paramètres

Les inégalités sociales de santé au Québec

Sous la direction de Katherine Frohlich,
Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard

Les Presses de l'Université de Montréal

Extrait de la publication

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

Sous la direction de Katherine Frohlich,
Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard

Les Presses de l'Université de Montréal

Nous souhaitons remercier Gilles Paradis, du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, sans qui ce livre n'aurait pu être mené à bon port. Nous soulignons aussi le soutien indispensable de Jean-Philippe Sapinski dans la coordination du projet, dès ses débuts, ainsi que la contribution de Valéry Ridde. Enfin, nous tenons à remercier Maryse Tremblay, du Département de Médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, pour son excellent travail de mise en page du manuscrit.

Les directeurs

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Les inégalités sociales de santé au Québec

(Paramètres)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7606-2106-0

eISBN 978-2-7606-2529-7

1. Pauvres - Santé et hygiène - Québec (Province). 2. Riches - Santé et hygiène - Québec (Province). 3. Inégalité sociale - Québec (Province). 4. Pauvres - Santé et hygiène. I. Frohlich, Katherine L. II. Collection.

RA418.5.P6I53 2008 362.1086'94209714 C2008-942168-X

Dépôt légal : 4e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
© Les Presses de l'Université de Montréal, 2008

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour leurs activités d'édition.
Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

Imprimé au Canada en novembre 2008

Extrait de la publication

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les inégalités sociales de santé ne sont certes pas un phénomène récent, mais il aura fallu attendre le XIXe siècle pour qu'elles soient « découvertes » en Europe, par Villermé en France, Chadwick et Engels en Angleterre et Virschow en Allemagne. On avait alors remarqué que les taux de mortalité dans les zones urbaines à faible niveau socio-économique étaient systématiquement plus élevés que ceux des quartiers plus aisés. Malgré l'amélioration indéniable de la santé de la population générale en Europe et ailleurs, force est de constater que la situation d'iniquité a perduré. Il est aujourd'hui généralement admis qu'elle a pour première cause une plus forte exposition relative des groupes ayant un bas statut socio-économique à un large éventail de risques matériels, sociaux, psychologiques et comportementaux.

Un nombre grandissant d'études, dont certaines seront évoquées dans ce livre, démontrent que tous n'ont pas bénéficié de façon égale des efforts significatifs déployés en santé publique dans le monde occidental pour réduire ces risques, notamment durant les cinquante dernières années. Dans le meilleur des cas, les inégalités sociales de santé se sont maintenues à un niveau élevé à peu près constant ; mais dans certains pays, ou pour certains indicateurs, elles se sont aggravées, et ce dans des contextes d'accroissement de la richesse nationale. Ainsi, dans la décennie 1990, au Royaume-Uni, dans les pays scandinaves, en France ou en Italie, les écarts relatifs de mortalité précoce entre les groupes sociaux ont progressé.

Les inégalités sociales en matière de taux de mortalité se manifestent dès la petite enfance et se poursuivent tout au long de la vie. Elles touchent les femmes et les hommes, mais tendent à être plus élevées chez ces derniers et semblent pour la plupart imputables à des causes spécifiques de

Extrait de la publication

mortalité. De même, les taux de morbidité sont habituellement plus élevés chez les individus ayant un faible niveau d'éducation, d'emploi et de revenu. Ces inégalités de morbidité se retrouvent dans de nombreux indicateurs, comme l'autoévaluation de la santé comme étant « moins que bonne », la prévalence de la plupart des problèmes de santé mentale, ou celle des limitations fonctionnelles et des handicaps. En conséquence, les individus qui ont un statut socio-économique défavorable ne vivent pas seulement moins longtemps, mais vivent aussi moins bien, leur existence étant marquée par les épreuves d'une mauvaise santé.

Le renversement de cette iniquité de la distribution sociale de la morbidité et de la mortalité est de plus en plus reconnu et identifié comme l'un des grands défis de la santé publique mondiale. En effet, l'OMS, la Banque mondiale, l'Unicef, l'Organisation panaméricaine de la santé, le Programme des Nations Unies pour le développement et, globalement, la majorité de la communauté de la santé mondiale en ont fait une priorité. Cette reconnaissance a connu un point fort le 18 mars 2005, lors de la formation de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, chargée d'identifier les interventions et les politiques à instaurer pour réduire les inégalités mondiales en matière de santé.

Au Québec, entre 1996 et 1998, malgré les progrès notables observés dans les décennies précédentes pour la santé de la population générale, cinq ans d'espérance de vie et quatorze années d'espérance de vie en bonne santé séparaient la population la plus défavorisée matériellement et socialement de la population la plus avantagée. Un premier regard sur l'évolution des taux de décès montre certes que tous les groupes, défavorisés et favorisés, ont vu leur mortalité diminuer au fil des ans[1]. Cependant, l'examen de l'évolution des *écarts* de mortalité selon la défavorisation montre que les gains en longévité ont été plus importants chez les groupes favorisés. En définitive, au terme de la dernière décennie et malgré la réduction pour tous des chiffres de la mortalité précoce, les écarts entre les groupes sociaux s'accentuent. L'évolution récente de la situation québécoise rejoint donc celle qui est observée à l'échelle internationale.

1. Cela vaut pour les principales causes de décès à l'exception de la mortalité par suicide, qui a légèrement augmenté dans tous les groupes et pour les deux sexes, et de la mortalité par cancer du poumon et maladies des voies respiratoires inférieures, qui s'est accrue chez les femmes en milieu défavorisé.

Extrait de la publication

Ces constats, et d'autres, expliquent pourquoi les instances de santé publique au Québec accordent une importance particulière au problème. Le Programme national de la santé publique 2003-2012, par exemple, en a fait l'un de ses quatre défis (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), dans la foulée du rapport déposé en 2002 par le Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté.

C'est dans ce contexte qu'a été créé l'Axe stratégique sur les inégalités sociales de santé, au Réseau de recherche sur la santé des populations (RRSPQ), à l'issue d'une réunion entre 28 chercheurs issus de nombreuses disciplines et institutions[2]. C'est également lors de cette réunion qu'il a été décidé de produire un livre qui refléterait dans sa diversité la recherche effectuée au Québec sur le sujet.

Il fallait d'abord prendre la mesure de ce sujet. Ce que l'on constate avant tout, ce sont des différences d'état de santé entre individus et entre groupes : celui-ci est malade, celui-là non, celui-ci meurt jeune et celui-là jouit d'une grande longévité, cette catégorie sociale connaît une espérance de vie plus élevée que cette autre, ou fait face à une plus grande incidence de telle maladie. Ces différences, même associées à des « variables sociales », ne deviennent des inégalités sociales de santé que lorsque l'on constate systématiquement leur distribution inégale en fonction de variables de stratification sociale comme le revenu, les conditions d'emploi, l'éducation, les conditions de vie, le logement et le quartier, voire l'appartenance à des groupes vulnérables ou sujets de discrimination (sexe, ethnicité, âge, etc.). Étudier les inégalités sociales de santé, comme on le verra dans de nombreux chapitres de ce livre, c'est chercher à comprendre par quels processus les inégalités sociales vécues par les individus finissent par s'inscrire dans leur corps et dans leur esprit, favorisant ou nuisant à leur santé.

Le livre aborde la question selon trois perspectives : l'empirie, la théorie et la pratique. Certains auteurs se penchent ici plutôt sur les *conditions*

2. Anthropologues, sociologues, géographes, psychologues, médecins, épidémiologistes experts en santé communautaire, en santé publique ou en sciences de l'activité physique, les participants réunis en avril 2002 provenaient de l'Université de Montréal, de l'UQAM, de l'Université Laval, de l'INRS-Urbanisation, culture et société, de l'Institut national de la santé publique, ainsi que de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, du CLSC Haute-Ville des Rivières et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région 04.

qui produisent les inégalités, d'autres essaient d'expliquer les *liens* entre le social et le biologique et d'autres, enfin, s'intéressent aux *interventions* qui pourraient permettre de réduire les inégalités.

Le livre se divise en trois sections correspondantes à ces perspectives. La première traite en trois chapitres des preuves empiriques des inégalités sociales de santé, en étudiant les cas du Québec et de la France. Les auteurs s'intéressent aussi au rôle que joue le milieu de vie dans ces inégalités. Dans la deuxième section, qui comprend huit chapitres, les auteurs se penchent sur plusieurs questions théoriques et méthodologiques qui ont fait jour dans les plus récentes recherches sur les inégalités sociales de santé au Québec. On évoque, entre autres, les perspectives sociologique et anthropologique, le rôle de la biologie, les approches fondées sur le parcours de vie et les modélisations multi-niveaux. Dans les six chapitres de la dernière section, les auteurs se préoccupent de politiques et de pratiques. On y apprend plus sur les rôles de l'école, de la protection de l'enfance, des politiques en milieu de travail, et sur l'utilisation de l'évaluation pour comprendre et combattre les inégalités sociales de santé.

En invitant un groupe d'auteurs aussi divers en termes d'intérêts, de perspectives et d'approches méthodologiques, nous avons voulu faire ressortir le caractère particulier des recherches et des interventions qui se font ici. Au fil du temps, en effet, le Québec a acquis une réputation de foyer de la recherche interdisciplinaire, et s'est distingué par des approches novatrices. Nous espérons vivement que ce livre sera à la hauteur de cette réputation, et qu'il contribuera à l'avancement de l'objectif crucial qu'est la réduction des inégalités sociales de santé, au Québec et ailleurs.

Extrait de la publication

I

APPRÉHENDER LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les progrès de la santé publique au XXe siècle sont bien sûr attribuables aux avancements de la médecine et des systèmes de soins, mais très largement imputables, aussi, aux transformations sociales qui ont marqué le siècle. Il reste qu'en matière de santé, les inégalités sociales persistent. Dans cette première section, plusieurs constats empiriques, basés sur des données épidémiologiques, vont aider à décrire ces inégalités et leur évolution. Les trois chapitres permettent de comparer les situations au Québec et en France, mettant ainsi en présence deux contextes d'organisation sociale et économique bien distincts. Premier constat : les inégalités sociales de santé sont présentes dans les deux cas.

Les deux premiers chapitres offrent des analyses de l'évolution des inégalités de santé dans la dernière décennie. Ces analyses nous permettent de remarquer trois faits importants. D'abord, tous les groupes, défavorisés et favorisés, au Québec et en France, ont vu leur mortalité diminuer au fil des ans. De plus, dans les deux cas, les écarts de mortalité en termes absolus sont restés stables, ou se sont même réduits. Enfin, en analysant les données d'un point de vue *relatif*, on observe dans les deux cas que les inégalités de santé ont en fait augmenté durant les périodes étudiées. Les auteurs discutent de ce paradoxe et de l'importance du choix des analyses absolues et relatives.

Extrait de la publication

Le chapitre 3 prend la forme d'une discussion critique de la construction des inégalités sociales de santé à partir d'une recherche empirique menée au Québec. Il présente l'analyse de l'influence des milieux de vie sur les inégalités de santé, un sujet à la base d'un nombre croissant d'études menées au Québec et ailleurs, qui explorent la façon dont les ressources inégalement disponibles localement contribuent à la construction et à la pérennisation des inégalités sociales de santé. Ce texte expose les principes d'une approche globale, démarche qui accorde une place centrale à l'influence du milieu local mais qui s'intéresse aussi au rôle du milieu familial et du milieu de travail.

Extrait de la publication

1

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE AU QUÉBEC SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

Robert Pampalon, Denis Hamel et Philippe Gamache

La présence d'inégalités sociales de santé au Québec ne fait plus de doute. Jusqu'à maintenant, les inégalités sociales ont été associées à un grand nombre d'indicateurs de santé et de bien être, notamment l'espérance de vie ou l'espérance de santé, la santé perçue, la mortalité, la morbidité hospitalière, les comportements que l'on associe habituellement à la santé tels que le tabagisme, l'activité physique ou l'insécurité alimentaire, le développement cognitif et les mauvais traitements chez les jeunes ainsi que le recours aux professionnels et aux services du secteur de la santé et des services sociaux.

Si la présence d'inégalités sociales de santé est connue, l'évolution de ces inégalités au cours du temps l'est beaucoup moins. À part certains constats (Guillemette, 1983 ; Pampalon *et al.*, 1995), ce n'est que tout récemment, soit depuis le début des années 2000, qu'un tel intérêt a pris racine. Une première étude (Ferland et Pampalon, 2004) rend compte des variations de 1987 à 1998 de trois indicateurs généraux de l'état de santé perçu selon le revenu du ménage à la grandeur du Québec, et ne décèle aucun changement significatif au cours de la période concernée. Une seconde

Extrait de la publication

étude (Wilkins *et al.*, 2001) considère l'évolution de l'espérance de vie à la naissance et de la mortalité infantile de 1971 à 1996 selon le revenu du quartier, et ce, dans les Régions métropolitaines de recensement (RMR) du Québec comprenant Montréal, Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, Saguenay et Gatineau. Cette étude rapporte une réduction des écarts selon le revenu pour ces deux indicateurs tout au long de la période étudiée ainsi qu'au cours de la période la plus récente, soit celle allant de 1991 à 1996. Enfin, deux études (Choinière, 2002 et 2003) réalisées sur l'île de Montréal corroborent partiellement ces résultats. Ainsi, les écarts d'espérance de vie à la naissance et de mortalité infantile selon le revenu du quartier diminuent de 1986 à 1998 bien que, depuis 1989 et surtout depuis 1992, les écarts d'espérance de vie à la naissance semblent en hausse chez les résidantes de l'île. De plus, depuis les années 1989-1993, de telles hausses apparaissent pour la mortalité par cancer, maladies des appareils respiratoire et circulatoire et suicide chez les résidants et résidantes de l'île de Montréal ainsi que pour la mortalité par cancer du poumon chez les résidantes de l'île.

À l'échelle canadienne, une étude de Wilkins *et al.* (2002) retrace l'évolution des disparités de mortalité selon le revenu du quartier dans l'ensemble des RMR dans la période allant de 1971 à 1996. On y constate que les différences d'espérance de vie selon le revenu s'atténuent chez les canadiens et canadiennes. De même, les écarts touchant la plupart des causes de décès soit diminuent, soit varient peu. Seuls les écarts touchant le cancer du poumon chez les canadiennes et les maladies infectieuses, les troubles mentaux et le diabète chez les deux sexes ont augmenté. En outre, depuis 1991, une hausse des écarts de mortalité selon le revenu semble s'installer chez les canadiennes tant pour certains indicateurs généraux, tels l'espérance de vie, que pour certaines causes spécifiques de décès, notamment les décès par maladies ischémiques, cancer du poumon et diabète.

À l'échelle internationale, la production d'études temporelles sur les inégalités sociales de mortalité est abondante. Depuis le début des années 2000, ces études viennent surtout d'Europe (Mackenbach *et al.*, 2003 ; Rognerud et Zahl, 2005 ; Leclerc *et al.*, 2005), notamment du Royaume-Uni (Davey Smith *et al.*, 2002 ; Donkin *et al.*, 2002 ; Strong *et al.*, 2002), mais aussi d'Australie (Turrell et Mathers, 2001) et de Corée du Sud (Khang *et al.*, 2004). Leurs constats couvrent des périodes variables et s'arrêtent à la dernière décennie ou au milieu des années 1990. Dans ces travaux, la

Extrait de la publication

mortalité prématurée, celle qui survient avant 75 ans, constitue l'objet d'intérêt. Les indicateurs sociaux retenus pour l'examen des disparités varient considérablement d'une étude à l'autre. Certains indicateurs tels que la scolarité, le revenu, la classe socioprofessionnelle et le type de ménage sont construits sur base individuelle alors que d'autres renvoient à des indices de défavorisation, produits sur une base micro-géographique. Les conclusions de ces études ne sont pas unanimes quant au sens de l'évolution des disparités sociales de mortalité prématurée. Toutefois, de manière générale, les études rapportent un accroissement des écarts de mortalité entre les catégories sociales considérées. Cet accroissement peut survenir tantôt chez les hommes, tantôt chez les femmes, tantôt chez certains groupes d'âge. Là où la tendance est plutôt à la baisse, les études rapportent néanmoins une augmentation des disparités sociales chez certains groupes d'âge, chez les hommes ou chez les femmes, ainsi que pour certaines causes spécifiques de décès.

Face à ces constats, il semble bien que l'évolution des disparités sociales de mortalité à l'échelle internationale diverge de celle notée au Canada et au Québec. Si les études étrangères pointent davantage vers un accroissement des écarts de mortalité, celles menées au Canada et au Québec rapportent plutôt une stabilisation ou une résorption, du moins jusqu'au tournant des années 1990, moment où la tendance paraît s'inverser au Canada et au Québec, particulièrement chez les femmes. Qu'en est-il donc de l'évolution récente des disparités sociales de mortalité, et notamment de mortalité prématurée, au Québec ? Sommes-nous en présence d'une hausse des disparités sociales ?

C'est à cette question que ce chapitre souhaite répondre. Pour ce faire, il retrace l'évolution de la mortalité prématurée au cours de la dernière décennie, soit de 1989-1993 à 1999-2003. La mortalité prématurée constitue un indicateur sensible des inégalités sociales en même temps qu'un défi de taille pour la planification et l'intervention en matière de santé publique. Puisque les conclusions d'études temporelles de mortalité sont intimement liées aux perspectives adoptées (Boström et Rosen, 2003), le présent chapitre fait appel à diverses mesures des disparités sociales pour mieux jauger l'évolution en cours. Ce chapitre recourt également à un indice de défavorisation matérielle et sociale, une mesure de type écologique largement utilisée au Québec pour témoigner des disparités sociales.

La défavorisation matérielle et sociale

Qu'ils prennent ou non ce nom, une multitude d'indices de défavorisation (*deprivation*) existent en Europe (Bajekal *et al.*, 1996 ; Challier et Viel, 2001 ; Gordon, 2003 ; Benach *et al.*, 2003), aux États-Unis (Krieger *et al.*, 2002) et ailleurs (Salmond *et al.*, 1998 ; Kunst, 2005). Au Québec, un tel indice a été développé à la fin des années 1990, inspiré des propositions de Peter Townsend et d'une littérature abondante sur les liens entre les conditions socio-économiques de la population et la santé. Pour Townsend (1987), la défavorisation revêt deux dimensions, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la première reflète la privation des biens et commodités de la vie courante, la seconde renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté.

L'indice de défavorisation québécois est construit sur la base d'unités micro-géographiques, soit l'aire de diffusion (AD) en 2001 et le secteur de dénombrement (SD) en 1991. Ces territoires constituent les plus petites unités statistiques issues des recensements et ils s'avèrent homogènes au plan socio-économique. L'AD de 2001 compte en moyenne 632 personnes, et 11 202 AD couvrent la quasi-totalité du Québec, soit 98 % de la population. Pour 1991, les valeurs sont identiques sauf pour le nombre de SD (10 912). Ces petits territoires peuvent surtout, et c'est là un avantage non négligeable, être associés au code postal inscrit sur la presque totalité des formulaires de décès. Ils permettent ainsi d'estimer le niveau de défavorisation des personnes décédées prématurément.

L'indice de défavorisation compte six indicateurs, issus des recensements de 2001 et de 1991, répartis selon deux dimensions, l'une matérielle, l'autre sociale. Ces dimensions ont été obtenues à la suite d'une analyse en composante principale (ACP). Une ACP a été réalisée avec les données des recensements de 2001 et de 1991, séparément, et a retrouver les deux mêmes dimensions. L'ACP permet de regrouper sous une même dimension les indicateurs dont les variations à l'échelle des AD ou SD sont relativement similaires et de distinguer, s'il y a plus d'une dimension, les indicateurs dont les variations suivent un profil différent. Ici, la dimension matérielle reflète surtout les variations de la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, du rapport emploi/population et du revenu moyen personnel, alors que la dimension sociale traduit principalement les variations de la proportion de personnes séparées, veuves ou divorcées, de personnes vivant seules et de familles monoparentales.

Extrait de la publication

L'ACP produit une note factorielle, traduisant l'importance de chaque dimension dans chaque AD ou SD. Pour chaque dimension, les AD ou SD ont été ordonnés, des plus favorisés aux plus défavorisés, selon leur note factorielle. La distribution de ces notes est par la suite fragmentée en quintile, représentant 20 % de la population, du plus favorisé (quintile 1) au plus défavorisé (quintile 5). Chaque résidant et résidante du Québec obtient ainsi un indice de défavorisation matérielle et un indice de défavorisation sociale, les deux variant de 1 à 5. Ces indices peuvent être considérés séparément ou conjointement, afin d'identifier sur l'une et l'autre dimensions la population la plus favorisée (quintiles 1 et 1), la population la plus défavorisée (quintiles 5 et 5) et celle qui occupe les positions intermédiaires entre ces extrêmes. En 2001, chaque quintile compte environ 1 400 000 individus de moins de 75 ans alors que le croisement des quintiles extrêmes caractérise près de 300 000 personnes. En 1991, ces nombres sont légèrement inférieurs.

Qu'en est-il de la mortalité ?

Les données de mortalité proviennent du registre des décès du Québec, années 1989 à 1993 et 1999 à 2003. Tous les décès survenant avant 75 ans ont été considérés. Pour 2000-2003, l'espérance de vie à la naissance se chiffre à 76,5 ans chez les Québécois et à 82,1 an chez les Québécoises (INSP *et al.*, 2006). Tout décès avant 75 ans marque donc une durée de vie inférieure à la moyenne québécoise ; c'est pour cela qu'ici et ailleurs, on qualifie ces décès de prématurés. Entre 1999 et 2003, les décès prématurés représentent environ 44 % des décès au Québec (entre 1989-1993, ils comptaient pour 53 %). Divers attributs des personnes décédées ont été considérés : âge, sexe, principale cause de décès (CIM-9 et CIM-10[1]), région de résidence (RMR de Montréal, autres RMR, agglomérations de taille moyenne, petites villes et monde rural), indice de défavorisation matérielle et indice de défavorisation sociale.

Il a été possible d'attribuer un indice de défavorisation matérielle et sociale à près de 94 % des personnes décédées prématurément entre 1999 et 2003 et à un peu plus de 91 % de tels décès entre 1989 et 1993. La différence entre les deux périodes s'explique par la présence d'un plus grand

1. Classification internationale des maladies ; 9e et 10e révisions, selon l'Organisation mondiale de la santé.

Extrait de la publication

nombre de codes postaux erronés sur les formulaires de décès entre 1989 et 1993. La présente analyse porte ainsi sur un total de 118 117 décès entre 1989 et 1993 et de 113 138 décès entre 1999 et 2003.

Des taux de mortalité ont été calculés à l'aide de la modélisation par la régression binomiale négative, en considérant l'ensemble des décès des deux périodes. Ce type de régression est une généralisation de la régression de Poisson qui tient compte des problèmes de surdispersion (*overdispersion*) souvent rencontrés avec la régression de Poisson. Les décès de la période 1989-1993 ont été reportés sur la population de 1991 et ceux de la période 1999-2003 sur la population de 2001, telle que comptée aux recensements correspondants. Des taux de décès ont été calculés pour chaque période pour les hommes et pour les femmes, séparément, ainsi que pour chaque quintile de défavorisation matérielle, chaque quintile de défavorisation sociale et chaque groupe extrême de défavorisation (quintiles 1 et 1 ; quintiles 5 et 5). Des taux ont été calculés pour l'ensemble des décès prématurés et pour certaines causes de décès[2]. Le calcul de ces taux de décès a été réalisé en tenant constant l'âge des individus, la zone géographique de résidence (RMR de Montréal, autres RMR, villes de taille moyenne, petites villes et milieu rural) et l'autre forme de défavorisation. On parle alors ici de taux ajustés selon ces variables. L'évolution temporelle des taux selon la défavorisation est estimée par un terme d'interaction entre la période et chacune des formes de défavorisation. De même, un terme d'interaction entre les deux formes de défavorisation a été introduit dans la modélisation afin de vérifier la présence additionnelle d'un effet conjoint. Enfin, la précision statistique des taux de décès a été obtenue par la méthode Delta (Dudewicz et Mishra, 1988 ; Tiwari et Elston, 1999), en utilisant la matrice de variance-covariance des paramètres des modèles et en ne gardant que le premier terme de la décomposition en série de Taylor.

Pour l'examen de l'évolution temporelle de la mortalité prématurée selon la défavorisation matérielle et sociale, trois mesures sont considérées : le taux ajusté de décès, le ratio des extrêmes et la différence entre extrêmes (Boström et Rosen, 2003 ; Mackenbach et Kunst, 1997 ; Regidor, 2004 et 2006). Le taux ajusté de décès (pour 100 000 personnes) fournit

2. Cancer du poumon ; cancers du colon et du rectum ; cancer de la prostate ; cancer du sein ; cardiopathies ischémiques ; maladies vasculaires cérébrales ; maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ; suicide ; accidents de véhicules à moteur.

Extrait de la publication

une première indication de l'ampleur de la mortalité prématurée. Il sert ici 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 notamment 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 ou défavorisées. Lorsque chaque forme de défavorisation, matérielle ou sociale, est considérée séparément, le ratio des extrêmes est obtenu en divisant le taux ajusté de décès 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 les plus défavorisées sur l'une et l'autre dimensions (Q5-Q5) par celui de celles qui le sont le moins (Q1-Q1). La différence entre extrêmes reflète plutôt l'écart absolu de mortalité entre personnes défavorisées et favorisées. Il permet de vérifier si on a pu réduire ou non la différence de mortalité qui sépare les personnes défavorisées et favorisées. Cette mesure est obtenue en soustrayant, plutôt qu'en divisant, du taux ajusté de décès des groupes défavorisés (Q5 ou Q5-Q5) celui des groupes favorisés (Q1 ou Q1-Q1). Enfin, pour chacune des mesures considérées, des tests de différence permettent de statuer sur le caractère significatif, à un seuil de 5 %, de l'évolution observée.

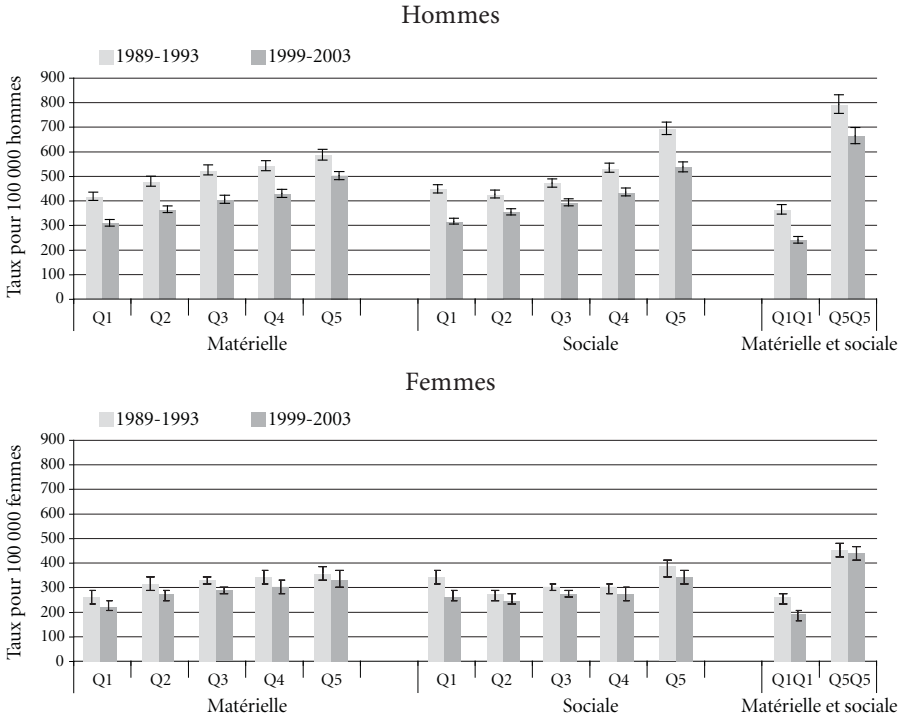
Les changements de mortalité à travers le temps

La mortalité prématurée a régressé sensiblement au Québec entre 1989-1993 et 1999-2003, et ce, tout particulièrement chez les hommes. Ainsi, chez ces derniers, le taux de décès ajusté selon les variables introduites dans les modèles de régression passe de 510 à 404 pour 100 000 alors que chez les femmes, il passe de 275 à 245. Bien que la mortalité prématurée augmente systématiquement avec la défavorisation matérielle et sociale, tant en 1989-1993 qu'en 1999-2003, celle-ci diminue dans tous les groupes, qu'ils soient favorisés ou défavorisés. Chez les hommes les plus défavorisés sur les plans matériel et social (Q5Q5), par exemple, le taux de décès pour 100 000 chute de 791 à 663. Chez les femmes du même groupe, il passe de 383 à 367, une baisse non significative.

Extrait de la publication

FIGURE 1.1

Taux ajustés de décès prématurés (0-74 ans), toutes causes, selon le quintile de défavorisation matérielle, le quintile de défavorisation sociale et le croisement des quintiles extrêmes de défavorisation matérielle et sociale, hommes et femmes, Québec, 1989-1993 et 1999-2003.



NOTE : Chez les femmes, il y a interaction entre les deux formes de défavorisation. Les taux présentés pour une forme de défavorisation valent pour le quintile moyen (Q3) de l'autre forme de défavorisation.

Chez les hommes, plusieurs causes de décès sont à l'origine des baisses constatées. Les décès par cancer du poumon, cancer de la prostate, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, maladies des voies respiratoires inférieures (bronchite, asthme, emphysème) et accidents de la route ont particulièrement diminué, à la fois chez les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées du Québec. Seuls le suicide et les décès par cancer du colon et du rectum n'obéissent pas à cette tendance. Chez les femmes, certaines causes de décès sont également en baisse, à la

Extrait de la publication

TABLEAU 1.1

Taux ajusté de décès prématuré[1] chez les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées aux plans matériel et social[2] selon la cause de décès, hommes et femmes, Québec, 1989-1993 et 1999-2003

HOMMES

Cause de décès	Défavorisés		Favorisés	
	1989-1993	1999-2003	1989-1993	1999-2003
Cancer du poumon	245	189	82	57
Cancer du colon et du rectum	42	46	28	24
Cancer de la prostate	23	18	22	11
Cardiopathies ischémiques	359	240	155	70
Maladies vasculaires cérébrales	57	34	21	12
Maladies des voies respiratoires inférieures	67	49	24	9
Suicide	47	50	14	17
Accidents de véhicule à moteur	21	12	14	9

FEMMES

Cause de décès	Défavorisées		Favorisées	
	1989-1993	1999-2003	1989-1993	1999-2003
Cancer du poumon	68	99	39	37
Cancer du colon et du rectum	30	25	26	22
Cancer du sein	53	43	48	39
Cardiopathies ischémiques	141	83	51	23
Maladies vasculaires cérébrales	33	26	17	11
Maladies des voies respiratoires inférieures	25	33	11	5
Suicide	12	14	4	4
Accidents de véhicule à moteur	9	6	6	4

1 : Taux de décès pour 100 000 personnes de moins de 75 ans (suicide et accidents de véhicules à moteur) ou de 35 à 74 ans (autres causes de décès).

2 : Il s'agit des groupes correspondant au croisement des quintiles (5 et 5) ou (1 et 1) sur les deux dimensions de la défavorisation.

IC : Intervalle de confiance à 95 % de probabilité.

Taux de 1999-2003 statistiquement plus faible ou plus élevé que celui de 1989-1993, $p < 0,05$.

NOTE : Les intervalles de confiance à 95 % des taux sont disponibles à l'adresse suivante :

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

Page laissée blanche

Extrait de la publication

Ce livre a été imprimé au Québec en novembre 2008 sur du papier entièrement recyclé sur les presses de Marquis imprimeur.

Extrait de la publication