèrent au principe de l'adaptation de la machine à l'activité physique humaine. Les problèmes d'ergonomie peuvent se manifester par des accidents de travail, des troubles musculosquelettiques à développement chronique, des problèmes de fatigue et de concentration. Les problèmes ergonomiques peuvent se rencontrer dans

toutes les sphères d'activité, de l'aviation à la bureautique, de la chaîne de montage à la restauration. Ces problèmes ont une contribution importante aux accidents mortels du travail. En 2005, cette fréquence était de 6,8 par 100 000 travailleurs, ce qui représente, selon Sharpe et Hardt (2006), un mort par 15 000 travailleurs.

### *Risques chimiques, biologiques et physiques*

Le monde industriel moderne présente beaucoup d'occasions d'exposition potentielle à une grande variété de produits toxiques dont beaucoup sont, ou sont soupçonnés d'être cancérogènes. Certains secteurs, comme ceux de la construction et de la rénovation sont particulièrement vulnérables à l'exposition à l'amiante par exemple (DSP, 2009). En ce qui concerne l'intoxication, au Québec, le plomb était présent dans 73 % des cas de maladies à déclaration obligatoire (Mercier et Markowski, 2011). Les risques biologiques se retrouvent principalement dans l'industrie agroalimentaire et dans les laboratoires. Les normes sévères dans ces secteurs ne parviennent pas toujours à prévenir la transmission accidentelle à l'homme de microorganismes pathogènes. Pour ce qui est des risques physiques, l'exposition au bruit, et la surdité professionnelle qui en résulte, est la première cause de maladie professionnelle reconnue au Québec.

### *Risques psychologiques*

Les environnements où les travailleurs sont en contact avec le public peuvent être une source de stress à cause du harcèlement et de la violence qui sont parfois présents. Maintenu de façon chronique, le stress peut mener à l'épuisement, aux désordres anxio-dépressifs et aux problèmes de sommeil.

## **4.3 Effets sur la santé**

Les effets sur la santé des expositions à différents risques professionnels peuvent se mesurer en incidence ou prévalence selon qu'il s'agit de problèmes chroniques ou aigus. Ces effets sont également repérables par l'utilisation des services de santé, hospitalisations, consultations, prise de médicaments ou soins de réadaptation.

### ***Conséquences adverses à la santé liées au travail***

Les coûts que le gouvernement et les industries doivent payer pour l'absence au travail à cause de maladies liées aux troubles psychiatriques et psychologiques occupent la première place au Canada pour les indemnités versées aux travailleurs. Les causes d'absence pour maladie répertoriées par les assureurs privés décrivent bien l'état de santé de la population active, pour ce qui est du fonctionnement physique et social (Kuper H, Marmot M, 2003). Cet indicateur global peut faire ressortir des inégalités de santé entre les employés (Marmot, 1995).

### ***Santé physique***

Les lombalgies et les troubles musculosquelettiques (TMS) représentent les causes les plus importantes d'accidents du travail au Québec et dans les pays industrialisés, entraînant un coût humain et économique important (rapport annuel CSST 2009). Il s'agit en fait de problèmes de santé d'envergure populationnelle.

### ***Santé mentale***

Les troubles anxiodépressifs dans les populations de travailleurs représentent la première cause d'absentéisme du travail au Canada comme le rapportent les assureurs privés. Ces troubles sont rarement reconnus par la CSST comme étant causés par le travail, même si elles le sont au moins en partie dans la majorité des cas. Ces problèmes, qui peuvent être chroniques, ont des conséquences lourdes sur la productivité et sur le fonctionnement des individus au travail, à la maison et dans la société. Les femmes sont plus souvent touchées et elles sont également plus souvent que les hommes exposées à des problèmes de harcèlement au travail.

### ***Résultats adverses sur la grossesse***

Au Québec, le législateur a prévu des mesures pour replacer les femmes enceintes qui en font la demande dans un autre poste de travail parce qu'elles sont exposées à des risques qui peuvent affecter l'issue de leur grossesse (LSST). Il n'existe pas de données qui démontrent l'efficacité de cette mesure sur les issues défavorables de grossesse au

Québec. Les risques les plus souvent évoqués, ergonomiques et biologiques en milieu de soins sont toutefois avérés en ce qui concerne le fœtus (CSST, 2006).

### *Blessures et lésions*

La majorité des lésions professionnelles au Québec sont causées par des accidents de travail. Ceux-ci entraînent des jours perdus pour le travailleur et des indemnités. Les inégalités des risques se reflètent notamment chez les jeunes qui sont souvent exposés à des tâches dangereuses. Les ouvriers non spécialisés, les travailleurs du secteur bâtiment et travaux publics et les contractuels sont parmi ceux qui subissent les blessures les plus graves (Hébert et coll, 2003). Rappelons que les agriculteurs et les militaires (hors conflit armé) ne sont pas couverts par le régime de la CSST et qu'on trouve dans ces groupes des incidences élevées de blessures graves et mortelles à la suite d'accidents au travail.

### *Événements sentinelles*

Dans cette sous-catégorie, nous retrouvons les problèmes de santé reconnus pour être liés au travail et considérés comme des marqueurs des inégalités de santé au travail. Par exemple, le syndrome du canal carpien est une condition qui peut mener à un état d'incapacité fonctionnelle et qui affecte plus fréquemment les femmes à cause des tâches et des mouvements répétitifs (Fouquet, 2008). Des méthodes particulières ont été développées pour en faire la surveillance en continu. (Rossignol, 1997)

## **4.4 Effets sur l'utilisation de services de santé**

### *Consommation de médicaments*

Ce type d'indicateurs réfère à la fréquence et au mode d'utilisation des médicaments comme les psychotropes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Par exemple, selon Rossignol (2009), les cols bleus prennent beaucoup plus d'AINS et pendant des périodes beaucoup plus longues que les autres catégories de travailleurs, avec des conséquences sur la fréquence des effets indésirables liés à ce type de médicaments. Par ailleurs, plusieurs études affirment l'existence d'un lien entre l'usage de médicaments psychotropes et le comportement d'adaptation à des conditions de travail difficiles et pénibles (Chau, 2008).

### *Consultations et hospitalisations*

Les bases de données médico-administratives sont riches en données sur les taux d'hospitalisation, de consultations médicales et d'utilisation de services comme la physiothérapie (MedÉcho, RAMQ, CSST). Par contre, il est difficile de jumeler ces bases et, en dehors des bases de la CSST, la profession n'est pas codée, ce qui limite l'étude par rapport aux inégalités de santé liées au travail.

## **4.5 L'incapacité prolongée pour le travail**

### *Services de réadaptation*

Il s'agit de l'inaptitude à long terme pour la reprise du travail. Autrement dit, il s'agit d'une incapacité qui dure plus de quatre-vingt-dix jours et qui pourrait résulter dans la perte du lien d'emploi. Plusieurs facteurs d'ordre bio-psycho-sociaux peuvent contribuer au risque d'incapacité prolongée. Ici, les TMS occupent la première place (Durand, 2008). Les données sur l'utilisation des services de réadaptation sont disponibles dans les bases de données de la CSST.

## 5. Indicateurs proposés

Le tableau suivant présente les six indicateurs retenus en tenant compte des critères de sélection de Mackenbach, du parcours de vie et de l'approche des règles d'accès aux ressources. Pour chacun, une description succincte est faite incluant la définition, les dimensions, la population concernée, leur importance dans le cadre des ISS, les limites de l'indicateur ainsi que les sources de données disponibles.

### Résumé des indicateurs retenus

<b>Indicateurs</b>	<b>Approche de Mackenbach</b>	<b>Approche Parcours de vue</b>	<b>Approche Accès aux ressources</b>
Incidence de mésothéliome, d'amiantose et de silicose	<b>X</b>	<b>X</b>	
Intoxication causée par le plomb et le CO	<b>X</b>	<b>X</b>	
Absences prolongées du travail $\geq 90$ jours par lombalgie et TMS	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
L'incidence du syndrome du canal carpien (SCC)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Utilisation de médicaments psychotropes remboursés par les assureurs d'entreprises	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Entreprises hors norme pour les contaminants industriels	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

## **5.1 Incidence des maladies pulmonaires professionnelles que sont le mésothéliome, l'amiantose et la silicose**

Cet indicateur fait partie de la catégorie des effets à la suite d'une exposition aux risques chimiques, à l'amiante et à la silice. Il s'agit du taux annuel d'incidence (nouveau cas) de mésothéliome, d'amiantose et de silicose dans la population des travailleurs de 16 ans et plus. Cet indicateur concerne la population de travailleurs de 16 ans et plus qui exercent un métier à risque ou qui peuvent être appelés à l'effectuer. Il s'agit d'un indicateur important parce qu'il porte sur une réalité importante tant par la fréquence que par la gravité, l'amiante constitue le facteur professionnel à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer. En effet, il est responsable de la très grande majorité des mésothéliomes de la plèvre, et d'environ 5 à 7 % de tous les cancers du poumon (INSPQ 2008). De plus, l'amiantose et la silicose sont deux fibroses pulmonaires responsables des insuffisances respiratoires graves d'origine professionnelle. Au Québec, il y a une recrudescence des fibroses pulmonaires, particulièrement chez les travailleurs de moins de 50 ans et exposés dans les chantiers de construction (Mercier et Markowski, 2011). L'indicateur combiné de trois maladies est défini, fiable et validé par un comité diagnostique provincial spécifiquement pour les maladies pulmonaires professionnelles. La combinaison des trois maladies permettrait une incidence suffisante pour suivre l'évolution des taux de façon statistiquement fiable. Par ailleurs, cet indicateur est compréhensible par les intervenants et incite à l'action.

Le lien avec les dimensions d'ISS s'applique au regard du sexe, de l'âge et du type d'industrie. L'indicateur permet de repérer les entreprises, incluant les petites, et les travailleurs, incluant les contractuels, où les expositions aux poussières de silice et d'amiante seraient autrement indétectables. Par contre, l'indicateur est rétrospectif, il représente une exposition qui remonte à plusieurs années et qui pourrait ne plus être d'actualité au moment de la collecte de données. Cependant, nous savons que ces problèmes, loin d'être réglés, semblent être en recrudescence et ne perdent rien de leur pertinence aujourd'hui pour le ciblage des milieux à risque pour la mise en œuvre d'interventions préventives. Cet indicateur peut être construit à partir de multiples sources.

- Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ), système Med-Écho (hospitalisation due à l'amiantose, registres régionaux des MADO, amiantoses et mésothéliome reconnu par le CSMPP qui est disponible à différents niveaux géographiques (local, national) et pour différentes sous-populations.
- Déclarations obligatoires de ces maladies par les médecins qui les diagnostiquent (MADO).
- Hospitalisations, les cas non hospitalisés ne sont pas inclus dans le système Med-Écho.
- CSMPP : l'accès aux dossiers est possible avec autorisation spéciale.

L'indicateur rejoint l'approche structurelle de Mackenbach parce qu'il permettrait à long terme de surveiller les impacts de santé liés à la sous-traitance, secteurs d'activités multiples difficiles à cerner par des indicateurs précoces d'exposition. La pertinence de l'indicateur a été confirmée par des études pilotes de la CSST notamment dans le domaine de la construction. L'approche des « parcours de vie » s'applique à cet indicateur par l'impact à long terme de l'exposition à l'amiante et à la silice (particulièrement dans le secteur de la construction). En effet, il est possible de documenter une exposition professionnelle antérieure à cette substance chez 70 % à 90 % des individus atteints d'une des trois maladies (Mélançon, 2007).

## **5.2 Absences du travail prolongées (≥ 90 jours)**

Cet indicateur appartient à la catégorie des effets adverses sur la santé physique, mais qui ont en commun une absence du travail de quatre-vingt-dix jours ou plus. Il est défini comme le taux de prévalence de travailleurs de 16 ans et plus qui sont absents du travail pendant quatre-vingt-dix jours et plus en raison de lombalgie ou de TMS. Les lombalgies et les TMS sont au premier rang des indemnisations pour absences du travail liées à des accidents de travail ou des expositions professionnelles (Kristensen, 2010). Ce sont les absences de quatre-vingt-dix jours et plus qui représentent le plus lourd fardeau tant en termes financiers qu'en termes d'incapacité permanente puisque 7 % des cas en voie de

se chroniciser comptent pour 70 % du total des incapacités de travail indemnisées par la CSST (rapport annuel CSST 2009).

Le choix de quatre-vingt-dix jours repose sur un nombre d'études épidémiologiques qui ont déterminé la pertinence de l'indicateur pour la prévention des incapacités permanentes (Gervais, 1985). À la CSST, l'indicateur est défini clairement, est valide et fiable pour les deux classes diagnostiques visées, mais non pour des diagnostics spécifiques à l'intérieur de ces classes. L'indicateur incite à l'action et porte sur une réalité qu'on peut améliorer. Par exemple, le programme provincial Prévicap vise la prévention des situations de handicap chez ces travailleurs. Il peut aussi refléter un changement socioéconomique sur une base locale (entreprise), mais l'effet peut être trop localisé pour être démontrable sur une base régionale (Durand et Loisel, 2001).

En ce qui concerne les dimensions d'ISS, le sexe, l'âge, l'occupation et les contraintes ergonomiques et de sécurité au travail en constituent les facettes observables. Par ailleurs, il peut refléter les résultats des interventions au fil du temps dans une entreprise. Par contre, ces indicateurs ne sont pas facilement compréhensibles par les intervenants. Un programme d'accompagnement s'avère indispensable dans l'interprétation des données. Les données pour l'indicateur sont disponibles à différents niveaux géographiques (local, national) et pour différentes sous-populations (secteur industriel, occupation).

- Fichier de réparation des accidents du travail produit annuellement par la CSST. Des catégories spécifiques existent pour les deux classes (lombalgies et TMS).
- Le fichier de la CSST sous-estime l'ampleur de la problématique des TMS, mais en donne une idée probablement fiable pour un suivi périodique de la situation. La couverture de la CSST n'inclut pas les travailleurs autonomes.
- Le fichier des lésions professionnelles fourni au RSPSAT peut constituer une information pour les TMS et est complété par l'information disponible jusqu'à quinze mois après la fin de l'année visée.

L'indicateur rejoint l'approche structurelle de Mackenbach, car l'absence prolongée du travail et le risque d'incapacité permanente sont directement associés à un appauvrissement socio-économique de la famille. Les absences du travail par maladie reflètent précisément la santé de populations actives, au moins quand la santé est comprise en termes de fonctionnement physique et social (North, 1996). L'approche « parcours de vie » est évidente lorsque l'indicateur démontre que ce sont des problèmes de santé évitables. La prévention des incapacités permanentes et des situations de handicap qui les accompagnent (prévention secondaire) est possible et a été démontrée sur une base scientifique (programme Prévicap) (Duran et Loisel, 2001). Les ressources de réadaptation pour la prévention des incapacités prolongées n'existent pas dans toutes les régions du Québec. La CSST a fait la démonstration que les centres de réadaptation existants peuvent adapter leurs approches pour les travailleurs de leur région.

### ***5.3 Utilisation de médicaments psychotropes remboursés par les assureurs d'entreprises***

Cet indicateur fait partie de la catégorie de l'utilisation des services de santé et se définit comme la prévalence et la durée moyenne de l'utilisation de médicaments psychotropes par les travailleurs couverts par une assurance de leur employeur (Chau, 2008). Les employés dans une entreprise couverte par un assureur privé pour les médicaments d'ordonnance sont les populations concernées. Il porte sur une réalité digne de mention. En effet, les problèmes de santé mentale, tels que la dépression et les troubles anxio-dépressifs, constituent la cause la plus fréquente d'indemnisation par les assureurs privés d'entreprises au Canada. Ce sont les raisons pour lesquelles l'indicateur a été choisi. Comme les problèmes de santé mentale ne sont en général pas reconnus comme maladies professionnelles, ce sont les assureurs privés qui en assument la charge.

L'indicateur est défini clairement, facile à comprendre. Il est probablement peu sensible aux changements socio-économiques, écologiques ou dans les politiques publiques vu son manque de spécificité par rapport au milieu de travail. Bien que l'indicateur soit déjà utilisé par les assureurs privés du Canada qui en suivent l'évolution, il ne peut pas refléter les résultats globaux des interventions au fil du temps à cause de l'hétérogénéité des

travailleurs et des entreprises couverts. Il serait plutôt lié à l'état de santé général d'un type d'industrie et serait un reflet général de l'état des relations de travail et de l'adéquation de la charge de travail qui sont précurseurs des problèmes de santé mentale. L'indicateur est limité aux travailleurs couverts par une assurance médicament privée et représente surtout les grandes entreprises et, notamment, les entreprises du secteur des services.

Les sources de données pour cet indicateur sont disponibles à différents endroits géographiques (local, national), qui pourraient toutefois représenter des différences de déclaration (sous déclaration). Par ailleurs, pour les médicaments obtenus sans ordonnance, le fichier de la RAMQ pourrait contribuer à une partie de l'information pour les travailleurs qui cotisent au régime général, mais cela reste à valider puisque le fichier ne contient pas d'information sur la profession ni le secteur d'activité des personnes. Le sexe, l'âge, l'occupation (type de travail), le type d'entreprise, les revenus sont les dimensions qui se rapportent aux ISS. L'approche de Mackenback est pertinente à cet indicateur parce que l'usage des médicaments psychotropes peut être considéré comme un indicateur de santé mentale ou d'adaptations à des conditions de travail difficiles ou pénibles au plan psychologique (Chau, 2008). Leur inclusion dans le « parcours de vie » est liée à la sévérité des conséquences attachées à la consommation chronique de médicaments psychotropes qui augmente l'utilisation des services de santé. D'autres enjeux sont liés à l'utilisation des psychotropes comme l'utilisation sous-optimale des antidépresseurs ou l'usage chronique des anxiolytiques, ce que rejoint l'approche de l'accès aux ressources.

#### **5.4 Entreprises hors normes pour les contaminants industriels**

Il s'agit du nombre d'entreprises, dont la mesure d'un des contaminants industriels réalisée dans le cadre du Programme de santé spécifique aux entreprises (PSSE) par les CSSS dépasse la norme québécoise pour les milieux industriels (LSST, 2008/09). Il fait partie du thème exposition aux risques professionnels chimiques et concerne les entreprises d'un territoire de CSSS donné.

L'intérêt de cet indicateur est qu'il fait état des établissements industriels sur un territoire dans lesquels une norme est dépassée et nécessiterait une action préventive. Il est défini clairement puisqu'il repose sur des mesures dans les environnements de travail et est facilement compréhensible pour les intervenants et les milieux de travail. Cet indicateur peut refléter les résultats des interventions au fil du temps puisqu'il est répété par les équipes de santé au travail. Le programme d'identification des établissements « hors normes » est réalisé par le réseau de santé publique en santé au travail avec la CSST. Intervenir sur une réalité que l'on peut améliorer, c'est l'objectif du PSSE, qui doit compter sur les données des établissements hors normes. Le PSSE fait partie intégrante du programme de prévention en santé et sécurité du travail (Loi sur la santé et la sécurité du travail, article 58) qui a pour objectif d'éliminer à la source même les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. Les données sont collectées en continu selon un protocole standardisé (Drouin et coll., 2008). On ne dispose pas de données d'audit toutefois sur le respect de ces protocoles d'une région à l'autre notamment. L'indicateur reste à valider, particulièrement pour sa sensibilité au changement.

Les milieux les plus pollués sont souvent ceux où travaillent des ouvriers peu rémunérés et peu scolarisés. C'est pourquoi l'indicateur rejoint l'approche de Mackenbach. Beaucoup de contaminants ont des effets à très long terme (comme les cancérigènes) et d'autres sont transmissibles dans le milieu familial (poussières d'amiante, de plomb, etc.) ce qui correspond bien à l'approche de « parcours de vie ». L'approche des règles d'accès aux ressources s'applique ici parce que certains dépistages biologiques programmés par la CSST, comme les mesures de plombémie ou de sensibilisation au béryllium, ne sont souvent pas disponibles en routine dans le système de soins et nécessitent des interventions ciblées par les CSSS soutenues par un financement de la CSST.

## **5.5 Intoxication causée par le plomb et le monoxyde de carbone (CO)**

Cet indicateur, qui concerne l'ensemble des employés d'un territoire, est défini comme le nombre annuel de cas déclarés d'intoxication causée par le plomb (prévalence) et le monoxyde de carbone (incidence) dans la population de travailleurs. Il fait partie de la catégorie des risques chimiques. L'indicateur porte sur une réalité importante ou digne de mention, parce qu'il est un indicateur de salubrité des milieux industriels. Pour le plomb et ses composés, il s'agit de l'intoxication chimique la plus répandue (73 %) en partie à cause de sa persistance dans l'organisme (DSP, 2006). Ces intoxications surviennent essentiellement chez les hommes. Pour le monoxyde de carbone (CO), c'est aujourd'hui la MADO chimique la plus rapportée, ayant triplée depuis 2005. Ces deux indicateurs sont définis clairement. Bien qu'ils soient probablement peu sensibles, ils sont très spécifiques. Toutefois, les enquêtes qui suivent la déclaration ne précisent pas toujours la nature professionnelle de l'exposition (versus domestique). Comme indicateur de salubrité, il est facile à comprendre et, de plus, il incite à l'action à travers le suivi de MADO. Dans le cas du CO, l'action est généralement immédiate vu sa grande toxicité aiguë. Pour le plomb, il peut s'agir d'une action à plus long terme, comme déterminé par l'inspecteur de la CSST.

Le sexe, l'âge, la région ainsi que le type d'entreprise sont les dimensions de l'ISS pour cet indicateur. Celui-ci ne peut refléter les résultats des interventions au fil du temps que de façon très macroscopique, parce qu'il est un indicateur d'alerte et ne peut cibler les entreprises que tardivement (indicateur réactif plutôt que préventif). Les sources des données existent pour ces deux indicateurs saisis sur la base MADO chimiques. Les données sont disponibles à différents niveaux géographiques (local, national) et pour différentes sous-populations. L'approche structurelle de Mackenback est ici pertinente puisque le CO et le plomb sont des contaminants qui signalent généralement un état d'insalubrité (domestique ou en milieu de travail) et, par conséquent, des risques qui visent des populations défavorisées. Ces contaminants peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des individus exposés (mortels dans les deux cas) avec un impact sanitaire sur les personnes qui gravitent autour de ces milieux contaminés (DSP, 2006).

Dans le cas du plomb, la contamination peut être transportée du milieu de travail vers la maison dans les vêtements des travailleurs. À partir de la déclaration d'un cas, on se trouve donc potentiellement devant un problème qui concerne plusieurs personnes de l'entourage immédiat. Ces intoxications sont complètement évitables par un assainissement du milieu et des mesures correctrices sur les sources, ce qui correspond bien à l'approche structurale du parcours de vie. Par ailleurs, les règles d'accès aux ressources sont également pertinentes, car les personnes intoxiquées sont rapidement prises en charge au Québec par le système de santé dans ces deux MADOs. Le réseau de santé publique prend le relais pour l'enquête et le suivi pour la correction de la situation.

## **5.6 L'incidence du syndrome du canal carpien (SCC)**

Cet indicateur est défini comme le taux d'incidence annuel du syndrome du canal carpien dans la population de travailleurs de 16 ans et plus. L'indicateur est un effet adverse sur la santé, qui s'insère dans la catégorie des événements sentinelles en santé au travail parce qu'il signale un ensemble de conditions de travail et d'expositions à des risques ergonomiques. L'indicateur porte sur une réalité importante et que l'on peut améliorer puisque le SCC est le résultat d'une hypersollicitation de la main et du poignet dans plusieurs métiers manuels (Fouquet, 2008, Rossignol, 2000). L'indicateur permet d'identifier des milieux de travail à risque qui peuvent être ciblés pour une intervention d'identification et de correction des risques. C'est donc un indicateur qui incite à l'action.

Les dimensions d'ISS se manifestent au regard du sexe, de l'âge, de l'occupation (type de travail), du type de contrat de travail et de l'entreprise ou du secteur d'activité économique. La principale limite de cet indicateur est l'existence de plusieurs facteurs de risques individuels non reliés au travail (notamment pour les femmes). L'enquête doit documenter les risques à la suite de l'identification d'un agrégat (*cluster*) de cas de SCC afin d'établir une hypothèse de travail pour la correction des risques en milieu de travail. Bien que les données d'indemnisation de la CSST comportent les informations sur l'indicateur, elles ne permettent pas de bien cerner l'ampleur du problème puisque le SCC n'est pas reconnu au Québec comme maladie professionnelle (au sens de l'annexe A de la LATMP). L'autre source de données est MedÉcho dans laquelle on trouve tous les

cas chirurgicaux de SCC (chirurgie d'un jour). La base ne contient pas la profession et il faut un système de déclaration au moment de l'acte chirurgical qui précise la nature du risque professionnel s'il existe (Rossignol, 2000). L'avantage de cette source de données est qu'elle est universelle et signale tous les cas chirurgicaux graves au Québec.

L'indicateur rejoint l'approche structurelle de Machenback, car le syndrome du canal carpien est évitable et le contrôle des risques liés à l'occupation est le moyen le plus efficace de prévention. Les emplois sans contrat ou temporaires sont souvent des travaux manuels avec des mouvements répétitifs qui sont des risques pour le SCC (Fouquet, 2008). L'approche des « parcours de vie » est pertinente, car le SCC est une condition qui peut mener à un état d'incapacité fonctionnelle permanente à un jeune âge. À cet égard, l'indice concourt à l'approche de règles de parcours de vie. Le SCC n'étant pas une maladie professionnelle reconnue au Québec, les professionnels de la santé qui soignent et traitent cette maladie sont souvent les seuls en contact avec le travailleur, à pouvoir identifier les risques professionnels. L'état actuel de la pratique clinique n'inclut pas une histoire professionnelle adéquate dans tous les cas, ce qui mérite un travail de sensibilisation (contribution au modèle d'accès aux ressources).

## 6. Recommandations pour quatre indicateurs incontournables

Les indicateurs incontournables sont ceux que nous proposons pour que le panier local des ISS contienne un minimum d'éléments pertinents à la santé au travail. Ils s'articulent autour des quatre variables qui contribueront à une meilleure prise de décision à l'égard de la sphère locale, régionale et fédérale pour diminuer les écarts de santé au travail. Ces indicateurs sont, en ordre décroissant d'importance, les suivants:

1. Les maladies pulmonaires professionnelles (mésothéliome, amiantose et silicose).
2. L'absence du travail prolongée au-delà de quatre-vingt-dix jours pour les lombalgies et les troubles musculosquelettiques (TMS).
3. Les entreprises « hors norme » pour les contaminants chimiques.
4. L'incidence du syndrome du canal carpien (SCC).

Il existe dans ces quatre indicateurs une perspective historique des inégalités sociales de santé. Ils permettent une plus grande inclusion de la population des travailleurs en regard de la détection précoce des ISS. Ils sont, sauf le troisième, des indicateurs de nature réactive (après la survenue de cas), mais ont un grand potentiel pour la prévention parce qu'ils permettent de localiser des risques qui passeraient autrement inaperçus. Ils couvrent un large éventail de risques pour des problèmes importants, par la fréquence (lombalgies et TMS) ou par la gravité (maladies pulmonaires et SCC). La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* ne date que des années 1980. Des efforts remarquables ont été faits par les équipes de CSSS pour l'identification et la correction des risques en milieu de travail. Cette infrastructure rend encore plus pertinente la mise en œuvre d'une surveillance complémentaire au plan populationnel. L'indicateur sur les établissements industriels hors norme est celui qui est directement rattaché aux actions concertées de la CSST et des CSSS. C'est un indicateur en construction et on le qualifie d'incontournable parce qu'il a été choisi par le réseau.

Les maladies pulmonaires professionnelles représentent une priorité de surveillance en santé au travail au Québec. Il s'agit d'une activité bien structurée avec un comité d'experts qui se prononcent sur les diagnostics et la relation avec le travail. Il n'y manque que la partie populationnelle et la rétroaction avec les milieux de travail qu'il faut renforcer par une surveillance dynamique. Ces problèmes sont en recrudescence chez les jeunes travailleurs, ce qui est inacceptable dans une société développée comme le Québec.

Les TMS et les lombalgies ont été montrés comme des marqueurs qui fluctuent au rythme du climat général de travail et de la situation économique. Il s'agit d'un des deux motifs majeurs d'absence au travail avec les problèmes de santé mentale mais, contrairement à ces derniers, ils sont reconnus par la CSST. Les problèmes de santé mentale au travail n'ont pas été retenus justement parce qu'ils n'étaient pas reconnus par la CSST, leur surveillance en tant que problème lié au travail n'est pertinente que dans un contexte de projets de recherche.

La surveillance du syndrome du canal carpien (SCC) est un événement sentinelle utilisé dans plusieurs pays pour identifier et corriger des problèmes d'ergonomie du travail qui sont difficiles à détecter autrement. Les méthodes développées au Québec ont d'ailleurs été empruntées aux États-Unis et en France avec succès.

## 7. Bibliographie

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2005). "Social Inequalities in the Impact of Flexible Employment on Different Domains of Psychosocial Health". *Journal of epidemiology and community health*, 59(9), 761-7. doi:10.1136/jech.2004.028704
- Benach, J. Muntaner, C. (2007). Employment Conditions and Health Inequalities Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). *Commission on Social Determinants of Health*.
- Benach, J. Muntaner, C. (2010). Empleo, trabajo y desigualdades en salud : *una vision global*. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)
- Benavides, F. G., Benach, J., Diez-Roux, a V., & Roman, C. (2000). How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *Journal of epidemiology and community health*, 54(7), 494-501.
- Bloch, Marc. 2008. « Les inégalités sociales de santé ». *Revue*: 60-77.
- Carr-hill, R., & Chalmers-dixon, P. (n.d.). The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement THE PUBLIC HEALTH OBSERVATORY HANDBOOK OF HEALTH INEQUALITIES MEASUREMENT. *Health (San Francisco)*.
- CDC. (2010). *Council of State and Territorial Epidemiologists. Occupational Health Indicators*.
- 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).
- Centre Léa-Roback.(2008). *Un aperçu du bilan 2004-2007 des réalisations du Centre Léa-Roback*, [www.centrelearoback.org/fr/accueil] (consulté en novembre 2010).
- Chau, N., Baumann, M., Falissard, B., & Choquet, M. (2008). "Social inequalities and correlates of psychotropic drug use among young adults: a population-based questionnaire study". *International journal for equity in health*, 7(1), 3. doi:10.1186/1475-9276-7-3
- CIHI. (2009). Canadian Institute for Health Information, Health Indicators (Ottawa, Ont.: CIHI, 2009).
- CLP. (2007). « Les travailleuses québécoises : portrait de l'évolution des lésions professionnelles » *Communications*, 7(3): 2003-2003.
- Cole, D. C., Robson, L. S., Lemieux-charles, L., Mcguire, W., Sicotte, C., & Champagne, F. (2005). Quality of working life indicators in Canadian health care organizations□: a tool for healthy, health care workplaces□? *Occupational Medicine*, 54-59.
- Colémont, a, & Van den Broucke, S. (2008). Measuring determinants of occupational health related behavior in Flemish farmers: an application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of safety research*, 39(1), 55-64.
- Council of State and Territorial Epidemiologists.(2010). Occupational Health Indicators.
- CSST. (2006). Portrait de santé au Québec et des ses régions- deuxième rapport national.

- CSST. (2009). *Le Rapport annuel de gestion 2009* de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- Desilets, Christian et Denis Ledoux. (2006). *Histoire des normes du travail au Québec de 1885 à 2005. De l'Acte des manufactures à la Loi sur les normes du travail*. Québec. les Publications du Québec. 319 p.
- Direction de santé publique (DSP). (2009). *Portrait des maladies et intoxications d'origine chimique dont les sources d'exposition sont environnementales dans la région de Montréal de 1998 à 2007*.
- Drouin.L., Simard, R., Fontaine,G., Huneault, C.(2004) L'élaboration et la mise en application des programmes de santé spécifiques aux établissements : l'approche québécoise. *Santé Publique*. 2 : 16 pag 329 à 337
- Durand, M. J., Loisel, P. (2001). « La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique ». *Pistes*. V 3 :2.
- European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. (2004). *Strategy on European Community Health Indicators (ECHI)*. Document disponible sur la page web au [http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm)
- Ferrie, J. E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(2), 71-6.
- Fitzpatrick, J., Jacobson, B. (2003). *Local basket of inequalities indicators*. Association of Public Health Observatories et Health Development Agency. Disponible au <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=8874>.
- Fouquet, N. (2008). *L'activité professionnelle, facteur d'inégalité face au SCC*. (congrès régional des observatoires de la santé Les Inégalités en santé).
- Gervais, M. (1985). L'inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs par profession. Rapport R-004, Montréal, IRSST. 230 pages.
- Girard, R. (2007). Premières étapes dans la concrétisation d'une vision stratégique de la prévention des TMS en milieu de travail au Québec dans le réseau de la santé publique. ASSSO.
- Health, J. E. C. (1999). "Working conditions and social inequalities in health". *International Journal of Health Services*, 390-391.
- Hébert, F., Duguay,P., Massicotte, P.(2003). Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec : analyse par secteur d'activité économique en 1995-1997. Rapport R-333, Montréal, IRSST. 229 pages.
- Hultin, H., Hallqvist, J., Alexanderson, K., Johansson, G., Lindholm, C., Lundberg, I., & Möller, J. (2010). Low level of adjustment latitude--a risk factor for sickness absence. *European journal of public health*, 20(6), 682-8.
- Indicators, O. H. (2000). Introduction and Guide to the Data Tables for Occupational Health Indicators, 2000-2001.
- INSPQ. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Les analyses.

INSPQ. (2008). *Cadre de référence du système de surveillance de l'exposition à la amiante et des maladies qui y sont reliées.*

Jackson, A. (2004). The unhealthy canadian workplace. Chap 7. In Dennis Raphael (editor, 2008, 2nd edition from 2004). *Social Determinants of Health: Canadian perspectives.* Toronto: CSPI Press. PP.75-87.

Joyce, K., Pabayo, R., Ja, C., Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing ( Review ) Summary of findings for the main comparison. *Library*, (2).

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285.

Kleemann-Rochas, C. and Mercedes Fernandez. (2003). « Comment rédiger un rapport , un mémoire, un projet de recherche, une activité de recherche en cours ? » Manuel de rédaction avec modules Sommaire général." *Sites The Journal Of 20Th Century Contemporary French Studies.*

Kristensen, P. (2008). "Inequalities in health, social causation and the role of occupation". *Scandinavian journal of work, environment & health*, 34(4), 235-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18820820>

Kristensen, T R, Jensen, S M. Kreiner, S Mikkelsen, S. (2010). "Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence". *BMC Public Health*, 2010, 10:643

Kuper H, Marmot M. (2003). « Job strain, job demands ». *J Epidemiol Community Health*. 57: 147- 153

Labbe, E., Moulin, JJ., Sass' C., Chatain, C., Gerbaud' L.(2007). Relations entre formes particulières d'emploi, vulnérabilité sociale et santé.Archives des maladies professionnelles et de l'environnement.V68 :4. P. 365-375.

Leclerc, A. Niedhammer, I. et al. (2011). Travail, emploi et inégalités sociales de santé. *Épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé*, mars, France.

Lippel, K. (2003). Compensation for musculoskeletal disorders in Québec : systemic discrimination against women Works? *International Journal*, 33(2), 253-281.

Lipscomb, H. J., Loomis, D., McDonald, M. A., Argue, R. a, & Wing, S. (2006). "A Conceptual Model of Work and Health Disparities in the United States". *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 36(1), 25-50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16524164>

Loisel P, Durand M.J., Berthelette D. et coll. (2001). "Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain". *Dis Man Health Outcomes*, 9 (7) : 351-60.

LSST. (2008/2009). La Commission des normes du travail. *Les Publications du Québec*. 5. Ed. 319 pages.

LSST. *Loi sur santé et sécurité du travail Règlement sur les établissements industriels*, R.Q. c. S-2.1, r.8. Québec.

Marmot, MG. (2003). *Understanding Social Inequalities in Health* Perspectives in Biology and Medicine. V.46 :3.pp. S9-S23

- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., & Syme, S. L. (1995). and functioning: from the UK Whitehall II study. *Community Health*, (September 1985), 124-130.
- Mélançon, J. (2007). « Dossier la silicose cristalline ». *Prévention au travail*. IRSST. CSST. Vol. 20 :2
- Mercier, M., Markowski, F. (2011). Les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique au Québec. *Flash Vigie*. Bureau de surveillance et de vigie de la DPSP du
- Ministère de la santé et des politiques sociales de l'Espagne. (2010). *Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities*, rapport d'experts indépendant pour l'Union européenne.
- Nora, F. (2011). Fatal Occupational Injuries --- United States ,. *Health (San Francisco)*, 56(13), 1-7.
- North FM, Syme LS, Feeney A, Shipley M. Marmot M. (1996). "Psychosocial Work Environment and Sickness Absence among British Civil Servants: The Whitehall II Study". *Am J Public Health*, 1996; 86:332-340.
- PAH.(2004). Regional Workshop. "Development of a Basic Occupational Health Indicators Initiative for Latin America and the Caribbean". *Pan American Health*: 1-24.
- Parrish, RG. (2010). "Measuring population health outcomes, Public Health Research, Practice and Policy". CDC, vol 7(4), page 9.
- Phaneuf, R., Sassine, M-P. (2007). Les travailleuses québécoises: portrait de l'évolution des lésions professionnelles. Direction de santé publique(DSP) Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. *Communications*, 7(3), 2003.
- PICOS. 2010. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune. DSES-MSSS-DSP-TCN.
- Raynault, MF. (RAYMA0201). Description du projet en lien avec l'appel de proposition (ref.2010-IG-136972).
- Report, M. W. (2007). Morbidity and Mortality Weekly Report Indicators for Occupational Health Surveillance tment of health and human ser. *Health (San Francisco)*, 56.
- Rossignol, M. 2000. *Incidence de chirurgie pour le SCC dans la population de Montréal*. IRSST.
- Rossignol M, Stock S, Patry L, Armstrong B. (1997). *Carpal tunnel syndrome: what is attributable to work? The Montreal study*. *Occup Environ Med*. 54 :519-523.
- Rossignol M, Abouelfath A, Lassalle R, Merlière Y, Droz C, Bégau B, Depont F, Moride Y, Blin P, Moore N, Fourrier A.(2009). *The CADEUS study : burden of nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) utilization for musculoskeletal disorders in blue collar workers*. *Br J Clin Pharmacol* 2009;67:118-24.
- Sharpe A., Hardt J. (2006) Five Deaths a Day: Workplace Fatalities in Canada. CLSC.
- The Allen Consulting Group. (2008). *Are we there yet: indicators of inequality in health*, rapport pour l'état de Victoria, en Australie, et le Victoria Health Information Surveillance System (VHISS).

Theorell, T., Karasek R. (2000) The demand-control-support model and CVD. In: Schnall PL et al., eds. The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc. 78–83.

Toronto Public Health. (2008). *The Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto*, disponible au [www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity\\_20081016.pdf](http://www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf).

Tremblay, DG. (2008). Precarious work and the labour market. In Dennis Raphael (editor, 2008, 2nd edition from 2004). *Social Determinants of Health: Canadian perspectives*. Toronto: CSPI Press. PP.75-87.

Vogel, L. (2010). « Conditions de travail et inégalités sociales de santé Laurent Vogel ». Directeur du département Santé et sécurité de l'Institut Syndical Européen (ETUI) Site internet : <http://hesa.etui.org/>. *World*, 1-13.

## **Annexe 1-- Stratégie de recherche bibliographique**

("occupational health"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "occupational health"[All Fields]) AND ("socioeconomic factors"[MeSH Terms] OR ("socioeconomic"[All Fields] AND "factors"[All Fields]) OR "socioeconomic factors"[All Fields] OR "inequalities"[All Fields]) AND ("indicators and reagents"[MeSH Terms] OR ("indicators"[All Fields] AND "reagents"[All Fields]) OR "indicators and reagents"[All Fields] OR "indicators"[All Fields] OR "indicators and reagents"[Pharmacological Action])) AND "humans"[MeSH Terms]

## **Annexe 2 – Critères de sélection des indicateurs**

## **ANNEXE G**

### **Maladies infectieuses**

# Indicateurs de surveillance pour les ISS en maladies infectieuses



RICHARD MASSÉ  
MARIE-FRANCE RAYNAULT

Avec tous nos remerciements à Barry Mamadou Saidou, Agent de  
recherche  
Ainsi qu'à Lucie Bédard et Robert Allard de l'Équipe Vigie – Protection de  
la DSP

# Objectifs pour la présentation



1. Qu'est-ce que l'on veut dire par inégalités sociales?
2. Quelles sont les variables socioéconomiques, environnementales ou les facteurs de risques populationnels associés aux maladies infectieuses (recension des écrits)?

# 1. • Objectifs pour la présentation

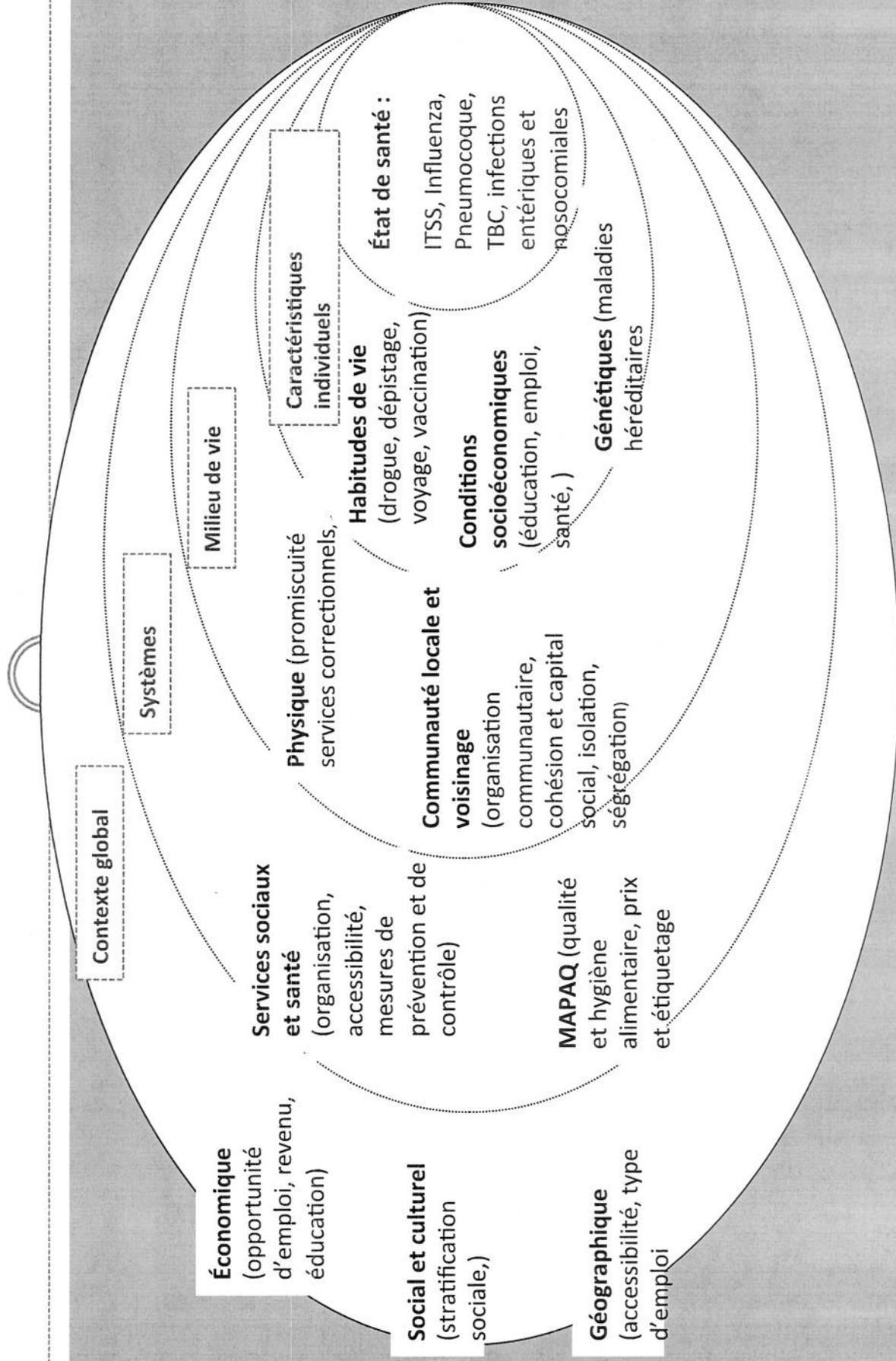
---

2. •

3. Quelles maladies infectieuses sont les plus sensibles aux inégalités sociales? Et avez-vous identifié des indicateurs qui permettraient de suivre les effets des inégalités sociales sur les maladies infectieuses? Si oui, comment pourra-t-on les mesurer?
4. Quelles mesures sociales ou quelles politiques pourraient être mises en place (à court ou à moyen terme) pour diminuer l'incidence, la prévalence ou la gravité des maladies infectieuses dans notre société, dans une population d'un secteur géographique particulier ou dans les groupes vulnérables?

# Cadre conceptuel

## ISS-MI



# Introduction



- Les MI constituent un domaine assez vaste
- Constitution d'un tableau de bord suivant la triade
  - « environnement-hôte-agent »
- Consultation de professionnels aguerris
- Choix raisonné de revue de la littérature

Inspirés des modèles suivants:

MSSS (2009) Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: résultat d'une réflexion commune, 2009

Mark Daniel (2007) Causal indirect-cognitive and direct-contextual paths linking place to health.

Basile Chaix (2009) Theoretical model between geographic life environments and coronary heart disease

Paul J Braveman (2003) Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual framework

Hester J (2006) A Conceptual model of work and health disparities in US

## Modèle Conceptuel de servenue des maladies infectieuses en lien avec leurs causes directes et leurs déterminants

		Environnement				Hôte				Agent-vecteur						
		Systèmes	Milieu de vie	Caractéristiques individuelles							Maladies transmissibles par le sang	Maladies transmissibles par voies respiratoires	Maladies entériques	Maladies transmissibles sexuellement et par le sang	Infections nosocomiales	Autres
Contexte global	Économique	Services sociaux et santé, MAPAQ	Physique	Communauté locale et voisinage	Habitudes de vie et comportement	Socioéconomiques	Biologiques et génétiques	Immunitisation	Maladies transmissibles par voies respiratoires	Maladies entériques	Maladies transmissibles sexuellement et par le sang	Infections nosocomiales	Autres			
Développement économique; opportunité d'emploi; pauvreté; stratification sociale	Organisation; accessibilité; offre de service; qualité des soins et services; qualité des aliments, prix et étiquetage	Services sociaux et santé; soutien social et organisation communautaire, accès aux drogues et prostitution	Services correctionnels; soutien aux itinérants	soutien social et organisation communautaire, accès aux drogues et prostitution	Utilisation de drogue injectable; consommation d'alcool; relation sexuelle; vaccination; dépistage; voyage; aliments	Niveau d'éducation; revenu; emploi; organisation sociale;	Maladies héréditaires	effet secondaire; considération religieuse	Pauvreté; information et sensibilisation	Sécurité alimentaire; qualité de l'eau; hygiène individuelle	Immigration; ethnicité; voyage	Environnement physique; chambre individuelle; nombre d'infirmière de contrôle des infections				
Revenu; accès au travail et type d'emploi; position sociale	Perception d'accessibilité; mesures de prévention et de contrôle, accès à la récupération de seringues et aiguille	Promiscuité; création de réseau sexuel; services préventifs;	tissus social fragile (capital social); accessibilité des services préventifs;	utilisation de matériel non stérile; relations sexuelles non protégées; hygiène; utilisation de mesure de prévention; immunisation	immunité réduite	Couverture vaccinale	Promiscuité; hygiène; perception des méthodes de prévention	Aliments ou boissons contaminés, hygiène des mains, pratique alimentaire	Comportement à risque	Mesures préventives dans les structures sanitaires; durée d'hospitalisation; immunité individuelle						
chômage; prostitution; décrochage scolaire	Soins adéquats; adhérence au traitement; hygiène alimentaire	Risque transmission de maladie respiratoires et ITSS	Ségrégation; stigmatisation; isolement	Acquisition; transmission d'infections virales, bactérienne	Infections opportunistes	Maladie évitable par la vaccination (H. influenzae; streptocoque pneumoniae)	Influenza; TBC	Listériose; Amibiase; giardiase; hépatite A; salmonellose; infection à campulobacte	VH + VHC; Hépatite B; Syphilis; Chlamidiose; Gonococcie	Infections à SARM; ERV; C. difficile	Punaise de lit					

Légende

correspond aux cas où on estime qu'il y a un fort potentiel pour la surveillance des inégalités  
ces cas correspondent aux domaines où il faut faire davantage d'exploration pour y choisir des indicateurs dans le futur  
correspond aux cas qui ne semblent pas donner des indicateurs fiables pour les inégalités en maladies infectieuses

NB: la lecture du tableau se fait de façon verticale et horizontale (en zig-zig)

## Environnement

		Contexte global		Systèmes		Milieu de vie	
Déterminants distaux	Économique	Services sociaux et santé, MAPAQ	Physique	Communauté locale et voisinage			
	Développement économique; opportunité d'emploi; pauvreté; stratification social	Organisation; accessibilité; offre de services; qualité des soins et services; qualité des aliments, prix et étiquetage	Services correctionnels; soutien aux itinérants	soutien social et organisation communautaire, accès aux drogues et prostitution			
Déterminants proximaux/Exposition	Revenu; accès au travail et type d'emploi; position sociale	Perception d'accessibilité; mesures de prévention et de contrôle, accès à la récupération de seringue et aiguille	Promiscuité; création de réseau sexuel;	tissus social fragile (capital social); accessibilité des services préventifs;			
	Impact /conséquence	Soins adéquats; adhérence au traitement; hygiène alimentaire	Risque transmission de maladie respiratoires et ITSS	Ségrégation; stigmatisation; isolement			

Hôte		
Caractéristiques individuelles		
Habitudes de vie et comportement	Socioéconomiques	Biologiques et génétiques
Utilisation de drogue injectable; consommation d'alcool; relation sexuelle; vaccination; dépistage; voyage; aliments	Niveau d'éducation; revenu; emploi; organisation sociale;	Maladies héréditaires
Déterminants distaux		
Déterminants proximaux/ Exposition	utilisation de matériel non stérile; relations sexuelles non protégées; hygiène; utilisation de mesure de prévention; dépistage; immunisation	immunité réduite
Impact /conséquence	Acquisition; transmission d'infections virale, bactérienne	Infections opportunistes

## Agent-vecteur

	Immunisation	Maladies transmissibles par voies respiratoires	Maladies entériques	Maladies transmissibles sexuellement et par le sang	Infections nosocomiales	Autres
Déterminants distaux	effet secondaire; Pauvreté; considération religieuse	Pauvreté; information et sensibilisation	Salubrité alimentaire; qualité de l'eau; hygiène individuelle	Immigration; ethnicité; voyage	Environnement physique; chambre individuel; nombre d'infirmière de contrôle des infections	
Déterminants proximaux/Exposition	Couverture vaccinale	Promiscuité; hygiène; perception des méthodes de prévention	Aliments ou boissons contaminés, hygiène des mains, pratique alimentaire	Comportement à risque	Mesures préventives dans les structures sanitaire; durée d'hospitalisation; immunité individuelle	
Impact /conséquence	Maladie évitable par la vaccination (H. influenzae; streptocoque pneumoniae)	Influenza; TBC	Listériose; Amibiase; giardiase; hépatite A; salmonellose; infection à campylobacter	VIH + VHC; Hépatite B; Syphilis; Chlamydie; Gonococcie	Infections à SARM; ERV; C. difficile	Punaise de lit

# Stratégies de recherche



## ➤ Bases de données (limite temporelle 2000-2010 )

- ✓ Medline
- ✓ Web of science
- ✓ Embase

## ➤ Mots clés (MESH)

- ✓ Social class, inequality, socioeconomic factors
- ✓ sexually transmitted diseases, HIV,
- ✓ Cross infection (nosocomial): Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, chlostridium, enterococcus
- ✓ Vaccination, influenza, pneumonia, tuberculosis
- ✓ Substance abuse

# ITSS

Pays, populations	Indicateurs utilisés	Dimensions des ISS	Mesures et force d'association	Programmes d'intervention
2003-2007 USA Canada (Vancouver)  18-26 ans Tout âge	<b>Prévalence :</b> HIV Chlamydia Gonorrhée Syphilis	Ethnicité (black vs white)	Ratio de prévalence <b>PR= 5.7-21</b> Corrélation $R^2 \text{ gon} = 0.45$ $R^2 \text{ vih} = 0.25$ $R^2 \text{ syp} = 0.35$ $R^2 \text{ chl} = 0.28$	Prevention efforts should be focused at the individual behaviour level
	<b>Incidence :</b> HIV Chlamydia Gonorrhée	Ethnicité Pauvreté Éducation Revenu Index de défavorisation	Risque relatif <b>RR= 2.0- 21.6</b>	Programme d'échange de seringue Campagne de sensibilisation sur l'utilisation de condom

# IMMUNISATION



Pays, populations	Indicateurs utilisés	Dimensions des ISS	Mesures et force d'association	Programmes d'intervention
2005-2010	<b>Couverture vaccinale :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Ethnicité</b></li> <li>✓ <b>Pauvreté</b></li> <li>✓ <b>Éducation</b></li> <li>✓ <b>littératie</b></li> <li>✓ <b>Revenu</b></li> <li>✓ <b>Index de défavorisation</b></li> <li>✓ <b>Zone rurale vs urbaine</b></li> <li>✓ <b>Minorité (immigrant vs non immigrant)</b></li> </ul>	<p>Influenza RR = 1.08 - 1.67</p> <p>Pneumocoque RR = 1.11- 5.2</p> <p>Enfants RR= 1.15- 2.0</p>	<p>Recall/reminder intervention from health care center</p> <p>Low-literacy patient education tool</p>
USA	Influenza			
Grande Bretagne	Pneumocoque			
Grèce	Complète chez les enfants			
Italie				
Europe (11 pays)				
19-36 mois				
14 ans ou plus				
65 ans ou plus				

# TBC et autres maladies respiratoires

Pays, populations	Indicateurs utilisés	Dimensions des ISS	Mesures et force d'association	Programmes d'intervention
2001-2010 USA Nouvelle Zélande  Moins de 14 ans 18 ans ou plus Tout âge	<b>Incidence:</b> TBC Infection pulmonaire invasive à pneumocoque	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Pauvreté</b></li> <li>✓ <b>ethnicité</b></li> <li>✓ <b>Revenu</b></li> <li>✓ <b>Index de défavorisation</b></li> <li>✓ <b>Éducation</b></li> </ul>	<p>TBC</p> <p>RR = 1.08 -4.7</p> <p>Pneumocoque</p> <p>RR = 1.9- 11.0</p>	<p>Using a standing order for persons with chronic disease</p> <p>Reminder by telephone call or mail intervention</p>

# Infections nosocomiales



Pays, populations	Indicateurs utilisés	Dimensions des ISS	Mesures et force d'association	Programmes d'intervention
<p>2004</p> <p>UK (London)</p> <p>Personnes atteintes de maladies coronariennes</p>	<p><b>Incidence:</b></p> <p>SARM</p>	<p>✓ I. défavorisation (Carstairs deprivation score)</p>	<p>RR = 7.3</p>	

# Maladies entériques



Pays, populations	Indicateurs utilisés	Dimensions des ISS	Mesures et force d'association	Programmes d'intervention
2006-2007 Canada (Manitoba) USA (Michigan) Tout âge	<b>Incidence:</b> Salmonellose Campylobacter	✓ <b>zone défavorisation</b> (éducation, revenu)  ✓ <b>zone urbaine vs rural</b>	Salmonellose  <b>RR = 0.71-0.91</b>  <b>RR= 1.19</b>  Campylobacter  <b>RR= 1.46-1.49</b>	

# Indicateurs de surveillance



VIH  
Chlamydia  
TBC  
Immunsation  
influenza et  
pneumocoque

Indicateurs recommandés

Gonorrhée  
Syphilis  
Primo-immunsation complète  
Infection pulmonaire invasive à  
pneumocoque

Indicateurs possibles ?  
À discuter

VIH – Chlamydia – TBC - Immunsation influenza et  
pneumocoque  
Gonorrhée- Syphilis - Primo-immunsation complète-  
Infection pulmonaire invasive à pneumocoque  
Infection à SARM – Infection à campylobacter- usage de  
matériel d'injection non stérile – accès au traitement

Indicateurs utilisés en  
recherche

# ITSS



- **Nom de l'indicateur:** Incidence des ITSS suivantes en fct du SSE:
  - VIH (ou prévalence) , Chlamydia, Gonorrhée, syphilis
- **Population / sous-population concernées:** Personnes âgées de 15 à 49 ans, hommes et femmes (séparément)
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - **VIH** : nombre de cas nouvellement diagnostiqués de VIH enregistrés au cours d'une année donnée (1,2)
  - **Chlamydia** : nombre de nouveaux cas rapportés au cours d'une année donnée (1)
  - **Gonorrhée** : nombre de nouveaux cas rapportés au cours d'une année donnée (3)
  - **Syphilis** : nombre de nouveau cas rapportés au cours d'une année donnée (4)

# Immunisation

- **Nom de l'indicateur:** Couverture vaccinale contre l'influenza, le pneumocoque et certaines maladies évitables par la vaccination chez l'enfant en fct du SSE
- **Population / sous-population concernées**
  - Influenza : âge  $> = 65$  ans
  - Pneumocoque : âge  $> = 65$  ans
  - Primo-vaccination : âge 0-2 mois et 0- 6 ans
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - **Influenza** : proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant été vaccinées (ou qui le rapportent comme tel) pendant la plus récente période de campagne vaccinale (population totale concernée comme dénominateur) (1)
  - **Pneumocoque** : proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant été vaccinées contre le pneumocoque (2)
  - **Primo-immunisation** : Indicateur de gestion : le pourcentage des enfants ayant été vacciné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos au 2<sup>ème</sup> jour de naissance (3)
  - **Primo-immunisation** Indicateur de couverture : le pourcentage des enfants de moins de 6 ans qui ont été entièrement protégés (dose nécessaire pour assurer une couverture complète) (4)

# Infections respiratoires

- **Nom de l'indicateur:** Taux d'incidence de maladies transmissibles par voies respiratoires : Tuberculose, Infection pulmonaire invasive à pneumocoque
- **Population / sous-population concernées:**
  - TBC : tout âge (tous vs autochtones, immigrants récents)?
  - Pneumonie invasive à pneumocoque : chez les < 5 ans et chez les > 65 ans
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - TBC : Nombre de nouveaux cas de tuberculose notifié pour 100 000 individus des groupes cibles au cours d'une période de 1 an (1,2)
  - Pneumonie invasive : taux de déclaration pour infection invasive à pneumocoque pour une période d'une année (3)

# Attitudes et Comportements



- **Nom de l'indicateur:**
  - Prévalence de comportement ou de situations à risque d'ITSS : utilisation de drogue injectable, abus d'alcool, relation sexuelle non protégée et accessibilité au traitement contre l'addiction
- **Population / sous-population concernées**
  - Personnes âgées de 15 ans ou plus
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - **Prévalence** : proportion d'individus ayant partagés des seringues injectables au cours des trois mois précédents une enquête ou ayant entretenu une relation sexuelle sans protection (1)
  - **Abus d'alcool** : proportion d'individus qui rapportent avoir bu 5 bières ou plus en une seule occasion au cours des 12 mois précédents (2)
  - **Accessibilité** : proportion des utilisateurs de drogues qui participent au traitement de la toxicomanie (3,4)

# Maladies entériques



- **Nom de l'indicateur**
  - Incidence d'infection à campylobacter
- **Population / sous-population concernées**
  - Personnes tout âge confondu
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - **Incidence** : nombre de nouveau cas d'infection à campylobacter notifié au cours d'une période donnée (1an) (1)

# Infections nosocomiales



- **Nom de l'indicateur**
  - Incidence d'infection nosocomiale : SARM, Clostridium difficile, ERV
- **Population / sous-population concernées**
  - Personnes tout âge confondu
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - **Incidence** : nombre de nouveau cas d'infection à staphylocoques aureus résistant à la méthicilline ou CD ou ERV notifié au cours d'une période donnée (1an) (1)

# Milieux à risque

- **Nom de l'indicateur: Milieux de vie à risque accrue de MI**
  - habitation surpeuplée, milieu carcéral, milieu défavorisé, milieu à faible niveau de cohésion sociale
- **Population / sous-population concernées**
  - Personnes tous âges : enfants et adultes vivant dans ces milieux, y compris le milieu carcéral et les communautés autochtones
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - Milieu défavorisé : proportion d'enfants de moins de 17 ans vivant dans un milieu familial dont le revenu est égal ou inférieur au seuil du faible revenu tel que défini par les statistiques économiques du Québec. (1)
  - Habitation surpeuplée : proportion ou nombre de ménage dans un territoire donné où le nombre de personnes occupant une maison est supérieur à la norme nationale d'occupation. (2) Norme peut être établie à 1.1 pièce par personne
  - Niveau de Cohésion sociale : proportion d'individus dans un territoire défini dont la perception de la cohésion sociale est faible (confiance, interaction et solidarité) (3)

# Populations vulnérables

- **Nom de l'indicateur:** Populations vulnérables pour les MI

- Populations constituées d'immigrants récents, de réfugiés, d'anciens prisonniers et d'itinérants, y compris les populations autochtones vivant hors communauté et les jeunes nouvellement sortis des centres de jeunesse

- **Population / sous-population concernées**

- Personnes de tout âge

- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**

- Nombre d'immigrants ou de réfugiés récents (<5 ans) dans un territoire donné qui rapportent n'avoir pas vu ou parlé à un médecin au cours des 12 mois précédents.
- Autres: nous avons regroupé ici les anciens prisonniers, les autochtones vivant hors communauté, les jeunes nouvellement sortis des centres de jeunesse et toute autre personne vivant une situation d'itinérance.

# Éducation



- **Nom de l'indicateur: niveau de scolarité**
- **Population / sous-population concernées**
  - Personnes âgées de 11 ans ou moins et personnes âgées de 65 ans ou plus
- **Définition de l'indicateur ou calcul utilisé**
  - Enfants : Proportion d'enfants âgés de 11 ans ou moins dont le niveau de littératie (ou de numératie) est inférieur à celui attendu pour leur âge.
  - Personnes âgées : proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, (ou présentant une maladie chronique) dont le nombre d'années de scolarité est inférieur à 6 ans ou 11 ans)

## Indicateurs retenus

- Couverture vaccinale pour influenza et Diphtérie, Coqueluche et Tétanos à deux mois
- Milieux de vie à risque
  - Faible soutien social
  - Habitation surpeuplée
- Populations vulnérables
  - Anciens prisonniers
  - Immigrants récents, réfugiés
  - Membres des Premières nations vivant hors réserve
  - Sans-abri
  - Jeunes récemment sortis des Centres Jeunesse

**ANNEXE H**  
**Ethnicité et migration**

# DOCUMENT DE TRAVAIL



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

### **Rapport - Thématique de l'ethnicité**

Jacinthe Dupuis, agente de recherche, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Alex Battaglini, adjoint à la Direction de la Qualité et de la Mission Universitaire,

CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

---

Dans l'optique de la diminution des inégalités sociales de santé, nous concentrerons nos efforts à dégager les principaux déterminants sociaux de la santé mis en lumière par les travaux portant sur la santé des immigrants et des minorités ethniques.

Dans un premier temps, les constats concernant l'état de santé des nouveaux arrivants sont souvent en lien avec les conditions d'entrée au pays et sur les conditions d'accès aux services de santé. Dans les principales recherches portant sur le sujet, les travaux de Chen et coll. (1996a) ressortent comme centraux dans la compréhension de la santé des immigrants. En se basant sur les données de plusieurs sources telles que le Canadian Vital Statistic Database, le recensement et le Health and Activity Limitations Survey pour les périodes de 1985-1987 et de 1990-1992, les auteurs ont tenté de rendre compte des différences dans la perception de l'état de santé des nouveaux arrivants et, dans l'ensemble, les résultats tendent à démontrer l'existence d'un effet d'immigrants en bonne santé (Healthy Immigrant Effect) pouvant s'expliquer par deux raisons. Tout

## DOCUMENT DE TRAVAIL

d'abord, par un effet d'autosélection, puisque les individus en mauvaise santé auraient moins tendance à immigrer et, ensuite, par le processus de sélection des individus (notamment pour les immigrants indépendants) instauré par le gouvernement qui comprend un examen de santé. Globalement, les nouveaux arrivants au Canada seraient donc en meilleure santé que l'ensemble des individus nés au Canada. Les résultats de Chen et coll. (1996a) permettent aussi d'avancer que des différences dans l'état de santé sont aussi explicables par la provenance des individus. En effet, les individus provenant de pays non-européens seraient moins à risque d'avoir des incapacités que la population née au Canada, de même qu'ils auraient une meilleure espérance de vie globale et de vie en bonne santé.

Plusieurs autres travaux se sont employés à valider la théorie de l'effet de l'immigrant en bonne santé dont Jusot et coll. (2009), en France, pour différencier les effets directs de la migration et de la nationalité, des effets indirects, de la situation socioéconomique et des conditions de travail. L'hypothèse à la base de ces travaux est que le pays d'origine aurait, à long terme, une influence sur la santé des immigrants. Selon les résultats obtenus, lorsque les données sont contrôlées pour la situation économique, Jusot et coll. ont constaté des effets délétères liés à la migration à long terme fondés sur l'état de santé perçu. Toutefois, selon d'autres indicateurs donnant des résultats différents, il pourrait s'agir d'une question de mauvaise compréhension de la langue et/ou que les étrangers auraient moins tendance à se déclarer en mauvaise santé, selon les auteurs. En ce qui a trait au pays d'origine comme facteur explicatif de la santé des immigrants, les auteurs constatent que, en tenant compte de la situation socioéconomique des individus, il y aurait une « influence à long terme des

## DOCUMENT DE TRAVAIL

caractéristiques économiques, sanitaires et politiques du pays d'origine » (p. 406). Néanmoins, les résultats laissent penser que la sélection explique l'état de santé des personnes immigrantes, puisque les personnes provenant des pays les plus pauvres seraient généralement en meilleure santé : les individus ayant une meilleure santé au départ et/ou provenant de milieux privilégiés auraient plus de facilité à migrer.

Bergeron et coll. (2009) ont aussi mis à l'épreuve la théorie de l'effet des immigrants en bonne santé en se basant sur les données de l'Enquête sur la Santé des Collectivités Canadiennes de 2005. Les résultats démontrent que les nouveaux arrivants de minorités visibles ont moins de risques de se percevoir en mauvaise santé physique et/ou mentale que les non-immigrants. De même pour les immigrants n'ayant pas la connaissance des langues officielles (Anglais-Français) qui sont plus à risque de se percevoir en mauvaise santé générale.

Au nombre des travaux sur la pertinence de l'effet de l'immigrant en bonne santé, on peut aussi compter sur les travaux de McDonald et Kennedy (2004) qui concluent que cet effet est présent sur l'incidence de conditions chroniques ainsi que ceux de Kennedy et coll. (2006), Ng et coll. (2005), Gee et coll. (2004), Newbold et Danforth (2003) qui mettent aussi en cause d'autres déterminants tels que la région d'origine, la «race», le revenu (s'il est bas) et le chômage.

Toutefois, il y aurait évidence de ce qu'on pourrait appeler un effet d'usure de la santé des immigrants (Exhausted Migrant Effect – Bollini et Siems, 1995) conséquence, entre autres, de mauvaises conditions de travail causées par les emplois bien souvent dangereux que cette population occupe par faute de reconnaissance des qualifications

## DOCUMENT DE TRAVAIL

obtenues dans le pays d'origine. Il est notamment question de l'effet de la déqualification professionnelle. Cet effet délétère de la durée de résidence des immigrants sur leur santé trouve aussi sa source dans les difficultés d'accès aux services de santé à cause de barrières linguistiques ou culturelles, ou simplement par manque d'information sur le fonctionnement des services de santé du pays d'accueil. Dans un même ordre d'idées, selon les travaux de Dunn et Dyck (2000), cette meilleure santé des immigrants à leur arrivée ne perdurerait pas dans le temps, elle disparaîtrait au bout d'un certain nombre d'années au point où, au bout de 10 ans, ils seraient en moins bonne santé que l'ensemble des individus nés au Canada (basé sur l'état de santé perçu par les répondants).

De plus, la catégorie d'admission (indépendant, parrainé, réfugié, etc.) des immigrants peut révéler des parcours migratoires déterminant sur leur santé. Ils peuvent refléter des bonnes ou moins bonnes conditions prémigratoire, surtout dans le cas des réfugiés (Redwood-Campbell et coll., 2003) ou encore un état de dépendance comme ce peut être le cas des personnes parrainées. Toutefois, les effets des parcours migratoires (révélés par des statuts migratoires) sont bien documentés concernant la santé mentale des réfugiés. En effet, les travaux portant sur ceux-ci mettent en lumière des impacts majeurs comme la dépression durable, le syndrome de stress post-traumatique et le suicide (Beiser et Wickama, 2004; Beiser et coll., 2003 et 2002). Néanmoins, les travaux de Rousseau et Drapeau (2004) mettent en garde devant la réduction des problèmes de santé mentale, dû à l'exposition à de la violence prémigratoire uniquement pour les réfugiés, car selon les résultats de leur enquête, l'exposition des immigrants indépendants et parrainés à de la violence est plutôt élevée (48 % et 42 % respectivement).

## DOCUMENT DE TRAVAIL

Plusieurs autres déterminants sociaux de santé apparaissent importants, comme les barrières à l'accès aux services de santé pour des raisons de barrières linguistiques, culturelles ou de discrimination (Virruell-Fuentes, 2007) qui viendraient miner l'universalité des soins de santé. La classe sociale est aussi à considérer dans le cas des immigrants puisque, tel que le concluent Borrell et coll. (2008), (déterminée ici selon la catégorie socioprofessionnelle) plus on se rapproche de la classe des « manuels non spécialisés », par exemple, plus on observe un moins bon état de santé; tout comme le fait d'être sans travail ou d'avoir un travail temporaire. Cette étude laisse donc présager que la déqualification professionnelle est, en soi un déterminant social de la santé des immigrants. À cet effet, des études ont soulevé l'effet de la déqualification professionnelle et sociale sur la santé mentale (Dean et Wilson, 2009; Bauder, 2003). Selon les résultats obtenus par Dean et Wilson, les impacts de la déqualification professionnelle sur la santé mentale sont ceux qui préoccupent le plus les nouveaux arrivants (stress, anxiété, dépression, tristesse, inquiétude, tensions, irritabilité, frustrations). Les troubles de santé mentale découleraient, selon les participants de cette enquête, des difficultés de trouver un emploi stable qui entraînent un manque de revenu et une perte des habiletés liées à l'emploi (*deskilling* – Bauder, 2003), une perte de statut social et le stress de devoir subvenir aux besoins de leur famille. La moitié des participants de cette étude ont mentionné que des impacts sur leur santé physique ont découlé de nombreux problèmes de santé mentale.

D'un autre point de vue, la discrimination, déterminant social de la santé le plus difficile à mesurer, aurait un impact sur la santé des immigrants, notamment sur celle des minorités visibles. En effet, selon D'Anna et coll. (2010), faire l'expérience de la

## DOCUMENT DE TRAVAIL

discrimination dans l'utilisation des services de santé aurait un effet négatif sur la perception de la santé et augmenterait les chances d'avoir des limitations fonctionnelles physiques et émotionnelles. De même que les effets de cette discrimination se font sentir à travers les couches socioéconomiques. Toutefois, ceux-ci diminuent tout de même plus le positionnement est élevé. Outre la discrimination, en ce qui a trait aux minorités visibles, il est plus question de facteurs comportementaux et de variables de structures sociales comme déterminants sociaux de santé (Prus et Lin, 2005).

En bref, ce qu'il faut retenir :

Plusieurs déterminants de santé sont ressortis de la littérature 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, en soi, interreliés.

Quelques indicateurs :

### 1- La connaissance des langues d'usage

Cet indicateur, qui cible à la fois les immigrants et les minorités visibles, est 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, ce qui pourrait être associé à une détection tardive de certaines maladies. Il s'agit donc d'un facteur en amont des problèmes de santé. Cette information étant disponible à travers les données de recensement, il s'agit là d'un indicateur facile à obtenir, et ce, à moindre coût.

## DOCUMENT DE TRAVAIL

### 2- Déqualification sociale

Cet indicateur cible spécifiquement la population immigrante qui est plus sujette à ce problème compte tenu des difficultés liées à la reconnaissance des diplômes et de l'expérience hors Canada qui existent sur le marché du travail québécois. Cette situation représente une problématique au cœur des préoccupations des nouveaux arrivants et a un impact à la fois sur la santé mentale (dépression, détresse, anxiété, stress, etc.) et la santé physique (maladies cardiovasculaires, musculo-squeletaires liées aux mauvaises conditions de travail, etc.). Il s'agit ici aussi d'un facteur en amont des problèmes de santé, mais de nature socioéconomique, qui rejoint d'autres problèmes comme la précarité, la qualité d'emploi, le niveau de vie, etc. Cette information est relativement 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.

### 3- Le statut d'immigration

Cet indicateur cible aussi la population immigrante et 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. L'impact se situe autant par rapport à la santé physique que par rapport à la santé mentale. 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

## DOCUMENT DE TRAVAIL

mêmes temps (délai de carence pour les personnes immigrantes). Cette information existe déjà dans les banques de données sur les admissions permanentes du MICC.

### 4- Durée de résidence

Tel qu'expliqué plus haut, l'effet de l'immigrant en bonne santé est central à plusieurs travaux sur la santé des populations immigrantes (Chen et al., 1996a), mais il ne faut pas mettre de côté ceux de Dunn et Dyck (2000) et de Bollini et Siem (1995) qui nous informent de l'effet du temps sur la santé des immigrants. Ainsi, cet indicateur cible la population immigrante uniquement et se constitue facilement, car l'information existe sous deux formes dans deux sources différentes : le recensement contient des informations sur le nombre de nouveaux arrivants (moins de cinq ans) alors que le MICC et ses banques de données sur les admissions permanentes permettent d'avoir l'information plus souvent qu'aux cinq ans.

### 5- Origine ethnique

L'effet de l'origine ethnique sur la santé des immigrants, mais également des minorités visibles est beaucoup moins facile à appréhender que les autres puisqu'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 (D'Anna et Ponce (2010), il semble important de le prendre en considération. Encore ici, les informations sur cet indicateur sont disponibles dans les données de recensement.

## **ANNEXE I**

### **Prévention et maladies chroniques**

## **Les ISS et les maladies chroniques**

### **Définition**

On s'entend généralement pour dire que les maladies chroniques (ou maladies non transmissibles) sont celles qui, à la fois,

- ✓ perdurent longtemps (habituellement plus de trois mois),
- ✓ ne peuvent pas être prévenues par l'administration de vaccins,
- ✓ ne peuvent pas être guéries par l'administration de médicaments et
- ✓ ne disparaissent pas d'elles-mêmes dues aux capacités régénératrices de l'organisme humain.

Au Québec, comme dans la plupart des pays développés, les maladies chroniques incluant le cancer, les accidents cérébrovasculaires (ACV) et les maladies cardiovasculaires et respiratoires, représentent les causes majeures de mortalité et de morbidité dans la population québécoise (Choinière, 2003, Institut de la statistique du Québec, 2013). Leurs prévalences et incidences sont plus élevées parmi les personnes défavorisées et ces inégalités semblent être à la hausse (Pampalon, Hamel & Gamache, 2008).

### **Enjeux particuliers**

La surveillance des ISS en lien avec les maladies chroniques pose des défis particuliers. Dans un premier temps, il est largement connu que les maladies chroniques sont fortement liées aux habitudes de vie (voir Lim et al., 2012). Ainsi, la surveillance des ISS au niveau des maladies chroniques doit nécessairement inclure la surveillance d'au moins quatre habitudes de vie, soit le tabagisme, la consommation d'aliments sains et malsains (par ex. les fruits et légumes, le sodium, les boissons sucrées, la malbouffe), la pratique de l'activité physique (incluant les activités récréatives et de transport de même que les activités sédentaires telles le temps passé devant la télévision et l'ordinateur) et la consommation excessive d'alcool.

De plus, il y a un consensus grandissant à l'effet que les habitudes de vie et les maladies et conditions chroniques qui s'en suivent sont causées par des facteurs se situant à différents niveaux de l'écologie humaine, soit aux niveaux des individus, des familles, des voisinages et des communautés et des politiques publiques et des lois qui les régissent. Les modèles développés par Chaix (2009) et Daniel et coll (2008), par exemples, en font une démonstration élégante et appuyée de données probantes.

Finalement, il existe à travers le monde une multitude de systèmes de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants. Un des plus célèbres, nommé le *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)* aux États-Unis, a donné et stimule toujours l'innovation dans la surveillance des maladies chroniques (Mokdad, 2009). La nécessité de développer et de faire évoluer des mesures valides de l'état de la santé de la population de même que de considérer les défis liés à l'échantillonnage et la collecte de données sont autant de défis qui doivent être traités en continu. Globalement donc, afin de mesurer les ISS dans les maladies chroniques, il faut tendre vers une approche multi-cibles et multi-niveaux.

## **Méthodologie**

C'est à la lumière de ces perspectives que l'exercice de recensement et de sélection des indicateurs ISS liés aux maladies chroniques a été effectué. Plus spécifiquement, nous avons procédé en quatre étapes.

Dans un premier temps, nous avons fait un inventaire des indicateurs de surveillance utilisés pour faire un monitoring des maladies cardiovasculaires, du diabète, du cancer et de l'obésité. En réalisant ce recensement, nous avons considéré les indicateurs biologiques et comportementaux utilisés et lorsqu'ils étaient disponibles des indicateurs à d'autres niveaux de l'écologie humaine. De plus, afin de circonscrire la démarche, nous avons choisi de limiter l'inventaire aux systèmes de surveillance suivants : le London Health Observatory, le Chronic Disease Center (BRFSS), l'INSPQ via l'Institut de la statistique du Québec, et l'Agence de santé publique du Canada. Trois tableaux sommaires ont été produits (voir fichiers Excel nommés *Tableau Sommaire ISS-Cancer.xls*, *Tableau Sommaire ISS-CVD.xls* et *Tableau Sommaire ISS-Diabète-Obésité.xls*).

Dans un deuxième temps, nous avons identifié un nombre plus limité d'indicateurs qui étaient propres à chacune des maladies chroniques selon la répartition suivante : cancer approximativement 25 indicateurs; diabète approximativement 15 indicateurs; maladies cardiovasculaires approximativement 30 indicateurs; et obésité approximativement 10 indicateurs.

Dans un troisième temps et en parallèle à la démarche d'identification précédente, nous avons choisi de limiter notre traitement des ISS aux indicateurs d'ISS suivants : le sexe, l'ethnicité, le revenu et l'éducation. Après discussion et échange et examen des écrits scientifiques, nous avons identifié une dizaine d'indicateurs qui à la fois semblaient fortement associés aux indicateurs d'inégalités sociales, qui avaient des retombées importantes pour la santé des populations et pour lesquels il existe des instruments de mesures. Il y avait : (1) le tabagisme; (2) la dépense calorique (AP de loisir et de transport, sédentarité); (3) la diète de type

« westernised » (qui inclut une consommation importante d'aliments riches en gras et en sucre et comparativement moins de fruits et légumes); (4) l'excès pondéral; (5) l'hypertension, profil lipidique, résistance à l'insuline (hémoglobine glyquée, résistance à l'insuline, G à jeun); (6) le recours aux services de dépistage; (7) la prévalence et l'incidence de maladies chroniques (cancer, maladies circulatoires, diabète); (8) le recours aux programmes de promotion de la santé; (9) quelques caractéristiques des milieux locaux (défavorisation du voisinage); (9) les politiques publiques and systèmes politiques (surtout au niveau des comparaisons entre les pays); (10) le sentiment de « helplessness » ou « hopelessness » - et le « thriving ».

Dans un quatrième temps et après discussion et échange avec le comité de direction de l'équipe de projet, nous avons fait les arbitrage difficile pour réduire cette dizaine d'indicateurs aux trois indicateurs suivants : (1) le taux de tabagisme; (2) le taux d'hémoglobine glyquée; et (3) les traumatismes routiers des piétons, des cyclistes et des automobilistes.

### **Justification des choix**

Pour le taux de tabagisme, le choix s'imposait pour différentes raisons : (1) il existe des ISS marqués au niveau du taux de tabagisme et ceux-ci se sont accrus depuis l'implantation des politiques publiques visant l'interdiction de fumer dans différents endroits publics; (2) avec l'émergence de cigarettes électroniques, certains (voir McKee, 2013) craignent une recrudescence du tabagisme et une résistance aux interventions anti-tabagique; et (3) il ne fait nul doute que le tabagisme a un potentiel de létalité très élevé.

Le choix de l'hémoglobine glyquée comme indicateur se justifie de la façon suivante : (1) cet indicateur est sensible aux habitudes de consommation au cours du dernier mois et il prédit bien la présence de diabète tout en étant un marqueur de risque important pour les maladies cardiovasculaires (Selvin et al., 2010); et (2) les données récentes portent à croire qu'il existe des ISS importants au niveau du diabète et de ses précurseurs, tout comme les maladies cardiovasculaires. Nous reconnaissons que la collecte de données populationnelles de l'hémoglobine glyquée est très couteuse et donc plus difficile à intégrer et pérenniser dans un système de surveillance des ISS et, tel que mentionné par une collègue de l'INSPQ (Mme Danielle St-Laurent) lors de la présentation des présents travaux aux Journées annuelles de santé publique « a mis au point un algorithme qui permet de fouiller les données déjà recueillies à des fins administratives (et non pour la surveillance en tant que telle) pour identifier les cas de diabète. Cette façon de faire a été validée avec une cohorte depuis 1996 et elle est probante. De plus, quand on superpose géographiquement les résultats aux données d'inégalités sociales, cela concorde bien). Toutefois, il est reconnu que les cas de diabète peuvent demeurer longtemps non-diagnostiqués parce que les symptômes de la maladie sont silencieux ou ambigus et ainsi n'incitent pas les individus à consulter un professionnel de la santé. Ce qui plus est, les personnes défavorisées tardent davantage à consulter un professionnel de la santé laissant croire que la proportion de cas non-diagnostiqués chez les

personnes défavorisées pourrait être plus importante. Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il est pertinent de considérer cet indicateur.

Finalement, en ce qui a trait au choix des traumatismes routiers, celui-ci peut sembler surprenant. En effet, il ne fait pas d'office parti des systèmes de surveillance des maladies chroniques et il n'est pas dans la toile causale des déterminants biologiques des maladies chroniques. Or, dans l'exercice global de l'identification des indicateurs de surveillance des ISS il est apparu que cet indicateur reflète des inégalités sociales importantes qui sont souvent tributaires des environnements dans lesquels les gens vivent, travaillent et se récréent. En incluant cette variable, nous tentons d'opérationnaliser cette idée qu'il faut aller au-delà des indicateurs au niveau individuel dans l'établissement d'un système de surveillance. Cette remarque est d'autant plus vraie pour les inégalités sociales au niveau de l'incidence des collisions impliquant des piétons et des cyclistes (voir Morency et al., 2013 et à titre d'exemple Power et al., 2009). Ainsi, après délibérations, le comité a choisi d'inclure l'indicateur de l'incidence des traumatismes routiers.

### **Postscriptum**

Suite à la réalisation des travaux décrits ci-dessus, il y a eu des développements importants en ce qui a trait à la lutte aux maladies chroniques au niveau mondial. En effet, en septembre 2011, les Nations Unies conviaient des représentants de tous les pays membres à un sommet sur les maladies chroniques. Lors du sommet, il fut décidé de mettre en œuvre un plan de lutte contre les maladies non transmissibles. Ainsi, entre septembre 2011 et mars 2013, un document cadre fut circulé, a fait l'objet de modifications et d'ajout pour finalement être entériné lors de la 66<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé à Genève le 27 mai 2013. Pour ce qui est d'intérêt aux présents travaux, on y retrouve 25 indicateurs et 9 cibles d'intervention incluant (1) la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez l'adolescent, (2) la prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus, et (3) la prévalence standardisée selon l'âge d'une élévation de la glycémie/ du diabète chez l'adulte âgé de 18 ans ou plus (glycémie à jeun  $\geq 7,0$  mmol/l (126 mg/dl) ou traitement hypoglycémiant). Tout dépendamment du positionnement du Québec sur ces enjeux mondiaux, il y aurait possiblement lieu d'utiliser ces indicateurs et de les présenter en fonction d'indicateurs des inégalités sociales.

Pièces jointes: Trois tableaux sommaires de l'inventaire des indicateurs repérés (voir fichiers Excel nommés Tableau Sommaire ISS-Cancer.xls, Tableau Sommaire ISS-CVD.xls et Tableau Sommaire ISS-Diabète-Obésité.xls)

## Références

- Chaix B. (2009). Geographic Life Environments and Coronary Heart Disease: A Literature Review, Theoretical Contributions, Methodological Updates, and a Research Agenda. *Annual Review of Public Health, 30*: 81-105
- Choinière, R. (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*. Québec, Sc : Institut national de santé publique du Québec.
- Daniel, M., Moore, S.D., & Kestens, Y. (2008). Framing the biosocial pathways underlying associations between place and cardiometabolic diseases. *Health & Place, 14*(2): 117-132.
- Institut de la statistique du Québec (2013). *Le bilan démographique du Québec – Édition 2013*. Québec, Qc : L'auteur.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet 380*(9859):2224-2260.
- McKee, M. (2013). E-cigarettes and the marketing push that surprised everyone. *BMJ 347*: f5780.
- Mokdad, A. H. (2009). The Behavioral Risk Factors Surveillance System: Past, Present, and Future. *Annual Review of Public Health, 30*:43–54.
- Morency, P., Gauvin, L., Plante, C., Fournier, M., & Morency, C. (2012). Neighbourhood Social Inequalities in Road Injuries: A Multilevel Analysis Showing the Influence of Traffic Volume and Road Design. *American Journal of Public Health, 102*(6):1112-1119.
- Organisation mondiale de la santé (2013). *Indicators Framework*. Genève : L'auteur. Disponible au [http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/en/](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/)
- Organisation mondiale de la santé (2013). *Plan mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*. Genève : L'auteur. Disponible au [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)
- Pampalon, R., Hamel, D. et Gamache, P. (2008). Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec? Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec.
- Power A, Davis J, Plant P, & Kjellstrom T (2009) Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 *Task Group 4: The Built Environment and Health Inequalities Final Report 12 June 2009*. Marmot Review.
- Selvin, E, Steffes, M.W., Zhu, H., Matsushita, K., Wagenknecht, L., Pankow, J., Coresh, J., & Brancati, F. L., (2010). Glycated Hemoglobin, Diabetes, and Cardiovascular Risk in Nondiabetic Adults. *New England Journal of Medicine, 362*: 800-11.

## **ANNEXE J**

### **Services de santé**

Recherche «La Mesure des inégalités sociales de santé : au-delà de la description, le soutien à l'intervention»

## THÈME ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

---

### Proposition d'indicateurs pour la surveillance de l'équité dans l'accès aux soins de santé

Jean-Frédéric Lévesque  
Décembre 2011

---

Recherche «La Mesure des inégalités sociales de santé : au-delà de la description,  
le soutien à l'intervention»

THÈME ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

<b>1- L'accès aux soins de santé et la perspective de l'équité sociale.....</b>	<b>page 4</b>
1.1 L'adéquation des services en fonction des besoins, pour un accès équitable....	page 4
1.2 Tenir compte de différentes dimensions de l'accès pour bien mesurer l'équité d'accès.....	page 4
1.3 La séquence de la consommation de soins et les barrières à l'accès.....	page 6
1.4 La pyramide de la population rejointe.....	page 8
<b>2- Les sources de données possibles pour les indicateurs.....</b>	<b>page 10</b>
<b>3- Les indicateurs sélectionnés pour mesurer l'équité de l'accès aux soins.....</b>	<b>page 11</b>
3.1 La première sélection d'indicateurs.....	page 11
3.2 Les dix indicateurs sélectionnés, description et justifications.....	page 12
3.3 Les indicateurs sélectionnés et la séquence de consommation de soins.....	page 16
<b>4- Articulation des indicateurs sélectionnés avec les approches théoriques de la recherche.....</b>	<b>page 18</b>
<b>5- Les trois indicateurs incontournables et justification .....</b>	<b>page 19</b>
<b>6- Références bibliographiques.....</b>	<b>page 20</b>

## **1- L'accès aux soins de santé et la perspective de l'équité sociale**

### **1.1 L'adéquation des services en fonction des besoins, pour un accès équitable**

De façon globale, lorsqu'on souhaite évaluer l'accès aux soins de santé, il nous faut avoir de l'information sur plusieurs dimensions de la problématique : sur les besoins de soins et de services, sur les systèmes de santé en place, sur les processus d'accès aux soins, sur les services réellement reçus et, finalement, sur les résultats obtenus.

Dans une perspective d'équité sociale, il est particulièrement intéressant de se pencher sur la notion de l'offre de services et de se demander si cette offre donne la possibilité ou non d'obtenir tel ou tel service. Il est aussi important de se demander en quoi les systèmes et structures en place correspondent aux besoins de services ou de soins. Est-ce que des communautés se retrouvent exclues, parce que ce qui leur est accessible est vraiment en deçà de leurs besoins ? Si oui, il y a alors problème d'équité.

La notion d'accès réfère donc à la réponse aux besoins (cette réponse étant l'objectif ultime de la consommation de soins), c'est-à-dire aux services réellement rendus par rapport aux besoins : il y a véritablement accès lorsque les services répondent aux besoins. Il y a donc une distinction à faire entre l'accès à des services utiles et l'accès à des services inutiles. La qualité et l'adéquation des soins reçus sont alors des indicateurs importants pour mesurer l'équité d'accès, plus que ne le sont par exemple les indicateurs de performance des systèmes de santé comme la productivité et l'efficacité.

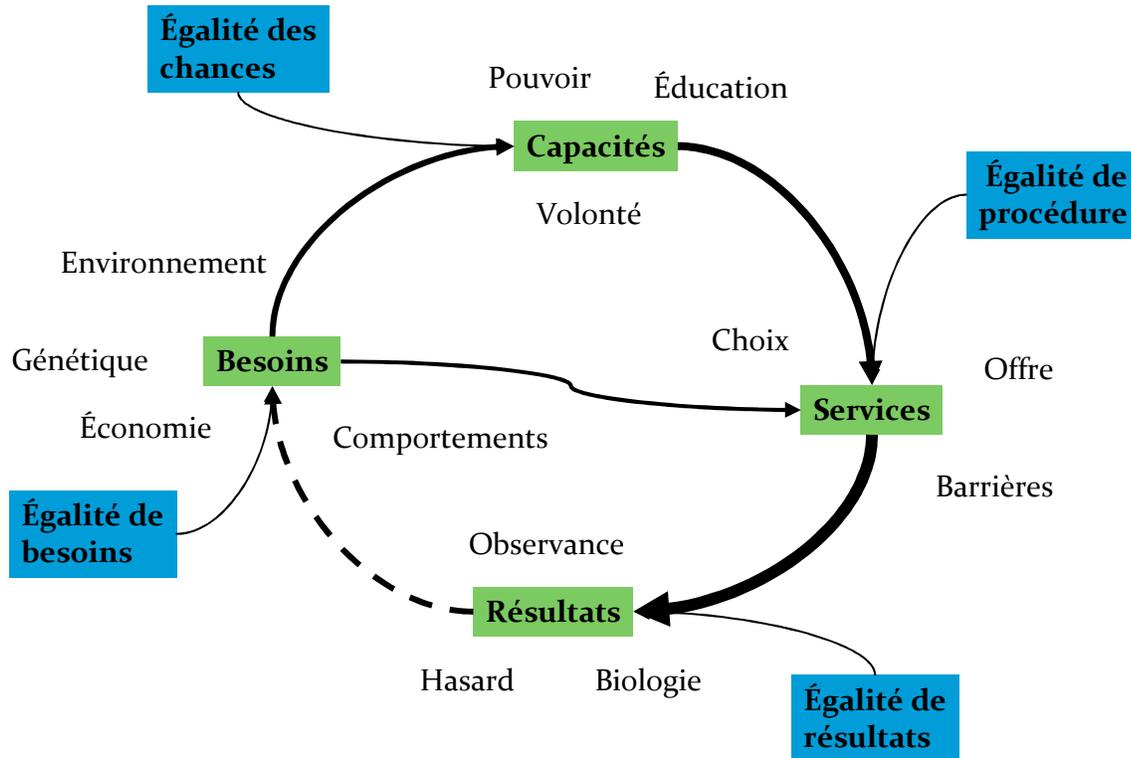
### **1.2 Tenir compte de différentes dimensions de l'accès pour bien mesurer l'équité d'accès**

Pour juger de l'équité d'une situation, il faut considérer non seulement l'équité de l'accès lorsqu'on compare les personnes entre elles, mais aussi l'équité d'accès entre des personnes aux besoins inégaux. Car il peut exister une situation d'égalité d'obtention de services, mais aussi au départ une inégalité des besoins de services, ce qui résulte tout de même en une iniquité.

C'est pourquoi lorsqu'on évalue l'équité de l'accès, il faut, en fait, tenir compte de plusieurs dimensions du schéma d'accès. Nous présentons ci-dessous (diagramme 1) quatre dimensions de l'accès, qui peuvent toutes être teintées d'égalité ou d'inégalité. Ces dimensions sont :

- 1) les besoins de la personne (il existe des inégalités dans les besoins de services);
- 2) les capacités de la personne à utiliser le système de santé (inégalité d'éducation entre les personnes, de pouvoir, etc.);
- 3) l'utilisation des services en tant que telle (des barrières culturelles peuvent empêcher le recours à certains services et engendrer des inégalités à ce niveau aussi);
- 4) les résultats des soins, qui sont eux aussi inégaux selon l'observance des traitements, la condition du patient, etc.

Diagramme 1 – LES DIMENSIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS



Nous venons d'aborder la dimension de l'inégalité des besoins qui peut affecter l'inégalité dans l'accès aux services. En ce qui concerne la dimension des services offerts, une situation d'équité pourrait consister en une inégalité de services, soit plus de services rendus à certains groupes de personnes, parce qu'ils ont plus de besoins. C'est donc dire que toute égalité n'est pas équitable et toute inégalité n'est pas inéquitable...

En ce qui a trait à la dimension des capacités de la personne, on réfère par exemple à la capacité d'identifier son besoin et à la capacité d'obtenir le service.

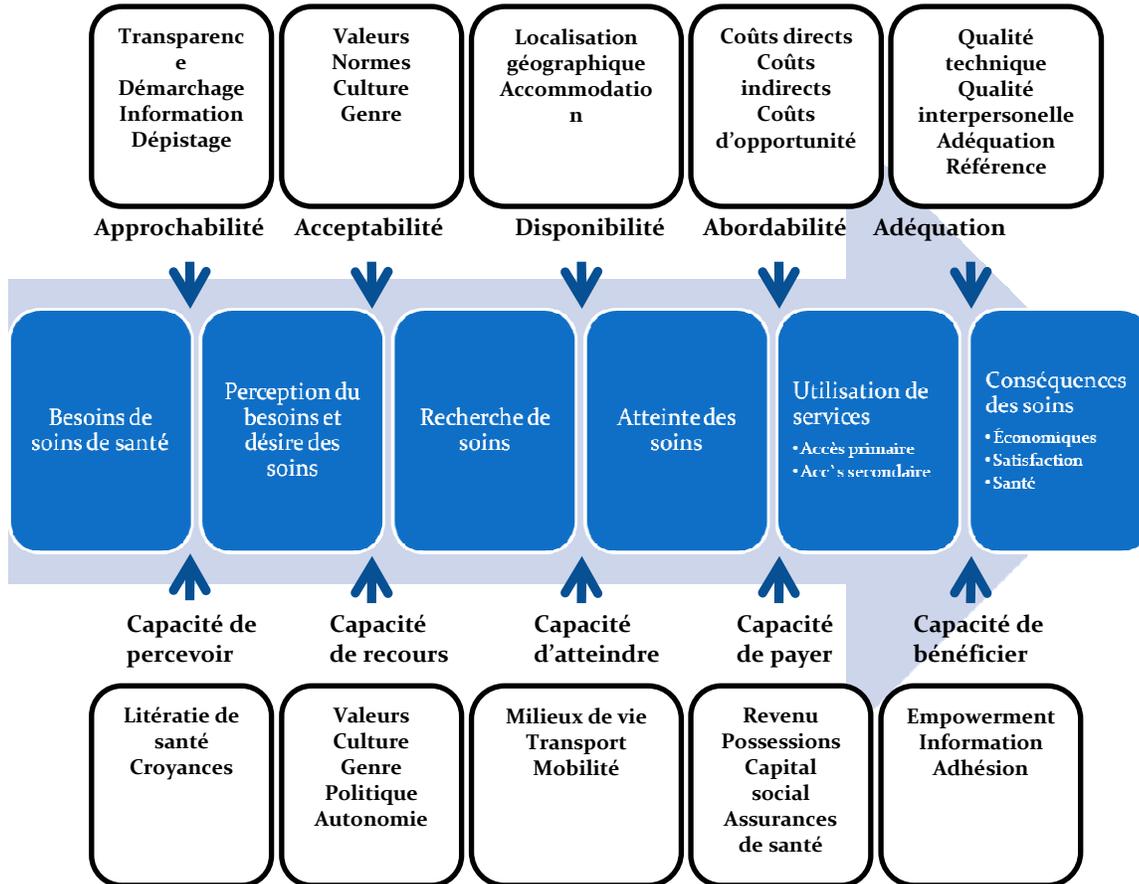
Au niveau de la dimension des «résultats» des services, on observe aussi des inégalités, si les services ont adéquatement répondu au problème pour les uns, mais pas pour les autres. Encore une fois, il peut exister des égalités de services qui génèrent tout de même des inégalités de résultats. Des personnes moins en mesure de bénéficier de services pourraient se retrouver dans une situation d'iniquité.

### 1.3 La séquence de la consommation de soins et les barrières à l'accès

Chaque fois qu'il y a consommation de soins, on retrouve essentiellement les étapes ci-dessous (diagramme 2, rangée du centre) et pour évaluer l'accès, il est important d'avoir des indicateurs qui portent sur ces différentes étapes : 1) Un besoin de soins apparaît; 2) la personne perçoit (ou non) le besoin de soins et désire (ou non) recourir à des soins; 3) la personne entreprend la recherche de soins; 4) la personne réussit à trouver des soins; 5) la personne utilise les services de soins et, enfin, 6) on voit les conséquences positives ou négatives des soins reçus. À chacune de ces étapes, il peut y avoir des barrières à l'obtention de soins adéquats, barrières qui révèlent alors des problèmes d'accès. Ces barrières peuvent être des attributs des services (1<sup>re</sup> rangée de boîtes sur le diagramme) :

- L'approchabilité – par exemple, l'information sur les services est-elle disponible ?
- L'acceptabilité - Les valeurs, la culture, les normes, en ce qui concerne les rapports hommes-femmes, par exemple, sont-elles appropriées pour les populations visées ?
- La disponibilité - Rend-on les services faciles à utiliser (accommodation) ? Si une personne appelle à une clinique médicale et qu'elle tombe sur un répondeur qui ne prend pas les messages, rend-on les services faciles à utiliser ? Les services sont-ils géographiquement accessibles ?
- L'abordabilité - Les services ont-ils un coût, direct ou indirect (se loger si on doit se déplacer, manquer du travail) pour l'utilisateur ?
- L'adéquation - Les soins prodigués sont-ils de qualité et adéquats ?

Diagramme 2 – LA SÉQUENCE DE CONSOMMATION DE SOINS



Tous ces attributs des services peuvent affecter l'accès aux services et l'équité dans l'accès aux services. Mais il n'y a pas que la nature même des services qui peut influencer sur l'accès. Il y a aussi la capacité des personnes à utiliser les services, et cette capacité se situe à plusieurs niveaux et peut elle aussi moduler l'équité dans l'accès aux soins de santé (rangée du bas sur le diagramme 2) :

- La capacité de percevoir le besoin de soins – par exemple, savoir intégrer les renseignements sur la santé
- La capacité de recourir aux soins – cette capacité fait appel à l'autonomie de la personne ou encore à ses valeurs (est-ce acceptable pour elle d'aller voir le médecin?)
- La capacité d'atteindre les services – la personne peut-elle se déplacer jusqu'aux services ?
- La capacité de payer les soins – cette capacité peut dépendre non seulement des revenus, mais aussi des assurances de santé, entre autres
- La capacité de bénéficier des soins – cette capacité dépend entre autres de l'adhésion du patient aux traitements prescrits, mais aussi de son appropriation de l'information à connaître pour améliorer son état (*empowerment*), etc.

L'accès aux soins est une question d'équilibre entre les attributs des services et les capacités des personnes à les utiliser et à en bénéficier. Des services peuvent être extrêmement chers, par exemple, dans une population qui a des revenus très élevés : il n'y a alors pas de problème d'accès à ce niveau.

Pour faire émerger les problèmes d'accès, il faut sélectionner des indicateurs qui peuvent révéler les barrières dans l'une ou l'autre des étapes de cette séquence de consommation de soins. Et pour évaluer l'équité dans l'accès, il faut identifier ces problèmes d'accès pour les différents groupes socio-économiques.

#### 1.4 La pyramide de la population rejointe

Tout au long de la séquence de consommation de soins, on peut donc observer une progression d'obstacles à l'obtention de soins, progression qui est représentée par le modèle ci-dessous (diagramme 3). On y voit, au bas de la pyramide, la population cible, puis la portion de la population pour laquelle il y a disponibilité des soins, puis la portion pour laquelle il y a accessibilité des soins (accès aux soins disponibles), puis celle pour laquelle il y a acceptabilité des services, puis celle qui prend contact avec les services et, enfin, la population réellement traitée. Au haut de la pyramide, on voit la différence entre la population ciblée au départ et la population réellement traitée, et on constate qu'au fur et à mesure que les obstacles s'additionnent, une partie de plus en plus grande de la population n'accède pas aux soins.

Diagramme 3 – PYRAMIDE DE LA POPULATION REJOINTE AU LONG DU PROCESSUS D'ACCÈS

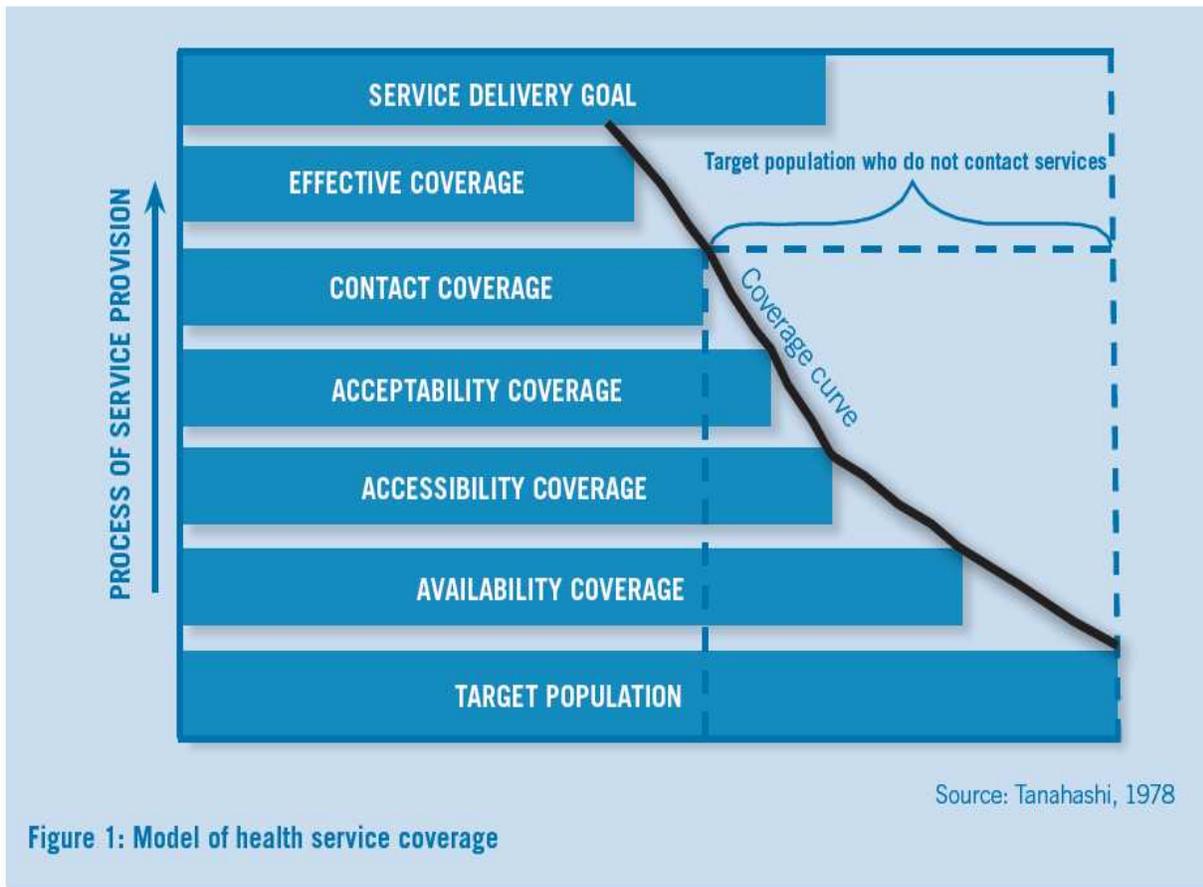


Figure 1: Model of health service coverage

Ce modèle est ni plus ni moins un indicateur de barrières à l'accès, en lien avec la conceptualisation de la séquence de consommation de soins présentée plus haut.

À ce modèle de Tanahashi (1978), l'OMS (2010) ajoute, entre le contact avec les services et la population réellement traitée, la notion d'adhésion aux soins (voir le diagramme 4, ci-dessous). L'ensemble du processus, avec toutes ces barrières, illustre bien la problématique de l'équité dans l'accès aux soins, et chacune des composantes du processus peut révéler une situation équitable ou non.

Diagramme 4 – PROCESSUS D’ACCÈS AU TRAITEMENT



Source: Equitable Health Systems and Policy Unit (EQH/ESP), WHO, 2006

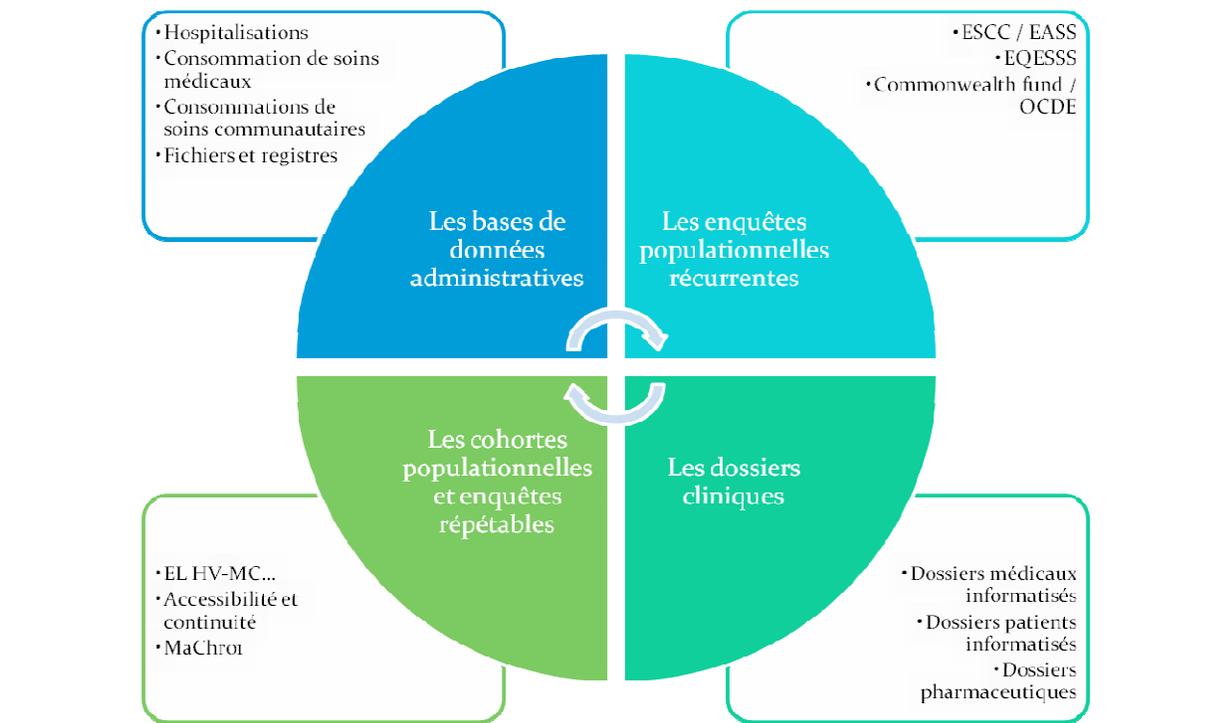
## **2- Les sources de données possibles pour les indicateurs**

Différentes sources peuvent fournir les données qui serviront d'indicateurs d'équité dans l'accès aux soins (voir diagramme 5) :

- 1) Les banques de données administratives (registres), contiennent des données sur la consommation de soins médicaux et communautaires (hospitalisations, services fournis, etc.). Plusieurs des dix indicateurs que nous avons sélectionnés proviennent de ces banques administratives.

- 2) Les enquêtes populationnelles récurrentes fournissent aussi des données; quelques-uns des indicateurs suggérés y sont rattachés.
- 3) Les cohortes populationnelles et enquêtes répétables sont également une source pertinente. Un ou deux des indicateurs proposés pourraient puiser leurs données dans ces sources.
- 4) Les dossiers cliniques pourraient en théorie fournir aussi des données, mais aucun des indicateurs retenus ne fait appel à cette source, car au Québec, il n'existe pas en ce moment de base de données provenant des dossiers médicaux qui puisse être exploitée.

Diagramme 5 – LES SOURCES DE DONNÉES POSSIBLES



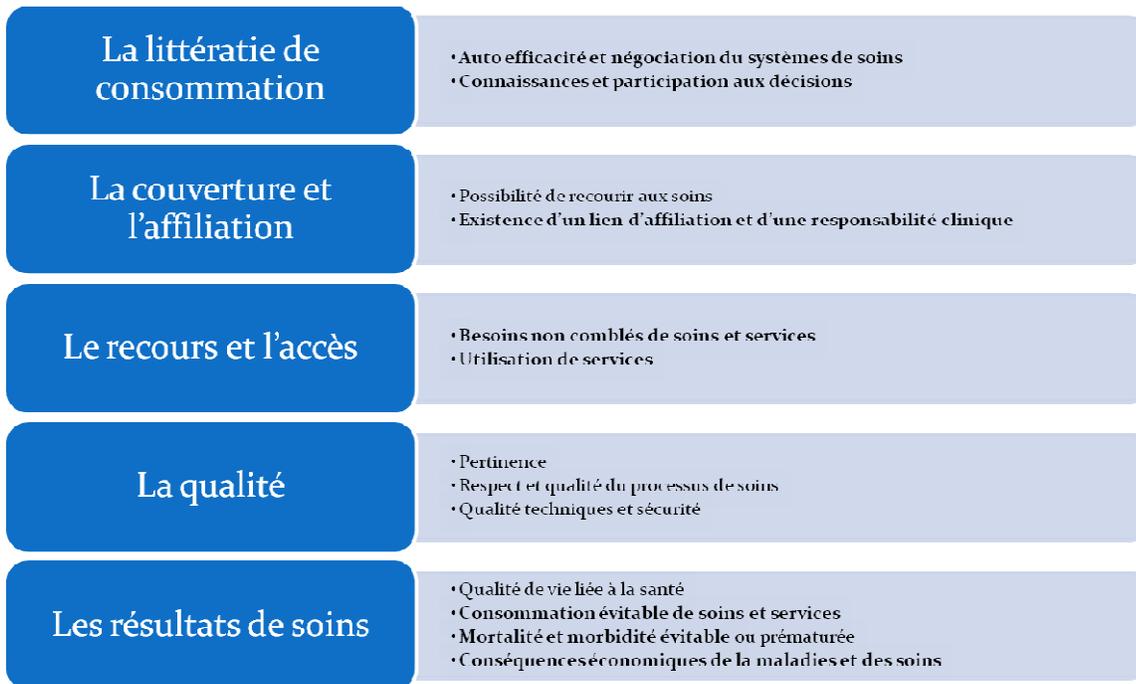
### **3- Les indicateurs sélectionnés pour mesurer l'équité de l'accès aux soins**

#### **3.1 La première sélection d'indicateurs**

Tous les indicateurs que nous avons retenus dans un premier temps (diagramme 6 ci-dessous) pour mesurer l'équité dans l'accès aux soins peuvent être associés à l'une ou l'autre des quatre dimensions de l'accès aux soins présentées en 1.2, soit 1) l'identification du besoin (liée à la littératie de consommation), 2) la capacité d'entrer en contact avec les services (liée par exemple à l'affiliation à un médecin), 3) l'obtention de services (liée au recours) et 4) les résultats des soins (comme la mortalité évitable).

Les indicateurs en caractères gras dans le diagramme 6 sont les dix indicateurs finalement sélectionnés.

Diagramme 6 – PREMIÈRE LISTE D'INDICATEURS RETENUS



### 3.2 Les dix indicateurs sélectionnés, description et justifications

Il est à remarquer qu'aucun des dix indicateurs finalement sélectionnés n'est un indicateur de qualité des services. Nous avons préféré plutôt sélectionner des indicateurs de résultats, parce qu'ils sont la conséquence de la qualité des services et parce qu'ils sont plus percutants pour révéler les problèmes d'équité et pour mobiliser les intervenants et décideurs.

Précisons que certains des indicateurs sélectionnés sont en fait des indices. Les voici :

- 1) Densité d'offre de soins de santé de première ligne ou spécialisés
- 2) Affiliation au médecin de famille
- 3) Sentiment d'auto-efficacité
- 4) Utilisation de services de première ligne ou spécialisés
- 5) Besoins non comblés de services de santé
- 6) Participation aux décisions concernant les soins
- 7) Hospitalisations pour conditions propices aux soins ambulatoires
- 8) Dépenses de santé en proportion du revenu

- 9) Services de santé évités à cause des coûts
- 10) Mortalité évitable pouvant être liée aux soins et services

### 1) Densité d'offre de soins de santé de première ligne ou spécialisés

Il s'agit de la densité per capita de l'offre sur un territoire géographique donné. C'est une mesure créée à partir de banques de données administratives de la RAMQ qui donnent la facturation de différents professionnels sur une base locale.

Cet indice nous renseigne sur la disponibilité géographique des services et a l'avantage d'être calculable pour de petites aires géographiques.

### 2) Affiliation au médecin de famille

Cette donnée nous renseigne sur le fait d'avoir ou non un contact avec les services de santé.

C'est la mesure qui se rapproche le plus de la notion de couverture d'une population par les services de santé. Car ne pas avoir de médecin de famille nous indique que l'étape du lien théorique pour obtenir un service doit être franchie à nouveau, alors que si on a une affiliation claire et définie, on sait à qui s'adresser lorsqu'on ressent le besoin d'obtenir un service. De plus, le fait d'avoir un médecin de famille est fortement corrélé à l'obtention de services.

Les données pour cet indicateur proviennent d'enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Il est intéressant de savoir que les raisons identifiées pour ne pas avoir de médecin de famille sont elles-mêmes des révélateurs directs d'accès aux soins : les patients identifient par exemple des barrières relatives à la disponibilité des médecins sur leur territoire ou encore des problèmes d'acceptabilité de certaines ressources à leurs yeux. Ces raisons réfèrent directement aux dimensions de l'accès aux soins. Donc, l'indicateur de l'affiliation à un médecin de famille est intéressant en soi, mais de plus, les raisons de non-affiliation sont elles-mêmes de bons indicateurs directs de l'accès aux soins.

### 3) Sentiment d'auto-efficacité

Le concept de sentiment d'auto-efficacité a été créé par Bandura (Bandura, 1997). Il est beaucoup utilisé en ce qui concerne les maladies chroniques. Selon ce concept, une personne qui est confiante d'obtenir ce dont elle a besoin, de pouvoir agir sur sa santé et de pouvoir modifier ses résultats de santé aura effectivement accès à plus de services et obtiendra plus de résultats positifs de santé qu'une personne non confiante.

Cet indicateur se situe à la fois en amont et en aval du processus de consommation de soins. En ce sens, il est un révélateur intéressant de l'accès aux soins. En amont, les personnes qui ont un

sentiment d'auto-efficacité sont plus aptes à identifier leur besoins, à identifier les ressources nécessaires et à défoncer les portes qui pourraient être des barrières. En aval du processus, les personnes vivent ce sentiment, suite à l'obtention de résultats positifs de soins.

Actuellement, au Québec et au Canada, cette donnée n'est pas recueillie de manière répétée ; aucun questionnaire n'intègre des indicateurs de sentiment d'auto-efficacité. Par contre, il existe des instruments validés qui peuvent mesurer ce sentiment. Ils pourraient donc être intégrés aux enquêtes répétées, en module, par exemple, et ainsi nous renseigner sur l'évolution de la population au sujet du sentiment d'auto-efficacité.

Parmi tous les indicateurs d'accès aux soins que nous avons trouvés, le sentiment d'auto-efficacité est celui qui se rapproche le plus de la notion de littératie en santé.

#### 4) Utilisation de services de première ligne ou spécialisés

Les renseignements sur l'utilisation des services proviennent des banques de données administratives. Les tailles échantillonales de ces banques sont énormes, ce qui fait qu'il est possible d'avoir des indicateurs à de très petits niveaux d'agrégation. De plus, l'utilisation des services constitue un point central de l'accès aux services, c'est donc la mesure qui est le plus souvent produite pour analyser les inégalités d'accès.

Cette mesure a tout de même besoin des autres pour devenir un bon révélateur des inégalités d'accès, en ce sens que les données sur l'utilisation ne peuvent à elles seules nous renseigner sur les inégalités. Lorsqu'on met cette information en relation avec les indicateurs de besoins (que nous laissons ici de côté parce qu'ils sont déjà utilisés dans les autres volets de la présente recherche), ainsi qu'avec le sentiment d'auto-efficacité et l'affiliation à un médecin de famille, le portrait obtenu peut alors révéler des iniquités.

#### 5) Besoins non comblés de services de santé

Cette mesure est la proportion de personnes qui ont ressenti le besoin d'obtenir un service et qui ne l'ont pas obtenu. Il s'agit de la mesure la plus liée aux barrières à l'accès aux soins.

Dans les outils qui ont été construits pour effectuer cette mesure, on sonde aussi les raisons pour lesquelles le besoin n'a pas été comblé, ce qui fait que ces outils sont excellents pour évaluer les inégalités dans l'accès. Les raisons invoquées pour un besoin non comblé peuvent être la distance à parcourir pour obtenir le service ou encore le temps à investir pour l'obtenir ; ce peut être aussi le fait qu'on ne perçoit pas que les services peuvent nous aider.

Si on ventile ces informations à l'aide de variables socio-économiques, on peut faire ressortir des problèmes d'inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Cet indicateur est inclus dans plusieurs enquêtes récurrentes, comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, et plusieurs recherches au Québec l'ont utilisé et bien testé.

## 6) Participation aux décisions concernant les soins

Nous avons déjà décrit cette dimension de l'accès qui est difficile à saisir, celle de la capacité à bénéficier des soins. On sait que les patients qu'on fait participer aux décisions concernant les soins suivent mieux leurs traitements (Gravel, Légaré et Graham, 2006), parce qu'on ne leur impose pas un service qu'ils jugeraient non pertinent pour eux et qu'on tient probablement plus compte des enjeux socio-culturels liés à la consommation du service. Il a par ailleurs été démontré que la participation aux décisions est associée à de meilleurs résultats de soins, particulièrement en ce qui concerne les maladies chroniques.

Des outils ont été conçus pour mesurer la participation aux décisions concernant les soins et ils ont été validés, mais ils ne sont pas encore intégrés dans les enquêtes récurrentes au Canada. Par contre, de plus en plus d'enquêtes les incluent de manière routinière, comme les enquêtes du Commonwealth Fund. Donc, les outils existent, il suffit de les intégrer dans les enquêtes.

## 7) Hospitalisations pour conditions propices aux soins ambulatoires

Cette mesure porte sur les gens qui ont été hospitalisés pour des problèmes que l'on sait pouvoir être prévenus efficacement par les services de première ligne. Il peut y avoir parmi ces hospitalisations un nombre d'entre elles qui n'auraient pas pu être évitées malgré tout ; par exemple, le diabète est une maladie propice aux soins ambulatoires, et certains diabétiques ne peuvent éviter l'hospitalisation. Cependant, les écarts socio-économiques pour les maladies propices aux soins ambulatoires sont tellement marqués qu'ils laissent croire que les services de première ligne jouent moins leur rôle auprès de certaines populations défavorisées.

L'intérêt de cet indicateur réside dans le fait qu'il renseigne sur l'accès à un secteur, soit le secteur ambulatoire, et qu'il renseigne en même temps sur le résultat dans un autre secteur, c'est-à-dire les hospitalisations. Il est donc très utile pour révéler un problème d'accès sur lequel on peut avoir influé.

Cet indicateur est déjà calculé de façon routinière au Québec à partir des banques de données administratives, à plusieurs niveaux d'agrégation. Il fait partie du portrait de la santé au Québec qui est dressé depuis plusieurs années.

## 8) Dépenses de santé en proportion du revenu et 9) Services de santé évités à cause des coûts

Ces indicateurs correspondent à l'aspect des coûts et de l'abordabilité des soins.

Pour le premier indicateur, les dépenses de santé en proportion du revenu, précisons qu'il est essentiel d'ajouter l'information sur le revenu à celle sur les dépenses, car il est bien connu que ce sont les mieux nantis qui dépensent le plus en soins de santé. Par contre, ce n'est pas pour les mieux nantis que les coûts représentent un réel frein à la consommation de services de santé.

L'importance de la proportion du revenu est bien illustrée par le fait qu'en Inde, les dépenses des gens pour la santé sont nulles, c'est-à-dire qu'ils ne dépensent absolument rien pour les soins, car toute dépense, quelle qu'elle soit, serait catastrophique, en ce sens que les gens devraient alors moins manger pour compenser.

Pour ce genre de situations où les gens ne peuvent pratiquement rien dépenser en soins, il faut une autre mesure que celle des dépenses pour évaluer le frein que représente l'argent dans l'accès aux soins. C'est pour cette raison que l'indicateur suivant, les services de santé évités à cause des coûts, est complémentaire et permet d'évaluer ce qu'il en est pour les gens qui vivent une réelle précarité.

Ces deux indicateurs sont parfois intégrés dans les enquêtes récurrentes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et les enquêtes du Commonwealth Fund, mais il faudrait voir à la systématisation de leur utilisation.

#### 10) Mortalité évitable pouvant être liée aux soins et services

Cet indicateur en est un de résultat ultime. Il inclut par exemple la mortalité par cancer du sein, cancer pour lequel on sait que l'intervention précoce a un impact majeur ; le rapport du Directeur de santé publique de Montréal de 2002 a d'ailleurs montré que sur les territoires défavorisés de Montréal, la mortalité par cancer du sein est beaucoup plus élevée (DSP, 2002). Donc, on sait déjà qu'il existe des inégalités de mortalité évitable.

Cet indicateur est vraiment un levier majeur d'intervention, lorsqu'on identifie qu'il y a des inégalités sociales en ce qui a trait à la mortalité évitable pouvant être liée aux soins et services.

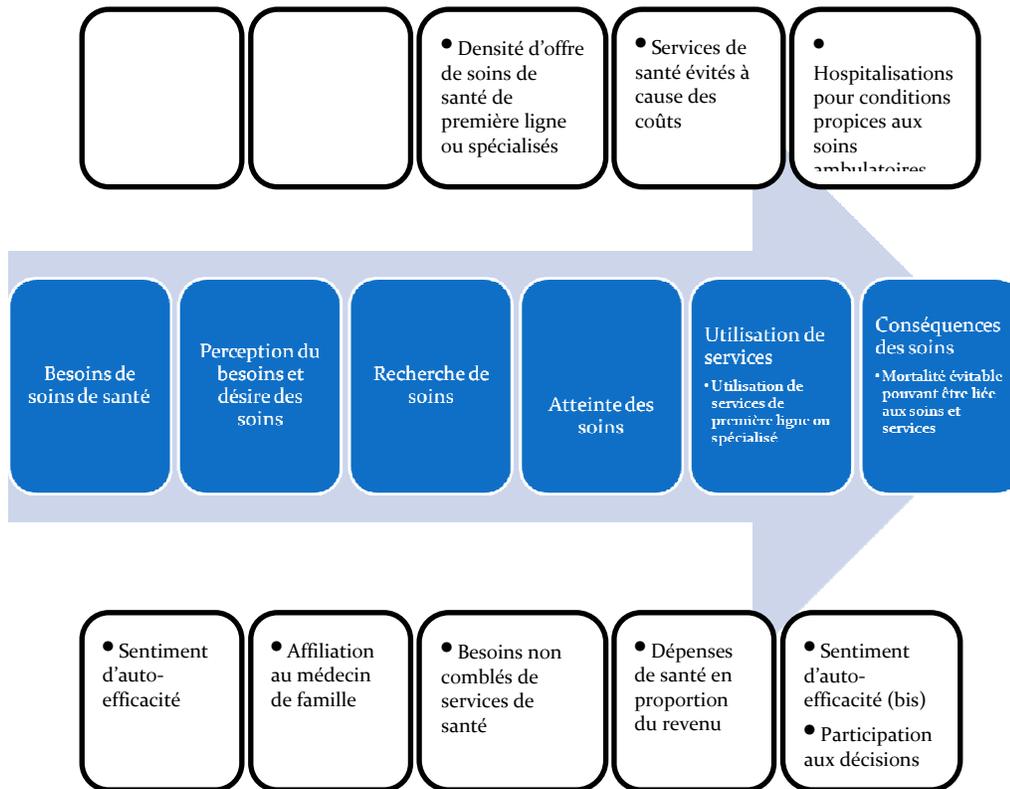
Il est souvent calculé à partir des banques de données administratives, mais de nouvelles méthodologies sont en cours de développement pour se rapprocher de la mortalité qui est vraiment liée aux soins et services. Ces nouvelles méthodologies pourraient être intégrées dans le futur aux analyses québécoises.

### 3.3 Les indicateurs sélectionnés et la séquence de consommation de soins

Les dix indicateurs sélectionnés permettent d'obtenir un portrait partiel de l'équité dans l'accès aux soins.

On voit sur le diagramme ci-dessous à quelle(s) partie(s) de la consommation de soins se rattachent les indicateurs que nous avons sélectionnés.

Diagramme 7 – LES INDICATEURS RETENUS ET LA SEQUENCE DE CONSOMMATION DE SOINS



Certains indicateurs concernent les capacités des personnes. Si on commence par le début de la séquence, à gauche, on voit que (dernière rangée en bas) :

- 1) Le sentiment d'auto-efficacité est en lien avec la capacité de percevoir son problème de santé et avec la capacité d'identifier les sources de soins les plus utiles, mais il est aussi en lien, plus loin dans la séquence, avec la capacité de bénéficier des soins.
- 2) L'affiliation à un médecin de famille est très en lien avec la capacité de recours.
- 3) Les besoins non comblés de services et les causes des besoins non comblés sont liés à la capacité d'atteindre les services.
- 4) Les dépenses en proportion du revenu révèlent la capacité de payer.
- 5) La participation aux décisions concernant les soins permet d'en apprendre sur la capacité de bénéficier des soins.

Certains autres indicateurs concernent les attributs des services de santé. Dans la rangée du haut du diagramme, on voit les liens ces attributs et les indicateurs :

- 6) La densité d'offre de soins de santé est liée à la disponibilité des services.
- 7) Les services évités à cause des coûts sont liés à l'abordabilité des services.

8) Les hospitalisations pour conditions propices aux soins ambulatoires sont en lien avec l'adéquation des services.

Enfin, deux indicateurs se situent dans la séquence même de soins et qui sont donc des révélateurs d'un équilibre entre les capacités des personnes et les attributs des services

- 9) L'utilisation des services de première ligne ou spécialisés.
- 10) La mortalité évitable pouvant être liée aux soins et services.

On remarquera qu'il reste deux parties du diagramme qui ne sont pas couvertes par les dix indicateurs sélectionnés, soit l'approchabilité et l'acceptabilité. Nous n'avons pas trouvé d'indicateurs pouvant les aborder ni de sources de données adéquates.

Malgré la couverture partielle du tableau, les dix indicateurs, mis ensemble, peuvent vraiment renseigner sur les différentes barrières qui existent dans l'accès aux soins de santé.

Et si on ventile ces données par quintile de revenu ou par territoires en fonction de l'indice de défavorisation matérielle et sociale, on obtiendra de très bons leviers pour identifier des iniquités dans l'accès aux soins.

#### **4- Articulation des indicateurs sélectionnés avec les approches théoriques de la recherche**

Voici comment se répartissent les indicateurs sélectionnés par rapport aux trois approches théoriques du projet.

Aucun des indicateurs ne correspond à l'approche structurelle de Mackenbach. Les indicateurs 8 et 9 correspondent en partie à l'approche des règles d'accès aux ressources, pour l'aspect économique de l'accès.

Diagramme 8 – ARTICULATION DES INDICATEURS AVEC LES APPROCHES THÉORIQUES

	INDICATEUR	APPROCHE STRUCTURELLE	PARCOURS DE VIE	RÈGLES D'ACCÈS AUX RESSOURCES
1)	Densité d'offre de soins de santé de première ligne ou spécialisés			×
2)	Affiliation au médecin de famille			×
3)	Sentiment d'auto-efficacité		×	×
4)	Utilisation de services de première ligne ou spécialisés			
5)	Besoins non comblés de services de santé		×	×
6)	Participation aux décisions concernant les soins		×	×
7)	Hospitalisations pour conditions propices aux soins ambulatoires			×
8)	Dépenses de santé en proportion du revenu			×
9)	Services de santé évités à cause des coûts			×
10)	Mortalité évitable pouvant être liée aux soins et services		×	

### **5- Les trois indicateurs incontournables et justification**

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 utilisés les critères suivants pour guider notre choix :

- 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
- L'indicateur 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.

## **6- Références bibliographiques**

1. **Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company; 1997.**
2. Karine Gravel, France Légaré and Ian D Graham (2006). «Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions», *Implementation Science*, 1(6).
3. DSP (2002). Rapport annuel 2002 sur la santé de la population. La santé urbaine une condition nécessaire à l'essor de Montréal, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 pages.
4. Tanahashi, T. (1978). «Health service coverage and its evaluation», bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, vol. 56 (2), pp. 295-303.
5. Organisation mondiale de la santé (2010). *Monitoring Equity in Access to Aids Treatment Programmes: A review of concepts, models, methods and indicators.*

RESEARCH

Open Access

# Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations

Jean-Frederic Levesque<sup>1\*</sup>, Mark F Harris<sup>2</sup> and Grant Russell<sup>3</sup>

## Abstract

**Background:** Access is central to the performance of health care systems around the world. However, access to health care remains a complex notion as exemplified in the variety of interpretations of the concept across authors. The aim of this paper is to suggest a conceptualisation of access to health care describing broad dimensions and determinants that integrate demand and supply-side-factors and enabling the operationalisation of access to health care all along the process of obtaining care and benefiting from the services.

**Methods:** A synthesis of the published literature on the conceptualisation of access has been performed. The most cited frameworks served as a basis to develop a revised conceptual framework.

**Results:** Here, we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualise five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage.

**Conclusions:** This paper explains the comprehensiveness and dynamic nature of this conceptualisation of access to care and identifies relevant determinants that can have an impact on access from a multilevel perspective where factors related to health systems, institutions, organisations and providers are considered with factors at the individual, household, community, and population levels.

**Keywords:** Access to healthcare, Accessibility, Utilisation of health services, Availability

## Background

Access to healthcare is central in the performance of health care systems around the world. In fact, the importance of service delivery for people has resulted in measurement of utilisation and access having a prominent role in the health policy literature [1,2]. However, access to health care remains a complex notion as exemplified by the varying interpretations of the concept across authors [3,4].

Etymologically, access is defined as a way of approaching, reaching or entering a place, as the right or opportunity to reach, use or visit [5]. Within health care, access is always

defined as access to a service, a provider or an institution, thus defined as the opportunity or ease with which consumers or communities are able to use appropriate services in proportion to their needs [4,6].

Access has been conceptualised in numerous ways. While the term access is often used to describe factors or characteristics influencing the initial contact or use of services, opinions differ regarding aspects included within access and whether the emphasis should be put more on describing characteristics of the providers or the actual process of care [7]. Some authors view access more as an attribute of health services, noting the fact that services can be accessed or utilised by those requiring care [8]. While most authors do recognise the influence of characteristics of users as well as characteristics

\* Correspondence: jean-frederic.levesque@inspq.qc.ca

<sup>1</sup>Institut national de santé publique du Québec, 190 Crémazie Est, Montréal, QC H2P1E2, Canada

Full list of author information is available at the end of the article



© 2013 Levesque et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

of providers on access, many put more emphasis on characteristics of health care resources that influence the utilisation of services, acting as a mediating factor between the ability to produce services and their consumption [9]. Penchansky is amongst those that more explicitly conceptualised access in terms of the fit between characteristics of providers and health services, and characteristics and expectations of clients [2]. Here, access may be conceived as the interface between potential users and health care resources, and would be influenced by characteristics of those who supply as well as those who utilise the services.

Access has often been defined as the use of health care, qualified by need for care [10]. It has also been defined as describing the costs incurred in receiving care, as the maximum attainable consumption, or as foregone utility [11].

Mooney sees access as a function of both supply and demand [12]. In this view, access to health care is a product of supply factors, such as the location, availability, cost and appropriateness of services, as well as demand factors, such as the burden of disease and knowledge, attitudes and skills and self-care practices [13-15].

This is in line with the notions of predisposing factors to utilisation on one side, and enabling and health system factors on the other [1]. Predisposing factors include an individual's perception of an illness, as well as population-specific cultural, social, and epidemiological factors. Enabling factors include the means available to individuals for using health services. Health system factors comprise resources, structures, institutions, procedures, and regulations through which health services are delivered [1].

Frenk reserves the term access to denote the ability of the population to seek and obtain care. It thus refers to a characteristic of the population of potential or real users of services and is related to the concept of utilization power and resistance [7]. A theoretically attractive way to see access is to see it as the degree of adjustment between the characteristics of the population and those of the health care resources seeing access as a functional relationship between the population and medical facilities and resources, and which reflects the differential existence either of obstacles, impediments and difficulties or of factors that are facilitators for the beneficiaries of health care [7].

Although a conceptual vision of fit suggests that both resource and population characteristics can be modified to ensure continuing levels of access, only resources can be modified in the short-term [7]. In general, obstacles such as price of services, transportation time, and waiting time are more responsive to specific health policies than the broader social and economic characteristics of the population, such as income, transportation resources, or free time [7].

Andersen, conceptualising utilisation as realised access, has viewed utilisation (type, site, purpose, time interval) as determined by population characteristics (predisposing, enabling, need) and health systems' characteristics (policy, resources, organization) [13,14]. In a similar manner, highlighting the relation between the concepts of utilisation and access, Donabedian highlighted the central role of characteristics of health resources with regards to facilitating or impeding the use of services by potential users [9]. Table 1 summarizes definitions and dimensions found in the literature.

The disaggregation of access into broad dimensions, such as geographical, economical or social aspects, permits more operational measures through the study of specific determinants of access to health care. However, measuring access is a complex task when trying to include dimensions other than merely availability of services. Access is often perceived as being predominantly an attribute of services and is determined by factors such as the availability, price and quality of health resources, goods and services. This perception could stem from the fact that it is factors amenable to policies and organisational aspects of care that should be targeted to improve access. Meanwhile, utilization, often used as a proxy of access (realised access is easier to measure than potential access) is influenced by the supply as well as the demand for services, including individual attributes such as preferences, tastes and information [12,16,17]. Others have added financial and physical barriers to utilisation as determinants of access to health care [8]. But access clearly goes further than an availability of health services. A more comprehensive view on access should consider factors pertaining to the structural features of the health care system (e.g. availability), features of individuals (consisting of predisposing and enabling factors) and process factors (which describe the ways in which access is realised) [4,18,19], and pertains to the dimensions of availability, accessibility, accommodation, affordability and acceptability [2]. Others have proposed dimensions related to factors such as geographic access, resource availability, cultural acceptability, financial affordability, and quality of care to health system coverage [1,20].

Despite ongoing preoccupation with access to health care, we consider that health services research and policy continues to be compromised by a lack of clarity of concepts of access and utilisation, lack of consensus on sub dimensions of access, and ongoing blurring of access as a concept and its determinants. The emergence of chronic disease and the increasing realisation that patients have a growing role in chronic care also highlight the need to revisit the concept of access to better incorporate patient-centred perspectives into population and system level approaches. The aim of this paper is to suggest a conceptualisation of access to health care describing broad

**Table 1 Definitions and dimensions of access to health care**

Authors	Definition	Dimensions
Bashshur et al., 1971	Accessibility as the functional relationship between the population and medical facilities and resources, and which reflects the differential existence either of obstacles, impediments and difficulties, or of factors that are facilitators for the beneficiaries of health care	
Donabedian, 1973	Accessibility comprising the concept of degree of adjustment between resources and populations	
Salkever, 1976	Accessibility combining attributes of the resources and attributes of the population	Financial accessibility Physical accessibility
Aday & Andersen, 1974	Access as entry into the health care system	Predisposing factors Enabling factors Need for health care
Penchansky & Thomas, 1981		Affordability Accessibility Accommodation Availability Acceptability
Dutton, 1986	Utilisation viewed as the product of patients characteristics plus provider and system attributes	Financial Time Organizational factors
Frenk, 1992	Access as the ability of the population to seek and obtain care  Accessibility is the degree of adjustment between the characteristics of health care resources and those of the population within the process of seeking and obtaining care	
Margolis et al., 1995	The timely use of personal health services to achieve the best possible outcomes.	Financial Personal Structural
Haddad & Mohindra, 2002	The opportunity to consume health goods and services	Availability Affordability Acceptability Adequacy
Shengelia et al., 2003	Coverage: probability of receiving a necessary health intervention, conditional on health care need  Utilization: quantity of health care services and procedures used	Physical access Resource availability Cultural acceptability Financial affordability Quality of care
Peters et al. 2008	Access viewed as including actual use of services. A clear emphasis is given to consider both users and services characteristics in evaluation of access. The notion of fit between users and services is identified.	Quality Geographic accessibility Availability Financial accessibility Acceptability of services

dimensions and determinants that integrate demand and supply-side-factors and enabling the operationalisation of access to health care all along the process of obtaining care and benefiting from the services.

### Methods

This paper comes from a synthesis of published literature on the concept of access to healthcare. PubMed

and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) databases were searched for papers using these keywords: access; accessibility, utilisation of health care services; availability; affordability; acceptability. These keywords were combined to restrict the number of articles retrieved. The words conceptualisation, concept and construct were appended to further narrow the search. Textbooks in the fields of public health and health

administration were searched for chapters pertaining to access. Snowball retrieval of texts using the reference list of review papers and book chapters were used to complement the search. Finally, some manuscripts or documents listing publications related to the conceptualisation of access were retrieved on the web using readily available search engines (Google, Google scholar). Papers were screened and selected according to the presence of a conceptual proposal or discussion of the concept of access. Papers solely referring to a previously published manuscript were not retained for analyses and the authors referred to the original publications. The conceptualisation most often cited in papers pertaining to the conceptualisation of access to care and clearly identifying dimensions and determinants were retained to form the basis of the analysis and proposal of a framework. This synthesis was part of the PhD dissertation of the principal author.

### Results - revisiting the concept of access

#### A definition of access as an opportunity

Here, access is defined as the opportunity to reach and obtain appropriate health care services in situations of perceived need for care [3,10,21,22]. Access is seen as resulting from the interface between the characteristics of persons, households, social and physical environments and the characteristics of health systems, organisations and providers [2]. Factors to consider could thus pertain to supply-side features of health systems and organizations, to demand-side features of populations, and to

process factors describing the ways in which access is realised [4,23]. Therefore, we view access as the possibility to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach the healthcare resources, to obtain or use health care services, and to actually be offered services appropriate to the needs for care (cf. Figure 1).

This opportunity is considered as different from the notion of accessibility, which describes the nature of the services that provide this opportunity. This framework positions the concept of utilisation as realised access [13]. Access thus in our view enables people to make the steps that enable them to enter in contact and obtain health care. As such, variations in access are conceptualised in terms of differences in the perception of needs for care, in healthcare seeking, in reaching and obtaining (or delay in obtaining), in the type and intensity of services received can potentially reveal variations in access. These different steps in the sequence that a patient will experience represent crucial transitions where barriers to access can be revealed.

Clearly such a broad scope of access all along the pathway of utilisation from perception of need until benefiting from care is not always adopted in the scientific literature. A narrow domain sees access as pertaining to a restricted part of the health care seeking process often starting from the search for care and continuing to the initiation of care. An intermediate domain adds the continuing care aspects in the evaluation (access does not pertain to the first-contact only but is relevant each time a person tries to access a source of care). In addition, access to some

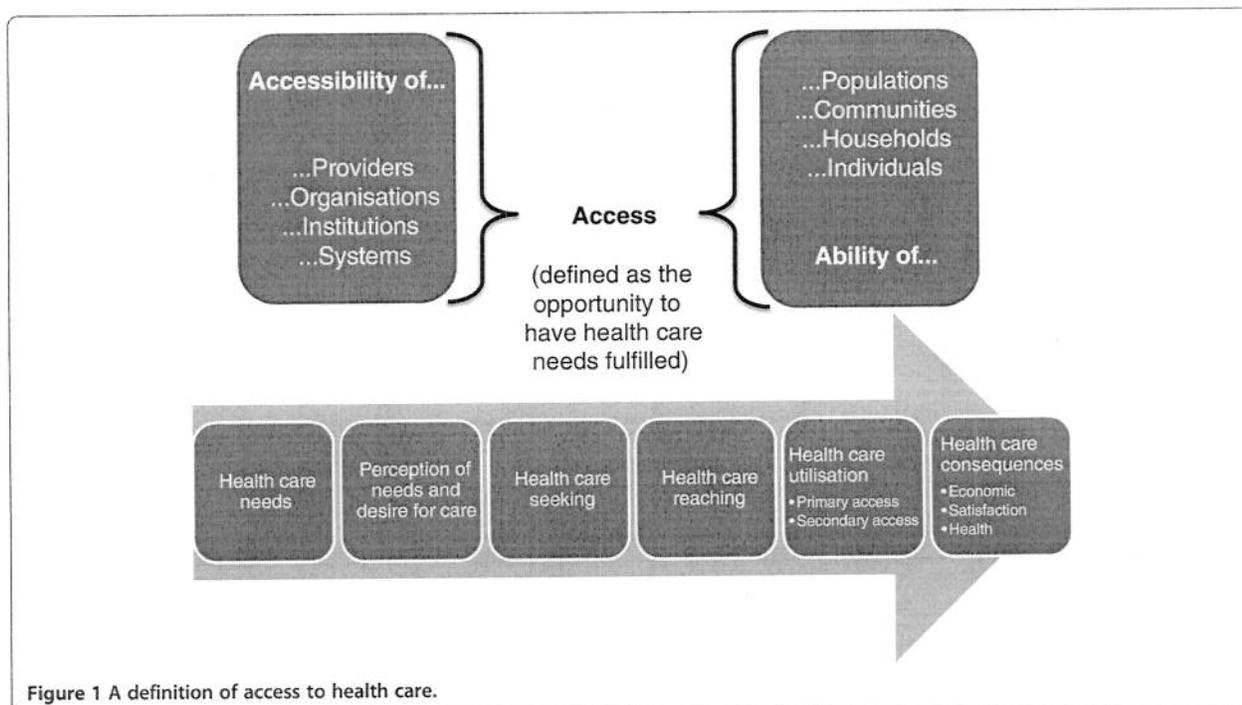


Figure 1 A definition of access to health care.

services may be contingent on use of other services (e.g. use of primary care providers or case managers in order to access specialist or allied health professional care). A broader domain includes the delay between the desire for care and the actual search for care (including aspects such as trust in and expectation towards the health care system, health literacy, knowledge about services and their usefulness). For some, under the broad domain, the study of access relates to similar aspects as the study of utilisation of health care services [7].

**Five dimensions of access capturing supply-side and demand-side determinants**

We conceptualise five dimensions of accessibility of services as represented in the upper part of Figure 2: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. These five dimensions relate to various proposed dimensions [1-3,24]. Five corresponding abilities of persons interact with the dimensions of accessibility to generate access. As shown in the lower part of Figure 2, these dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; 5) and Ability to engage.

Approachability relates to the fact that people facing health needs can actually identify that some form of services exists, can be reached, and have an impact on the health of the individual. Services can make themselves more or less known among various social or geographical population groups. Various elements such as

transparency, information regarding available treatments and services and outreach activities could contribute to make the services more or less approachable. Complementary to this notion of approachability of services, the notion of ability to perceive need for care among populations is crucial and determined by such factors such as health literacy, knowledge about health and beliefs related to health and sickness.

Acceptability relates to cultural and social factors determining the possibility for people to accept the aspects of the service (e.g. the sex or social group of providers, the beliefs associated to systems of medicine) and the judged appropriateness for the persons to seek care. For example, a society forbidding casual physical contact between unmarried men and women would reduce acceptability of care and acceptability to seek care for women if health service providers are mostly men. It may be that some services are inequitable in the way they are organized, making them unacceptable to some sections of the community that they are intended to serve [6]. Ability to seek health care relates to the concepts of personal autonomy and capacity to choose to seek care, knowledge about health care options and individual rights that would determine expressing the intention to obtain health care. A good example would be female discrimination regarding the initiation of care or abuse and neglect discouraging ethnic minorities to seek care. This relates to the challenge of ensuring that care meets the needs of different cultural, socioeconomically disadvantaged

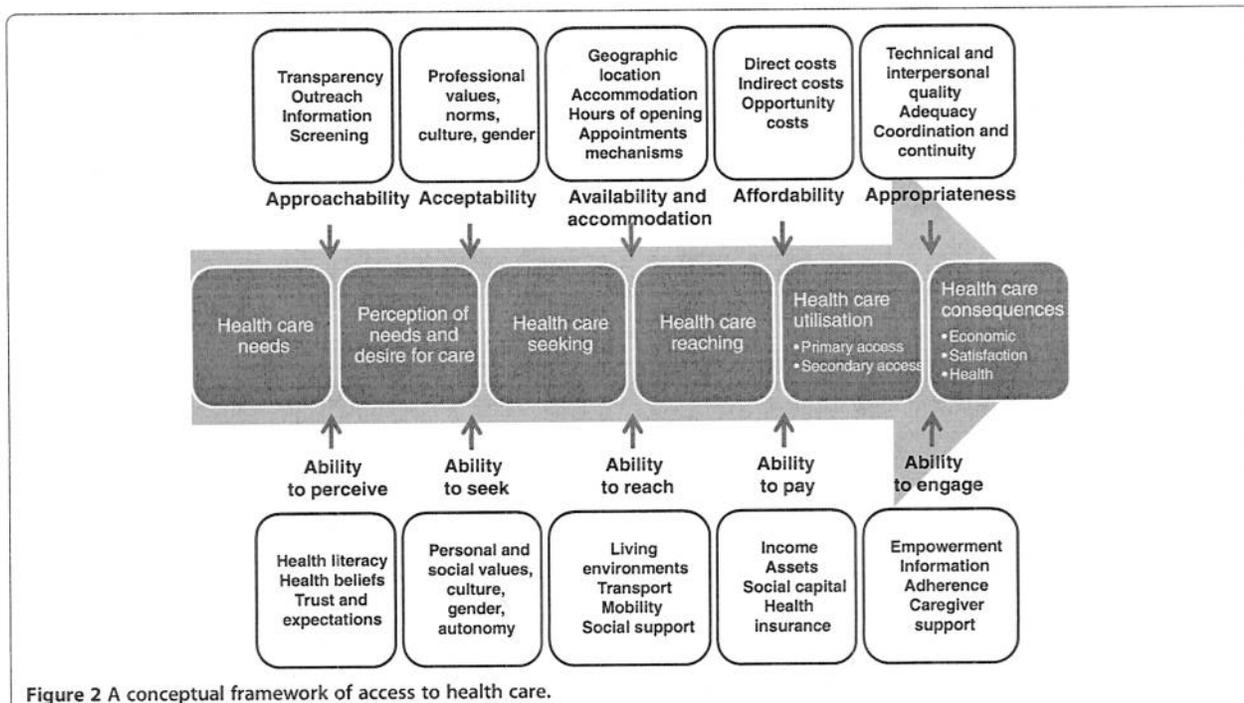


Figure 2 A conceptual framework of access to health care.

and vulnerable populations. Because different groups may judge appropriateness and quality differently, this is an important challenge [25].

Availability and accommodation refers to the fact that health services (either the physical space or those working in health care roles) can be reached both physically and in a timely manner. Availability constitutes the physical existence of health resources with sufficient capacity to produce services (existence of productive facilities) [7]. It results from characteristics of facilities (e.g. density, concentration, distribution, building accessibility), of urban contexts (e.g. decentralisation, urban spread, and transportation system) and of individuals (e.g. duration and flexibility of working hours). It also relates to characteristics of providers (e.g. presence of the health professional, qualification) and modes of provision of services (e.g. contact procedure and possibility of virtual consultations). Access is restricted if available resources are unevenly distributed around a country, or across levels of care (with specialty care developed at the expense of primary care) [6]. Ability to reach health care relates to the notion of personal mobility and availability of transportation, occupational flexibility, and knowledge about health services that would enable one person to physically reach service providers. Restricted mobility of the aged and handicapped, or the inability of casual workers to be absent from work to consult medical providers would be examples of these.

Affordability reflects the economic capacity for people to spend resources and time to use appropriate services. It results from direct prices of services and related expenses in addition to opportunity costs related to loss of income. Furthermore it can vary by type of services and depends on the capacity to generate the resources to pay for care (e.g. mode of payment, mobilisation of resources). Economic studies of utilization models demand using variables such as price of care, travel time and the opportunity costs linked to it, patient's income, perceived quality of care, provider behaviour, etc. These models give useful information about elasticity of demand for different types of health services [1]. Ability to pay for health care is a widely used concept within the health services and health economics literature [8,26]. It describes the capacity to generate economic resources - through income, savings, borrowing or loans - to pay for health care services without catastrophic expenditure of resources required for basic necessities (e.g. sale of home). Poverty, social isolation, or indebtedness would be examples of factors restricting the capacity of people to pay for needed care.

Appropriateness denotes the fit between services and clients need, its timeliness, the amount of care spent in assessing health problems and determining the correct treatment and the technical and interpersonal quality of

the services provided [7,27]. Adequacy relates to the appropriateness (what services are provided) and quality (the way in which they are provided) of health services and its integrated and continuous nature [7,27]. Clearly, the content and effectiveness of health services and goods one has the opportunity to utilise matters [1]. Opportunity to utilise only services of poor quality in this sense is seen as restriction of access to health care. Some suggest that these dimensions - acceptability and adequacy - should not be part of access [7]. Our reasoning is that one should not have access to health care based on geographical and organisational availability and affordability alone, but that access encompasses the possibility to choose acceptable and effective services. The opportunity for a person to utilise the services of untrained practitioners (e.g. witch doctors, healers) cannot be equated to the opportunity for another person - wealthier - to utilise highly specialised services, if these services generate different health outcomes or satisfaction towards services. Utilisation of services with inherently differential technical qualities - either through the utilisation of different types of providers or through differential prescription practices - cannot be seen as equally appropriate care. Finally, ability to engage in health care would relate to the participation and involvement of the client in decision-making and treatment decisions, which is in turn strongly determined by capacity and motivation to participate in care and commit to its completion. This dimension is strongly related to the capacity to communicate as well as notions of health literacy, self-efficacy and self-management in addition to the importance of receiving care that is actually appropriate for the person, given its resources and skills. Access to optimal care ultimately requires the person to be fully engaged in care and this is seen as interacting with the nature of the service actually offered and provided.

## Discussion

### A dynamic and cumulative perspective on access

The various dimensions of access identified are not completely independent constructs [3]. They often influence each other and act at different times during an episode of illness and care [28-30]. As an example, geographic availability can interact with affordability of transportation in influencing access to health services. These constructs should thus be considered as interrelated [3].

We view access to health care services as resulting from the interaction of determinants pertaining to characteristics of individuals (e.g. the place where they live, their economic resources and their social status) and of services (e.g. quantity, location of facilities, costs). It is not simply the cost of services themselves that determines if services are affordable but also the capacity of people to pay for these services. Similarly, the location

of a health facility will have an impact on access to health care depending on the patterns of settlement of the population it serves and their capacity to travel to the health service. Defining access as an attribute of services emphasises the fact that health services should respond to the population's characteristics to ensure the people's capacity to use the services when facing need for care [6]. Characteristics of resources, individuals and communities can determine various dimensions simultaneously. Figure 2 illustrates some determinants of access pertaining to providers, health facilities, health systems (supply side), individuals, households (demand side), and urban areas (context).

This framework provides clues into what are the dimensions that relate to various abilities of patients that healthcare services characteristics interact with in providing access to care along the continuum of health care seeking. What makes it patient-centred is that this framework places at the centre of analysis the actual process of seeking care, including the various stages that a patient has to go through to actually receive the needed care. This framework could provide the basis for a stronger operational measurement of the various aspects related to the abilities of patients in interacting with health services. In addition, it may provide guidance into policies aiming at addressing certain gaps in patients' abilities in order to promote access.

#### **A framework supported by previous work on the determinants of utilisation and access**

Our proposed framework builds on previous conceptualisations (see Table 1). Some of these have put more emphasis on characteristics of systems while others have considered the capabilities of people and populations as confounding factors [18-20,23]. However, our proposed conceptualisation is in continuous development with recent proposals suggesting that access, especially when used to reflect on the equity of a situation, should look at the resource allocation in relation to social and health needs as well as looking at geographical distribution of services linked to measures of needs and access [23,31]. Ultimately, this enables research to look at the experience of different social groups in their attempts to reach facilities [6]. It has been argued that the care an individual receives is a function of the demographic, social and economic characteristics of the family as well as characteristics of the environment in which they live [14,32]. Financial, organizational, linguistic and cultural barriers confront people wanting to use services so that, although they may have a right to health care in theory, their access may be restricted in practice [6]. Several frameworks of the determinants of utilization have been proposed and these identify with important individual, community, and health system variables [1].

#### **A framework based on the experiences and resistances faced by individuals**

These five dimensions of accessibility of services and five abilities of potential users are embedded in the process of utilising health care and relate to causes and consequences of interacting with health providers and utilising services. They thus represent facilitators or barriers to access to health care at various stages involved in an episode of care. Barriers or facilitators can occur in a cumulative manner, from initiation of the health care seeking process to the actual benefit from available options for care. Frenk [7] already suggested the notion of resistance of health systems and utilization power of populations to explain access from a broad perspective. Resistance can be defined as the set of obstacles that arise from health resources standing in the way of seeking or obtaining care. Among these obstacles or deterrent factors are the cost of services, the location of health care sources, and certain characteristics of the ways in which the resources are organized, such as delays in obtaining appointments or in receiving care [7]. The notion of resistance could be considered as a weighted sum of obstacles. In different health systems, with varied funding mechanisms, predominant organisational models, etc. different barriers may be more prominent than in other systems [7].

Ecological obstacles arise from the location of the sources of health care, along with attendant repercussions of distances and travel time. Financial obstacles refer to the prices charged by the providers. Organizational obstacles arise from the modes of organization of health care resources. They can be divided into organizational factors at the entry point (hinders initial contact) and within the health establishment (interfere with the timely provision of care). These barriers are sequentially structured; if fundamental location and financial obstacles are overcome, then subsequently, those that arise from the organization of health care may be encountered [7].

Here we postulate the existence of a structural effect of physical and social environments on utilisation of services by individuals. This could provide researchers with ways to use variations in utilisation as markers of inequalities in access to health care. Recent studies have suggested that factors related to the characteristics of communities could be important determinants of access to health care in addition to characteristics of individuals living in urban areas and the overall availability of health care services [33,34]. Presently, there is considerable interest in geographical variations in health and the effect of context on health related problems [35]. Studies on health behaviour need to emphasise structural constraints as well as personal choices. Individuals are affected by the social, cultural, economic or physical factors acting at macro and micro levels [34,36]. Some

enabling factors or barriers to access could pertain to both households and to the social environment [14,37]. The care that individuals consume is thus a function of their own demographic, social and economic characteristics as well as characteristics of the health systems and of the environment in which they live [38].

## Conclusions

Access is a concept often referred to and which has been the subject of many discussions. The objectives of this paper are to introduce a conceptualisation of access to health care describing broad dimensions and determinants that integrate demand and supply-side-factors and enables operationalisation of access to health care all along the process of obtaining care and benefiting from the services.

We have defined access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services and to actually have the need for services fulfilled. We have suggested five dimensions of accessibility (Approachability; Acceptability; Availability and accommodation; Affordability; Appropriateness) and five corresponding abilities of populations (Ability to perceive; Ability to seek; Ability to reach; Ability to pay; Ability to engage).

The proposed conceptualisation of access raises some challenges. One important challenge is the fact that measuring access is therefore not an easy task. There are of course various indicators available to measure whether or not people receive services in terms of perceived needs, if they know about available services, how they utilise services and the distance that they have to travel, on top of many measures describing the actual characteristics of services. However, a true assessment of access requires the combination of all these measures to truly judge whether the characteristics of services, providers and systems are aligned with people, households and communities capabilities.

Methodological research should enable our field to develop the measurement instruments that will better capture the complexity of access. Adding to the complexity is the fact that various sources of information can inform the varied dimensions of access, but it can be difficult to merge together to draw a complete picture of access. Mixed method analyses of consumer surveys, quality of care data, epidemiological surveys of utilisation, as well as organisational surveys may be necessary.

In addition, there is a need for more research examining the variability of access from both supply and demand-sides and looking at the influence of local health systems and patients' characteristics. Empirical studies using the framework could also test the relevance of each dimension in different contexts and for different types of health problems and thus assess how the five

provider dimensions relate to the five ability dimensions related to patients. This framework highlights the need for evaluation of strategies to improve access.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Authors' contributions

JFL designed and carried out the literature review and drafted the manuscript. MH and GR critically revised the manuscript for important intellectual content. All these authors read and approved the final manuscript.

## Acknowledgements

The authors are solely responsible for the content of this paper and any errors or omission that could remain. JFL would like to thank Slim Haddad, Delampady Narayana, Pierre Fournier for their precious support, constructive critiques and valuable guidance during the writing of his thesis. JFL is a Clinical Research Scholar – Junior 1 from the *Fonds de recherche du Québec - Santé* (FRQS).

## Author details

<sup>1</sup>Institut national de santé publique du Québec, 190 Crémazie Est, Montréal, QC H2P1E2, Canada. <sup>2</sup>University of New South Wales, Sydney, NSW 2052, Australia. <sup>3</sup>Monash University, Wellington Road, Clayton, VIC 3800, Australia.

Received: 5 November 2012 Accepted: 7 March 2013

Published: 11 March 2013

## References

1. Shengelia B, Murray CJL, Adams OB: **Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage.** In *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism.* Edited by Murray CJL, Evans DB. Geneva: World Health Organization; 2003:221–234.
2. Pechansky R, Thomas WJ: **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction.** *Med Care* 1981, **19**:127–140.
3. Haddad S, Mohindra K: **Access, opportunities and communities: ingredients for health equity in the South.** Paper presented at the *Public Health and International Justice Workshop.* New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs; 2002.
4. Daniels N: **Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues.** *Milbank Mem Fund Q* 1982, **60**:51–81.
5. Canadian Oxford Dictionary: **Access.** Toronto: Oxford University Press; 1998.
6. Whitehead M: **The concepts and principles of equity and health.** *Int J Health Serv* 1992, **22**:429–445.
7. Frenk J: **The concept and measurement of accessibility.** In *Health Services Research: An Anthology.* Edited by White KL, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B. Washington: Pan American Health Organization; 1992:858–864.
8. Salkever DS: **Accessibility and the demand for preventive care.** *Soc Sci Med* 1976, **10**:469–475.
9. Donabedian A: **Aspects of medical care administration.** Cambridge: Harvard University Press; 1973.
10. Waters HR: **Measuring equity in access to health care.** *Soc Sci Med* 2000, **51**:599–612.
11. Culyer AJ, Wagstaff A: **Equity and equality in health and health care.** *J Health Econ* 1993, **12**:431–457.
12. Mooney G: **Equity in health care: confronting the confusion.** *Eff Health Care* 1983, **1**:179–185.
13. Aday LA, Andersen RA: **A framework for the study of access to medical care.** *Health Serv Res* 1974, **9**:208–220.
14. Andersen RM: **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** *J Health So Behav* 1995, **36**:1–10.
15. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, Hudson M: **What does 'access to health care' mean?** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7**:186–188.
16. Haddad S: **Utilisation des services de santé en pays en développement: une étude dans la zone rurale de Nioki au Zaïre.** In *PhD Thesis.* France: Université Claude Bernard Lyon; 1992.
17. Daniels N: **Justice, health, and healthcare.** *Am J Bioeth* 2001, **1**:2–16.
18. Bashshur RL, Shannon GW, Metzner CA: **Some ecological differentials in the use of medical services.** *Health Serv Res* 1971, **6**:61–75.

19. Dutton D: **Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization.** *Soc Sci Med* 1986, **23**:721–735.
20. Margolis PA, Carey T, Lannon CM, Earp JL, Leininger L: **The rest of the access-to-care puzzle. Addressing structural and personal barriers to health care for socially disadvantaged children.** *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995, **149**:541–545.
21. Goddard M, Smith P: **Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK.** *Soc Sci Med* 2001, **53**:1149–1162.
22. Oliver A, Mossialos E: **Equity of access to health care: outlining the foundations for action.** *J Epidemiol Community Health* 2004, **58**:655–658. doi:10.1136/jech.2003.017731.
23. Musgrove P: **Measurement of equity in health.** *World Health Stat Q* 1986, **39**:325–335.
24. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH: **Poverty and access to health care in developing countries.** *Ann N Y Acad Sci* 2007, **1136**:161–171. Epub.
25. Harris MF, Harris E, Roland M: **Access to primary health care: three challenges to equity.** *Aust J Prim Health* 2004, **10**:21–29.
26. Yoder RA: **Are people willing and able to pay for health services?** *Soc Sci Med* 1989, **29**:35–42.
27. Krishnan TN: **Access to Health and the Burden of Treatment in India: An Inter-state Comparison.** In *Disinvesting in Health*. Edited by Mohan R. New Delhi: Sage; 2000:208–232.
28. Béland F, Stoddart G: **Episodes of care and long term trends in Individuals' patterns of utilization of medical care for acute illnesses.** *Int J Health Sciences* 1994, **5**:25–35.
29. Hornbrook MC, Hurtado AV, Johnson RE: **Health care episodes: definition, measurement and use.** *Med Care Rev* 1985, **42**:163–218.
30. Leduc N: **La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs.** *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1999, **6**:104–118.
31. Braveman PA: **Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework.** *J Health Popul Nutr* 2003, **21**:181–192.
32. Fournier P, Haddad S: **Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement.** In *Sociologie des Populations*. Edited by Gérard H, Piché V. Québec: Presses de l'Université de Montréal; 1995:289–325.
33. McDade TW, Adair LS: **Defining the "urban" in urbanization and health: a factor analysis approach.** *Soc Sci Med* 2001, **53**:55–70.
34. Ecob R, Macintyre S: **Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics?** *Health Place* 2000, **6**:261–274.
35. Weich S, Burton E, Blanchard M, Prince M, Sproston K, Erens B: **Measuring the built environment: validity of a site survey instrument for use in urban settings.** *Health Place* 2001, **7**:283–292.
36. Duncan C, Jones K, Moon G: **Health related behaviour in context: a multilevel modelling approach.** *Soc Sci Med* 1996, **42**:817–830.
37. Unschuld PU: **Medico-cultural conflicts in Asian settings: an explanatory theory.** *Soc Sci Med* 1975, **9**:303–312.
38. Haddad S, Fournier P: **Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire.** *Soc Sci Med* 1995, **40**:743–753.

doi:10.1186/1475-9276-12-18

Cite this article as: Levesque et al.: Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 2013 **12**:18.

**Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:**

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)

