

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LANAUDIÈRE

Novembre 2016

Statut socioéconomique
et multimorbidité



André Guillemette
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Québec 

Conception, analyse et rédaction

André Guillemette

Extraction des données et conception des tableaux

Christine Garand

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

Patrick Bellehumeur

Élizabeth Cadieux

Christine Garand

Louise Lemire

Geneviève Marquis

Josée Payette

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez communiquer avec :

André Guillemette au 450 759-1157 ou sans frais au 1 800 668-9229, poste 4212 ou andre_guillemette@ssss.gouv.qc.ca.

Ce document est disponible, en version électronique seulement, sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, au www.santelanaudiere.qc.ca/sylia à l'onglet *Nos publications* sous la rubrique *Inégalités sociales de santé*.

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. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Statut socioéconomique et multimorbidité*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, novembre 2016, 28 pages.

Source des images : Pixabay

Création du concept - Image page couverture : Micheline Clermont

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2016

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2016

ISBN : 978-2-550-76943-9 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

AVANT-PROPOS

« La façon dont les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent, influence la santé autant sinon davantage que l'hérédité ou le système de santé. » (Lambert et autres, 2014, p. 3)

Plusieurs déterminants, issus des environnements physique, socioculturel, politique et économique, exercent une influence sur la santé et le bien-être des individus (MSSS, 2012a). Certains d'entre eux, notamment les déterminants sociaux et économiques, se répartissent de façon inéquitable au sein de la population. Cela est la source d'écarts de santé parfois importants (Lambert et autres, 2014). On parle alors d'inégalités sociales de santé (ISS) puisqu'elles réfèrent aux disparités entre des groupes de personnes fondées sur leurs caractéristiques socioéconomiques (De Koninck et autres, 2008). Les ISS sont considérées évitables et jugées injustes (Pampalon et autres, 2013). Elles relèvent de la justice sociale, ce qui les distingue des inégalités de santé résultant plutôt de facteurs génétiques (le sexe) ou physiologiques (l'âge) (INPES, 2015).

L'existence des ISS et la volonté de les réduire, à défaut de pouvoir les éliminer, ne datent pas d'hier. Il s'agit d'une préoccupation émise par l'Organisation mondiale de la Santé et exprimée par le gouvernement du Québec dès 1992 dans le cadre de la *Politique de la santé et du bien-être* (Pampalon et autres, 2013). Depuis lors, la volonté d'agir sur les déterminants à la source des ISS a été maintes fois réitérée à travers, entre autres, les différentes éditions des plans d'action nationaux et régionaux de santé publique. Encore aujourd'hui, elle est toujours d'actualité puisque la réduction des ISS constitue une finalité du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et de la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (MSSS, 2016).

Le succès des efforts visant à réduire les ISS dans Lanaudière est en partie tributaire d'une connaissance et d'une compréhension appropriées de leurs déterminants. C'est dans ce contexte que le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de Lanaudière a réalisé la série *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière* regroupant des fascicules consacrés à des sujets associés aux ISS¹.

Les fascicules de cette série sont des outils de surveillance de l'état de santé de la population conçus afin de soutenir le travail des intervenants et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et de tous les milieux qui œuvrent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lanaudoise et à la réduction des écarts de santé. Ils s'adressent aussi aux Lanaudoises et aux Lanaudois préoccupés par les ISS.

¹ Toutes les publications de la série *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière* sont disponibles, en version électronique seulement, sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière au www.santelanaudiere.qc.ca/syria à l'onglet *Nos publications* sous la rubrique *Inégalités sociales de santé*.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	5
CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	6
Qu'est-ce que la multimorbidité?	6
Source de données.....	6
Années couvertes.....	6
Territoires et population ciblés	7
Tests de comparaison	7
Angles d'analyse des données	8
INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES	8
Choix des indicateurs	8
Portrait socioéconomique dans Lanaudière	10
MULTIMORBIDITÉ	11
Choix des maladies chroniques.....	11
Prévalence de certaines maladies chroniques dans Lanaudière	12
STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET MULTIMORBIDITÉ DANS LANAUDIÈRE	13
DISCUSSION	16
Analyse des résultats.....	16
Comparaison difficile avec d'autres études	16
Limites de l'étude.....	17
Les conséquences de la multimorbidité.....	18
Pourquoi ces inégalités sociales de santé?	18
CONCLUSION	19
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	20
ANNEXE	22

INTRODUCTION

Les caractéristiques socioéconomiques « recouvrent des déterminants comme la scolarité, l'occupation (le fait de travailler ou non), le type d'emploi et le revenu. Ces facteurs constituent la base de ce que l'on appelle le statut socioéconomique des individus. Ils ont une très grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur de nombreux déterminants tels que les comportements individuels et les milieux de vie. » (MSSS, 2012b, p. 8)

La présence d'inégalités sociales (ISS)² en matière de santé au Québec n'est pas un problème récent (Pampalon et autres, 2013). Elle a fait l'objet d'une pléthore d'études qui ont pratiquement toutes démontré que la santé des individus se dégrade avec la diminution de leur statut socioéconomique. Cela a, entre autres, été confirmé avec la mortalité prématurée (avant 75 ans) selon certaines causes de décès (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008) et l'espérance de vie à la naissance (Lambert et autres, 2014). Dans Lanaudière, deux études traitant de l'indice de défavorisation matérielle et sociale ont témoigné du lien entre, d'une part, un statut socioéconomique défavorable et, d'autre part, la prévalence accrue de certains problèmes périnataux, de la morbidité hospitalière, de la mortalité prématurée et d'une moindre espérance de vie à la naissance (Guillemette et Leclerc, 2008a; 2008b).

Au Québec, une pareille relation avec certains indicateurs socioéconomiques a aussi été relevée pour la multimorbidité (Blanchet et autres, 2016; Lapierre et Tremblay, 2015; Kinumbe Elungu, 2015). Il ressort de ces études que le nombre de maladies dont une personne peut être atteinte augmente avec la diminution de son revenu ou de son niveau de scolarité. L'éventail plutôt restreint d'études s'y intéressant montre toutefois que ce phénomène attire l'attention des chercheurs depuis peu d'années. Cet attrait ne devrait que croître car, au Québec comme ailleurs en Occident, la prévalence de la multimorbidité ne cesse d'augmenter en raison, entre autres, du vieillissement de la population et des progrès de la médecine (Lapierre et Tremblay, 2015; Moreau-Gruet, 2013; Fortin et autres, 2012). Ses conséquences sur la qualité de vie des personnes atteintes, sur le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que la société en général sont importantes (Fuhrman, 2014). Et, elles ne peuvent qu'être aggravées par les inégalités socioéconomiques.

C'est pour contribuer à une meilleure connaissance de cette réalité que ce document propose, pour la région de Lanaudière, la mise en commun de deux catégories de déterminants des ISS, soit le statut socioéconomique et la multimorbidité.

² Pour plus de détails concernant les ISS, voir le document intitulé *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités sociales influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé* produit par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de Lanaudière (Lemire, 2016).

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Qu'est-ce que la multimorbidité?

La multimorbidité « implique la coexistence de multiples affections sans que l'une soit plus importante que les autres, contrairement à la définition de la comorbidité, fondée sur le choix d'une affection principale et d'une ou plusieurs affections secondaires » (Roberts et autres, 2015, p. 99). Pour plusieurs chercheurs, la multimorbidité commence dès qu'une personne est affectée par au moins deux maladies chroniques (Moreau-Gruet, 2013). Il n'est toutefois pas rare que les chercheurs prennent trois maladies chroniques ou plus comme seuil (Lapierre et Tremblay, 2015; Fortin et autres, 2012).

La plupart des études traitant de la multimorbidité, sinon toutes, ciblent les maladies chroniques (Fuhrman, 2014). Elles se différencient toutefois quant au nombre de maladies chroniques prises en compte. Selon les études, le nombre de diagnostics varie ainsi de cinq à plus de 300 (Moreau-Gruet, 2013; Fortin et autres 2012).

Source de données

Les données utilisées dans ce fascicule mettent en relief le statut socioéconomique et certaines maladies chroniques. Elles proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Il s'agit d'une « enquête transversale qui vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. [...] Elle est réalisée auprès d'un grand échantillon de répondants et conçoit pour fournir des estimations fiables à l'échelle de la région sociosanitaire tous les deux ans » (Statistique Canada, 2016, p. 1).

L'ESCC a été menée pour la première fois en 2000-2001 auprès de la population canadienne de 12 ans et plus vivant dans un ménage privé. Le septième cycle de cette enquête a été réalisé en 2013-2014. Le huitième, soit celui de la période 2015-2016, est en cours de collecte.

Années couvertes

Les modifications apportées aux questionnaires et aux modes de collecte de données de l'ESCC font en sorte qu'il n'est pas toujours conseillé de comparer entre eux les résultats des cycles de l'enquête. C'est pourquoi les données présentées dans ce fascicule couvrent seulement les quatre derniers cycles de l'ESCC pour lesquels toutes les données sont comparables, soit 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014.

En raison de la comparabilité des cycles, les données de 2007-2008 et 2009-2010 ont été jumelées afin d'augmenter le nombre de répondants et, par le fait même, la précision statistique des pourcentages lanauois. Il en a été de même pour les cycles 2011-2012 et 2013-2014³. Les variables retenues sont issues de questions restées identiques depuis au

³ Une moyenne pondérée a été calculée pour tous les pourcentages afin de tenir compte de la variation du nombre de répondants à chacun des cycles de l'ESCC.

moins 2007-2008. Les modes de collecte de données auprès de la population canadienne sont comparables, malgré quelques différences quant à la répartition des répondants selon le type d'entrevue (téléphonique ou interview sur place assistée par ordinateur)⁴. La fusion des cycles de l'ESCC repose sur l'hypothèse que les variables retenues ne sont pas sujettes à des effets conjoncturels (Lapointe et Courtemanche, 2007).

Territoires et population ciblés

Les statistiques présentées concernent l'ensemble de la région de Lanaudière, car l'ESCC n'a pas été conçue pour des unités géographiques plus petites. Les statistiques relatives à l'ensemble du Québec sont aussi fournies à titre comparatif.

Même si l'ESCC couvre les personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage privé, la population ciblée pour l'analyse est celle des adultes de 25 à 74 ans. Les individus de moins de 25 ans sont volontairement exclus, car leur véritable statut socioéconomique est difficile à déterminer lorsqu'ils sont encore aux études. De même, il a été jugé préférable de retrancher les personnes de 75 ans et plus. À cet âge, une part non négligeable d'aînés vit dans un ménage collectif⁵. L'ESCC ne comprend pas un échantillon suffisamment représentatif des aînés de 75 ans et plus pour le sujet traité dans le présent document. Il faut en effet se rappeler que l'enquête ne vise pas les personnes vivant dans un ménage collectif.

Tests de comparaison

La présence de différences en fonction du statut socioéconomique est vérifiée à l'aide de tests statistiques de comparaison au seuil de 5 %. Ces tests sont effectués sur les pourcentages ajustés. Les données du tableau A1 en annexe montrent que la structure par âge de la population de 25-74 ans avec un faible statut socioéconomique diffère de celle du reste de la population. Elle est plus âgée, car elle compte une plus faible proportion de personnes de 25-44 ans et un pourcentage presque deux fois plus élevé d'aînés de 65-74 ans. Cela a certainement une influence sur la multimorbidité, puisque la présence de maladies chroniques va de pair avec l'avancée en âge. C'est le cas de neuf des douze maladies chroniques retenues dans le cadre de la présente étude (voir p. 12). Pour certaines d'entre elles, soit l'arthrite, l'hypertension, le diabète et les maladies cardiaques, la proportion de personnes atteintes est presque dix fois plus importante à 65 ans et plus qu'à 25-44 ans. Une seule maladie chronique, le trouble de l'humeur, affiche une prévalence qui diminue avec l'âge. Pour ces raisons, tous les tests de comparaison sont faits avec des pourcentages ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

En général, seules les différences statistiquement significatives au seuil de 5 % sont soulignées dans le texte. Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'absence d'écart confirmé statistiquement entre deux pourcentages ne signifie pas pour autant qu'ils sont identiques.

⁴ Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) confirment qu'il est possible de combiner, sous certaines conditions, les données des cycles de l'ESCC (Statistique Canada, 2009; Lapointe et Courtemanche, 2007).

⁵ En 2011, au Québec, de 2 à 4 % des personnes de 65-74 ans vivent dans un ménage collectif, alors que cette proportion grimpe à 8,4 % à 75-79 ans, à 18 % à 80-84 ans et à 38 % à 85 ans et plus (ISQ, 2013).

Angles d'analyse des données

Ce fascicule met en relation le statut socioéconomique des individus avec la prévalence cumulée de certaines maladies chroniques en faisant ressortir les différences entre les extrêmes de l'échelle socioéconomique. Un état de la situation est d'abord réalisé pour la période 2011-2014, soit pour les données combinées des cycles 2011-2012 et 2013-2014 de l'ESCC. Il est ensuite comparé à celui de la période 2007-2010. Tous les croisements de variables sont analysés en fonction du sexe afin de vérifier s'il y a des différences chronologiques pour un même sexe.

Quelle est l'ampleur des écarts entre les personnes situées au bas de l'échelle socioéconomique et le reste de la population quant au cumul de maladies chroniques? Ces écarts sont-ils les mêmes pour les deux sexes? Ont-ils diminué ou augmenté durant les dernières années? Voilà quelques questions auxquelles tente de répondre cette analyse.

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

Choix des indicateurs

Le statut socioéconomique des individus est associé à plusieurs critères. Selon Pampalon et autres (2013), qui reprennent le modèle de déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé proposé par l'Organisation mondiale de la Santé (CDSS, 2009), il s'agit de l'éducation, de l'occupation, du revenu, du sexe, de l'origine ethnique et des réseaux sociaux. Le statut socioéconomique est considéré comme « la cause des causes » des ISS, parce qu'il exerce une influence incontestable sur d'autres facteurs qui déterminent la santé des individus (Lambert et autres, 2014; Pampalon et autres, 2013).

Aux fins de la présente étude, deux déterminants socioéconomiques sont retenus. Il s'agit du revenu du ménage et du plus haut niveau de scolarité atteint par un des membres du ménage. Le traitement de deux variables socioéconomiques seulement permet de simplifier la création d'un indice socioéconomique composite, tout en mettant en évidence des sous-groupes de population avec des effectifs suffisamment grands pour permettre des analyses comparatives statistiquement plus solides.

Afin d'éviter la gestion d'un trop grand nombre de classes socioéconomiques, la population de 25-74 ans est répartie en fonction du quintile de revenu du ménage⁶. Le plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage est regroupé en deux catégories : avec au moins un diplôme d'études postsecondaires (professionnelles, collégiales ou universitaires) et sans diplôme d'études postsecondaires⁷. La création de la catégorie des personnes vivant dans des ménages ne comptant pas de membre avec un diplôme d'études postsecondaires répond à la nécessité de regrouper un nombre suffisant de cas. Cela n'aurait pas été possible en considérant

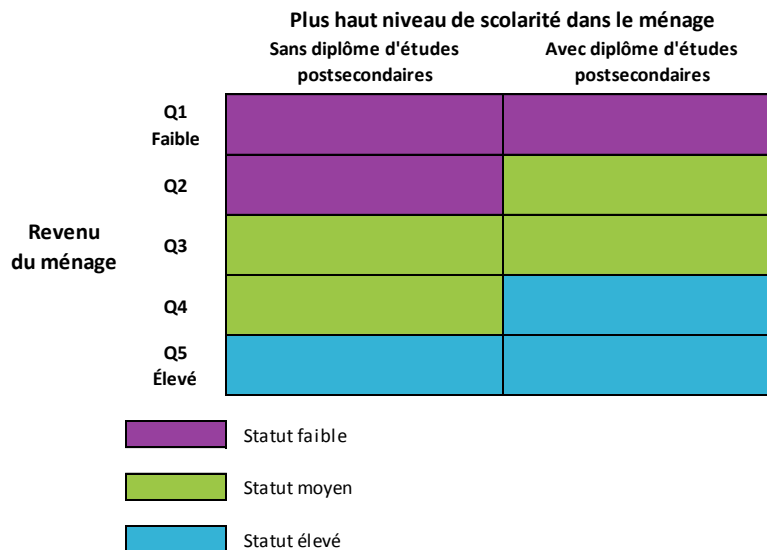
⁶ L'ESCC offre une répartition de la population selon le décile de revenu du ménage en fonction du territoire de résidence (la province ou la région sociosanitaire). Ces déciles ont été regroupés en quintiles selon la méthode suivante : déciles 1 et 2 = quintile 1, déciles 3 et 4 = quintile 2, déciles 5 et 6 = quintile 3, déciles 7 et 8 = quintile 4, et déciles 9 et 10 = quintile 5. Le quintile 1 (Q1) regroupe les personnes vivant dans les ménages ayant les plus faibles revenus, alors que le quintile 5 (Q5) comprend les personnes vivant dans les ménages profitant des revenus les plus élevés.

⁷ Cette catégorie englobe donc les personnes sans diplôme d'études secondaires, celles avec seulement un diplôme d'études secondaires et celles ayant fait des études postsecondaires sans obtenir de diplôme.

uniquement les individus vivant dans des ménages sans diplôme d'études secondaires, car ils comptent pour moins de 8 % de la population lanadoise de 25-74 ans selon les données de l'ESCC 2013-2014. Il faut aussi retenir que les exigences actuelles du marché du travail font en sorte qu'un diplôme d'études secondaires, sans autres qualifications académiques, est probablement insuffisant pour décrocher un emploi de qualité, stable et suffisamment rémunéré.

Le revenu et la scolarité des ménages sont combinés afin de créer un indice composite de statut socioéconomique comportant trois catégories d'individus répartis selon les critères illustrés dans la matrice ci-contre.

Figure 1
Matrice de l'indice composite de statut socioéconomique



Selon cet indice composite, les personnes avec un faible statut socioéconomique vivent dans des ménages qui ont un faible revenu et, dans la plupart des cas, une faible scolarité. À l'autre extrême, les personnes avec un statut socioéconomique élevé vivent dans des ménages qui profitent d'un revenu qui se situe au-dessus de la moyenne, et généralement, avec une diplomation postsecondaire.

Pour des considérations strictement liées à la nécessité de faciliter les tests statistiques de comparaison, les statuts socioéconomiques moyen et élevé sont fusionnés en une seule catégorie.

Portrait socioéconomique dans Lanaudière

Selon l'ESCC, autour de 24 % de la population lanaudoise de 25-74 ans vit dans un ménage privé dont aucun membre n'a un diplôme d'études postsecondaires en 2011-2014 (Tableau 1). Comparativement à la période 2007-2010, ce pourcentage n'a pas décliné significativement au plan de la statistique⁸. Cette situation est similaire à celle observée pour l'ensemble du Québec⁹.

L'indice composite de statut socioéconomique situe à 26 % la proportion de la population lanaudoise de 25-74 ans avec un statut socioéconomique faible en 2011-2014. Ce pourcentage monte à 30 % chez les femmes et se situe à 22 % chez les hommes. La proportion de personnes catégorisées avec un faible statut socioéconomique est, pour chacun des deux sexes, équivalente à celle de la période 2007-2010. Le constat est sensiblement le même pour le Québec.

Tableau 1

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Revenu du ménage						
Quintile 1 (faible)	23,5	17,0	20,3	21,8	14,7	18,3
Quintile 2	19,7	18,7	19,2	20,4	18,3	19,4
Quintile 3	18,4	19,5	18,9	18,9	21,2	20,1
Quintile 4	17,0	24,2	20,6	18,2	25,2	21,7
Quintile 5 (élevé)	21,5	20,6	21,0	20,6	20,6	20,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage						
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	28,5	24,1	26,4	25,2	22,2	23,7
Avec diplôme d'études postsecondaires	71,5	75,9	73,6	74,8	77,8	76,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Indice composite de statut socioéconomique						
Statut faible	29,5	22,1	25,9	30,2	21,6	26,0
Statut moyen ou élevé	70,5	77,9	74,1	69,8	78,4	74,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Sauf pour le revenu du ménage pour lequel des tests de comparaison n'ont pas été effectués, les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %. Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages bruts. Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

⁸ Une analyse descriptive semblable n'est pas faite avec le niveau de revenu du ménage, car la répartition selon le quintile de revenu est faite arbitrairement. Par définition, chacun des cinq quintiles regroupe autour de 20 % de la population.

⁹ Les données pour l'ensemble du Québec sont présentées au tableau A2 en annexe.

MULTIMORBIDITÉ

Choix des maladies chroniques

Le choix des maladies chroniques s'inspire d'études ayant déjà traité de la multimorbidité (Furhman, 2014). Leur disponibilité pour les quatre cycles de l'ESCC et la possibilité d'effectuer des comparaisons chronologiques ont aussi influencé leur sélection. Douze maladies chroniques sont considérées aux fins de l'étude, soit dix maladies physiques et deux maladies mentales. Elles doivent affecter les répondants de l'enquête depuis au moins six mois et doivent avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé. Il faut noter que ces douze maladies chroniques sont traitées sur le même pied d'égalité, peu importe leur sévérité, leur corrélation mutuelle et leurs impacts sur la santé et le bien-être des personnes atteintes. Cette approche est généralement privilégiée pour mesurer la prévalence de la multimorbidité (Furhman, 2014). Les maladies chroniques retenues et autodéclarées par les répondants sont les suivantes :

- Asthme
- Arthrite (excluant la fibromyalgie)
- Maux de dos (excluant l'arthrite et la fibromyalgie)
- Hypertension
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Diabète
- Maladie cardiaque (AVC)
- Cancer
- Troubles à la suite d'un accident vasculaire cérébral
- Troubles intestinaux (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable, etc.)
- Trouble de l'humeur
- Trouble de l'anxiété

Selon plusieurs études, une même personne peut déclarer plus d'une maladie chronique. C'est pourquoi il a été jugé opportun de créer un indice composite de maladies chroniques. Le simple décompte des maladies chroniques est la méthode privilégiée pour mesurer leur prévalence cumulée. Le cumul des maladies chroniques est présenté selon deux catégories dans les études traitant du sujet, soit deux maladies chroniques ou plus et trois maladies chroniques ou plus. Tel que spécifié précédemment, cette façon de quantifier la multimorbidité selon l'un ou l'autre de ces deux critères est répandue parmi les ouvrages traitant du sujet (Fortin et autres 2012). **Le présent document aborde la multimorbidité en considérant ces deux catégories.**

La sélection de douze maladies chroniques répond aux critères requis pour éviter de sous-estimer la présence de la multimorbidité. Ce risque serait particulièrement élevé avec le choix de seulement quatre à sept maladies chroniques (Fortin et autres, 2012).

Prévalence de certaines maladies chroniques dans Lanaudière

Dans Lanaudière en 2011-2014, l'hypertension et les maux de dos sont les maladies chroniques les plus déclarées au sein de la population de 25-74 ans¹⁰ (Tableau 2). Elles en affectent chacune environ le cinquième. Elles sont suivies, loin derrière, par l'arthrite, le diabète et l'asthme avec autour de 10 % de personnes atteintes. Les maladies chroniques avec les plus faibles pourcentages d'individus affectés sont les troubles à la suite d'un accident vasculaire cérébral (moins de 1 %) et le cancer (environ 2 %).

Un peu moins de la moitié de la population lanaudoise de 25-74 ans ne déclare aucune maladie chronique diagnostiquée. Le quart affirme en avoir au moins deux et près de 11 % en a au moins trois.

Aussi bien chez les Lanaudoises que chez les Lanaudois, la proportion de personnes avec l'une ou l'autre de ces maladies chroniques ne varie pas significativement entre les périodes 2007-2010 et 2011-2014. Les données québécoises révèlent cependant que les proportions de personnes avec de l'arthrite, du diabète ou un trouble de l'anxiété ont augmenté entre ces deux périodes, alors que les maux de dos ont diminué¹¹. Autant dans Lanaudière que pour l'ensemble du Québec, le pourcentage de personnes sans maladie chronique ou avec de la multimorbidité n'a pas varié significativement entre 2007-2010 et 2011-2014.

¹⁰ Ce constat est valide seulement pour les douze maladies chroniques retenues dans le cadre de cette étude. Il est possible qu'une autre maladie chronique ait une prévalence plus élevée que celle de l'hypertension ou des maux de dos.

¹¹ Les données pour l'ensemble du Québec sont présentées au tableau A3 en annexe.

Tableau 2

Prévalence de certaines maladies chroniques¹ dans la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Maladies chroniques						
Asthme	8,6	5,7 *	7,1	10,7	6,7 *	8,7
Arthrite (excluant la fibromyalgie)	12,4	9,6	11,0	15,8	9,5	12,7
Maux de dos (excluant l'arthrite et la fibromyalgie)	17,0	23,3	20,1	17,7	22,0	19,8
Hypertension	20,8	21,0	20,9	19,5	22,0	20,7
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ²	5,4 *	5,4 *	5,4 *	6,2 *	3,8 **	5,0 *
Diabète	4,9 *	7,7	6,3	7,1 *	11,6	9,3
Maladie cardiaque	4,4 *	6,0 *	5,2	3,7 *	8,1 *	5,9
Cancer	1,1 **	2,2 **	1,7 *	2,6 **	1,3 **	2,0 *
Troubles à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC)	np	1,2 **	0,9 **	np	np	0,7 **
Troubles intestinaux (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable, etc.)	5,2 *	2,5 **	3,9 *	5,4 *	3,9 *	4,6
Trouble de l'humeur	6,2 *	3,9 *	5,1	8,1 *	3,6 *	5,9
Trouble de l'anxiété	9,0	6,5 *	7,8	8,5 *	5,1 *	6,8
Indice composite de maladies chroniques						
Aucune maladie chronique	50,5	46,5	48,5	44,3	46,7	45,5
Une maladie chronique	24,7	28,2	26,4	29,6	27,9	28,7
Deux maladies chroniques	13,7	15,1	14,4	14,8	14,9	14,8
Trois maladies chroniques ou plus	11,1	10,1	10,6	11,3	10,5	10,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Multimorbidité						
Deux maladies chroniques ou plus	24,8	25,3	25,0	26,1	25,4	25,7
Trois maladies chroniques ou plus	11,1	10,1	10,6	11,3	10,5	10,9

¹ Les maladies chroniques doivent perdurer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé.

² La prévalence est calculée pour la population de 35-74 ans.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %. Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages bruts.

Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

np : donnée non présentée en raison du petit nombre d'effectifs

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET MULTIMORBIDITÉ DANS LANAUDIÈRE

Le cumul d'au moins deux maladies chroniques est plus fréquent au sein de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage à faible revenu ou moins scolarisé. Ces inégalités sociales de santé sont les mêmes, mais avec des écarts moindres, lorsque la multimorbidité est définie en fonction d'au moins trois maladies chroniques. Dans Lanaudière en 2011-2014, les résultats de ces deux scénarios sont statistiquement démontrés lorsque les sexes sont réunis (Tableau 3). De même, les personnes vivant dans un ménage à faible revenu ou moins scolarisé sont moins nombreuses, en proportion, à n'avoir aucune maladie chronique. Les données relatives à l'ensemble du Québec confirment, tests statistiques à l'appui, chacune de ces conclusions (Tableau A4 en annexe).

Tableau 3

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon les niveaux de revenu et de scolarité du ménage, l'indice composite de maladies chroniques¹ et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite de maladies chroniques					
	2007-2010			2011-2014		
	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus
Revenu du ménage						
Femmes						
Quintile 1 (faible)	37,1	40,5	25,6 *	33,8	39,9	21,0 *
Quintile 5 (élevé)	53,5	22,2 *	np	55,3	16,9 *	6,9 **
Hommes						
Quintile 1 (faible)	32,6 *	42,8	21,6 *	33,8 *	39,3	23,4 *
Quintile 5 (élevé)	50,2	14,8 *	4,6 **	51,3	25,3 *	10,3 **
Sexes réunis						
Quintile 1 (faible)	35,2	41,5	24,0	33,8	39,7	22,0
Quintile 5 (élevé)	51,9	18,6 *	3,6 **	53,3	21,1	8,6 *
Scolarité du ménage						
Femmes						
Sans diplôme d'études postsecondaires ²	35,4	32,7	14,8 *	37,0	38,0	19,1 *
Avec diplôme d'études postsecondaires	57,5	20,9	9,3 *	47,8 ↓	21,5	8,9 *
Hommes						
Sans diplôme d'études postsecondaires ²	44,2	29,6	16,6 *	34,4	38,3	21,1 *
Avec diplôme d'études postsecondaires	48,0	22,4	8,2 *	50,4	21,7	6,9 *
Sexes réunis						
Sans diplôme d'études postsecondaires ²	39,3	31,3	15,6	35,8	38,1	20,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	52,7	21,7	8,8	49,1	21,6	7,9

¹ Les maladies chroniques retenues doivent perdurer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé. Les pourcentages associés à la présence d'une seule maladie chronique et de deux maladies chroniques ne sont pas affichés afin d'alléger la présentation des résultats.

² Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.

Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul de maladies chroniques, au seuil de 5 %.

Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages ajustés selon la structure par âge (25-44 ans, 45-59 ans et 60-74 ans), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

np : donnée non présentée en raison du petit nombre d'effectifs

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Le croisement de l'indice composite de statut socioéconomique avec la multimorbidité permet aussi d'observer une situation beaucoup moins avantageuse pour les personnes ayant un faible statut. Les inégalités constatées dans Lanaudière et au Québec sont significatives dans la majorité des cas (Tableau 4 à la page 15 et Tableau A5 en annexe).

Tableau 4

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, l'indice composite de maladies chroniques¹ et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite de maladies chroniques					
	2007-2010			2011-2014		
	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus
Indice composite de statut socioéconomique						
Femmes						
Statut faible	37,3	37,1	22,9 *	33,6	39,8	21,3 *
Statut moyen ou élevé	58,0	19,5	6,9 *	49,2 ↓	19,9	6,8 *
Hommes						
Statut faible	36,4	38,6	18,9 *	35,8	35,9 ↓	21,0 *
Statut moyen ou élevé	48,6	20,5	8,1 *	49,9	22,2	7,3 *
Sexes réunis						
Statut faible	36,9	37,8	21,2	34,5	38,3	21,2
Statut moyen ou élevé	53,2	20,0	7,5	49,5	21,1	7,0

¹ Les maladies chroniques retenues doivent perdurer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé. Les pourcentages associés à la présence d'une seule maladie chronique et de deux maladies chroniques ne sont pas affichés afin d'alléger la présentation des résultats.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.

Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul de maladies chroniques, au seuil de 5 %.

Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages ajustés selon la structure par âge (25-44 ans, 45-59 ans et 60-74 ans), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Les données lanaudoises montrent que l'étendue des différences quant à la prévalence de la multimorbidité, peu importe le nombre de maladies chroniques considérées, est généralement plus forte chez les femmes que chez les hommes. C'est le cas, notamment, pour le revenu du ménage et l'indice composite de statut socioéconomique. Au Québec, la situation est la même avec la scolarité, tandis qu'il ne semble pas que cela soit le cas avec les données lanaudoises.

L'analyse des résultats pour les périodes 2007-2010 et 2011-2014 laisse supposer que les inégalités en matière de santé pourraient s'être accrues au fil des ans au sein de la population de 25-74 ans. Dans Lanaudière, comme au Québec, les différences entre les pourcentages ne sont toutefois pas systématiquement confirmées au plan de la statistique.

DISCUSSION

Analyse des résultats

La multimorbidité chez les Lanaudoises et les Lanaudois de 25-74 ans vivant dans un ménage privé n'est pas rare en 2011-2014. Une femme et un homme sur quatre ont rapporté être affectés par au moins deux maladies chroniques. C'est environ une personne sur dix qui en a au moins trois. Il faut par contre retenir que près de la moitié de la population de 25-74 ans ne déclare aucune maladie chronique diagnostiquée par un professionnel de la santé.

Les données issues de l'ESCC montrent que la prévalence de la multimorbidité varie en fonction du statut socioéconomique. Qu'elle soit définie par la présence d'au moins deux ou trois maladies chroniques ou plus, **la multimorbidité est nettement plus fréquente chez les personnes vivant dans un ménage moins scolarisé avec un faible revenu**. Cette réalité est observée chez les femmes et chez les hommes du Québec pour les deux périodes considérées. La population de Lanaudière semble vivre la même situation, même si les différences ne sont pas toujours confirmées statistiquement.

Dans Lanaudière, les ISS vues sous l'angle de la multimorbidité semblent être plus importantes avec l'indice composite de statut socioéconomique (combinaison du revenu et de la scolarité du ménage). Avec les données du Québec, cela semble plutôt être le cas avec le revenu du ménage. Malgré cette apparente différence territoriale, il faut surtout retenir que les trois indicateurs socioéconomiques retenus, soit le revenu et la scolarité du ménage ainsi que l'indice composite, font état d'un déséquilibre au regard de la présence de la multimorbidité en fonction de la position socioéconomique.

Au Québec et, dans une moindre mesure, dans Lanaudière, **la proportion de personnes affectées par au moins deux ou au moins trois maladies chroniques semble être plus appréciable chez les femmes que chez les hommes**. Cela est surtout notable lorsque le revenu du ménage et l'indice composite de statut socioéconomique sont considérés.

Les proportions de femmes et d'hommes de 25-74 ans avec de la multimorbidité, tous statuts socioéconomiques confondus, n'ont guère changé entre les périodes 2007-2010 et 2011-2014. Les quelques variations observées font toutefois ressortir que **les inégalités sociales de santé associées à la multimorbidité pourraient s'être aggravées aussi bien dans Lanaudière qu'au Québec. Ce qui est néanmoins certain, c'est qu'elles ne se sont pas réduites**.

Comparaison difficile avec d'autres études

Les études traitant de la multimorbidité sont encore peu nombreuses, car il s'agit d'une problématique pour laquelle l'intérêt des chercheurs est relativement récent (Fuhrman, 2014). Elles demeurent très hétérogènes quant au mode de collecte de données, la taille de l'échantillon, la population ciblée, le nombre de maladies chroniques considérées et la définition même de la multimorbidité. Cela a pour effet de rendre difficile la comparaison des

résultats (Roberts et autres, 2015; Moreau-Gruet, 2013; Fortin et autres, 2012). C'est pourquoi il n'est pas jugé pertinent de comparer la prévalence de la multimorbidité observée dans Lanaudière avec celles d'autres études.

Malgré cela, la plupart des études s'entendent pour faire état de variations de la proportion de personnes affectées par de la multimorbidité en fonction de l'âge et du sexe. Elles concluent qu'elle augmente avec l'âge, surtout après 40 ans, et qu'elle est plus élevée chez les femmes que les hommes. **Certaines de ces études confirment que la multimorbidité est plus fréquente parmi les personnes moins instruites ou ayant un faible statut socioéconomique** (Lapierre et Tremblay, 2015; Kinumbe Elungu, 2015; Roberts et autres, 2015; Moreau-Gruet, 2013; Agborsangaya et autres, 2012).

Limites de l'étude

Les constats de la présente étude, même s'ils sont confirmés statistiquement, comportent quelques limites. En premier lieu, l'éventail des maladies chroniques retenues n'est pas exhaustif, car leur sélection est assujettie aux données produites dans le cadre de l'ESCC. Par exemple, l'absence de l'hypercholestérolémie et de l'ostéoporose n'est pas sans conséquence sur la multimorbidité puisqu'elles sont répandues au sein de la population âgée de 40 ans et plus. La dépression est aussi une maladie retenue par certaines analyses traitant de la multimorbidité, alors que ce n'est pas le cas pour cette étude. La présence non négligeable des épisodes dépressifs majeurs au sein de la population de 15 ans et plus, soit environ 5 % au Canada en 2002 (Guillemette, Garand et Payette, 2011), aurait pu justifier sa sélection si des données avaient été disponibles.

Le cumul des maladies chroniques n'est pas mesuré en fonction de leur complexité, de leur sévérité ou des impacts sur la santé et le bien-être des individus. Les données de l'ESCC ne permettent pas de faire de telles différences entre les maladies chroniques. Or, une seule maladie chronique particulièrement sévère peut avoir des conséquences plus graves que la présence de trois maladies chroniques de moindre importance ou plus facilement traitables (ex. : asthme, diabète et hypertension). Il est aussi possible que la prévalence de la multimorbidité soit sous-estimée en raison de la difficulté à rejoindre, à l'aide d'une enquête, les personnes avec une pathologie complexe ou une maladie psychique : les probabilités qu'elles soient dans un établissement de santé, donc hors d'un ménage privé, ou incapables de répondre au questionnaire étant plus fortes (Moreau-Gruet, 2013).

Les données utilisées étant issues d'une enquête, leur précision pourrait avoir été amoindrie par la non-réponse partielle (ex. : plus de 10 % pour le revenu du ménage en 2009-2010) et le nombre peu élevé de répondants lanaudois. Cela a obligé le regroupement des catégories socioéconomiques, ce qui simplifie artificiellement cette réalité pour la région.

Il faut enfin retenir que l'étude utilise des données qui offrent peu de recul chronologique (2007 à 2014), ce qui fragilise un peu les constats quant à l'évolution des inégalités socioéconomiques associées à la multimorbidité.

Il va de soi que ces limites incitent à traiter les statistiques présentées dans ce fascicule avec une certaine prudence. Il faut toutefois insister sur le fait qu'elles ne remettent nullement en question l'existence d'une étroite association entre, d'une part, le revenu et la scolarité et, d'autre part, la multimorbidité.

Les conséquences de la multimorbidité

Cela a été en partie souligné en introduction, l'amélioration « des conditions de vie et les progrès de la médecine ont entraîné une très nette augmentation de l'espérance de vie. Cette évolution s'accompagne toutefois d'un prolongement de la durée de vie avec des problèmes de santé chroniques. Il en résulte également une hausse de la multimorbidité, c'est-à-dire de la part des personnes atteintes de plusieurs maladies/problèmes de santé à la fois » (Bopp, 2013, p. 1).

Cette évolution a des impacts importants sur les personnes atteintes, le personnel traitant et le réseau de la santé. Pour les personnes atteintes, la multimorbidité peut engendrer des limitations fonctionnelles, une perte d'autonomie, une diminution de la qualité de vie, de la détresse psychologique, un risque d'hospitalisation plus élevé, des complications postopératoires, des coûts associés à la médication et aux traitements plus importants. La multimorbidité confronte aussi les professionnels de la santé à des patients vivant des problématiques complexes et avec une médication comportant des risques accrus d'interactions défavorables à la santé. Tout cela a pour effet de solliciter encore plus les ressources du réseau de la santé (Lapierre et Tremblay, 2015; Roberts et autres, 2015; Kinumbe Elungu, 2015; Furhman, 2014; Moreau-Gruet, 2013).

Les impacts de la multimorbidité subis par les personnes moins favorisées au plan socioéconomique sont plus sévères parce qu'elles ne profitent pas toujours du même niveau de connaissances, de compréhension et de soutien que les personnes mieux nanties ou plus instruites.

Pourquoi ces inégalités sociales de santé?

L'adoption d'habitudes de vie défavorables à la santé est observée dans toutes les strates de la société. Il est toutefois démontré que cela est plus répandu au sein des populations défavorisées au plan socioéconomique (gouvernement du Québec, 2015). Selon Lapierre et Tremblay (2015), la forte association entre la multimorbidité et le statut socioéconomique est cohérente « avec le fait, d'une part, que la scolarité influe sur les comportements reliés à la santé (tabagisme, alimentation, activité physique) et d'autre part, que le revenu joue sur les conditions de travail, les conditions de vie et l'accès aux ressources » (p. 12). Les personnes avec un faible statut socioéconomique feraient donc face à des facteurs de risque plus nombreux et avec moins de ressources protectrices pour les contrer (De Koninck et autres, 2008), ce qui favorisait la survenue d'ISS concrétisées par l'apparition de multiples problèmes de santé chroniques. Cette situation fait en sorte que la multimorbidité pourrait être présente de dix à quinze ans plus tôt chez les personnes moins favorisées au plan socioéconomique (Roberts et autres, 2015).

Les caractéristiques des milieux de vie exercent aussi une influence sur les ISS. Or, les personnes vivant dans des milieux de vie plus défavorisés au plan socioéconomique pourraient moins utiliser les services de santé et les services sociaux (ASSSM, 2011). Cette situation risque de diminuer l'efficacité des efforts de promotion de la santé et de prévention d'habitudes de vie défavorables à la santé. Pour les personnes avec un problème de santé, cela peut se traduire par la dispensation de soins insuffisants ou trop tardifs favorisant ainsi l'apparition d'autres problèmes de santé.

CONCLUSION

« Les conséquences de la multimorbidité sont plus importantes que celles de la somme de chaque maladie prise isolément, que ce soit pour les patients, le personnel soignant, le système de santé ou la société elle-même. » (Bopp, 2013, p. 1)

La multimorbidité représente un sérieux défi pour le réseau de la santé et des services sociaux. Sa prévalence élevée en fait une problématique qu'il ne faut surtout pas négliger puisqu'elle a des impacts importants sur la santé et le bien-être des personnes atteintes et leurs proches. Elle exerce également une ponction non négligeable sur les ressources humaines et matérielles du réseau de la santé. Tout cela est exacerbé par la présence d'ISS qui affectent davantage les populations défavorisées socioéconomiquement. Ces dernières peuvent plus difficilement se prémunir contre la multimorbidité et, surtout, elles sont moins bien dotées pour faire face à ses conséquences.

La présence simultanée de plusieurs maladies chroniques résulte des effets conjoints de plus d'un facteur de risque dont le tabagisme, une alimentation inadéquate et l'inactivité physique (Furhman, 2014). Cela milite en faveur de la mise en place d'activités de promotion de la santé et de prévention qui privilégient une approche globale axée sur le développement des compétences des individus et sur la création ou la consolidation d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être de tous (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2007). Les ISS font aussi en sorte que les efforts de prévention et de promotion de la santé doivent être adaptés pour des clientèles plus vulnérables confrontées à des conditions socioéconomiques défavorables.

La réduction des inégalités socioéconomiques, et par conséquent des ISS, est l'un des objectifs principaux du réseau de la santé et des services sociaux québécois (gouvernement du Québec, 2015; Pampalon et autres, 2013). Il ne faudrait par contre pas oublier qu'elle interpelle aussi tous les acteurs de la société, car elle passe, entre autres, par la diminution du décrochage scolaire et la création d'emplois de qualité (stables, avec une bonne rémunération, favorisant l'estime de soi, etc.). « Il importe de souligner que les inégalités sociales de santé touchent l'ensemble de la société, en raison de leur impact sur la prospérité et le bien-être collectif » (MSSS, 2015, p. 27).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGBORSANGAYA, Calypse, Darren LAU, Markus LAHTINEN, Tim COOKE et Jeffrey A. JOHNSON. Multimorbidity Prevalence and Patterns Across Socioeconomic Determinants: A Cross-Sectional Survey, *BMC Public Health*, volume 12, n° 201, 2012, 8 p. (site Web consulté en juillet 2016 au www.biomedcentral.com/1471-2458/12_201)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (ASSSM). *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*, Montréal, ASSSM, Direction de santé publique, 2011, 31 p.

BÉGIN, Claude, Lise OUELLET et Élisabeth CADIEUX. *Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population lanauoise! 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, 2007, 32 p.

BLANCHET, Carole, Denis HAMEL, Patricia LAMONTAGNE, Benoit LASNIER, Bertrand NOLIN et Sébastien TESSIER. *Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, 2016, 32 p.

BOPP, Matthias. Éditorial, *OBSAN Bulletin*, volume 4/2013, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN), 2013, p. 1. (site Web consulté en juillet 2016 au www.obsan.ch)

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (CDSS). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009, 252 p.

DE KONINCK, Maria, Robert PAMPALON, Ginette PAQUET, Michèle CLÉMENT, Anne-Marie HAMELIN, Marie-Jeanne DISANT, Geneviève TRUDEL, Alexandre LEBEL et Hervé ANCTIL (coll.). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Institut national de santé publique et Université Laval, 2008, 95 p.

FORTIN, Martin, Moira STEWART, Marie-Ève POITRAS, José ALMIRALL et Heather MADDOCKS. A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology, *Annals of Family Medicine*, volume 10, n° 2, mars/avril 2012, p. 142-151 (site Web consulté en juillet 2016 www.annfam.org)

FUHRMAN, Claire. *Surveillance épidémiologique de la multimorbidité. Revue bibliographique*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2014, 22 p.

GUILLEMETTE, André, Christine GARAND (coll.) et Josée PAYETTE (coll.). *Les maladies mentales. Les maladies chroniques 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, 2011, 44 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, 2008a, 12 p.

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, 2008b, 16 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Situation des personnes dans les ménages et dans les familles selon le groupe d'âge et le sexe*, Québec, 2011, Québec, ISQ, 2013. (site Web consulté en juillet 2016 au www.stat.gouv.qc.ca)

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (INPES). *Inégalités sociales de santé. Définition et concepts du champ*, 2015. (site Web consulté en septembre 2015 au www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/situation.asp)

KINUMBE ELUNGU, Michel. *Explorer la relation entre le statut socio-économique et la multimorbidité au sein d'une population clinique de première ligne*, Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (MSc) en sciences cliniques, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2015, 71 p.

LAMBERT, Roseline, Julie ST-PIERRE, Lucie LEMIEUX, Maude CHAPADOS, Geneviève LAPOINTE, Pierre BERGERON, Robert CHOINIÈRE, Marie-France LEBLANC et Geneviève TRUDEL. *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Vice-présidence aux affaires scientifiques, 2014, 96 p.

LAPIERRE, René, et Fabien TREMBLAY. *La multimorbidité au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Saguenay, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2015, 27 p.

LAPOINTE, France, et Robert COURTEMANCHE. *Avis méthodologique pour la combinaison de plusieurs cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, 2007, 9 p.

LEMIRE, Louise. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités sociales influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, MSSS, Direction des communications, 2016, 100 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, MSSS, Direction des communications, 2015, 84 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, Québec, MSSS, Québec en Forme et Institut national de santé publique du Québec, gouvernement du Québec, 2012a, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, MSSS, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, 2012b, 24 p.

MOREAU-GRUET, Florence. *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*, *OBSAN Bulletin*, volume 4/2013, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSAN), 2013, 8 p. (site Web consulté en juillet 2016 au www.obsan.ch)

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL, Carolyn ALIX, Maude LANDRY et collaborateurs. *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec. Suivre les inégalités sociales de santé au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Vice-présidence aux affaires scientifiques, 2013, 83 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE. *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 20 p.

ROBERTS, K.C., D.P. RAO, T.L. BENNETT, L. LOUKINE et G.C. JAYARAMAN. *Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés*, *Recherche, politiques et pratiques*, volume 35, n° 6, août 2015, p. 93-101.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)*, Ottawa, Statistique Canada, 2016, 9 p. (site Web consulté en juin 2016 au www.statcan.gc.ca)

STATISTIQUE CANADA. *Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Rapports sur la santé*, numéro 82-003-XPF au catalogue, volume 20, n° 1, mars 2009, p. 59-65.

ANNEXE

Tableau A1

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière et le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Lanaudière						
Statut socioéconomique faible						
25-44 ans	32,6	36,1	34,1	28,9	33,0	30,5
45-64 ans	42,0	41,9	41,9	43,3	35,9	40,3
65-74 ans	25,5	22,0	24,0	27,8	31,2	29,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Statut socioéconomique moyen ou élevé						
25-44 ans	45,5	43,5	44,5	43,4	43,0	43,2
45-64 ans	47,5	47,6	47,5	46,2	47,8	47,0
65-74 ans	7,0	8,9	8,0	10,3	9,3	9,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Le Québec						
Statut socioéconomique faible						
25-44 ans	37,2	39,7	38,3	34,8	37,7	36,1
45-64 ans	39,0	40,3	39,6	38,8	41,0	39,8
65-74 ans	23,8	20,0	22,1	26,3	21,3	24,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Statut socioéconomique moyen ou élevé						
25-44 ans	45,0	44,4	44,7	42,4	42,4	42,4
45-64 ans	46,7	46,3	46,5	46,5	45,5	46,0
65-74 ans	8,4	9,3	8,9	11,1	12,1	11,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A2

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Revenu du ménage						
Quintile 1 (faible)	20,2	16,1	18,2	19,6	15,7	17,6
Quintile 2	20,1	18,3	19,2	20,0	17,6	18,8
Quintile 3	19,7	20,2	20,0	20,2	20,4	20,3
Quintile 4	20,4	22,0	21,2	20,6	22,5	21,5
Quintile 5 (élevé)	19,6	23,4	21,5	19,7	23,8	21,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage						
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	22,6	21,1	21,8	21,6	20,3	20,9
Avec diplôme d'études postsecondaires	77,4	78,9	78,2	78,4	79,7	79,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Indice composite de statut socioéconomique						
Statut faible	26,1	21,5	23,8	25,8	21,0	23,4
Statut moyen ou élevé	73,9	78,5	76,2	74,2	79,0	76,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Sauf pour le revenu du ménage pour lequel des tests de comparaison n'ont pas été effectués, les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %. Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages bruts. Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A3

Prévalence de certaines maladies chroniques¹ dans la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Maladies chroniques						
Asthme	9,5	6,1	7,8	9,5	7,1 ↑	8,3
Arthrite (excluant la fibromyalgie)	13,4	8,2	10,8	15,0 ↑	8,2	11,6 ↑
Maux de dos (excluant l'arthrite et la fibromyalgie)	19,0	19,2	19,1	17,6 ↓	17,0 ↓	17,3 ↓
Hypertension	17,7	17,2	17,5	17,8	18,4	18,1
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ²	4,7	3,5	4,1	4,6	3,5	4,1
Diabète	5,0	7,0	6,0	6,0 ↑	7,8	6,9 ↑
Maladie cardiaque	4,0	6,1	5,0	3,9	6,2	5,0
Cancer	1,9	1,8	1,8	2,3	2,1	2,2
Troubles à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC)	0,8	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9
Troubles intestinaux (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, côlon irritable, etc.)	5,3	2,8	4,1	5,3	2,5	3,9
Trouble de l'humeur	6,7	4,5	5,6	7,0	4,5	5,7
Trouble de l'anxiété	7,1	4,1	5,6	8,0	4,5	6,3 ↑
Indice composite de maladies chroniques						
Aucune maladie chronique	48,6	52,3	50,4	47,7	52,2	49,9
Une maladie chronique	27,2	27,5	27,3	27,0	27,1	27,1
Deux maladies chroniques	13,6	12,1	12,9	14,0	12,3	13,2
Trois maladies chroniques ou plus	10,6	8,1	9,4	11,2	8,5	9,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Multimorbidité						
Deux maladies chroniques ou plus	24,2	20,2	22,2	25,2	20,8	23,0
Trois maladies chroniques ou plus	10,6	8,1	9,4	11,2	8,5	9,8

¹ Les maladies chroniques doivent perdurer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé.

² La prévalence est calculée pour la population de 35-74 ans.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %. Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages bruts.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A4

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon les niveaux de revenu et de scolarité du ménage, l'indice composite de maladies chroniques¹ et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite de maladies chroniques					
	2007-2010			2011-2014		
	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus
Revenu du ménage						
Femmes						
Quintile 1 (faible)	39,2	36,9	19,4	40,1	38,3	20,3
Quintile 5 (élevé)	53,7	17,1	5,4	56,6	15,8	5,7
Hommes						
Quintile 1 (faible)	47,2	28,9	13,5	47,9	30,1	15,3
Quintile 5 (élevé)	54,5	16,2	5,6	55,0	17,1	5,1
Sexes réunis						
Quintile 1 (faible)	42,8	33,3	16,7	43,5	34,7	18,1
Quintile 5 (élevé)	54,1	16,6	5,5	55,8 ↑	16,5	5,3
Scolarité du ménage						
Femmes						
Sans diplôme d'études postsecondaires ²	38,5	34,4	17,0	34,4	39,5 ↑	19,9
Avec diplôme d'études postsecondaires	51,8	20,8	8,3	51,7	21,0	8,6
Hommes						
Sans diplôme d'études postsecondaires ²	42,8	28,2	12,5	41,6	30,6	14,8
Avec diplôme d'études postsecondaires	55,0	17,7	6,8	55,8	18,1	6,7
Sexes réunis						
Sans diplôme d'études postsecondaires ²	40,6	31,4	14,9	37,8	35,2 ↑	17,4 ↑
Avec diplôme d'études postsecondaires	53,4	19,3	7,5	53,7	19,5	7,6

¹ Les maladies chroniques retenues doivent perdurer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé. Les pourcentages associés à la présence d'une seule maladie chronique et de deux maladies chroniques ne sont pas affichés afin d'alléger la présentation des résultats.

² Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.

Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul de maladies chroniques, au seuil de 5 %.

Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages ajustés selon la structure par âge (25-44 ans, 45-59 ans et 60-74 ans), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.

Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A5

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, l'indice composite de maladies chroniques¹ et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite de maladies chroniques					
	2007-2010			2011-2014		
	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus	Aucune maladie chronique	Deux maladies chroniques ou plus	Trois maladies chroniques ou plus
Indice composite de statut socioéconomique						
Femmes						
Statut faible	39,2	35,4	18,2	38,6	38,5	20,0
Statut moyen ou élevé	52,2	19,9	7,5	51,1	20,4	8,0
Hommes						
Statut faible	44,8	29,7	13,7	45,6	31,4	15,9
Statut moyen ou élevé	53,9	17,7	6,6	54,3	17,9	6,5
Sexes réunis						
Statut faible	41,7	32,8	16,1	41,7	35,3	18,2
Statut moyen ou élevé	53,1	18,7	7,0	52,7	19,1	7,2

¹ Les maladies chroniques retenues doivent perdurer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquées par un professionnel de la santé. Les pourcentages associés à la présence d'une seule maladie chronique et de deux maladies chroniques ne sont pas affichés afin d'alléger la présentation des résultats.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
 Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul de maladies chroniques, au seuil de 5 %.
 Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages ajustés selon la structure par âge (25-44 ans, 45-59 ans et 60-74 ans), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.



Dans la série
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
(en date de décembre 2016)

*Comment les inégalités socioéconomiques influencent la santé.
Comprendre la naissance et le développement des inégalités
sociales de santé.*

(Louise Lemire, 2016)

Statut socioéconomique et cumul d'habitudes de vie
(André Guillemette, 2016)



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière**

Québec 