

# VIVRE ÉGAUX ET EN SANTÉ?

## EFFETS DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE ET LA MORTALITÉ DANS LANAUDIÈRE



PAR  
ANDRÉ GUILLEMETTE ET BERNARD-SIMON LECLERC  
SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION

« La santé constitue la première condition pour mener une vie active et satisfaisante. On voudrait croire que toutes et tous y ont un accès égal, mais ce n'est pas le cas, on le sait bien. »  
(Poirier et autres, 2007, p. 33)

## INTRODUCTION

Les effets des inégalités sociales sur la santé et le bien-être sont connus, reconnus et fort bien documentés. Le nombre d'études traitant du sujet en fait d'ailleurs foi. La totalité d'entre elles, sinon la plupart, démontrent que la défavorisation économique et sociale va de pair avec une morbidité et une mortalité plus élevées.

Ce présent ouvrage n'a donc pas pour objectif de révolutionner les connaissances à cet égard. Il tente plutôt, bien modestement, d'explorer les liens entre les inégalités sociales et la santé dans Lanaudière en utilisant un indice déjà bien connu au Québec, soit celui de la défavorisation matérielle et sociale. Pour ce faire, les auteurs ont associé les valeurs de l'indice à des indicateurs d'hospitalisation et de mortalité spécifiques à la population lanaudoise. En mettant ainsi en évidence les différences de santé qui existent entre les Lanaudoises et les Lanaudois des milieux plus défavorisés et ceux des milieux qui le sont moins, les auteurs visent à sensibiliser et, surtout, à interpeller les acteurs sociaux, économiques et politiques de la région de Lanaudière.

Ce fascicule s'inscrit dans la continuité des travaux accomplis depuis quelques années par le Service de surveillance, recherche et évaluation décrivant l'ampleur et la répartition géographique de la défavorisation des communautés sur le territoire de Lanaudière. Il reprend l'information initialement présentée lors de déjeuners-causeries tenus en mars 2007 et il constitue la suite d'un document similaire traitant des effets des inégalités sociales sur la fécondité et la santé périnatale<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Les résultats de ces travaux sont disponibles sans frais à la section Atlas du **S**ystème Lanaudois d'**I**nformation et d'**A**nalyse (SYLIA) ainsi qu'à la section Documentation du site de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au [www.agencelanaudiere.qc.ca](http://www.agencelanaudiere.qc.ca).



## DONNÉES ET MÉTHODES

Le fascicule met en relation statistique les mesures territoriales de défavorisation avec des indicateurs classiques d'hospitalisation et de mortalité.

### *Indice de défavorisation*

La défavorisation est définie comme un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. L'indice développé par Pampalon et Raymond regroupe six indicateurs répartis selon deux dimensions : l'une, matérielle, reflète la scolarité, l'emploi et le revenu – et se rapproche du concept de pauvreté; l'autre, sociale, renvoie à l'isolement « potentiel » en vertu d'une séparation, d'un divorce, d'un veuvage, de la monoparentalité ou du fait de vivre seul. Les calculs sont établis à partir des données du recensement canadien de 2001 réalisé par Statistique Canada. Ils concernent la population âgée de 15 ans et plus à l'exception des proportions de familles monoparentales.

L'information de nature socioéconomique a été introduite dans les bases de données du secteur de la santé et des services sociaux à partir du code postal de résidence des individus dénombrés. L'opération a été réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec en imputant à chaque individu la valeur de l'indice de défavorisation correspondant à son unité territoriale de résidence, appelée *aire de diffusion*. Selon les données du recensement de 2001, la région de Lanaudière comprend 533 de ces aires, chacune regroupant en moyenne 725 personnes. La version de l'indice utilisée reprend les formes matérielle et sociale de la défavorisation et exprime les écarts observés à l'échelle de la région.

Trois niveaux ont été définis pour l'une et l'autre des dimensions de la défavorisation, sur une échelle qui va du mieux au plus mal : 1) le quartile de population le plus favorisé (25 % des résidents), 2) les deux quartiles médians (50 % de la population) et 3) le quartile le plus défavorisé régionalement (le dernier 25 % des résidents). Les dimensions matérielle et sociale ont été considérées séparément et conjointement.

### *Indicateur de morbidité hospitalière*

Les écarts de morbidité hospitalière selon les composantes matérielle et sociale de la défavorisation sont exprimés par des rapports de taux standardisés d'hospitalisation (RTS) en soins physiques de courte durée (ou, plus communément, des indices comparatifs de morbidité hospitalière). Ces rapports, établis en pourcentages, expriment le résultat de la division du taux standardisé d'hospitalisation de la population des quartiles deux à quatre de la défavorisation par le taux standardisé d'hospitalisation de la population du quartile le plus favorisé de l'indice. Ils déterminent si une population donnée profite d'une morbidité hospitalière plus faible (RTS statistiquement inférieur à 100) ou plus élevée (RTS statistiquement supérieur à 100) que celle de la population qui lui est comparée.



Le taux standardisé d'hospitalisation représente le nombre annuel moyen d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour 100 000 personnes qui pourrait être observé dans une population donnée si celle-ci avait la même structure d'âge et de sexe que la population de référence (celle du Québec en 2001, sexes réunis, en l'occurrence). Ce taux permet d'établir des comparaisons d'une population à l'autre en réduisant les erreurs dues aux simples différences dans la composition par âge et par sexe des deux populations comparées.

Les taux standardisés de morbidité hospitalière en soins physiques de courte durée sont calculés en considérant seulement les hospitalisations survenues à 15-74 ans ou à 25-74 ans, selon le cas. Pour certaines causes de morbidité hospitalière, les hospitalisations survenues avant l'âge de 25 ans sont exclues parce que la plupart d'entre elles résultent plus de facteurs biologiques ou génétiques que de facteurs socioéconomiques. Les hospitalisations par traumatismes et empoisonnements survenues avant l'âge de 15 ans ne sont également pas considérées, car elles sont parfois trop peu nombreuses, ce qui peut altérer la valeur de certains taux de morbidité hospitalière par groupe d'âge quinquennal. Les données sont regroupées sur une période de cinq ans (du 1<sup>er</sup> avril 1999 au 31 mars 2004) afin de réduire les erreurs causées par les variations aléatoires et les petits nombres<sup>2</sup>.

Les causes d'hospitalisation retenues sont assujetties aux règles de codage préconisées par la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision (CIM-9). Elles correspondent aux causes d'hospitalisation les plus fréquentes et les plus souvent associées aux inégalités sociales. Elles représentent à elles seules un peu plus de la moitié de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée survenues au sein de la population lanauchoise :

- ensemble des causes à l'exception des hospitalisations de nouveaux-nés en bonne santé (séjours post-partum normaux en centre hospitalier) et des hospitalisations pour troubles mentaux;
- tumeurs malignes (CIM-9 = 140-208);
  - tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-9 = 162);
- diabète (CIM-9 = 250);
- maladies de l'appareil circulatoire (CIM-9 = 390-459);
- maladies de l'appareil respiratoire (CIM-9 = 460-519);
- cirrhose du foie (CIM-9 = 571.0-571.3);
- causes externes de traumatismes et empoisonnements (CIM-9 = E800-E999);
  - traumatismes non intentionnels (CIM-9 = E800-E869, E880-E929);
  - tentative de suicide (CIM-9 = E950-E959).

<sup>2</sup> Le choix de la période d'observation a été déterminé en fonction de la disponibilité des données populationnelles réparties selon l'indice de défavorisation, soit l'année censitaire 2001. Une décision similaire a été appliquée pour les indicateurs de mortalité.



*Indicateurs  
de mortalité*

Les variations de la mortalité selon la défavorisation sont, elles aussi, illustrées à l'aide de rapports de taux standardisés de mortalité (ou indices comparatifs de mortalité). Ces rapports sont le résultat, rapporté sur 100, de la division du taux standardisé de mortalité de la population des quartiles deux à quatre de la défavorisation par le taux standardisé de mortalité de la population du premier quartile de la défavorisation. Il y a surmortalité pour une population donnée si sa valeur du RTS est statistiquement supérieure à 100 et il y a sous-mortalité si sa valeur est statistiquement inférieure à 100. Les taux standardisés de mortalité correspondent au nombre annuel moyen de décès pour 100 000 personnes qui pourrait être observé dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge et sexe que la population de référence (celle du Québec en 2001, sexes réunis, en l'occurrence).

À l'instar des hospitalisations, les décès considérés sont ceux survenus au sein de la population lanadoise âgée de 15 à 74 ans ou de 25 à 74 ans, selon le cas. Les données sont regroupées sur une période de quatre ans, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2003.

Les causes de décès observées ont été codées selon les règles spécifiées par la Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes, dixième version (CIM-10). Elles représentent environ 85 % de l'ensemble des décès de Lanaudoises et de Lanaudois :

- ensemble des causes (CIM-10 = A00-Y89);
- tumeurs malignes (CIM-10 = C00-C97);
  - tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10 = C33-C34);
- maladies de l'appareil circulatoire (CIM-10 = I00-I99);
- maladies de l'appareil respiratoire (CIM-10 = J00-J99);
- causes externes de mortalité (CIM-10 = V01-Y98);
  - traumatismes non intentionnels (CIM-10 = V01-X59, Y85-Y86);
  - suicide (CIM-10 = X60-X84, Y87.0).

Les écarts de mortalité sont également mis en lumière à l'aide des espérances de vie à la naissance et à 65 ans. Elles correspondent à la durée moyenne de survie d'une personne d'un âge donné si les taux de mortalité par âge actuels continuent de s'appliquer. L'espérance de vie constitue un excellent indicateur pour comparer les niveaux de mortalité entre des populations. Elle correspond néanmoins à une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie. Ainsi, une espérance de vie plus élevée ne veut pas pour autant dire que la santé d'une population soit meilleure. Elle signifie seulement que les niveaux de mortalité y sont plus bas.

Les données sur la morbidité hospitalière et la mortalité proviennent, respectivement, du Fichier MED-ECHO et du Fichier des décès produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les effectifs de population nécessaires au calcul des taux et des espérances de vie sont obtenus du recensement canadien de 2001. Tous les résultats sont ventilés selon le sexe.



## RÉSULTATS

### *Morbidité hospitalière chez les femmes*

Pour bon nombre de causes, la morbidité hospitalière en soins physiques de courte durée s'amplifie significativement<sup>3</sup> avec la défavorisation matérielle (tableau 1). Chez les Lanaudoises du 4<sup>e</sup> quartile (le plus défavorisé), le rapport de taux standardisés indique, comparativement aux femmes du 1<sup>er</sup> quartile (le plus favorisé), une surmorbidity hospitalière de 22,7 % pour l'ensemble des causes<sup>4</sup>. Une situation similaire est constatée pour le diabète (+ 53,3 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 22,4 %), les maladies de l'appareil respiratoire (+ 47,0 %) et les traumatismes (+ 63,5 %)<sup>5</sup>. Parmi les traumatismes, cette disparité est plus particulièrement marquée pour les traumatismes non intentionnels (+ 47,6 %) et les tentatives de suicide (+ 82,4 %). Seul le taux standardisé de morbidité hospitalière par tumeurs malignes diminue avec la défavorisation matérielle (- 6,6 %).

Quoique moins prononcées, des variations similaires sont observées avec la défavorisation sociale. Toujours pour les femmes des milieux plus défavorisés, l'indice comparatif rend compte d'une morbidité hospitalière supérieure de 9,6 % à celle des femmes des milieux plus favorisés quant à la dimension sociale de l'indice. De même, la morbidité hospitalière par maladies de l'appareil respiratoire (+ 11,3 %) et par traumatismes (+ 23,5 %), plus spécifiquement par traumatismes non intentionnels (+ 21,1 %) et par tentative de suicide (+ 140,4 %), augmente avec la défavorisation sociale. Non observée avec la dimension matérielle de la défavorisation, la surmorbidity hospitalière par cirrhose du foie grimpe à + 70,8 % pour les femmes du 4<sup>e</sup> quartile de la composante sociale de la défavorisation.

La prise en compte simultanée des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation exacerbe les écarts de morbidité hospitalière entre les Lanaudoises des secteurs les plus favorisés et les moins favorisés. Pour les secondes, on constate une surmorbidity hospitalière par diabète (+ 109,4 %), par maladies de l'appareil circulatoire (+ 31,8 %), par maladies de l'appareil respiratoire (+ 63,6 %), par cirrhose du foie (+ 329,2 %), par traumatismes (+ 92,1 %), par traumatismes non intentionnels (+ 60,5 %) et par tentative de suicide (+ 447,4 %). Le rapport de taux standardisés pour l'ensemble des causes fait état d'une prévalence 40,4 % plus élevée des hospitalisations pour les Lanaudoises les moins bien cotées à l'échelle de la défavorisation matérielle et sociale comparativement à celles du 1<sup>er</sup> quartile.

<sup>3</sup> Toutes les différences auxquelles fait référence ce fascicule sont confirmées statistiquement avec un niveau de confiance à 95 %.

<sup>4</sup> Afin d'alléger l'analyse et la lecture des résultats, seuls les écarts entre les deux quartiles extrêmes sont révélés dans le texte. Les tableaux présentent toutefois la résultante des comparaisons pour l'ensemble des quartiles.

<sup>5</sup> Pour des raisons pratiques, le chapitre de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision (CIM-9) intitulé « Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements » est désigné par le terme « Traumatismes ».



**TABLEAU 1**

Rapports des taux standardisés d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon le sexe, les quartiles des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation et certaines causes d'hospitalisation, Lanaudière, 1999-2000 à 2003-2004

Quartiles	(FAVORISÉ) 1	DÉFAVORISATION				
		Matérielle		Sociale		Matérielle et sociale 4-4
		2-3	4	2-3	4	
<b>Femmes</b>						
Ensemble des causes (15-74 ans)	100,0	105,3 *	122,7 *	99,9	109,6 *	140,4 *
Ensemble des tumeurs malignes (25-74 ans)	100,0	90,0 *	93,4 *	97,6	97,9	92,8
Tumeurs malignes du poumon (25-74 ans)	100,0	102,4	104,2	101,7	95,9	95,7
Diabète (25-74 ans)	100,0	161,2 *	153,3 *	84,1 *	107,3	209,4 *
Maladies de l'appareil circulatoire (25-74 ans)	100,0	101,8	122,4 *	98,6	104,8	131,8 *
Maladies de l'appareil respiratoire (25-74 ans)	100,0	121,7 *	147,0 *	101,9	111,3 *	163,6 *
Cirrhose du foie (25-74 ans)	100,0	65,0	70,2	76,1	170,8 *	429,2 *
Traumatismes (15-74 ans)	100,0	126,0 *	163,5 *	111,1 *	123,5 *	192,1 *
Traumatismes non intentionnels (15-74 ans)	100,0	119,6 *	147,6 *	110,1 *	121,1 *	160,5 *
Tentative de suicide (15-74 ans)	100,0	131,0 *	182,4 *	128,2 *	240,4 *	547,4 *
<b>Hommes</b>						
Ensemble des causes (15-74 ans)	100,0	108,2 *	121,6 *	106,2 *	119,7 *	149,1 *
Ensemble des tumeurs malignes (25-74 ans)	100,0	105,3 *	104,9	100,6	105,7	104,2
Tumeurs malignes du poumon (25-74 ans)	100,0	117,8 *	136,2 *	102,7	107,6	136,3 *
Diabète (25-74 ans)	100,0	116,8 *	106,4	145,1 *	183,3 *	214,1 *
Maladies de l'appareil circulatoire (25-74 ans)	100,0	103,6 *	111,3 *	109,3 *	121,1 *	131,0 *
Maladies de l'appareil respiratoire (25-74 ans)	100,0	127,1 *	139,7 *	99,2	118,7 *	182,3 *
Cirrhose du foie (25-74 ans)	100,0	132,0 *	182,5 *	139,6 *	195,7 *	560,8 *
Traumatismes (15-74 ans)	100,0	114,2 *	153,1 *	117,3 *	124,8 *	186,8 *
Traumatismes non intentionnels (15-74 ans)	100,0	111,4 *	149,8 *	116,0 *	117,1 *	165,6 *
Tentative de suicide (15-74 ans)	100,0	104,8	140,6 *	118,2	164,4 *	129,3

\* Différence significative, avec un niveau de confiance à 95 %, avec le taux standardisé du 1<sup>er</sup> quartile des dimensions matérielle, sociale ou combinées, selon le cas.



### *Morbidité hospitalière chez les hommes*

Chez les Lanaudois, la variation des rapports de taux standardisés présente, à quelques exceptions près, un profil similaire à celui des Lanaudoises (tableau 1). Ainsi, la morbidité hospitalière générale des hommes du 4<sup>e</sup> quartile de la défavorisation matérielle surpasse de 21,6 % celle des hommes du 1<sup>er</sup> quartile. Cette surmorbidity hospitalière est relevée pour les tumeurs malignes du poumon<sup>6</sup> (+ 36,2 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 11,3 %), les maladies de l'appareil respiratoire (+ 39,7 %), la cirrhose du foie (+ 82,5 %), les traumatismes (+ 53,1 %), les traumatismes non intentionnels (+ 49,8 %) et les tentatives de suicide (+ 40,6 %).

En considérant la dimension sociale de la défavorisation, il ressort que les Lanaudois du 4<sup>e</sup> quartile présentent, toujours comparativement aux hommes classés dans le 1<sup>er</sup> quartile, une morbidité hospitalière plus importante pour le diabète (+ 83,3 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 21,1 %), les maladies de l'appareil respiratoire (+ 18,7 %), la cirrhose du foie (+ 95,7 %), l'ensemble des traumatismes (+ 24,8 %), les traumatismes non intentionnels (+ 17,1 %) et les tentatives de suicide (+ 64,4 %). Pour la totalité des causes d'hospitalisation, cette surmorbidity se chiffre à 19,7 % pour les Lanaudois appartenant au 4<sup>e</sup> quartile de la défavorisation sociale.

À l'instar des Lanaudoises, les écarts de morbidité hospitalière des Lanaudois s'aggravent lorsque les composantes matérielle et sociale de la défavorisation sont simultanément explorées. Pour les hommes des 4<sup>es</sup> quartiles et comparativement à ceux des 1<sup>ers</sup> quartiles, les rapports de taux standardisés font ressortir une nette surmorbidity pour l'ensemble des causes (+ 49,1 %) et, plus spécifiquement, pour les tumeurs malignes du poumon (+ 36,3 %), le diabète (+ 114,1 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 31,0 %), les maladies de l'appareil respiratoire (+ 82,3 %), la cirrhose du foie (+ 460,8 %), l'ensemble des traumatismes (+ 86,8 %) et les traumatismes non intentionnels (+ 65,6 %).

### *Mortalité chez les femmes*

Tout comme pour la morbidité hospitalière, le taux standardisé de mortalité augmente significativement avec la défavorisation matérielle (tableau 2). Chez les Lanaudoises du 4<sup>e</sup> quartile, soit le plus désavantagé, l'indice comparatif exprime une surmortalité de 28,1 % comparativement aux femmes du 1<sup>er</sup> quartile. Toujours en comparaison avec les personnes qui résident dans des secteurs plus favorisés, les Lanaudoises du 4<sup>e</sup> quartile sont victimes d'une nette surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire (+ 41,9 %), par traumatismes (+ 154,2 %), par traumatismes non intentionnels (+ 242,7 %) et par suicide (+ 107,5 %) lorsque la dimension matérielle de la défavorisation est considérée.

<sup>6</sup> Pour alléger la lecture du fascicule, la rubrique intitulée « Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon » est désignée par l'expression « Tumeurs malignes du poumon ».



**TABLEAU 2**  
Rapports des taux standardisés de mortalité selon le sexe,  
les quartiles des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation et certaines causes  
de mortalité, Lanaudière, 2000-2003

Quartiles	(FAVORISÉ) 1	DÉFAVORISATION				
		Matérielle		Sociale		Matérielle et sociale 4-4
		2-3	4	2-3	4	
<b>Femmes</b>						
Ensemble des causes (15-74 ans)	100,0	105,3 *	122,7 *	99,9	109,6 *	140,4 *
Ensemble des tumeurs malignes (25-74 ans)	100,0	90,0 *	93,4 *	97,6	97,9	92,8
Tumeurs malignes du poumon (25-74 ans)	100,0	102,4	104,2	101,7	95,9	95,7
Diabète (25-74 ans)	100,0	161,2 *	153,3 *	84,1 *	107,3	209,4 *
Maladies de l'appareil circulatoire (25-74 ans)	100,0	101,8	122,4 *	98,6	104,8	131,8 *
Maladies de l'appareil respiratoire (25-74 ans)	100,0	121,7 *	147,0 *	101,9	111,3 *	163,6 *
Cirrhose du foie (25-74 ans)	100,0	65,0	70,2	76,1	170,8 *	429,2 *
Traumatismes (15-74 ans)	100,0	126,0 *	163,5 *	111,1 *	123,5 *	192,1 *
Traumatismes non intentionnels (15-74 ans)	100,0	119,6 *	147,6 *	110,1 *	121,1 *	160,5 *
Tentative de suicide (15-74 ans)	100,0	131,0 *	182,4 *	128,2 *	240,4 *	547,4 *
<b>Hommes</b>						
Ensemble des causes (15-74 ans)	100,0	108,2 *	121,6 *	106,2 *	119,7 *	149,1 *
Ensemble des tumeurs malignes (25-74 ans)	100,0	105,3 *	104,9	100,6	105,7	104,2
Tumeurs malignes du poumon (25-74 ans)	100,0	117,8 *	136,2 *	102,7	107,6	136,3 *
Diabète (25-74 ans)	100,0	116,8 *	106,4	145,1 *	183,3 *	214,1 *
Maladies de l'appareil circulatoire (25-74 ans)	100,0	103,6 *	111,3 *	109,3 *	121,1 *	131,0 *
Maladies de l'appareil respiratoire (25-74 ans)	100,0	127,1 *	139,7 *	99,2	118,7 *	182,3 *
Cirrhose du foie (25-74 ans)	100,0	132,0 *	182,5 *	139,6 *	195,7 *	560,8 *
Traumatismes (15-74 ans)	100,0	114,2 *	153,1 *	117,3 *	124,8 *	186,8 *
Traumatismes non intentionnels (15-74 ans)	100,0	111,4 *	149,8 *	116,0 *	117,1 *	165,6 *
Tentative de suicide (15-74 ans)	100,0	104,8	140,6 *	118,2	164,4 *	129,3

\* Différence significative, avec un niveau de confiance à 95 %, avec le taux standardisé du 1<sup>er</sup> quartile des dimensions matérielle, sociale ou combinées, selon le cas.



L'analyse des rapports de taux standardisés par le biais de la composante sociale de la défavorisation laisse entrevoir des différences moins fréquentes entre les deux pôles de la défavorisation. Ainsi, les Lanaudoises du 4<sup>e</sup> quartile affichent une surmortalité seulement pour l'ensemble des traumatismes (+ 41,2 %) et, plus particulièrement, pour les suicides (+ 116,0 %). Une situation inverse est même observée avec l'ensemble des tumeurs malignes, alors que les Lanaudoises des secteurs plus désavantagés profitent d'une mortalité inférieure de 18,7 %.

La combinaison des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation rend encore plus flagrants certains écarts de mortalité entre les Lanaudoises moins favorisées et les plus favorisées au point de vue de leur environnement de vie. Les femmes les moins favorisées ont ainsi une surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (+ 64,9 %), l'ensemble des traumatismes (+ 153,9 %), les traumatismes non intentionnels (+ 142,9 %) et les suicides (+ 132,2 %).

#### *Mortalité chez les hommes*

Les Lanaudois n'échappent pas aux effets de la défavorisation matérielle sur la mortalité puisque les plus défavorisés sont affectés par une mortalité générale 28,8 % supérieure à celle des plus favorisés (tableau 2). Cette surmortalité se reflète également avec l'ensemble des tumeurs malignes (+ 14,8 %), dont les tumeurs malignes du poumon (+ 40,4 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 31,6 %), les maladies de l'appareil respiratoire (+ 45,6 %) et les traumatismes (+ 47,3 %). Parmi ces derniers, les traumatismes non intentionnels font ressortir l'écart le plus grand (+ 147,1 %).

Quoique moins nettes, il existe aussi des différences entre les deux quartiles extrêmes lorsque la dimension sociale de la défavorisation est prise en compte. Cela se traduit par une surmortalité générale de 13,7 % pour les Lanaudois du 4<sup>e</sup> quartile comparativement à ceux du 1<sup>er</sup> quartile. Il en est de même pour l'ensemble des tumeurs malignes (+ 13,5 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (+ 22,3 %).

Encore une fois, la combinaison des composantes matérielle et sociale de la défavorisation ne fait qu'accroître les écarts de mortalité entre les plus défavorisés et les plus favorisés. Pour les Lanaudois des 4<sup>es</sup> quartiles, la mortalité générale est ainsi 48,1 % supérieure à celle des hommes des 1<sup>ers</sup> quartiles. Cette surmortalité est notée pour l'ensemble des tumeurs malignes (+ 37,4 %), les maladies de l'appareil circulatoire (+ 36,3 %), l'ensemble des traumatismes (+ 52,1 %) et, plus particulièrement, les traumatismes non intentionnels (+ 2 568,6 %)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Une telle surmortalité exprimée par un rapport de taux standardisés de mortalité de 2 668,6 peut sembler pour le moins astronomique, ce qui est effectivement le cas. Elle résulte de la présence d'un très faible nombre de décès par traumatismes non intentionnels. Avec un peu plus d'événements, donc une période d'observation étendue sur cinq ans au lieu de quatre, l'écart de mortalité serait certes encore présent, mais avec une amplitude vraisemblablement un peu plus modeste.



*Espérances de vie*

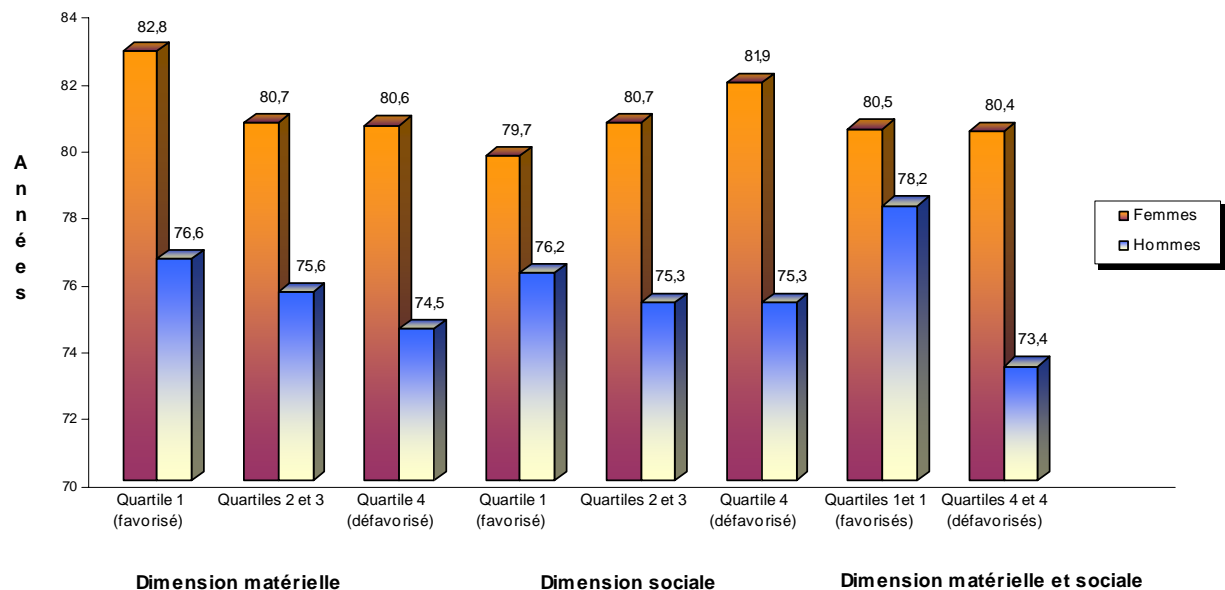
L'utilisation des espérances de vie permet également de faire ressortir les inégalités de mortalité selon l'une ou l'autre des dimensions de la défavorisation. Les variations ne sont toutefois pas aussi nettes et elles ne vont pas toujours dans le sens attendu.

De ce fait, les Lanaudoises les plus favorisées au plan matériel bénéficient d'une espérance de vie à la naissance de 82,8 ans comparativement à 80,6 ans pour les plus démunies (figure 1). Par contre, le constat est tout le contraire lorsque la dimension sociale de la défavorisation est examinée, les plus défavorisées ayant l'espérance de vie à la naissance la plus élevée (81,9 ans contre 79,7 ans). La combinaison des composantes matérielle et sociale de la défavorisation ne fait, pour sa part, ressortir qu'une différence minime entre les espérances de vie à la naissance des Lanaudoises des quartiles extrêmes.

Qu'importe la dimension prise en compte, les Lanaudois classés au 1<sup>er</sup> quartile de la défavorisation profitent d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes du 4<sup>e</sup> quartile. Cette différence est cependant légèrement plus marquée avec la composante matérielle (76,6 ans contre 74,5 ans) qu'avec la dimension sociale (76,2 ans contre 75,3 ans), et elle atteint un sommet lorsque les deux composantes sont combinées (78,2 ans contre 73,4 ans).

**FIGURE 1**

Espérances de vie à la naissance selon le sexe et les quartiles des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation, Lanaudière, 1999-2003 (en années)



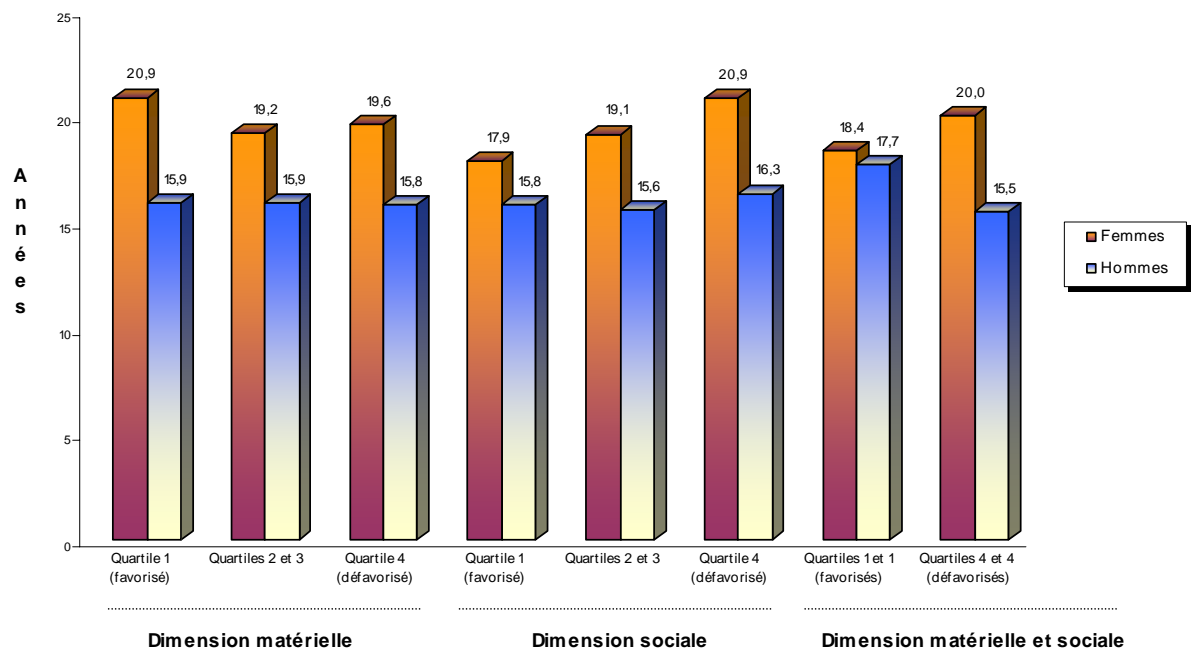


L'espérance de vie à 65 ans des Lanaudoises qui résident dans des secteurs plus favorisés n'est pas forcément supérieure à celle des femmes des milieux plus défavorisés selon la dimension de la défavorisation considérée (figure 2). Leur espérance de vie à 65 ans se compare ainsi avantageusement lorsque la composante matérielle est retenue (20,9 ans contre 19,6 ans), mais ce n'est plus le cas quand la dimension sociale est prise en compte (17,9 ans contre 20,9 ans) ou lorsqu'elles sont combinées (18,4 ans contre 20,0 ans).

Une situation tout aussi paradoxale est observée pour les Lanaudois. Les hommes du 1<sup>er</sup> quartile de la dimension matérielle de la défavorisation ont en effet une espérance de vie à 65 ans pratiquement semblable à celle des hommes du 4<sup>e</sup> quartile (15,9 ans contre 15,8 ans), alors qu'elle est moindre lorsque la composante sociale est analysée (15,8 ans contre 16,3 ans). La différence redevient toutefois à leur avantage avec la combinaison simultanée des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation (17,7 ans contre 15,5 ans).

FIGURE 2

Espérances de vie à 65 ans selon le sexe et les quartiles des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation, Lanaudière, 1999-2003 (en années)





## Des constats

- La mesure de la morbidité hospitalière et de la mortalité en fonction de la défavorisation ne fait pas forcément ressortir des écarts semblables entre les dimensions matérielle et sociale. Pour l'une ou l'autre des deux dimensions, les différences peuvent être plus grandes, plus petites ou non confirmées statistiquement, et ce, pour une même cause d'hospitalisation ou de décès. Toujours pour une même cause, de pareilles dissemblances peuvent être observées entre les femmes et les hommes; une surmorbidité hospitalière ou une surmortalité relevée chez les femmes ne l'étant pas obligatoirement chez les hommes, ou vice versa.
- Malgré ce constat, il ressort de l'analyse que, généralement et pour les causes retenues, la morbidité hospitalière et la mortalité augmentent avec la défavorisation matérielle et sociale, et ce, que ces deux dimensions soient combinées ou prises individuellement.<sup>8</sup>
- Pour la morbidité hospitalière, cette conclusion est surtout valable pour la cirrhose du foie, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire et les traumatismes.
- Il en est de même pour la mortalité par tumeurs malignes (chez les hommes seulement), par maladies de l'appareil circulatoire et par traumatismes. Pour cette dernière cause, les écarts de mortalité s'appliquent spécifiquement aux suicides chez les femmes et aux traumatismes non intentionnels chez les femmes et les hommes.
- L'ensemble des tumeurs malignes et la sous-catégorie des tumeurs malignes du poumon sont les seules, parmi les causes présentées dans ce fascicule, dont l'intensité des taux n'augmente pas systématiquement avec la défavorisation matérielle ou sociale. Chez les femmes, la relation avec la défavorisation semblerait plutôt aller à l'inverse de ce qui est observé pour les autres causes.
- C'est avec les traumatismes que les écarts de morbidité hospitalière et de morbidité selon la défavorisation sont les plus grands.
- Les écarts pour les plans matériel et social semblent avoir un impact plus grand sur la morbidité hospitalière et la mortalité des hommes que sur celles des femmes.
- Finalement, il faut retenir que les inégalités de morbidité hospitalière et de mortalité augmentent fortement lorsque les dimensions matérielle et sociale de la défavorisation sont combinées, et ce, aussi bien chez les femmes que chez les hommes et pour la plupart des causes considérées.

<sup>8</sup> Pour certaines causes de morbidité hospitalière et de mortalité, les résultats observés vont à l'encontre des résultats attendus (hausse allant de pair avec la défavorisation). Les auteurs ne peuvent pour l'instant expliquer avec certitude ces résultats. Ils pourraient, entre autres choses, résulter d'un biais causé par la nature des indicateurs choisis ou par certaines particularités matérielles et sociales non considérées.



« La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être est un élément de premier plan dans un projet de société. Cela suppose, bien sûr, l'engagement et la solidarité de tous les ministères et organismes publics, en collaboration avec les acteurs économiques et sociaux concernés et l'ensemble de la collectivité québécoise. » (Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, 2002, p. 9)

## CONCLUSION

Les données sociosanitaires présentées dans ce fascicule montrent que les inégalités sociales de santé sont bien présentes dans la région de Lanaudière. Les personnes les plus pauvres matériellement et les plus isolées socialement ont, pour la plupart des causes considérées dans ce fascicule, une morbidité hospitalière et une mortalité significativement plus élevées que celles des mieux nanties. Cela est loin d'être exceptionnel à la seule population lanaudoise puisque ce constat s'applique, encore aujourd'hui, à toutes les régions du Québec, aux provinces canadiennes ainsi qu'à tous les pays dits économiquement développés et démocratiques<sup>9</sup>.

Selon les prescriptions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur la santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé de la population en agissant, entre autres, sur les déterminants de la santé et du bien-être. Il lui incombe donc d'agir afin de réduire ces inégalités sociales de santé et de bien-être.

Pour ce faire, le réseau de la santé lanaudois, comme partout ailleurs au Québec, offre une gamme de services à l'ensemble de la population et, plus particulièrement, aux populations les plus à risque. En conformité avec les orientations prescrites par le Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (2002) et le troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec (2007), ces services visent à favoriser le renforcement du potentiel des personnes afin qu'elles puissent acquérir les capacités nécessaires à une prise en main de leur vie et au développement de leur autonomie. Les efforts d'implantation de *l'Initiative des amis des bébés*, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité et les actions visant à améliorer le niveau de scolarité de la population, sont en ce sens, quelques exemples des activités privilégiées pour agir en amont des problèmes de santé.

<sup>9</sup> Une étude récente de Pampalon, Hamel et Gamache (2008) fait ressortir la même problématique pour l'ensemble du Québec. Cette même étude révèle également que les inégalités sociales de mortalité se sont accrues depuis les années 90.



Auprès des adultes, le réseau de la santé et des services sociaux privilégie, entre autres choses, des activités visant l'amélioration des habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, hygiène dentaire, consommation abusive d'alcool et de drogues) et la promotion de la sécurité dans les milieux de vie.

La lutte pour le maintien et l'amélioration de la santé de la population et, par conséquent, pour l'atténuation des inégalités sociales de santé et de bien-être ne passe toutefois pas uniquement par le développement du potentiel des personnes. Elle doit également privilégier le développement de communautés et d'environnements favorables à la santé. Il ressort en effet que si « la situation d'une communauté humaine est déterminée par de grands paramètres socioéconomiques, elle est aussi sous l'influence des dynamiques sociales propres au milieu lui-même ainsi qu'aux caractéristiques particulières de l'environnement comme tel » (Boisvert, 2007, p. 12). Le récent rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière (2007) opine en ce sens puisqu'il invite les personnes, les familles, les communautés et les acteurs de tous les secteurs de la société à se concerter et à agir en faveur du développement durable des communautés.

« La contribution aux changements durables dans les communautés exige de tous les partenaires une ferme volonté d'agir simultanément sur plusieurs fronts à la fois et de maintenir une vision à long terme. Nos capacités de mobilisation, l'application d'une approche plus globale et l'accompagnement de nos partenaires sectoriels et intersectoriels constituent pour nous des défis majeurs pour les années à venir. Le développement durable des communautés nous invite à sortir de nos secteurs d'activités spécifiques (les silos) et à décloisonner notre action dans le cadre d'une approche concertée et territoriale. » (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2003, p. 28.)

Le combat contre les inégalités sociales de santé demeure et doit demeurer un mandat fort des ministères et des organismes gouvernementaux. Mais, c'est aussi la responsabilité des acteurs de tous les autres paliers de la société, de l'ensemble de la population et, plus spécifiquement, de nos communautés et de chacun d'entre nous.



### Références bibliographiques

BÉGIN, Claude, Lise OUELLET et Élisabeth CADIEUX. *Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population Lanaudoise! Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière*—Édition 2007, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 32 p.

BOISVERT, Réal. *Les indicateurs de développement des communautés : Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance. Rapport général*, Trois-Rivières, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 64 p.

BOISVERT, Réal, Yves PÉPIN et Catherine HALLÉ (coll.). *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : Une analyse écologique (phase II). Rapport de recherche*, Trois-Rivières, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Direction des systèmes d'information et de la qualité (Équipe connaissance/surveillance/évaluation), Direction de la santé publique, 2004, 89 p.

COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action!*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 52 p.

FERLAND, Marc. *Variation des écarts de l'état de santé en fonction du revenu au Québec de 1987 à 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 78 p.

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

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques—Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 659 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE. *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 géographique*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 20 p.

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

POIRIER, Alain, Marc-André MARANDA et Line JOBIN (Sous la direction de). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Mise à jour 2008, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

POIRIER, Alain, Marc-André MARANDA, Lise DUNNIGAN, Carolyne ALIX, Philippe GAMACHE, Denis HAMEL, Marthe HAMEL, Robert PAMPALON, et Ginette PAQUET. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants – La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 2007, 162 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION, COMITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL (PAR). Laurent MARCOUX (sous la direction de). *Agir ensemble pour mieux vivre aujourd'hui et demain dans Lanaudière : plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Saint-Charles-Borromée, RRSSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2003, 157 p.

SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION. *SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2007 ([www.agencelanaudiere.qc.ca](http://www.agencelanaudiere.qc.ca)).

---

Le présent fascicule a été réalisé par le Service de surveillance, recherche et évaluation. Il s'inscrit dans une série de tableaux de bord du même genre qui explore la défavorisation selon différents calibrages et différents territoires de la région de Lanaudière.

Recherche et rédaction : André Guillemette et Bernard-Simon Leclerc

Extraction des données : Christine Garand

Calcul des indices et  
des indicateurs : Bernard-Simon Leclerc et André Guillemette

Conception graphique : Marie-Josée Charbonneau et Josée Payette

Mise en pages : Christiane Bellehumeur et Chantal Beaulieu

Comité de lecture : Dalal Badlissi, Marie-Andrée Bossé, Élizabeth Cadieux,  
Marie-Josée Charbonneau, Christine Chevalier,  
Abdoul Aziz GBaya, Louise Lemire, Lise Ouellet et  
Josée Payette, tous de l'ASSS de Lanaudière,  
ainsi que Sylvie Nadon de l'ASSS des Laurentides.

Dépôt légal :  
ISBN : 978-2-923685-23-6 (version imprimée)  
978-2-923685-24-3 (version PDF)

Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Troisième trimestre 2008

La version PDF de ce document est disponible à la section *Documentation*, sous la rubrique *Publications* du site de l'Agence au [www.agencelanaudiere.qc.ca](http://www.agencelanaudiere.qc.ca). À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

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

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

---