

NAÎTRE ÉGAUX ET EN SANTÉ?

EFFETS DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA FÉCONDITÉ ET LA SANTÉ PÉRINATALE



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

« Si l'espérance de vie de la population dans son ensemble a marqué des progrès constants, il n'en est pas de même en ce qui concerne les inégalités de santé. Des disparités importantes en matière de santé et de bien-être persistent et elles dépendent principalement de l'écart qui existe entre les groupes les plus pauvres et les plus favorisés » (Poirier et autres, 2007, p. 27).

INTRODUCTION

Des écarts sur les plans de la santé, du bien-être et de la maladie sont présents entre sous-groupes ou territoires au sein de la population lanadoise. Ces inégalités, associées à des dimensions économiques ou sociales, ne sont pas sans effets sur la santé et le recours aux services. À cet égard, la grossesse chez les jeunes et la période périnatale sont tout particulièrement sensibles aux influences socioéconomiques. Les conséquences tangibles de la défavorisation, telles que les grossesses à l'adolescence, la prématurité et la morbidité infantile, peuvent compromettre le développement des enfants, souvent tôt dans la vie et des années durant.

Le présent ouvrage associe les valeurs de l'indice de défavorisation à des indicateurs de mortalité, d'hospitalisation, de fécondité et de périnatalité spécifiques à la population lanadoise. En mettant ainsi en évidence les différences de santé qui existent entre les femmes et les enfants des milieux défavorisés et ceux des milieux qui le sont moins, les auteurs souhaitent soutenir les intervenants de santé et les partenaires de tous les secteurs de la société dans la recherche de solutions collectives agissant simultanément sur plusieurs fronts à la fois.

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 Lanaudière¹. Il reprend l'information initialement présentée lors de déjeuners-causeries tenus en mars 2007.

¹ Les résultats de ces travaux peuvent être consultés à la section Atlas du **S**ystème **L**anadois 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.



DONNÉES ET MÉTHODES

Le document met en relation statistique les mesures territoriales de défavorisation et des indicateurs classiques de mortalité, d'hospitalisation, de fécondité et de naissance.

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.

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*. 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 de défavorisation 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.

Indicateurs de fécondité

La fécondité des femmes est exprimée par les taux de fécondité selon l'âge et par l'indice synthétique de fécondité. Ces deux indicateurs font référence à la reproduction effective des femmes en âge de procréer (désignant les naissances vivantes) et non à leur taux de grossesses (désignant les naissances vivantes, mais également les fausses couches et les interruptions volontaires de grossesse).

Les taux de fécondité expriment le nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans à 45-49 ans. L'indice synthétique de fécondité correspond au nombre moyen d'enfants qu'auraient les femmes dans l'hypothèse où elles seraient soumises, tout au long de leur période de procréation, aux taux de fécondité par âge observés de 1999 à 2003.



Indicateurs de périnatalité

La prématurité et le faible poids à la naissance sont les indicateurs de périnatalité les plus fréquemment utilisés pour évaluer les risques pour la santé des nouveau-nés. Un nouveau-né est considéré prématuré lorsque sa durée de gestation est inférieure à 37 semaines et il est de faible poids s'il pèse moins de 2 500 grammes.

Le retard de croissance intra-utérine est un autre indicateur de la santé et du bien-être des nouveau-nés. Il désigne le nombre d'enfants nés vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel (donc, comparativement à des nouveau-nés du même sexe et dont la durée de gestation est identique).

Deux autres indicateurs étroitement liés à la santé des nouveau-nés ont aussi été retenus. Il s'agit du taux de mortalité infantile, qui rend compte du nombre de décès survenus chez les enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes et du taux d'hospitalisation ou de morbidité hospitalière infantile en soins physiques de courte durée, qui exprime le nombre d'hospitalisations d'enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

Tout comme pour la fécondité, les indicateurs de la prématurité, du faible poids à la naissance, du retard de croissance intra-utérine et de la mortalité infantile couvrent la période 1999-2003. Les données sur la morbidité hospitalière sont compilées pour la période financière s'échelonnant entre le 1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2004. Les données sont regroupées par période de cinq ans afin de réduire les biais causés par les variations aléatoires et les petits nombres.

Les données périnatales proviennent du *Fichier des naissances vivantes*, du *Fichier des décès* et du *Fichier MED-ECHO* produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les effectifs de population nécessaires au calcul de la fécondité sont obtenus du recensement canadien de 2001 (données corrigées pour le sous-dénombrement).

RÉSULTATS

Fécondité

La fécondité, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants par femme, augmente avec la défavorisation matérielle. Au quartile le plus favorisé de la dimension matérielle, l'indice synthétique de fécondité est de 1,57 enfant par femme, alors qu'il grimpe à 1,74 au quartile le plus défavorisé. Une relation inverse est toutefois observée avec la défavorisation sociale, l'indice synthétique de fécondité passant de 1,70 enfant par femme pour le quartile le plus favorisé à 1,43 pour le plus défavorisé. Ce constat est le même lorsque les dimensions matérielle et sociale de la défavorisation sont combinées (1,68 enfant par femme aux 1^{ers} quartiles comparativement à 1,49 aux 4^{es} quartiles).

Les écarts de fécondité selon les quartiles de l'indice de défavorisation sont encore plus marqués en considérant les groupes d'âge. Chez les femmes âgées de moins de 20 ans et de 20 à 24 ans, les taux de fécondité augmentent avec la défavorisation matérielle et sociale. Pour la dimension matérielle, cet écart varie du simple au quadruple chez les



femmes âgées de 15 à 19 ans (6,1 naissances pour 1 000 femmes contre 24,2) et du simple au double chez celles du groupe 20-24 ans (53,8 naissances pour 1 000 femmes comparativement à 101,2). Quoiqu'allant dans le même sens, ces différences sont beaucoup moins prononcées pour la dimension sociale de la défavorisation. C'est la combinaison des dimensions matérielle et sociale qui fait ressortir les écarts de fécondité les plus grands parmi les jeunes femmes. Chez les moins de 20 ans, le taux de fécondité des femmes des milieux plus défavorisés est dix fois supérieur à celui des milieux plus favorisés (25,3 naissances pour 1 000 femmes contre 2,8) et il est trois fois plus élevé chez les 20-24 ans (95,6 naissances pour 1 000 femmes contre 33,6).

Cette plus forte fécondité selon l'âge dans les quartiles les moins favorisés semble aussi être constatée chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Les différences y sont cependant moins prononcées et elles sont pratiquement nulles (pour ne pas dire inversées) pour la dimension sociale de la défavorisation.

Contrairement à ce qui est observé chez les plus jeunes femmes et, en partie, chez les plus âgées, les taux de fécondité diminuent avec la défavorisation matérielle et sociale parmi les femmes âgées de 25 à 39 ans. Plus modestes lorsque la dimension matérielle de la défavorisation est considérée, les écarts entre les quartiles prennent plus d'importance avec la dimension sociale et ils culminent lorsque les deux composantes matérielle et sociale sont combinées. Chez les femmes du groupe des 25-29 ans, le taux de fécondité des quartiles les plus favorisés est de 184,3 naissances pour 1 000 femmes comparativement à 100,4 chez les plus défavorisées. Moins prononcés dans le groupe des 30-34 ans (89,6 naissances pour 1 000 femmes contre 56,7) et celui des 35-39 ans (22,9 naissances pour 1 000 femmes contre 15,2), les écarts de fécondité demeurent néanmoins non négligeables entre les deux pôles extrêmes de l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

Tableau 1
Taux de fécondité selon le groupe d'âge et indice synthétique de fécondité selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 1999-2003

	Taux de fécondité (pour 1 000 femmes)								Indice synthétique de fécondité
	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Total	
Dimension matérielle									
Quartile 1 (favorisé)	6,1	53,8	144,8	83,8	22,5	2,3	0,0	35,3	1,57
Quartiles 2-3	10,6	69,4	134,3	71,9	18,7	2,7	0,0	35,5	1,54
Quartile 4 (défavorisé)	24,2	101,2	133,0	67,7	18,4	3,2	0,1	40,6	1,74
Dimension sociale									
Quartile 1 (favorisé)	11,5	61,1	157,9	86,1	20,3	2,9	0,0	35,9	1,70
Quartiles 2-3	10,9	75,4	142,6	74,3	20,1	2,6	0,0	37,4	1,63
Quartile 4 (défavorisé)	16,8	77,7	110,9	60,7	17,9	2,7	0,1	35,8	1,43
Dimensions matérielle et sociale									
Quartiles 1-1 (favorisés)	2,8	33,6	184,3	89,6	22,9	2,5	0,0	31,4	1,68
Quartiles 4-4 (défavorisés)	25,3	95,6	100,4	56,7	15,2	4,4	0,2	37,4	1,49

Les variations de la fécondité selon le groupe d'âge et le quartile de l'indice de défavorisation laissent entrevoir des risques plus élevés pour la santé des nouveau-nés dont les mères sont plus défavorisées. C'est en effet dans les groupes d'âge où les

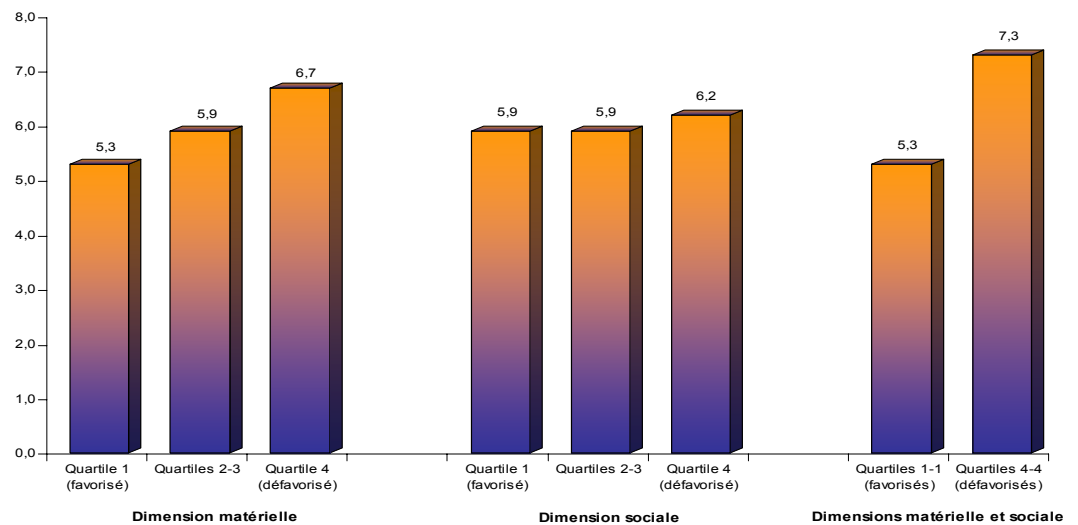


issues de grossesse sont le plus à risque (moins de 25 ans et 40 ans et plus) de pathologies périnatales que les taux de fécondité des femmes défavorisées sur les plans matériel et social sont plus élevés que ceux des femmes plus favorisées.

Issues de grossesse

La proportion de naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes à la naissance) croît avec la défavorisation matérielle et sociale. Plus prononcé pour la dimension matérielle (5,3 % au 1^{er} quartile contre 6,7 % au 4^e quartile) que pour la dimension sociale (5,9 % au 1^{er} quartile contre 6,2 % au 4^e quartile), l'écart atteint un sommet lorsque les deux composantes de l'indice de défavorisation sont prises en compte. Aux quartiles combinant les composantes matérielle et sociale les plus favorisées, la proportion de nouveau-nés de faible poids se situe à 5,3 %, alors qu'elle se hisse à 7,3 % aux quartiles les plus défavorisés².

Figure 1
Proportion de naissances vivantes de faible poids (moins de 2 500 grammes) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 1999-2003 (en %)



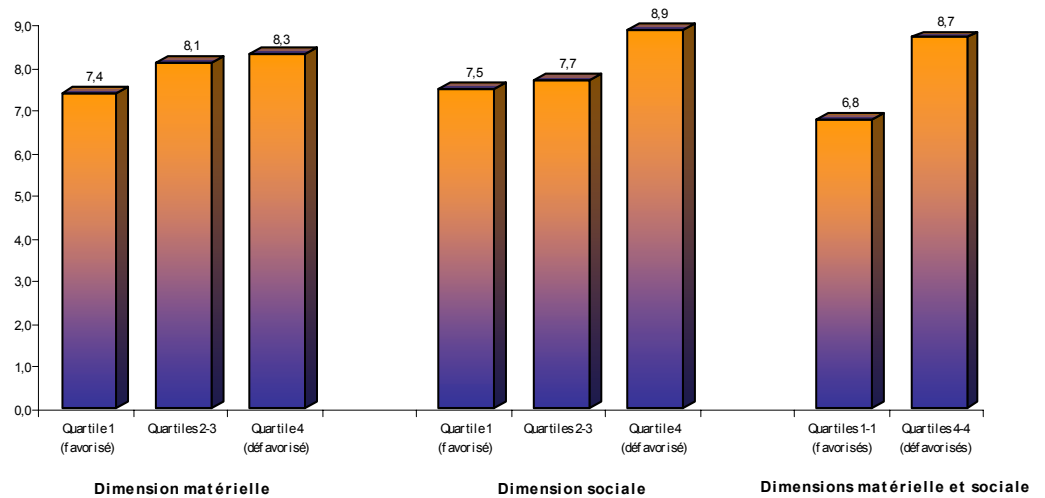
La prématurité (naissance avant la 37^e semaine de gestation) augmente aussi avec la défavorisation matérielle et sociale. L'écart est toutefois un peu plus important pour la dimension sociale (7,5 % de naissances prématurées au 1^{er} quartile contre 8,9 % au 4^e quartile) qu'il ne l'est pour la dimension matérielle (7,4 % au 1^{er} quartile contre 8,3 % au 4^e quartile). C'est lorsque les dimensions matérielle et sociale de l'indice de défavorisation sont simultanément considérées que les différences semblent être plus prééminentes : 6,8 % de naissances prématurées aux 1^{ers} quartiles et 8,7 % aux 4^{es} quartiles³.

² Pour la dimension matérielle, le rapport des cotes est de 1,29 (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,08 à 1,54). Il est de 1,05 (IC à 95 % : 0,87 à 1,27) pour la dimension sociale et de 1,40 (IC à 95 % : 1,00 à 1,97) lorsque les deux dimensions sont combinées.

³ Pour la dimension matérielle, le rapport des cotes est de 1,14 (IC à 95 % : 0,98 à 1,33). Il est de 1,20 (IC à 95 % : 1,03 à 1,40) pour la dimension sociale et de 1,31 (IC à 95 % : 0,96 à 1,78) lorsque les deux dimensions sont combinées.



Figure 2
Proportion de naissances prématurées (moins de 37 semaines de gestation) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 1999-2003 (en %)



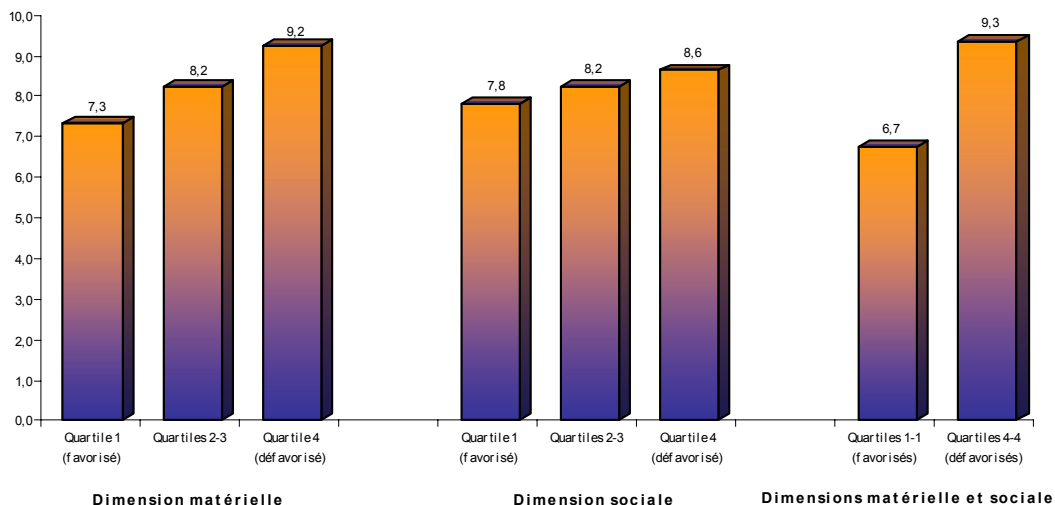
À l'instar des deux indicateurs précédents, le retard de croissance intra-utérine (nouveau-nés dont le poids se situe sous le 10^e centile comparativement aux bébés du même sexe et à âge gestationnel égal) augmente avec la défavorisation matérielle et sociale. C'est, encore une fois, lors de la combinaison des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation que le fossé entre les quartiles les plus favorisés (6,7 % de nouveau-nés jugés trop petits) et les plus défavorisés (9,3 %) est le plus grand. Cette différence demeure relativement importante pour la dimension matérielle (7,3 % au 1^{er} quartile contre 9,2 % au 4^e quartile), tandis qu'elle est moins prononcée avec la dimension sociale (7,8 % au 1^{er} quartile contre 8,6 % au 4^e quartile)⁴.

Le faible poids à la naissance, la prématurité et le retard de croissance intra-utérine sont intimement liés à la défavorisation matérielle et sociale, leur incidence atteignant des sommets au 4^e quartile de l'indice de défavorisation. Qu'importe l'indicateur périnatal considéré, il ressort également que les différences entre les quartiles extrêmes de l'indice sont les plus élevées lorsque les dimensions matérielle et sociale de la défavorisation sont combinées.

⁴ Pour la dimension matérielle, le rapport des cotes est de 1,28 (IC à 95 % : 1,10 à 1,49). Il est de 1,12 (IC à 95 % : 0,96 à 1,31) pour la dimension sociale et de 1,42 (IC à 95 % : 1,04 à 1,94) lorsque les deux dimensions sont combinées.



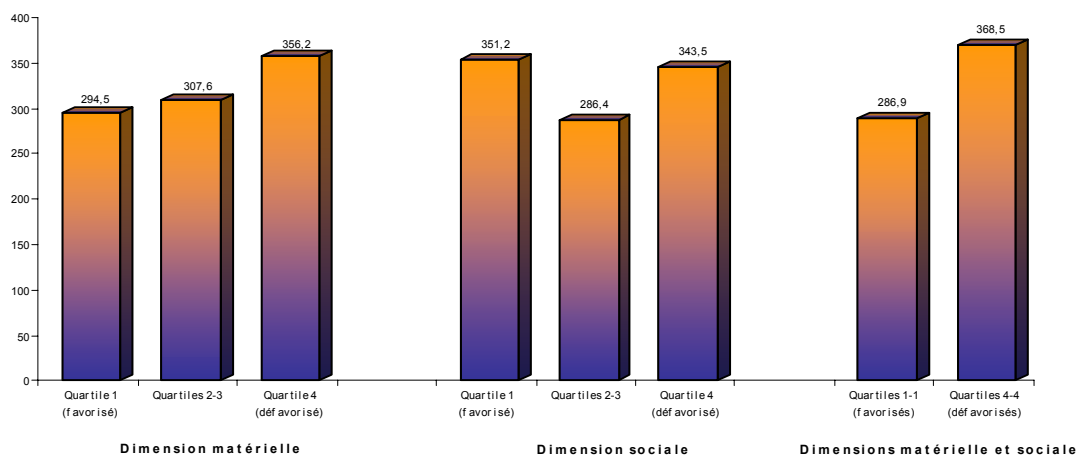
Figure 3
Proportion de naissances vivantes présentant un retard de croissance intra-utérine (sous le 10^e centile) selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 1999-2003 (en %)



Morbidité hospitalière et mortalité infantiles

Le taux de morbidité hospitalière infantile (à moins d'un an) en soins physiques de courte durée augmente de façon significative⁵ avec la défavorisation matérielle, les enfants du 4^e quartile étant hospitalisés plus souvent que ceux du 1^{er} quartile (taux de 356,2 hospitalisations pour 1 000 naissances vivantes contre 294,5, soit un écart de 21 %). Cette distinction entre les plus défavorisés et les plus favorisés s'accroît lorsque les dimensions matérielle et sociale sont simultanément considérées, puisque le taux de morbidité hospitalière des 4^{es} quartiles surpasse de 28 % celui des 1^{ers} quartiles (368,5 hospitalisations pour 1 000 naissances vivantes contre 286,9). La dimension sociale prise isolément ne fait pas ressortir de dichotomie quant à la morbidité hospitalière entre les deux extrémités de l'indice de défavorisation.

Figure 4
Taux de morbidité hospitalière infantile en soins physiques de courte durée selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2004 (pour 1 000 naissances vivantes)

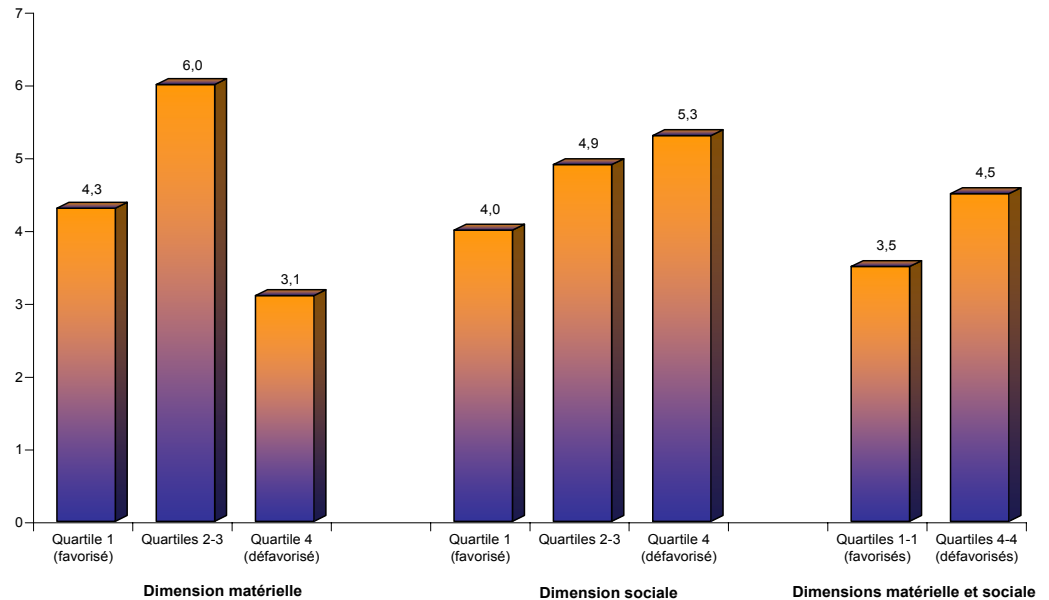


⁵ Avec un niveau de confiance à 95 %.



Le nombre de décès relevés à moins d'un an étant relativement faible, les différences entre les taux de mortalité infantile des quartiles de défavorisation ne sont pas statistiquement significatives. Il ressort toutefois que la mortalité infantile semble croître avec la défavorisation sociale (4,0 décès pour 1 000 naissances vivantes au 1^{er} quartile contre 5,3 au 4^e quartile) et lorsque les composantes matérielle et sociale sont mises en commun (3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes aux 1^{ers} quartiles et 4,5 aux 4^{es} quartiles). La mortalité infantile considérée sous l'angle de la composante matérielle de l'indice de défavorisation semble pour sa part être moins élevée pour le 4^e quartile qu'elle ne l'est pour le 1^{er} quartile (écart non confirmé statistiquement).

Figure 5
Taux de mortalité infantile selon les quartiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, Lanaudière, 1999-2003 (pour 1 000 naissances vivantes)



Des constats

- ◆ La fécondité des femmes âgées de moins de 25 est plus élevée parmi celles qui sont les plus défavorisées. C'est à ces âges que les issues de grossesse sont les plus à risque pour la santé de la mère et du nourrisson.
- ◆ La prématurité, le faible poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérine sont plus fréquents chez les bébés nés de mères défavorisées.
- ◆ Les hospitalisations sont également plus répandues durant la première année de vie des enfants dont la mère vit des conditions matérielle et sociale plus défavorables.



CONCLUSION

Les résultats observés dans cette étude montrent qu'en dépit des transferts gouvernementaux et d'un système de soins universel et gratuit, des inégalités sociales de santé existent encore dans la région de Lanaudière. Le taux de fécondité apparaît, en effet, considérablement plus élevé chez les jeunes femmes des milieux défavorisés et les issues de grossesse sont plus à risque. La proportion de bébés prématurés, de faible poids ou ayant un retard de croissance intra-utérine y est accrue. Les bébés des mères défavorisées sont également plus susceptibles d'être en moins bonne santé et d'être hospitalisés avant l'âge d'un an. Les résultats confirment le rôle que joue la dimension matérielle, alors que la forme sociale amène un impact additionnel.

En consacrant son premier rapport du Directeur à la promotion d'environnements favorables à la santé et de communautés compétentes et scolarisées, la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a voulu montrer toute l'importance qu'elle accorde à l'action en amont, sur les déterminants, afin de réduire les inégalités sociales de santé. Les effets qu'ont les conditions matérielles et sociales sur la fécondité et la santé périnatale montrent, qu'en plus d'offrir des services, il est important d'orienter les efforts pour améliorer les milieux de vie des personnes (famille, école, travail, quartier et municipalité).

La manière la plus efficace de réduire les inégalités de santé consiste à diminuer les inégalités socioéconomiques dans la société. Néanmoins, même si vivre dans une famille ou une communauté défavorisée augmente les probabilités de souffrir de problèmes de santé, la présence de facteurs protecteurs amoindrit les effets de la défavorisation. L'allaitement, le soutien des grands-parents ou le resserrement des liens intergénérationnels, la santé de la mère, la fréquentation d'un milieu de garde et la fratrie ainsi que maintes mesures de santé publique et de soutien social des mères et des familles vulnérables sont au nombre de ces facteurs. Il importe donc de maintenir et, le cas échéant, de développer des mesures préventives telles que l'accessibilité aux services de planification des naissances, aux services prénatals et postnatals pour les femmes enceintes et de périnatalité pour les nourrissons. La promotion, chez les femmes en âge de procréer, de la prise de suppléments vitaminiques, de l'allaitement et de saines habitudes de vie sont d'autres exemples de mesures efficaces.

La perspective décrite incite fortement à intégrer aux interventions visant directement les individus des actions de modification de l'environnement physique, économique et social (développer des milieux de vie favorables à la santé et sécuritaires, agir contre l'insécurité alimentaire, soutenir la formation et l'intégration au marché du travail, etc.). Elle convie au partage des responsabilités à l'égard du maintien et de l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. Cette invitation à un engagement concerté interpelle les personnes, les familles, les communautés environnantes ainsi que les acteurs de la santé et des autres secteurs de la société. L'égalité face à la santé tout au long de la vie, de la conception à la mort, en passant par la naissance, l'enfance, l'adolescence et la vie adulte, nous concerne tous.



RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

CULHANE, Jennifer F., et Irma T. ELO. Neighborhood context and reproductive health, *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 2005;192(5 Suppl):S22-9.

ENGLISH, Paul B., Martin KHARRAZI, Stephanie DAVIES, Rusty SCALF, Lance WALLER, et Raymond NEUTRA. Changes in the spatial pattern of low birth weight in a southern California county: the role of individual and neighborhood level factors, *Social Science & Medicine*, 2003;56(10):2073-88.

FARLEY, Thomas A., Karen MASON, Janet RICE, Joanna D. HABEL, Richard SCRIBNER, et Deborah A. COHEN. The relationship between the neighbourhood environment and adverse birth outcomes, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2006;20(3):188-200.

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.

JOSEPH, K.S., Robert M. LISTON, Linda DODDS, Leanne DAHLGREN, et Alexander C. ALLEN. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services, *Canadian Medical Association Journal*, 2007;177(6):583-90.

LEPAGE, Marie-Claude, Lise CYR, et Romaine MALENFANT. *Problématique de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité*, Québec, Département de santé communautaire du CHUL, 1986, 128 p.

LEPAGE, Marie-Claude, Madeleine LEVASSEUR, Christine COLIN, Louise BEULAC-BAILLARGEON, et Lise GOULET. *Mortalité et morbidité périnatales et infantiles. La périnatalité au Québec, volume 4*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de travail sur la mortalité et la morbidité périnatales, 1989, 251 p.

LUO, Zhong-Cheng, Russell WILKINS, et Michael S. KRAMER, for the Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study, *Canadian Medical Association Journal*, 2006;174(10):1415-20.

MONTPETIT Christiane. Le point sur... l'effet de quartier, numéro 1, Montréal, Centre de recherche Léa Roback, 2007, 8 p.



PAQUET, Ginette, et Denis HAMEL. *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 15 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).

SPENCER, Nick, Suartini BAMBANG, Stuart LOGAN, et Leicester GILL. Socioeconomic status and birth weight: comparison of an area-based measure with the Registrar General's social class, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999;53(8):495-8.

Le présent fascicule a été réalisé par le Service de surveillance, recherche et évaluation. Il s'inscrit dans une série de documents qui explorent la défavorisation dans la région de Lanaudière.

Recherche et rédaction : André Guillemette et Bernard-Simon Leclerc
Extraction des données
et réalisation des figures : 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 : Marie-Josée Charbonneau
Comité de lecture : Marie-Andrée Bossé
Élizabeth Cadieux
Louise Lemire
Geneviève Marquis
Lise Ouellet
Mario Paquet
Mélanie Renaud

Dépôt légal : premier trimestre 2008
ISBN : 978-2-92-1672-80-1 (version imprimée)
978-2-92-1672-81-8 (version PDF)
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

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. 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, *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 pages.
