



Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?

Une étude de l'évolution récente de la mortalité prématurée selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, le sexe, la cause principale de décès et le milieu géographique¹

Robert Pampalon, Unité études et analyses de l'état de santé de la population

Denis Hamel, Unité connaissance-surveillance

Philippe Gamache, Unité connaissance-surveillance



information



formation



recherche



coopération
internationale

INTRODUCTION

Les inégalités sociales ont un impact bien réel sur la santé de la population du Québec [1-6]. Elles influencent la durée de vie tout autant que la qualité de vie, l'adoption de comportements favorables à la santé, le développement et le bien-être des jeunes ainsi que le recours aux professionnels et aux services de santé. Le troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec vient tout juste de nous rappeler comment ces inégalités sociales marquent profondément la santé de nos jeunes [7]. Des marques que plusieurs conserveront toute leur vie durant.

Si la présence d'inégalités sociales de santé est bien connue au Québec, il en va autrement de leur évolution temporelle. Ces inégalités augmentent-elles? Ou sont-elles plutôt stables ou encore en voie de réduction?

Quelques études québécoises tracent le cours de ces inégalités depuis les années 1970 ou 1980 jusqu'au milieu des années 1990, en retenant le revenu comme indicateur social et la santé perçue ou la mortalité comme indicateur de santé [8-11]. Le territoire couvert est celui de l'ensemble du Québec ou, le plus souvent, celui des régions métropolitaines ou de l'île de Montréal. De ces études, il ressort que les inégalités sociales de santé s'atténuent, du moins jusqu'au tournant des années 1990. Car, depuis lors, une tendance inverse se dessine. Cancers, maladies des appareils circulatoire et respiratoire et suicide sont les causes de décès associées au changement observé.

¹ Ce texte présente les conclusions générales de deux études :

- Pampalon, R. Hamel, D. & Gamache, P. Évolution récente de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale. In Frolich, K. De Koninck, M. Bernard, P. et Demers, A. (Éds) *Les inégalités sociales de santé au Québec*. PUM, Montréal, à paraître en 2008.
- Pampalon, R. Hamel, D. & Gamache, P. Recent changes in the geography of social disparities in premature mortality in Québec. *Social Science & Medicine*. Accepté, mai 2008.

L'évolution récente des inégalités sociales de santé suscite par ailleurs beaucoup d'intérêt à l'échelle internationale et un suivi de ces inégalités est disponible pour plusieurs pays d'Europe, notamment le Royaume-Uni, ainsi que pour les États-Unis, l'Australie et la Corée [12-22]. Ce suivi s'étend à diverses périodes pouvant aller jusqu'au tournant des années 2000. Dans ces études, c'est généralement la mortalité prématurée (avant 75 ans) qui est l'indicateur de santé retenu alors que diverses mesures et indices socio-économiques servent à retracer la position sociale. Dans ces études, le constat est presque unanime : les inégalités sociales de santé – de mortalité prématurée – sont en hausse, un constat qui peut varier selon le sexe et la cause principale de décès.

Ces études proposent un bilan qui est national et aucune n'explore la possibilité que les inégalités sociales de santé puissent varier selon le milieu géographique. De même, les études québécoises couvrent les régions métropolitaines de recensement (RMR) et l'île de Montréal mais sans en comparer le bilan à celui d'autres milieux. Alors, qu'en est-il des inégalités sociales de santé selon le milieu géographique? Ces inégalités augmentent-elles partout au Québec? Ou présentent-elles une évolution variable selon le milieu?

Le présent texte jette un bref regard sur l'évolution récente, de 1991 à 2001, des inégalités sociales de santé au Québec. Il propose plus précisément une étude de l'évolution de la mortalité prématurée selon un indice de défavorisation matérielle et sociale, le sexe, la cause principale de décès et le milieu géographique. Actuellement, l'espérance de vie moyenne à la naissance dépasse 75 ans tant chez les hommes que chez les femmes. Mourir avant cet âge

est en partie évitable, car les déterminants de cette mortalité sont bien connus et certains font l'objet d'interventions de santé publique [23].

DONNÉES ET MÉTHODES

La géographie

L'étude couvre le Québec, dans son ensemble, et 4 milieux géographiques que sont 1- la RMR de Montréal; 2- les autres RMR (Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, Gatineau et Saguenay); 3- les agglomérations de recensement (AR); et 4- les petites villes et le monde rural. Ces entités font partie de la classification des secteurs statistiques développée par Statistique Canada [24]. Les AR (ci-après villes de taille moyenne) et les RMR sont constituées de municipalités adjacentes formant un noyau urbain dont la taille est respectivement supérieure à 10 000 et à 100 000 habitants. Les municipalités comptant moins de 10 000 habitants forment le groupe des petites villes et du monde rural.

En 2001, la population du Québec âgée de moins de 75 ans était de 6 704 708 individus. Elle se répartissait comme suit selon le milieu géographique : RMR de Montréal (47 %); autres RMR (19 %); villes de taille moyenne (12 %); petites villes et monde rural (22 %). De 1991 à 2001, la population du Québec a augmenté légèrement (4 %), mais essentiellement dans les RMR – et surtout dans la RMR de Montréal. Les autres milieux ont connu une légère baisse de leur population.

↪ L'indice de défavorisation matérielle et sociale

L'étude recourt à un indice de défavorisation matérielle et sociale pour établir le niveau socio-économique des individus. L'indice, développé au Québec [4; 5], s'inspire des propositions de Peter Townsend [25] et d'une abondante littérature sur les déterminants sociaux de la santé [26; 27]. Pour Townsend, la défavorisation revêt deux dimensions : matérielle et sociale. La première réfère aux biens et commodités de la vie courante alors que la seconde reflète la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté.

L'indice est calculé sur la base de la plus petite unité statistique disponible dans le recensement canadien, soit le secteur de dénombrement (SD) en 1991 et l'aire de diffusion (AD) en 2001. La taille moyenne du SD était de 701 individus et celle de l'AD, de 632 individus². Tant en 1991 que 2001, l'indice de défavorisation matérielle et sociale couvre environ 98 % de la population québécoise.

L'indice compte 6 indicateurs regroupés sous deux dimensions (ci-après matérielle et sociale) obtenues à la suite d'une analyse en composante principale (ACP). La dimension matérielle reflète principalement le revenu, la scolarité et l'emploi alors que la dimension sociale traduit davantage l'état matrimonial (être veuf, séparé ou divorcé), le fait de vivre seul ou dans une famille monoparentale. Diverses ACP ont été réalisées en 1991 et 2001, dans l'ensemble du Québec et dans les 4 milieux géographiques considérés. Toutes ont retrouvé une même structure bidimensionnelle.

² Ces moyennes valent pour les SD et AD retenus dans la construction de l'indice québécois. Les SD et AD non retenus ont en général une population de taille bien inférieure.

Sur chaque dimension – matérielle et sociale – la population du Québec a été distribuée en quintile de défavorisation (groupe de 20 %), du plus favorisé (Quintile 1) au plus défavorisé (Quintile 5). Les deux dimensions peuvent être considérées séparément ou conjointement, si l'on souhaite repérer la population la plus favorisée (Quintiles 1 et 1) et celle qui l'est le moins (Quintiles 5 et 5) sur l'une et l'autre dimension, tant au Québec que dans chaque milieu. La distribution en quintile s'appuie toujours sur la même ACP réalisée dans l'ensemble du Québec. L'ACP de 1991 sert à créer les quintiles de défavorisation pour l'année 1991 et l'ACP de 2001, les quintiles de 2001. La distribution produit des quintiles représentant 20 % de la population non seulement pour l'ensemble du Québec mais aussi à l'échelle de chaque milieu géographique considéré.

↪ La mortalité

Les données de mortalité proviennent du registre des décès du Québec pour les années de 1989 à 1993 et de 1999 à 2003. Tous les décès prématurés (avant 75 ans) ont été considérés de pair avec certaines caractéristiques: âge, sexe, principale cause de décès³, milieu géographique de résidence et indice de défavorisation matérielle et sociale. Un tel indice a pu

³ Cancer du poumon : CIM-9 : 162, CIM-10 : C33-C34; Cancer du côlon et du rectum : CIM-9 : 153-154, CIM-10 : C18-C21; Cancer de la prostate : CIM-9 : 185, CIM-10 : C61; Cancer du sein : CIM-9 : 174, CIM-10 : C50; Cardiopathies ischémiques : CIM-9 : 410-414, 429.2, CIM-10 : I20-I25; Maladies vasculaires cérébrales : CIM-9 : 430-434, 436-438, CIM-10 : I60-I69; Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures : CIM-9 : 490-494, 496, CIM-10 : J40-J47; Suicide : CIM-9 : E950-E959, CIM-10 : X60-X84, X87.0; Accidents de véhicules à moteur : CIM-9 : E810-E825, CIM-10 : V02-V04, V09.0, V09.2, V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V86, V87.8-V87.8, V88.0-V88.8, V89.0, V89.2.

être attribué à un peu plus de 91 % des personnes décédées entre 1989 et 1993 et à près de 94 % des décès survenus entre 1999 et 2003. La présente étude porte ainsi sur 118 117 décès entre 1989 et 1993 et 113 138 décès entre 1999 et 2003.

Des taux de décès ont été obtenus par modélisation, en utilisant la régression binomiale négative [28], qui est une généralisation de la régression de Poisson, et en considérant l'ensemble des décès des deux périodes. Les nombre de décès de la période 1989-1993 ont été reportés sur les chiffres de population de 1991 multipliés par cinq (la longueur de la période) et ceux de 1999-2003 sur la population de 2001, selon le recensement de ces années⁴. Des taux de mortalité générale et par cause de décès ont été calculés par quintile de défavorisation matérielle, quintile de défavorisation sociale et croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, d'abord dans l'ensemble du Québec et pour l'ensemble de la population (sexes réunis), en ajustant pour l'âge, le sexe, le milieu géographique et l'autre forme de défavorisation. Par la suite, une procédure similaire a été reprise pour les hommes et pour les femmes, séparément, ainsi que dans chacun des 4 milieux géographiques. L'évolution temporelle des taux est estimée par un terme d'interaction entre la période et chaque forme de défavorisation. La précision statistique des taux est obtenue par la méthode Delta [29].

⁴ Le passage de la 9^e à la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM) amène une brisure dans l'analyse temporelle de certaines causes de décès. Cette brisure ne devrait cependant pas affecter les écarts de mortalité observés selon le sexe, la défavorisation et le milieu géographique. La population est également sous-dénombrée lors des recensements (de l'ordre de 2 à 3 %), ce qui peut accroître le taux de décès dans les mêmes proportions.

Pour l'examen des inégalités de mortalité selon la défavorisation, trois mesures sont utilisées : le taux ajusté de mortalité, le ratio et la différence entre extrêmes [30-32]. Le taux ajusté de mortalité⁵ (pour 100 000 personnes) fournit une indication de l'ampleur de la mortalité prématurée. Il sert à suivre l'évolution de la mortalité dans les divers groupes – ou quintiles – de défavorisation. Le ratio des extrêmes traduit l'écart relatif de mortalité entre personnes défavorisées et favorisées. C'est avec cette mesure que l'on peut savoir si la réduction – ou l'accroissement – de la mortalité au fil du temps est plus importante chez les personnes favorisées que défavorisées. Lorsque chaque forme de défavorisation, matérielle ou sociale, est considérée séparément, le ratio des extrêmes est obtenu en divisant le taux ajusté de mortalité du groupe le plus défavorisé (Q5) par celui du groupe le plus favorisé (Q1). Lorsque les deux formes de défavorisation sont considérées simultanément, ce ratio est obtenu en divisant le taux des personnes le plus défavorisées sur l'une et l'autre dimension (Q5-Q5) par celui de celles qui le sont le moins (Q1-Q1). La différence entre extrêmes reflète l'écart absolu de mortalité entre personnes défavorisées et favorisées. Il permet de voir si on a pu réduire ou non la différence de mortalité qui sépare les personnes défavorisées et favorisées. Cette mesure est obtenue en soustrayant du taux ajusté de mortalité des groupes défavorisés (Q5 ou Q5-Q5) celui des groupes favorisés (Q1 ou Q1-Q1).

⁵ La population de référence pour l'ajustement des taux de mortalité est celle du Québec aux recensements de 1991 (pour la période 1989-1993) et de 2001 (pour la période 1999-2003).

RÉSULTATS

La mortalité prématurée diminue sensiblement au Québec de 1989-1993 à 1999-2003, passant d'un taux ajusté de 390 à 326 pour 100 000 personnes. Aux deux périodes, elle progresse systématiquement avec l'une et l'autre forme de défavorisation ce qui produit des écarts considérables de mortalité entre les personnes le plus et le moins défavorisées simultanément aux plans matériel et social (figure 1). Entre les deux périodes, la mortalité recule chez tous les groupes peu importe leur niveau de défavorisation. Elle recule cependant davantage chez les personnes le plus favorisées si bien que l'écart relatif de mortalité (le ratio de mortalité) entre les groupes extrêmes de défavorisation augmente de façon significative (figure 2). Actuellement, le risque de décès chez les personnes le plus défavorisées aux plans matériel et social est d'environ 2,6 fois celui des personnes le plus favorisées. L'écart absolu de mortalité (la différence de mortalité) augmente également entre ces groupes mais seule la progression concernant la défavorisation matérielle est significative (figure 2). C'est tout de même un écart de taux de 222 pour 100 000 personnes qui sépare actuellement les groupes extrêmes de défavorisation matérielle et sociale.

Variations selon le sexe

La baisse de la mortalité prématurée au Québec se produit tant chez les hommes que chez les femmes, mais à un rythme plus rapide chez les hommes. Ainsi, chez ceux-ci, le taux ajusté de mortalité passe de 510 à 404 pour 100 000 personnes (baisse de 20 %) alors que chez les femmes, il diminue de 275 à 245 pour 100 000 personnes (baisse de 10 %). Ces réductions, et leur rythme variable selon le sexe, se reflètent tant chez les personnes le plus favorisées aux plans matériel

et social que chez celles qui le sont le moins (figure 3). Encore ici, cependant, la réduction est moins importante chez les personnes défavorisées si bien que l'écart relatif de mortalité (le ratio de mortalité) entre les extrêmes de défavorisation se creuse, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 4). En 1999-2003, le risque de décès des hommes le plus défavorisés est près de trois fois (2,91) celui des hommes le plus favorisés alors que, chez les femmes, ce risque est plus du double (2,33). L'écart absolu de décès (la différence de mortalité) augmente aussi chez les femmes mais demeure stable chez les hommes, à un niveau cependant deux fois plus élevé que celui des femmes.

Variations selon la cause de décès

Le recul appréciable de la mortalité prématurée chez les hommes est visible pour plusieurs causes de décès, et ce, tant chez les hommes le plus défavorisés que chez ceux qui le sont le moins (tableau 1). Il en va ainsi du cancer du poumon et de la prostate, des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales, des maladies respiratoires et des accidents de véhicule à moteur. Seul le cancer du côlon et du rectum ainsi que le suicide ne suivent pas cette tendance. Malgré ce bilan positif, l'écart relatif de mortalité (le ratio de mortalité) entre les groupes extrêmes de défavorisation se creuse pour le cancer du côlon et du rectum, le cancer de la prostate, les cardiopathies ischémiques et les maladies respiratoires. La différence absolue de mortalité augmente également entre ces extrêmes pour le cancer du côlon et du rectum mais diminue pour le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales.

Chez les femmes, l'évolution de la mortalité prématurée selon la cause de décès et le niveau de défavorisation matérielle et sociale ne s'éloigne guère de celle observée chez les hommes (tableau 2). Il y a une exception cependant, qui concerne le cancer du poumon et les maladies respiratoires. Pour ces causes, non seulement le taux ajusté de décès augmente chez les femmes le plus défavorisées (contrairement aux hommes de mêmes conditions) mais les écarts tant relatifs qu'absolus de mortalité (ratio et différence de mortalité) entre groupes extrêmes de défavorisation sont aussi en hausse.

↪ Variations selon le milieu géographique

La baisse observée de mortalité prématurée au Québec s'est fait sentir différemment selon le milieu géographique. La mortalité a reculé considérablement dans les RMR – et notamment dans la RMR de Montréal – mais très faiblement, et de manière non significative, dans les villes de taille moyenne, les petites villes et le monde rural. En 1999-2003, le taux ajusté de mortalité prématurée est d'environ 300 pour 100 000 personnes dans la RMR de Montréal et les autres RMR alors qu'il avoisine les 360 pour 100 000 personnes dans les villes de taille moyenne, les petites villes et le monde rural.

La baisse de mortalité prématurée a touché toutes les personnes de ces milieux, les plus favorisées comme les plus défavorisées (figure 5). Elle a cependant été moins vigoureuse (et non significative) auprès des personnes le plus défavorisées résidant dans les villes de taille moyenne, les petites villes et le monde rural. Actuellement, ce sont les personnes le plus défavorisées de ces milieux qui recueillent le pire bilan de mortalité prématurée chez les personnes le plus défavorisées du Québec.

Simultanément, dans ces milieux, l'écart relatif et l'écart absolu de mortalité prématurée entre les catégories extrêmes de défavorisation (le ratio et la différence) augmentent de manière significative (figure 6). Dans les autres RMR que Montréal, le ratio de mortalité prématurée augmente aussi de façon significative alors que la différence de mortalité ne bouge guère. Dans la RMR de Montréal, enfin, le ratio de mortalité est stable et la différence de mortalité s'abaisse de manière significative. En somme, au cours de la période étudiée, les inégalités sociales de mortalité prématurée augmentent partout au Québec sauf dans la RMR de Montréal. Au tournant des années 2000, ce sont dans les RMR que l'on retrouve l'écart relatif de mortalité selon la défavorisation le plus élevé au Québec et dans les RMR et les villes de taille moyenne que l'on observe l'écart absolu de mortalité le plus important.

DISCUSSION

L'évolution récente de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale rejoint la tendance observée à l'échelle internationale et celle anticipée au Québec, au début des années 1990. Les inégalités sociales de mortalité augmentent au Québec. Elles augmentent tant chez les hommes que chez les femmes, mais avec plus d'acuité chez ces dernières. Elles croissent également pour plusieurs causes de décès et, plus spécialement chez les femmes, pour le cancer du poumon et les maladies respiratoires. Enfin, elles progressent partout au Québec, sauf à Montréal.

Pareils résultats peuvent surprendre. Que se passe-t-il donc au Québec pour que les inégalités sociales de santé augmentent et qu'elles augmentent

différemment selon le sexe, la cause de décès et le milieu géographique?

Les inégalités sociales et la mortalité – ou la mortalité prématurée – sont reliées de diverses façons. Pour certains [33; 34], le statut socio-économique agit par le biais de facteurs tels que les comportements (ex : tabac et alimentation), l'environnement physique (à la maison ou au travail), l'accès aux soins de santé et l'impact psychosocial de la défavorisation relative. Pour d'autres [35], la position sociale représente la cause fondamentale des inégalités de mortalité dans la mesure où celle-ci donne accès à un large éventail de ressources utiles à la santé que sont l'argent, l'information, le prestige, le pouvoir et la présence de réseaux sociaux bénéfiques à la personne.

La défavorisation relative

Selon cette perspective, l'accroissement des inégalités sociales de mortalité pourrait résulter d'un élargissement des écarts sociaux dans la population, des écarts mesurés le plus souvent par le revenu [36]. Une analyse des tendances sociales au Québec [37] rapporte en effet que les années 1990 se caractérisent par un accroissement des inégalités de revenu, telles que mesurées par le coefficient GINI. Un regard à l'évolution des indicateurs formant l'indice de défavorisation matérielle et sociale montre aussi une relative dégradation des conditions de vie des personnes le plus défavorisées. Chez ce groupe, de 1991 à 2001, la scolarité et le revenu progressent moins rapidement alors que les personnes seules et les familles monoparentales y sont plus nombreuses.

Si l'évolution récente de la mortalité prématurée coïncide avec un certain élargissement des écarts sociaux, cela vaut pour l'ensemble de la population du Québec. Un second regard à l'évolution des

indicateurs formant l'indice de défavorisation matérielle et sociale ne révèle aucune différence selon le sexe et même des tendances contraires à celles attendues selon le milieu géographique. Ainsi, de 1991 à 2001, c'est dans la RMR de Montréal que les disparités sociales entre les personnes le plus et le moins défavorisées se sont le plus accentuées. À titre d'exemple, le ratio séparant les deux groupes sur la base du revenu moyen (favorisés / défavorisés) est passé de 2,5 à 2,9 alors qu'il s'est maintenu partout ailleurs; à 2,2 dans les autres RMR, 1,8 dans les villes de taille moyenne, et 1,6 dans les petites villes et le monde rural. Dans ces milieux, et notamment chez le groupe le plus défavorisé aux plans matériel et social, on note cependant un accroissement de personnes vivant seules et de familles monoparentales. Ces indicateurs, reflétant la dimension sociale de la défavorisation, et que certains associent à la fragmentation ou à l'isolement social [38; 39], sont peut-être la clé de l'évolution observée hors de la RMR de Montréal. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle de cette dimension.

La consommation de tabac

Le tabagisme est le principal facteur de risque de cancer du poumon et de maladie respiratoire telle que l'asthme, la bronchite et l'emphysème [40; 41]. Ces pathologies sont des causes importantes de décès au Québec. De 1989-1993 à 1999-2003, les taux de décès pour ces causes suivent une tendance divergente selon le sexe et la défavorisation matérielle et sociale.

Chez les femmes, la mortalité prématurée tout autant que les inégalités sociales de mortalité augmentent alors que chez les hommes, la mortalité et les inégalités sociales de mortalité sont stables et parfois en baisse.

Un examen de l'évolution du tabagisme au Québec au cours des 40 dernières années est instructif [42]. Il révèle en effet que les hommes ont réduit leur consommation de tabac à partir de 1965 alors que pareil virage s'amorçait beaucoup plus tard chez les femmes, soit au début des années 1980. Ainsi, compte tenu de la période de latence entre le tabagisme et l'apparition d'affections respiratoires graves, il se peut que la hausse récente de la mortalité ainsi que des écarts de mortalité selon la défavorisation chez les femmes soit le reflet de leur consommation d'il y a 20 ans. Rappelons-le, la consommation de tabac est une habitude de vie parmi les plus ségréguée socialement [1; 2]. En outre, cette habitude est plus répandue dans les villes de taille moyenne, les petites villes et le monde rural qu'ailleurs au Québec [43; 44] et il se pourrait que cette situation soit en partie associée à la croissance des écarts sociaux de mortalité observée dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, ces facteurs ne sont certes pas les seuls agissant sur les disparités sociales de santé. En considérant la situation particulière de la RMR de Montréal, et tout spécialement la relative stabilité observée des disparités sociales de mortalité prématurée, d'autres facteurs peuvent être concernés. C'est le cas notamment de l'immigration et de la mobilité résidentielle sur le territoire québécois.

Immigration et mobilité résidentielle

De 1991 à 2001, la proportion d'immigrants est passée de 16,8 % à 18,4 % dans la RMR de Montréal. Actuellement, près de 90 % des nouveaux arrivants au Québec choisissent cette destination. Selon des études canadiennes, les immigrants sont généralement en bonne santé [45; 46]. Cette situation, positive, n'aurait aucun impact sur les disparités sociales de santé si les immigrants se répartissaient aléatoirement selon le niveau de défavorisation de leur lieu de résidence. Mais, tel n'est pas le cas. De 1991 à 2001, la proportion d'immigrants en milieu favorisé n'a pas bougé (environ 17 %) alors qu'elle a progressé de 15,8 % à 23,1 % en milieu défavorisé. Dès lors, il se peut que la stabilité des inégalités sociales de mortalité prématurée observée dans la métropole soit due à l'installation en plus grand nombre d'immigrants en milieu défavorisé.

Nous avons vérifié cette hypothèse. Nos analyses montrent que l'immigration est un facteur contribuant à réduire la mortalité prématurée dans la métropole. Elles montrent aussi par ailleurs que cette immigration ne peut être tenue responsable de la stabilité des écarts sociaux de mortalité dans la métropole. La stabilité du ratio de mortalité entre personnes défavorisées et favorisées se maintient que l'on habite des territoires avec peu (moins de 10 %) ou beaucoup (plus de 30 %) d'immigrants.

Le départ de personnes en bonne santé de partout au Québec pour s'installer dans certains quartiers défavorisés de la métropole peut également moduler l'ampleur des écarts sociaux de mortalité. La mobilité résidentielle est une réalité importante au Québec [47]. Environ 10 % des Québécois migre de région administrative sur une période de 5 ans. Ce sont

surtout les personnes âgées entre 20 et 40 ans qui migrent. Les régions de destinations sont principalement celles entourant l'île de Montréal et faisant partie de couronne urbaine de la RMR du même nom. La relation entre ces déplacements et le niveau défavorisation du milieu local, tant au point de départ qu'au point d'arrivée, est toutefois inconnue. Des travaux en ce sens devront ainsi être entrepris et ceux-ci sont possibles, en combinant les informations du fichier d'inscription des personnes assurées de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec et notre indice de défavorisation.

CONCLUSION

Ainsi, les inégalités sociales de mortalité prématurée augmentent au Québec, et à un rythme variable selon le sexe, la cause de décès et le milieu géographique. Ces conclusions s'ajoutent à celles d'autres études réalisées au Québec en regard de l'état de santé général, de pathologies spécifiques, de traumatismes, de populations particulières, les jeunes notamment, et de l'utilisation des services de santé et des services sociaux [6; 48]. De même, les enquêtes de santé depuis 1987 permettent de mieux saisir le rôle des déterminants sociaux sur la santé et d'en suivre le cours [10].

De multiples informations sont donc disponibles pour soutenir la planification de la santé au Québec. La province dispose déjà d'un plan commun de surveillance de la santé et de ses déterminants qui propose un grand nombre de mesures et d'indicateurs à produire et à suivre régulièrement au fil des ans [49]. Des mesures retraçant les inégalités sociales de santé pourraient être introduites à ce plan. Dès lors, la préparation de bilans, d'orientations et de politiques ministérielles visant les inégalités sociales de santé s'en

trouverait facilitée. Le dernier rapport national du directeur de la santé publique démontre avec éloquence toute la richesse de l'information disponible, lorsque celle-ci est recueillie et traitée de façon systématique [7]. En outre, les orientations en matière de santé publique [23] pourraient se faire plus précises, plus concrètes, en proposant des objectifs chiffrés de réduction des inégalités sociales de santé. Enfin, de telles mesures pourraient servir l'élaboration de programmes spécifiques de santé et venir moduler, plus qu'elles ne le font actuellement, l'allocation des ressources financières entre régions [50].

Si le Québec offrait à l'ensemble de sa population les meilleures conditions de vie matérielles et sociales observées sur le territoire, plus de 8 600 décès chez les personnes de moins de 75 ans seraient épargnés chaque année, soit plus du tiers des décès. Des gains d'une telle ampleur forment certes un enjeu majeur de santé publique.

RÉFÉRENCES

- (1) Bellerose C, Lavallée C, Chénard L, Levasseur M. Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Volume 1. Montréal. Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec; 1995.
- (2) Daveluy C, Pica L, Audet N, Courtemanche R, Lapointe Feal. Enquête sociale et de santé 1998. Québec. Institut de la statistique du Québec; 2000.
- (3) Dubois L. Food, Nutrition and Population Health: From Scarcity to Social Inequalities. In: Heymann J, Hertzman C, Barer ML, Evans RG, editors. Healthier Societies. From Analysis to Action. New-York: Oxford University Press; 2006. p. 135-72.
- (4) Pampalon R, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies chroniques au Canada* 2000;21(3):113-22.
- (5) Pampalon R, Raymond G. Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, Société et Solidarité* 2003;1:191-208.
- (6) Paquet G. Partir du bas de l'échelle. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2005.
- (7) Ministère de la santé et des services sociaux. Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Québec: Gouvernement du Québec; 2007.
- (8) Choinière R. Évolution des disparités de la mortalité selon le revenu à Montréal. Journées annuelles de santé publique, editor. 2002. Ref Type: Unpublished Work
- (9) Choinière R, Massie J, Paradis C. Le portrait statistique de la santé des Montréalais. Montréal: Direction de la santé publique, RSSSS de Montréal-Centre; 2003.
- (10) Ferland M, Pampalon R. Évolution des inégalités de santé selon le revenu au Québec de 1987 à 1998. *Santé, Société et Solidarité* 2004;2:17-28.
- (11) Wilkins R, Berthelot JM, Ng E. Évolution de la mortalité au Canada et au Québec dans les régions métropolitaines selon le revenu de 1971 à 1996. Journées annuelles de santé publique, editor. 2001. Ref Type: Unpublished Work
- (12) Boyle P, Exeter D, Flowerdew R. The role of population change in widening the mortality gap in Scotland. *Area* 2004;36(2):164-73.
- (13) Davey Smith G, Dorling D, Shaw M. Health inequalities in Britain: continuing increases up to the end of the 20th century. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:434-5.
- (14) Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class, 1972-1999. *Health Statistics Quarterly* 2002;15:5-16.
- (15) Khang YH, Lynch JW, Yun S, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of Mortality and morbidity measures. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:308-14.

- (16) Leclerc A, Chastang JF, Menvielle G, Luce D. Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: Have they widened in recent decades? *Social Science & Medicine* 2005;In Press.
- (17) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830-7.
- (18) Rognerud A, Zahl PH. Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *European Journal of Public Health* 2005;16(1):62-8.
- (19) Singh GK, Siahpush M. Increasing inequalities in all-cause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998. *Int J Epidemiol* 2002 Jun;31(3):600-13.
- (20) Singh GK, Siahpush M. Widening socioeconomic inequalities in US life expectancy, 1980-2000. *Int J Epidemiol* 2006 Aug;35(4):969-79.
- (21) Strong M, Maheswaran R, Fryers PR, White PS. Are socio-economic inequalities in mortality decreasing in Trent Region, UK? An observational study, 1988-1998. *Journal of Public Health Medicine* 2002;24(2):120-2.
- (22) Turrell G, Mathers C. Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:231-9.
- (23) Ministère de la santé et des services sociaux. Le programme national de santé publique 2003-2012. Québec; 2003.
- (24) Statistics Canada. 2001 Census Dictionary. Ottawa: Statistics Canada; 2003.
- (25) Townsend P. Deprivation. *Journal of Social Policy* 1987 Apr;16:125-46.
- (26) Leclerc A, Fassin D, Brandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte / INSERM; 2000.
- (27) Marmot M, Wilkinson RG. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- (28) Allison PD. *Logistic Regression Using SAS System: Theory and Application*. NC:SAS Institute Inc.; 1999.
- (29) Tiwari HK, Elston RC. The Approximate Variance of a Function of Random Variables. *Biometrical Journal* 1999;41(3):351-7.
- (30) Boström G, Rosen M. Measuring social inequalities in health - politics or science? *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31:211-5.
- (31) Regidor E. Measures of health inequalities: part 1. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:858-61.
- (32) Regidor E. Measures of health inequalities: part 2. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58:900-3.

- (33) Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994 Jan;49(1):15-24.
- (34) Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ* 1997 Feb 22;314(7080):591-5.
- (35) Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A, Kawachi I, Levin B. "Fundamental causes" of social inequalities in mortality: a test of the theory. *J Health Soc Behav* 2004 Sep;45(3):265-85.
- (36) Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006 Apr;62(7):1768-84.
- (37) Langlois S. Le Québec en profonde mutation. In: Venne M, editor. *L'annuaire du Québec 2005*. Montréal: L'institut du nouveau monde.; 2005. p. 126-81.
- (38) Congdon P. The epidemiology of suicide in London. *Journal of the Royal Statistical Society Series A-Statistics in Society* 1996;159:515-33.
- (39) Curtis S, Copeland A, Fagg J, Congdon P, Almog M, Fitzpatrick J. The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City. *Health Place* 2006 Mar;12(1):19-37.
- (40) Rogers RG, Hummer RA, Krueger PM, Pampel FC. Mortality attributable to cigarette smoking in the United States. *Population and Development Review* 2005 Jun;31(2):259-92.
- (41) U.S.Department of Health and Human Services CfDCaPNCfCDPaHPOoSaH. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Washington: U.S. Government Printing Office; 2004.
- (42) Roy L. Le point sur les habitudes de vie: Le tabac. Québec: Conseil des affaires sociales et de la famille; 1985.
- (43) Pampalon R, Gauthier D, Raymond G, Beaudry D. La santé à la carte. Québec: Les Publications du Québec; 1990.
- (44) Pampalon R, Loslier L, Raymond G, Provencher P. Variations géographiques de la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 3. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1995.
- (45) Chen J, Ng E, Wilkins R. The health of Canada's immigrants in 1994-95. *Health Rep* 1996;7(4):33-50.
- (46) Pérez CE. Health Status and Health Behaviour Among Immigrants. *Supplement to Health Reports* 2002;13:1-12.
- (47) Girard C, Thibault N, André D. La migration interrégionale au Québec au cours des périodes 1991-1996 et 1996-2001. La situation démographique au Québec. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2007.
- (48) Pampalon R. Un indice de défavorisation matérielle et sociale pour l'étude des inégalités de santé au Québec. In: Fleuret S, Thouez JP, editors. *Géographie de la santé. Un panorama*. Paris: Economica; 2007. p. 37-44.


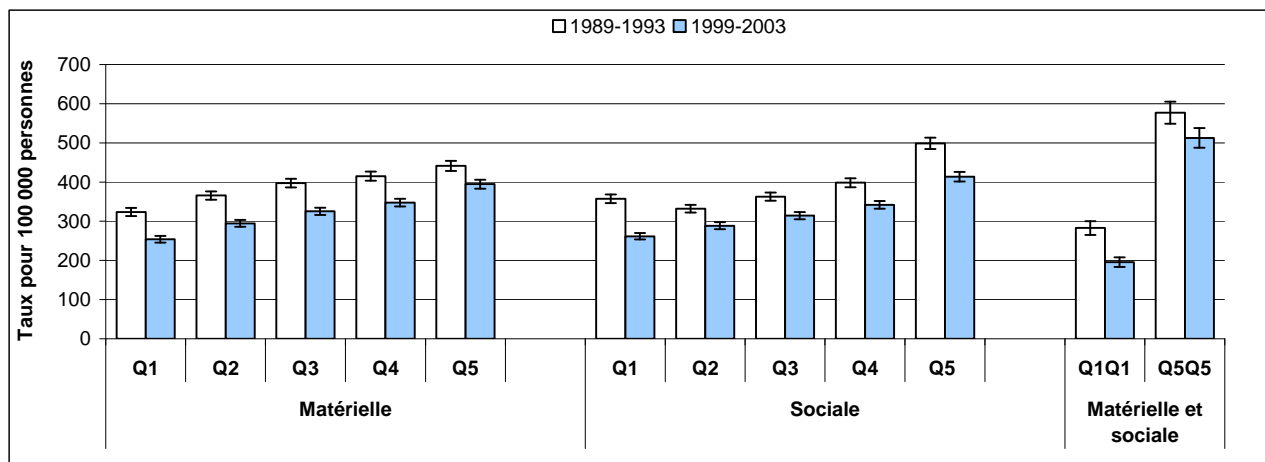
- 
- (49) Institut national de santé publique du Québec.
Plan commun de surveillance de l'état de santé de
la population et de ses déterminants, 2004-2007.
Partie II. Québec; 2005.
- (50) Direction de l'allocation des ressources Mdlsedss.
Nouveau mode d'allocation des ressources, 2005-
2006. 2005.

FIGURE 1

Mortalité prématurée¹ selon le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1999 et 1999-2003

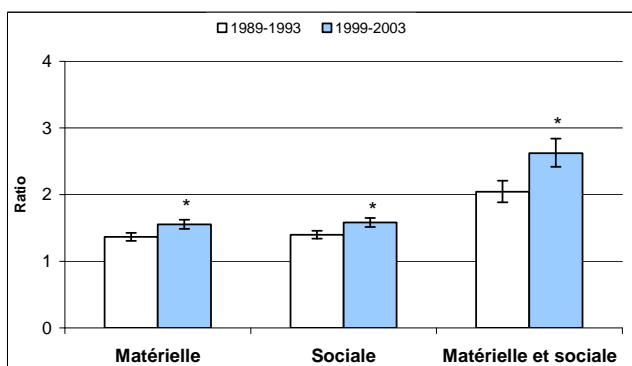


¹ Taux de mortalité ajusté selon l'âge, le sexe, le milieu géographique et l'autre forme (matérielle ou sociale) de défavorisation.
Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

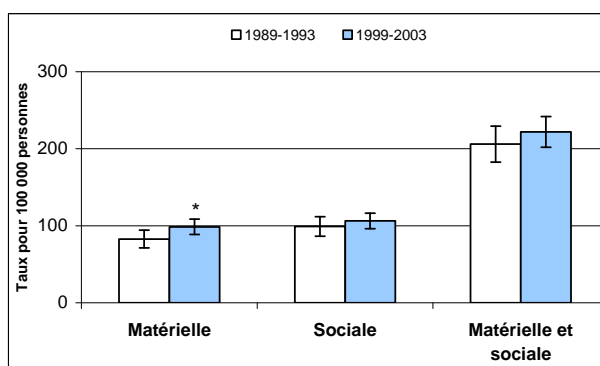
FIGURE 2

Ratio et différence de mortalité prématurée selon la défavorisation matérielle, la défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

RATIO



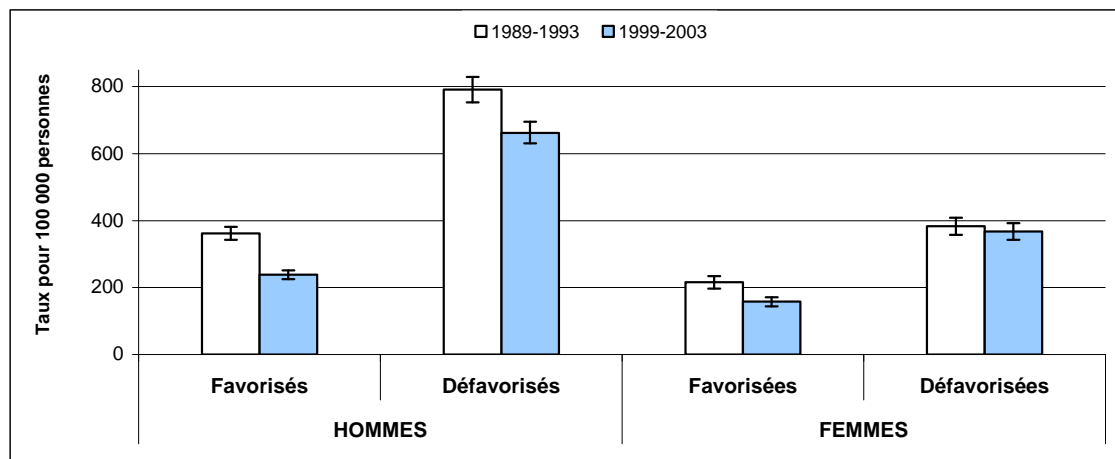
DIFFÉRENCE



* : Valeur de ratio ou de différence en 1999-2003 statistiquement plus élevée que celle obtenue en 1989-1993; $p < 0,05$.
Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

FIGURE 3

Mortalité prématurée¹ chez les personnes le plus favorisées et le plus défavorisées aux plans matériel et social, selon le sexe, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

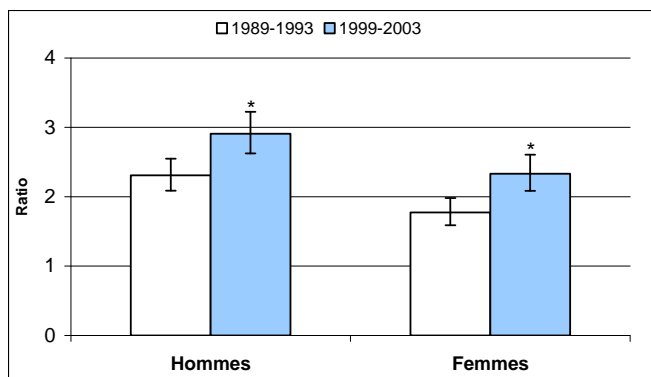


¹ Taux de mortalité ajusté selon l'âge, le sexe, le milieu géographique et l'autre forme (matérielle ou sociale) de défavorisation.
 Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

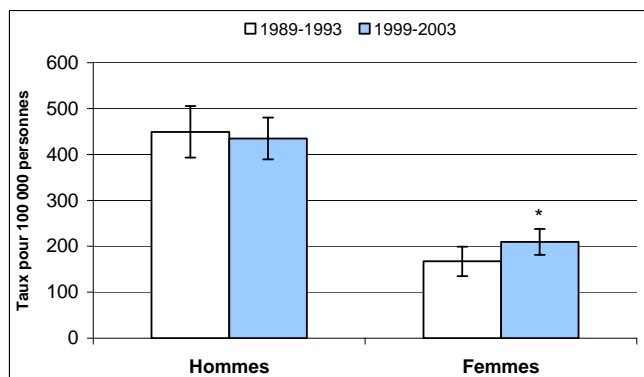
FIGURE 4

Ratio et différence de mortalité prématurée entre les personnes le plus favorisées et le plus défavorisées aux plans matériel et social, selon le sexe, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

RATIO



DIFFÉRENCE

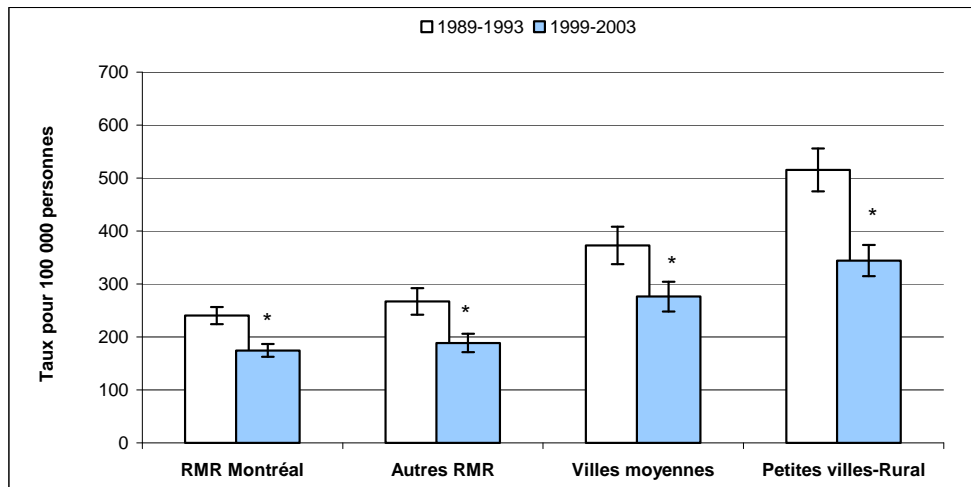


* : Valeur de ratio ou de différence en 1999-2003 statistiquement plus élevée que celle obtenue en 1989-1993; $p < 0,05$.
 Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

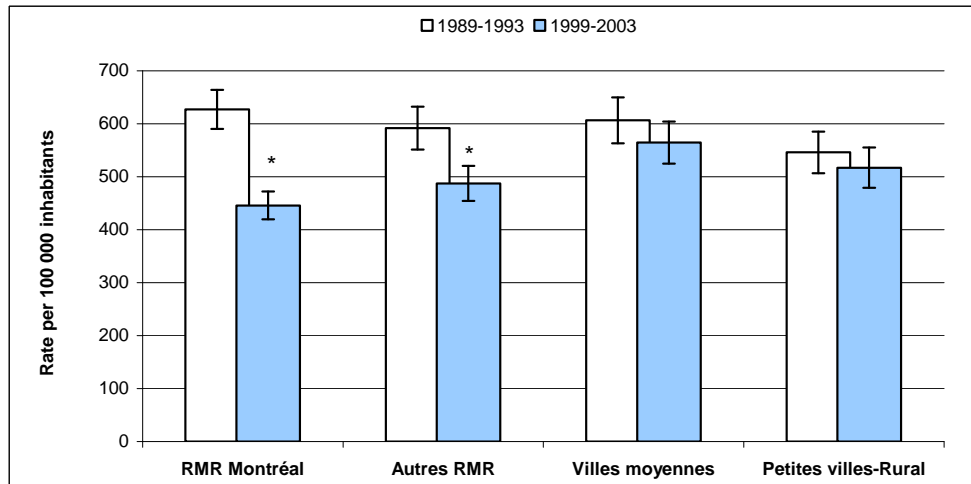
FIGURE 5

Mortalité prématurée¹ chez les personnes le plus favorisées et le plus défavorisées aux plans matériel et social, selon le milieu géographique, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

FAVORISÉES



DÉFAVORISÉES



¹ Taux de mortalité ajusté selon l'âge, le sexe et l'autre forme (matérielle ou sociale) de défavorisation.

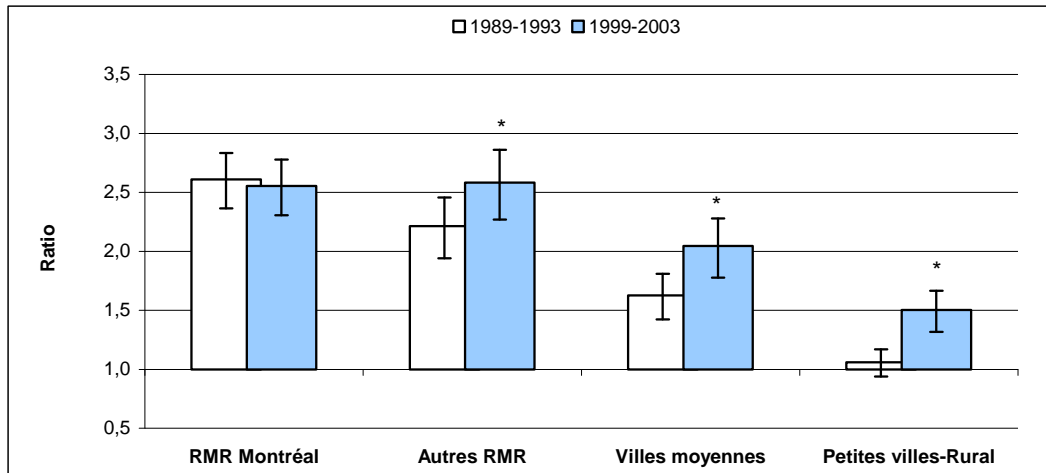
* : Changement statistiquement significatif entre 1989-1993 et 1999-2003, $p < 0,05$.

Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

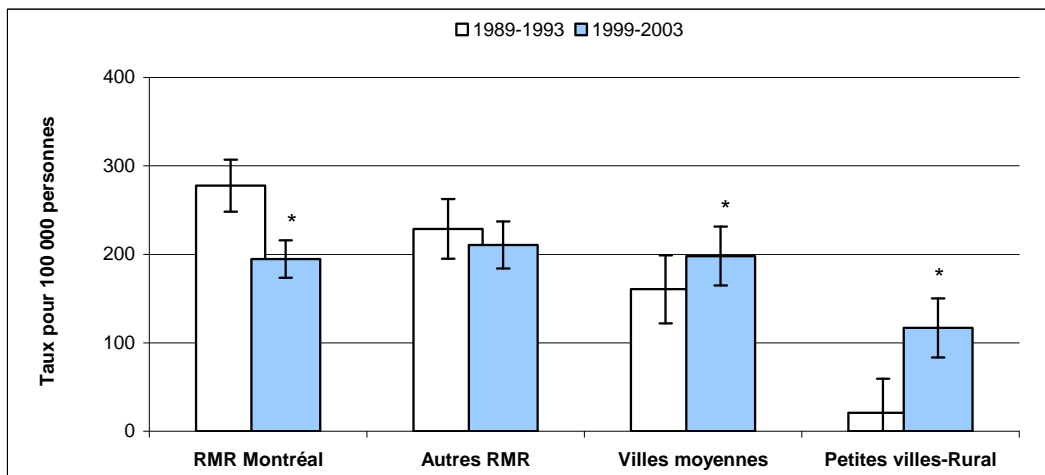
FIGURE 6

Ratio et différence de mortalité prématurée entre les personnes le plus favorisées et le plus défavorisées aux plans matériel et social, selon le milieu géographique, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

RATIO



DIFFÉRENCE



* : Changement statistiquement significatif entre 1989-1993 et 1999-2003, $p < 0,05$.

Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

TABEAU 1

Taux de mortalité prématurée chez les hommes défavorisés et favorisés, et ratio et différence de mortalité prématurée selon la cause de décès, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

Cause de décès		Taux ¹				Ratio ²		Différence ³	
		Défavorisés		Favorisés		1989-1993	1999-2003	1989-1993	1999-2003
		1989-1993	1999-2003	1989-1993	1999-2003				
Cancer du poumon	IC	245	189	82	57	2,98	3,34	162,7	132,6
		(224;265)	(173;205)	(71;93)	(49;64)	(2,56;3,48)	(2,86;3,90)	(139,8;185,5)	(115,1;150,1)
Cancer du colon et du rectum	IC	42	46	28	24	1,49	1,90	13,9	21,8
		(36;48)	(40;52)	(23;34)	(20;29)	(1,19;1,87)	(1,52;2,37)	(6,2;21,6)	(14,4;29,2)
Cancer de la prostate	IC	23	18	22	11	1,08	1,71	1,8	7,6
		(20;27)	(16;21)	(18;25)	(9;13)	(0,85;1,38)	(1,33;2,21)	(-3,5;7,2)	(4,0;11,3)
Cardiopathies ischémiques	IC	359	240	155	70	2,32	3,43	204,2	170,2
		(331;387)	(221;260)	(137;172)	(62;78)	(2,02;2,66)	(2,96;3,98)	(170,7;237,8)	(148,7;191,8)
Maladies vasculaires cérébrales	IC	57	34	21	12	2,70	2,74	35,9	21,5
		(50;64)	(29;39)	(16;26)	(10;15)	(2,09;3,49)	(2,10;3,58)	(27,2;44,5)	(16,1;27,0)
Maladies des voies respiratoires inférieures	IC	67	49	24	9	2,81	5,33	43,2	40,2
		(60;74)	(44;55)	(20;28)	(8;11)	(2,29;3,45)	(4,21;6,76)	(34,6;51,9)	(33,8;46,6)
Suicide	IC	47	50	14	17	3,38	2,97	32,8	33,5
		(43;50)	(47;54)	(12;15)	(15;19)	(2,94;3,88)	(2,61;3,38)	(28,7;36,9)	(29,1;37,8)
Accidents de véhicule à moteur	IC	21	12	14	9	1,46	1,47	6,6	4,0
		(17;24)	(10;15)	(11;17)	(7;11)	(1,12;1,91)	(1,08;1,99)	(2,0;11,2)	(0,8;7,1)

1: Taux (ajusté selon l'âge et le milieu géographique) chez les hommes le plus favorisés et défavorisés aux plans matériel et social (quintiles 1 et 1, quintiles 5 et 5). Taux pour 100 000 habitants.

Taux chez les moins de 75 ans (suicide et accidents de véhicules à moteur); taux chez les 35 à 74 ans (autres causes de décès).

2: Le ratio correspond au taux des hommes le plus défavorisés / taux des hommes le plus favorisés aux plans matériel et social (quintiles 5 et 5 / quintiles 1 et 1).

3: La différence correspond au taux des hommes le plus défavorisés - taux des hommes le plus favorisés aux plans matériel et social (quintiles 5 et 5 - quintiles 1 et 1).

IC: Intervalle de confiance à 95% de probabilité.

Valeur de 1999-2003 statistiquement différente de celle de 1989-1993, $p < 0,05$.

Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

TABEAU 2

Taux de mortalité prématurée chez les femmes défavorisées et favorisées, et ratio et différence de mortalité prématurée selon la cause de décès, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

Cause de décès		Taux ¹				Ratio ²		Différence ³	
		Défavorisées		Favorisées		1989-1993	1999-2003	1989-1993	1999-2003
		1989-1993	1999-2003	1989-1993	1999-2003				
Cancer du poumon	IC	68	99	39	37	1,74	2,65	28,9	61,7
		(62;74)	(92;107)	(34;44)	(34;41)	(1,48;2,04)	(2,32;3,03)	(20,7;37,2)	(52,8;70,6)
Cancer du colon et du rectum	IC	30	25	26	22	1,14	1,14	3,7	3,1
		(26;34)	(21;29)	(21;31)	(18;26)	(0,90;1,44)	(0,90;1,44)	(-2,8;10,2)	(-2,3;8,5)
Cancer du sein	IC	53	43	48	39	1,11	1,11	5,1	4,1
		(50;57)	(40;46)	(45;52)	(36;42)	(0,99;1,23)	(0,99;1,23)	(-0,5;10,7)	(-0,4;8,6)
Cardiopathies ischémiques	IC	141	83	51	23	2,75	3,64	89,9	60,2
		(126;156)	(74;92)	(42;61)	(18;27)	(2,23;3,40)	(2,91;4,54)	(72,2;107,5)	(50,0;70,4)
Maladies vasculaires cérébrales	IC	33	26	17	11	1,90	2,30	15,5	14,7
		(28;37)	(22;30)	(13;22)	(8;14)	(1,44;2,51)	(1,73;3,07)	(9,4;21,7)	(10,0;19,3)
Maladies des voies respiratoires inférieures	IC	25	33	11	5	2,34	6,08	14,3	27,7
		(21;29)	(28;38)	(7;15)	(3;8)	(1,57;3,49)	(4,02;9,20)	(8,5;20,1)	(22,1;33,4)
Suicide	IC	12	14	4	4	3,09	3,10	8,1	9,4
		(10;14)	(12;16)	(3;5)	(4;5)	(2,42;3,94)	(2,47;3,90)	(6,3;9,9)	(7,4;11,4)
Accidents de véhicule à moteur	IC	9	6	6	4	1,42	1,42	2,6	1,8
		(8;10)	(5;7)	(5;7)	(4;5)	(1,15;1,76)	(1,15;1,76)	(1,0;4,2)	(0,7;2,9)

1: Taux (ajusté selon l'âge et le milieu géographique) chez les femmes le plus favorisées et défavorisées aux plans matériel et social (quintiles 1 et 1, quintiles 5 et 5). Taux pour 100 000 habitants.

Taux chez les moins de 75 ans (suicide et accidents de véhicules à moteur); taux chez les 35 à 74 ans (autres causes de décès).

2: Le ratio correspond au taux des femmes le plus défavorisées / taux des femmes le plus favorisées aux plans matériel et social (quintiles 5 et 5 / quintiles 1 et 1).

3: La différence correspond au taux des femmes le plus défavorisées - taux des femmes le plus favorisés aux plans matériel et social (quintiles 5 et 5 - quintiles 1 et 1).

IC: Intervalle de confiance à 95% de probabilité.

 Valeur de 1999-2003 statistiquement différente de celle de 1989-1993, p < 0,05.

Source : Fichier des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003.

**LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
AUGMENTENT-ELLES AU QUÉBEC?**

Auteurs :

Robert Pampalon

Unité études et analyses de l'état de santé de
la population


Denis Hamel

Philippe Gamache

Unité connaissance-surveillance
Institut national de santé publique du Québec

N° de Publication : 778

**Institut national
de santé publique**

Québec 

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

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :

<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 13 : 978-2-550-52945-3 (version imprimée)
ISBN 13 : 978-2-550-52946-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)