

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LANAUDIÈRE

Mars 2017

Statut socioéconomique
et recours aux services de santé



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

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

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

André Guillemette au 450 759-6660 ou sans frais au 1 855 759-6660, 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 recours aux services de santé*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, mars 2017, 40 pages.

Source des images : Pixabay

Création du concept - Image page couverture : Micheline Clermont

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2017

Dépôt légal

Premier trimestre 2017

ISBN : 978-2-550-76942-2 (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, 2012). 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, 2016a).

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/sylia à l'onglet *Nos publications* sous la rubrique *Inégalités sociales de santé*.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	5
CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	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	9
ACCÈS OU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ	11
Choix des services de santé	11
STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET ACCÈS OU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ DANS LANAUDIÈRE ..	12
Population ayant un médecin régulier.....	12
Consultations de professionnels de la santé	14
Vaccination contre la grippe	20
Utilisation de services médicaux préventifs	22
DISCUSSION	25
Analyse des résultats	25
Comparaison avec d’autres études.....	26
Limites de l’étude.....	27
Iniquités d’accès ou inégalités d’utilisation?	28
Pourquoi y a-t-il des inégalités quant au recours aux services de santé?	29
Les inégalités d’utilisation de services de santé : des conséquences	30
CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
ANNEXE	38

INTRODUCTION

« Les inégalités sociales ont un impact bien réel sur la santé de la population du Québec. Elles influencent la durée de vie tout autant que la qualité de vie, l'adoption de comportements favorables à la santé, le développement et le bien-être des jeunes ainsi que le recours aux professionnels et aux services de santé. » (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008, p. 1)

Selon le modèle des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les inégalités sociales de santé (ISS)² sont influencées par la prospérité économique, les mécanismes gouvernementaux de protection (politiques, filets de sécurité sociale) et les particularités socioéconomiques des individus. Les ISS sont aussi associées aux caractéristiques des milieux de vie (à la maison, au travail, dans la communauté, etc.), aux facteurs psychosociaux, aux habitudes de vie et au système de soins de santé. Par système de soins de santé, l'OMS fait référence à l'accès aux ressources de santé, à la prévention, à la vaccination et au dépistage (Pampalon et autres, 2013).

Même si la *Loi canadienne sur la santé* et le régime d'assurance-maladie qui en découle garantissent l'accès universel aux soins de santé et leur utilisation en fonction des besoins, force est de constater que le fait d'être moins scolarisé ou à faible revenu représente un obstacle à l'utilisation de certains services du réseau de la santé et des services sociaux (De Koninck et autres, 2008; Hutchison, 2007; Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000).

Cette situation a évidemment des impacts importants pour les personnes plus démunies puisqu'elles sont alors plus susceptibles d'être hospitalisées (AMC, 2012), de se rendre à l'urgence pour recevoir des traitements et de considérer qu'elles n'ont pas reçu tous les soins de santé requis par leur état de santé (AMC, 2013a). Cela fait en sorte que l'équité d'accès et l'égalité d'utilisation des services de santé et des services sociaux constituent des éléments incontournables de la lutte aux ISS.

Ce constat a conduit à la réalisation de ce document, d'abord pour dresser un état de la situation mettant en relation le statut socioéconomique des Lanaudoises et des Lanaudois avec leur utilisation de certains services de santé et, éventuellement, pour contribuer à la réduction des ISS dans la région.

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* et produit par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de Lanaudière (Lemire, 2016).

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Source de données

Les données utilisées dans ce fascicule mettent en relief le lien entre le statut socioéconomique et l'accès ou le recours à certains services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les services de santé³ font référence au fait d'avoir un médecin régulier, à la consultation d'au moins un professionnel de la santé au cours de la dernière année et à l'utilisation de services médicaux à des fins de prévention au cours des deux dernières années. Dans tous les cas, il s'agit de services de première ligne⁴.

Toutes les données 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 conçue 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, s'est conclu récemment.

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.

Pour certaines variables retenues dans le cadre de l'analyse, 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 lanadois. Il en a été de même pour les cycles 2011-2012 et 2013-2014⁵. Ces variables sont issues de questions restées identiques depuis 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)⁶. 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). Il faut noter que le jumelage des cycles de l'ESCC n'est pas réalisé pour les variables non récurrentes de 2007-2008 à 2013-2014 (voir la section *Choix des services de santé* à la page 11).

³ Afin d'alléger le texte, l'expression « services de santé » est utilisée pour désigner les services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

⁴ « Les services de première ligne représentent le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère et peuvent être dispensés en cabinet privé, en CLSC, en centre de santé ou à domicile. Les services de deuxième ligne s'adressent aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie ou qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie relativement lourde qu'on retrouve habituellement en centre hospitalier » (DSP de Montréal, 2016, p. 1).

⁵ 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.

⁶ 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).

Territoires et population ciblés

Les résultats présentés 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 au Québec sont aussi fournies à titre comparatif.

Même si l'ESCC s'intéresse aux personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage privé, la population ciblée pour l'analyse se limite aux adultes de 25 à 74 ans⁷. Les individus de moins de 25 ans sont volontairement exclus, car leur 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 collectif⁸. 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 se rappeler que l'enquête ne s'intéresse pas aux personnes vivant dans un ménage collectif (hôpital, centre d'hébergement de longue durée, etc.), qui sont généralement de grandes consommatrices de soins et de services de santé en raison de leur état de santé et de leur âge.

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 afin d'éliminer les biais liés à l'âge. 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. Or, l'utilisation de services de santé devient généralement plus fréquente avec l'avancée en âge⁹. Cela s'observe, notamment, pour l'accès à un médecin régulier, les consultations auprès des professionnels de la santé et l'utilisation de services de prévention. La situation inverse est toutefois notée pour les consultations auprès de dentistes et de professionnels de la santé mentale¹⁰. En raison de ce lien étroit avec l'âge, la plupart des tests de comparaison sont effectués 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.

Il est à noter qu'aucun test de comparaison n'est fait pour confirmer ou infirmer des différences entre les femmes et les hommes ou entre la région de Lanaudière et le Québec. Même s'il est fort possible que des différences existent, il n'est pas jugé pertinent de réaliser un pareil exercice dans le cadre de la présente étude où l'intérêt est essentiellement tourné vers le lien entre le statut socioéconomique et les ISS.

⁷ Pour certaines variables, soit celles associées aux services médicaux préventifs, la population ciblée est celle des personnes de 35-74 ans.

⁸ 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).

⁹ Il faut noter que l'âge n'est pas seul à être étroitement lié à l'utilisation de certains services de santé. La présence d'un ou de plusieurs problèmes de santé chez un individu peut aussi déterminer le recours aux services de santé (Kapetanakis, Ouellet et Pineault, 2008; Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000).

¹⁰ Les statistiques faisant état de ce lien entre le recours aux services de santé et l'avancée en âge des usagers sont issues de l'ESCC. Elles ne sont toutefois pas présentées dans ce fascicule. Des études confirment cette relation entre l'utilisation de services de santé et l'âge (AMC, 2013b; Wang, Nie et Upshur, 2009).

Angles d'analyse des données

Ce fascicule met en relation le statut socioéconomique des individus et le recours à certains services de santé. Un état de la situation est d'abord réalisé pour la période la plus récente (2013-2014 ou 2011-2014, selon la variable) et, lorsque les données le permettent, il est ensuite comparé à celui de la période antérieure (2009-2010 ou 2007-2010, selon la variable). Tous les croisements sont analysés en fonction du sexe.

Quelle est l'ampleur des écarts entre les personnes situées au bas de l'échelle socioéconomique et le reste de la population quant à l'accès ou à l'utilisation de services de santé de première ligne? 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'OMS (CDSS, 2009), il s'agit de l'éducation, de l'occupation, du revenu, du sexe, de l'origine ethnique et de l'environnement social. 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 ces deux variables socioéconomiques permet de mettre en évidence des sous-groupes de population avec des effectifs suffisamment grands pour permettre des analyses comparatives statistiquement plus solides.

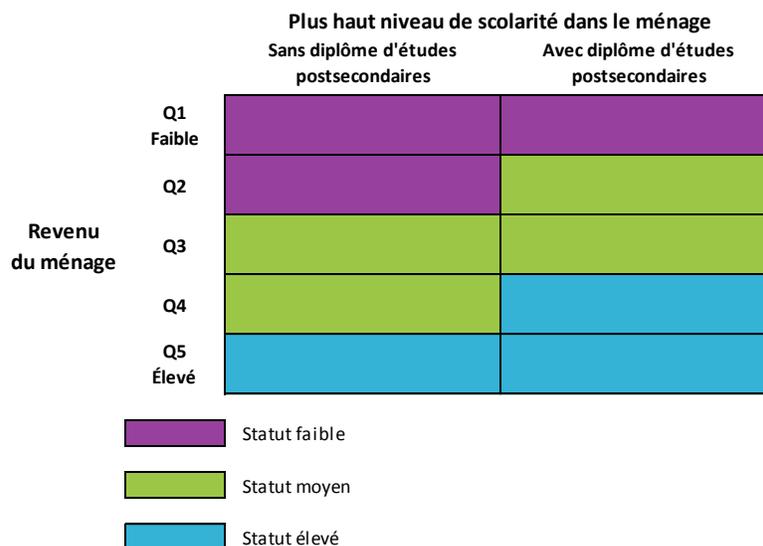
Afin d'éviter la gestion d'un trop grand nombre de classes socioéconomiques, la population est répartie en fonction du quintile de revenu du ménage¹¹. Le plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage est regroupé en deux catégories : avec au moins un diplôme d'études postsecondaires (professionnelles, collégiales ou universitaires) et sans diplôme d'études postsecondaires¹². La création de la catégorie des personnes vivant dans un ménage 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 uniquement les individus vivant dans un ménage 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.

¹¹ 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.

¹² 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.

Le revenu et la scolarité du ménage 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 un ménage à faible revenu et, dans la plupart des cas, avec une faible scolarité. À l'autre extrême, les personnes avec un statut socioéconomique élevé vivent dans un ménage qui profite 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 l'utilisation des 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 obtenu un diplôme d'études postsecondaires en 2011-2014 (Tableau 1). Comparativement à la période 2007-2010, ce pourcentage n'a pas décliné significativement sur le plan de la statistique¹³. Cette situation est similaire à celle observée pour l'ensemble du Québec.

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. Dans Lanaudière comme au Québec, la proportion de personnes catégorisées avec un faible statut socioéconomique est, pour chacun des deux sexes, équivalente à celle de la période 2007-2010¹⁴.

¹³ 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.

¹⁴ L'analyse descriptive du portrait socioéconomique est seulement effectuée pour la population de 25-74 ans et les données combinées des cycles de l'ESCC, même si certaines variables présentées dans la section suivante concernent la population de 35-74 ans et ne couvrent qu'un seul cycle de l'ESCC.

Tableau 1

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques 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						
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
Le Québec						
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.

ACCÈS OU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ

Choix des services de santé

Le choix des variables relatives aux services de santé est largement tributaire de leur disponibilité pour au moins un des cycles les plus récents de l'ESCC. Il repose aussi sur leur pertinence dans le cadre d'une analyse des ISS (Wang, Nie et Upshur, 2009; de Looper et Lafortune, 2009; Bossuyt et Van Oyen, 2001; Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000).

Les services de santé considérés sont tous de première ligne. Ils peuvent être répartis en quatre catégories, soit l'accès à un médecin régulier, la consultation d'un professionnel de la santé, la vaccination et le recours aux services médicaux préventifs. Au total, dix services de santé sont retenus pour les femmes et douze pour les hommes. Compte tenu de leur nature, certains services de santé ne concernent que la population de 35-74 ans. Le tableau suivant comporte la liste des services considérés avec les cycles de l'ESCC concernés et la population ciblée.

Services de santé considérés	Cycles de l'ESCC	Population ciblée
Ayant un médecin régulier	2007-2008 2009-2010 2011-2012 2013-2014	25-74 ans
Consultation d'un professionnel¹⁵ de la santé au cours des douze derniers mois <ul style="list-style-type: none">▪ Médecin de famille ou omnipraticien▪ Spécialiste de la vue▪ Autre médecin ou spécialiste (chirurgien, allergologue, orthopédiste, etc.)▪ Personnel infirmier▪ Dentiste ou orthodontiste▪ Professionnel de la santé mentale	2009-2010 2013-2014	25-74 ans
Vaccination contre la grippe au cours des 24 derniers mois	2007-2008 2009-2010 2011-2012 2013-2014	25-74 ans
Utilisation de services médicaux préventifs au cours des 24 derniers mois <ul style="list-style-type: none">▪ Test de l'antigène prostatique spécifique (hommes seulement)▪ Examen du toucher rectal (hommes seulement)▪ Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles▪ Coloscopie ou sigmoïdoscopie	2013-2014	35-74 ans

Puisqu'une même personne peut avoir consulté plus d'un professionnel de la santé au cours de la dernière année et peut avoir utilisé plus d'un service préventif au cours des deux dernières années, il a été jugé opportun de créer un indice composite de recours aux services de santé pour chacune des deux catégories. Le simple décompte des services utilisés est la méthode retenue pour en assurer la mesure cumulée. Cette façon de traiter l'information permet de mieux rendre compte de l'utilisation « simultanée » de certains services de santé.

¹⁵ Le genre masculin concerne indifféremment les professionnelles et les professionnels de la santé.

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET ACCÈS OU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ DANS LANAUDIÈRE

Population ayant un médecin régulier

Dans Lanaudière en 2011-2014, un peu plus des trois quarts des personnes de 25-74 ans déclarent avoir un médecin régulier (Tableau 2). Cette proportion se situe à 85 % pour les femmes comparativement à 72 % pour les hommes. Peu importe le sexe considéré, la part de la population ayant un médecin régulier n'a pas varié significativement depuis 2007-2010. De pareils constats sont observés pour l'ensemble du Québec¹⁶.

Tableau 2
Population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé et ayant un médecin régulier selon le sexe, Lanaudière et le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Lanaudière						
Oui	83,4	66,7	75,1	84,6	72,2	78,5
Non	16,6	33,3	24,9	15,4	27,8	21,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Le Québec						
Oui	81,9	67,5	74,8	81,9	68,8	75,4
Non	18,1	32,5	25,2	18,1	31,2	24,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : 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.

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 fait d'avoir un médecin régulier ne semble pas être lié au statut socioéconomique dans Lanaudière pour la période 2011-2014 (Tableau 3). Ce constat prévaut, chez les femmes et chez les hommes pour le revenu, la scolarité et l'indice composite de statut socioéconomique. Toutefois, en 2007-2010, les Lanaudoises et les Lanaudois moins scolarisés ou avec un faible statut socioéconomique étaient, à âge égal, proportionnellement moins nombreux à avoir un médecin régulier. Pour leur part, les données relatives à l'ensemble du Québec établissent une très nette relation entre le statut socioéconomique et le fait d'avoir un médecin régulier. Tant chez les femmes que chez les hommes, les personnes vivant dans un ménage à faible revenu, moins instruit ou avec un faible statut socioéconomique sont, en proportion, moins nombreuses à avoir un médecin régulier que le reste de la population¹⁷. Cette situation est présente pour la période 2007-2010 et, avec des écarts souvent plus grands, pour la période 2011-2014. Les données québécoises laissent aussi entrevoir la présence de disparités socioéconomiques plus grandes chez les hommes que chez les femmes quant au fait d'avoir un médecin régulier.

¹⁶ Le ministère de la Santé et des Services sociaux a comme objectif que 85 % de l'ensemble des Québécoises et des Québécois aient un médecin de famille en décembre 2017 (MSSS, 2016b).

¹⁷ Les pourcentages bruts présentés au tableau 3 illustrent, pour la scolarité, une relation inverse de celle décrite dans cette phrase. Il faut se rappeler que les tests de comparaison sont effectués avec les pourcentages ajustés et non les pourcentages bruts. Cela permet d'effectuer des comparaisons en éliminant les biais causés par la structure par âge. Puisque les personnes moins scolarisées sont généralement plus âgées, il est important d'exclure l'effet de l'âge afin d'avoir des populations « comparables » où le statut socioéconomique est discriminant. Une pareille inversion de la relation entre les pourcentages est aussi observée pour la variable « scolarité » aux tableaux 5, 8 et 10.

Tableau 3
Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé et ayant un médecin régulier selon certains indicateurs socioéconomiques et le sexe, Lanaudière et le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

Indicateurs socioéconomiques	Ayant un médecin régulier			
	Lanaudière		Le Québec	
	2007-2010	2011-2014	2007-2010	2011-2014
Revenu du ménage				
Femmes				
Quintile 1 (faible)	80,3	82,1	77,9	76,8
Quintile 5 (élevé)	81,5	89,2	84,4	84,3
Hommes				
Quintile 1 (faible)	64,7	73,6	59,1	58,8
Quintile 5 (élevé)	70,2	70,9	73,4	73,7
Sexes réunis				
Quintile 1 (faible)	73,9	78,7	69,5	68,9
Quintile 5 (élevé)	76,1	80,2	78,4	78,5
Scolarité du ménage				
Femmes				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	80,8	86,6	83,5	83,9
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	83,5	83,6	81,6	81,0
Hommes				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	64,6	69,8	69,7	69,7
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	67,4	71,0	66,7	68,3
Sexes réunis				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	73,7	79,0	76,9	77,1
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	75,5	77,4	74,2	74,7
Indice composite de statut socioéconomique				
Femmes				
Statut faible	81,6	84,9	80,0	78,9
Statut moyen ou élevé	84,1	84,5	83,0	82,9
Hommes				
Statut faible	64,2	72,1	62,6	61,7
Statut moyen ou élevé	68,1	71,1	68,4	70,6
Sexes réunis				
Statut faible	74,3	79,8	72,1	71,3
Statut moyen ou élevé	75,8	77,6	75,5	76,7

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

² Pour les deux périodes, les tests de comparaison faits avec les pourcentages ajustés confirment une relation inverse de celle illustrée par les pourcentages bruts (pour les données du Québec).

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 et un même sexe, 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.

Consultations de professionnels de la santé

En 2013-2014, une forte majorité de Lanaudoises (85 %) et de Lanaudois (74 %) de 25-74 ans ont consulté un médecin de famille/omnipraticien au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (Tableau 4). Le pourcentage baisse à environ 60 % pour un dentiste/orthodontiste et il chute à un peu moins de 40 % pour un spécialiste de la vue et tout autre type de médecin ou spécialiste. Le personnel infirmier (17 %) et les professionnels de la santé mentale (11 %) sont les ressources médicales les moins souvent citées à cet égard. Peu importe le type de professionnel consulté, ces proportions ne varient pas significativement par rapport à la période 2009-2010. Une situation similaire prévaut pour l'ensemble du Québec, sauf pour les spécialistes de la vue consultés en plus grand nombre en 2013-2014 qu'en 2009-2010, et ce, chez les hommes.

Toujours en 2013-2014, une très faible part de la population déclare n'avoir consulté aucun professionnel de la santé au cours de la dernière année. C'est le cas de 5 à 6 % des Lanaudoises et des Lanaudois de 25-74 ans. Autour de 17 % affirment en avoir consulté un seul, 31 % ont eu recours à deux professionnels de la santé et près de la moitié à au moins trois. Encore une fois, ces pourcentages ne diffèrent pas significativement de ceux de la période 2009-2010. Des résultats analogues sont relevés pour l'ensemble du Québec.

Tableau 4

Consultations de professionnels de la santé par la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé au cours des douze derniers mois selon le sexe, Lanaudière et le Québec, 2009-2010 et 2013-2014 (%)

Type de professionnel	2009-2010			2013-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Lanaudière						
Médecin de famille/omnipraticien	81,3	67,3	74,4	84,7	74,4	79,8
Dentiste/orthodontiste	62,1	53,5	57,8	63,8	56,4	60,2
Spécialiste de la vue	47,2	32,6	40,0	42,5	36,4	39,6
Autre médecin ou spécialiste	45,8	28,1	37,1	43,2	29,3	36,5
Personnel infirmier	16,6	15,7 *	16,1	19,9	14,3 *	17,2
Professionnel de la santé mentale	13,0 *	7,2 *	10,2	15,0 *	7,2 *	11,3
Indice composite de consultations professionnelles						
Aucun professionnel	5,1 **	11,1 *	8,0 *	4,7 **	6,3 **	5,5 *
Un professionnel	11,4 *	21,6	16,4	12,2 *	22,8	17,3
Deux professionnels	28,9	34,5	31,7	28,0	33,9	30,9
Trois professionnels ou plus	54,5	32,8	43,9	55,1	37,0	46,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Le Québec						
Médecin de famille/omnipraticien	78,6	68,1	73,4	80,0	66,1	73,1
Dentiste/orthodontiste	65,0	57,1	61,1	66,3	57,6	62,0
Spécialiste de la vue	42,2	31,3	36,8	43,8	34,8 ↑	39,3 ↑
Autre médecin ou spécialiste	44,0	27,7	35,9	42,4	28,6	35,6
Personnel infirmier	18,8	15,1	17,0	19,5	13,8	16,7
Professionnel de la santé mentale	13,7	8,2	11,0	15,1	8,8	12,0
Indice composite de consultations professionnelles						
Aucun professionnel	3,7	10,1	6,9	3,8	9,1	6,4
Un professionnel	14,9	22,8	18,8	13,8	24,7	19,2
Deux professionnels	27,9	32,1	30,0	27,6	29,9	28,7
Trois professionnels ou plus	53,5	35,0	44,4	54,8	36,4	45,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* 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 du cycle 2013-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport au cycle 2009-2010, 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 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau 5
Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le type de professionnel de la santé consulté au cours des douze derniers mois, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2009-2010 et 2013-2014 (%)

Type de professionnel	Lanaudière		Le Québec	
	2009-2010	2013-2014	2009-2010	2013-2014
Médecin de famille/omnipraticien				
Revenu du ménage				
Quintile 1 (faible)	73,7	71,5	68,2	65,6
Quintile 5 (élevé)	72,9	78,0	75,8	74,7
Scolarité du ménage				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	78,1	74,5	74,8	73,1
Avec diplôme d'études postsecondaires ^{2,3}	72,4	81,4	73,4	73,1
Indice composite de statut socioéconomique				
Faible	76,7	74,4	70,1	68,0
Élevé	72,5	81,3	74,7	74,5
Spécialiste de la vue				
Revenu du ménage				
Quintile 1 (faible)	26,5 *	37,4	32,7	32,6
Quintile 5 (élevé)	44,2	52,0	42,2	46,2 ↑
Scolarité du ménage				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	44,6	43,3	37,5	36,2
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	40,6	39,4	37,1	40,4 ↑
Indice composite de statut socioéconomique				
Faible	31,2 *	37,6	33,6	33,0
Élevé	42,4	40,9	38,1	41,3 ↑
Autre médecin ou spécialiste				
Revenu du ménage				
Quintile 1 (faible)	31,5 *	33,6 *	33,9	36,8
Quintile 5 (élevé)	28,7 *	46,3	38,4	38,1
Scolarité du ménage				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	37,8	34,9	31,3	33,1
Avec diplôme d'études postsecondaires	37,6	37,1	37,4	36,5
Indice composite de statut socioéconomique				
Faible	32,8	33,2	33,3	36,2
Élevé	39,2	37,5	37,2	35,6
Personnel infirmier				
Revenu du ménage				
Quintile 1 (faible)	21,8 *	14,0 **	16,3	18,0
Quintile 5 (élevé)	11,5 **	20,4 *	18,6	16,5
Scolarité du ménage				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	20,5 *	23,7 *	16,2	17,2
Avec diplôme d'études postsecondaires	14,6	15,8	17,3	16,8
Indice composite de statut socioéconomique				
Faible	20,1 *	16,7 *	16,7	18,0
Élevé	13,8 *	17,8	17,5	16,4

Tableau 5 (suite)

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le type de professionnel de la santé consulté au cours des douze derniers mois, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2009-2010 et 2013-2014 (%)

Type de professionnel	Lanaudière		Le Québec	
	2009-2010	2013-2014	2009-2010	2013-2014
Dentiste/orthodontiste				
Revenu du ménage				
Quintile 1 (faible)	30,5 *	47,3	37,8	43,0 ↑
Quintile 5 (élevé)	77,1	76,5	78,6	80,3
Scolarité du ménage				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	45,4	41,4	42,4	42,6
Avec diplôme d'études postsecondaires	64,5	66,9	66,6	67,7
Indice composite de statut socioéconomique				
Faible	33,3	44,3	37,9	42,2 ↑
Élevé	67,4	66,4	58,9	68,2
Professionnel de la santé mentale				
Revenu du ménage				
Quintile 1 (faible)	15,2 **	9,5 **	13,6	13,2
Quintile 5 (élevé)	6,6 **	12,8 **	10,3	10,9
Scolarité du ménage				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	7,0 **	5,0 **	10,4	9,8
Avec diplôme d'études postsecondaires	10,9 *	13,7	11,2	12,7 ↑
Indice composite de statut socioéconomique				
Faible	14,5 **	6,6 **	12,8	11,9
Élevé	9,5 *	13,1	10,8	12,0 ↑

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

² Pour l'année 2009-2010, les tests de comparaison faits avec les pourcentages ajustés confirment une relation inverse de celle illustrée par les pourcentages bruts (avec les données du Québec).

³ Pour l'année 2013-2014, les tests de comparaison faits avec les pourcentages ajustés confirment une relation différente de celle illustrée par les pourcentages bruts (avec les données du Québec).

* 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 du cycle 2013-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport au cycle 2009-2010, au seuil de 5 %.

Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période et pour un même type de professionnel, 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 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

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

Même si les différences ne sont pas confirmées sur le plan de la statistique, les consultations de médecins de famille/omnipraticiens, de spécialistes de la vue et de dentistes/orthodontistes au cours de la dernière année sont vraisemblablement moins répandues dans la population Lanaudoise de 25-74 ans vivant dans un ménage à faible revenu ou faiblement scolarisé que chez les personnes dont le revenu du ménage est plus élevé ou avec au moins un diplôme d'études postsecondaires (Tableau 5)¹⁸. Une pareille relation est statistiquement démontrée avec les données du Québec en 2009-2010 et 2013-2014. Les écarts les plus importants concernent les dentistes/orthodontistes et les spécialistes de la vue, soit des catégories de professionnels dont la gratuité n'est pas systématiquement offerte par les services publics et dont la totalité des coûts n'est pas toujours couverte par une assurance privée. Pour les deux périodes considérées, le lien entre le revenu, la scolarité ou le statut socioéconomique est inexistant pour les consultations auprès du personnel infirmier. C'est aussi le cas pour les professionnels de la santé mentale, mais seulement pour la période 2013-2014.

L'analyse chronologique des données laisse entrevoir, surtout avec les données québécoises, une possible augmentation des écarts au détriment des personnes avec un statut socioéconomique défavorable pour les consultations de médecins de famille/omnipraticiens, de spécialistes de la vue et, dans une moindre mesure, de dentistes/orthodontistes.

Pour l'ensemble du Québec en 2013-2014, les personnes de 25-74 ans vivant dans un ménage à faible revenu, moins scolarisé ou avec un faible statut socioéconomique sont, en proportion, plus nombreuses à ne pas avoir consulté au moins une fois un professionnel de la santé, peu importe le type, au cours de la dernière année. Inversement, elles sont proportionnellement moins nombreuses à en avoir consulté trois ou plus. Dans Lanaudière, une telle relation est confirmée statistiquement seulement pour les femmes (Tableau 6).

¹⁸ Les données de ce tableau sont seulement présentées pour les sexes réunis.

Tableau 6

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques, l'indice composite de consultation professionnelle et le sexe, Lanaudière, 2009-2010 et 2013-2014 (%)

Indicateurs socioéconomiques	Indice composite de consultation professionnelle							
	Lanaudière				Le Québec			
	2009-2010		2013-2014		2009-2010		2013-2014	
	Aucun	Trois ou plus	Aucun	Trois ou plus	Aucun	Trois ou plus	Aucun	Trois ou plus
Revenu du ménage								
Femmes								
Quintile 1 (faible)	np	41,7 *	np	40,3 *	7,5 *	42,4	7,2	45,3
Quintile 5 (élevé)	np	67,1	np	77,4	1,4 **	61,6	1,9 **	65,2
Hommes								
Quintile 1 (faible)	19,9 **	23,3 **	np	37,6 *	18,9	25,2	17,1	27,2
Quintile 5 (élevé)	np	31,8 *	np	48,2 *	4,3 *	48,4	4,1 *	46,8
Sexes réunis								
Quintile 1 (faible)	15,7 **	32,9 *	11,0 **	39,2	12,5	34,8	11,6	37,3
Quintile 5 (élevé)	np	50,6	np	63,5	3,0 *	54,3	3,1 *	55,3
Scolarité du ménage								
Femmes								
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	np	47,5	7,3 **	39,5 *	4,3 *	46,1	5,7 *	42,6
Avec diplôme d'études postsecondaires	5,7 **	59,0	3,9 **	61,4	3,6	56,1	3,2	58,6
Hommes								
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	15,0 **	34,2 *	np	43,7 *	14,8	27,7	11,1	30,4
Avec diplôme d'études postsecondaires	9,9 **	32,4	5,6 **	36,3	9,0	37,3	8,7	38,2
Sexes réunis								
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	9,4 **	41,4	6,8 **	41,3	9,3	37,3	8,3	36,7
Avec diplôme d'études postsecondaires	7,7 **	46,2	4,7 *	49,3	6,3	46,7	5,9	48,5
Indice composite de statut socioéconomique								
Femmes								
Statut faible	10,3 **	43,5 *	np	39,0	7,1	43,4	7,2	44,2
Statut moyen ou élevé	4,0 **	61,7	4,0 **	63,0	2,5	57,7	2,7	58,5
Hommes								
Statut faible	17,6 **	24,5 **	12,3 **	39,5 *	17,3	24,8	15,0	28,1
Statut moyen ou élevé	9,4 **	35,7	4,8 **	36,8	7,9	39,0	7,6	38,6
Sexes réunis								
Statut faible	13,8 **	34,4	8,8 **	39,2	11,6	35,1	10,6	37,2
Statut moyen ou élevé	6,7 **	48,9	4,4 **	49,8	5,3	48,0	5,2	48,3

¹ 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 du cycle 2013-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport au cycle 2009-2010, 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 une même valeur à l'indice composite de consultation professionnelle, 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 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

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

Vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est associée à l'usage de services préventifs. Elle est recommandée aux personnes qui ont des risques élevés de complications si elles sont infectées par un virus de la grippe (gouvernement du Québec, 2016). Cette recommandation s'applique, entre autres, aux enfants, aux personnes affectées par une maladie chronique, au personnel du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'aux aînés. Puisque les virus de la grippe changent pratiquement chaque année, il est conseillé de recevoir le vaccin antigrippal sur une base annuelle (gouvernement du Québec, 2016). Les données qui suivent concernent malgré tout les personnes ayant été vaccinées au moins une fois au cours des deux dernières années, afin d'obtenir un nombre suffisant de cas pour les analyses statistiques.

Selon les données de l'ESCC pour la période 2011-2014, un peu plus du quart de la population Lanaudoise de 25-74 ans affirme avoir reçu le vaccin antigrippal au moins une fois au cours des deux dernières années (Tableau 7). C'est le cas de 32 % des Lanaudoises et de 24 % des Lanaudois. Ces proportions ne diffèrent pas de celles de l'ensemble du Québec, ni de celles de la période 2007-2010.

Tableau 7
Vaccination contre la grippe depuis moins de deux ans parmi la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon le sexe, Lanaudière et le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Lanaudière						
Oui	28,5	27,1	27,8	32,4	24,3	28,4
Non	71,5	72,9	72,2	67,6	75,7	71,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Le Québec						
Oui	33,7	25,4	29,6	32,8	26,1	29,5
Non	66,3	74,6	70,4	67,2	73,9	70,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : 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.

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.

Aussi bien en 2007-2010 qu'en 2011-2014, les données lanaudoises ne permettent pas d'établir un lien entre le statut socioéconomique des personnes et le recours à la vaccination antigrippale (Tableau 8). Par contre, les données pour l'ensemble du Québec font état d'une pareille association. Ainsi, à âge égal, les femmes et les hommes vivant dans un ménage à faible revenu, peu scolarisé¹⁹ ou avec un faible statut socioéconomique sont, toutes proportions gardées, moins nombreux à avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des deux dernières années.

Les écarts observés ne semblent pas s'être accrus entre les deux périodes considérées et ils ne paraissent pas plus importants pour un sexe en particulier.

¹⁹ Tel que spécifié à la note 17, le sens de la relation observée avec les pourcentages bruts pour la variable « scolarité » est inversé avec les pourcentages ajustés.

Tableau 8
Vaccination contre la grippe depuis moins de deux ans parmi la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le sexe, Lanaudière et le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

Vaccination contre la grippe				
Indicateurs socioéconomiques	Lanaudière		Le Québec	
	2007-2010	2011-2014	2007-2010	2011-2014
Revenu du ménage				
Femmes				
Quintile 1 (faible)	36,2	37,2	30,2	31,1
Quintile 5 (élevé)	26,0 *	30,3 *	34,2	35,6
Hommes				
Quintile 1 (faible)	34,3 *	31,3 *	23,4	23,3
Quintile 5 (élevé)	35,8	18,7 *	29,0	30,3
Sexes réunis				
Quintile 1 (faible)	35,4	34,9	27,2	27,7
Quintile 5 (élevé)	30,7	24,5	31,4	32,7
Scolarité du ménage				
Femmes				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	35,0	29,2 *	36,3	36,3
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	25,7	31,9	32,7	31,8
Hommes				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	27,0 *	27,1 *	27,5	28,0
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	27,7	23,0	24,7	25,9
Sexes réunis				
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	31,5	28,2	32,1	32,4
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	26,7	27,5	28,7	28,9
Indice composite de statut socioéconomique				
Femmes				
Statut faible	35,1	34,1	32,5	32,9
Statut moyen ou élevé	26,6	31,3	33,5	32,7 ↓
Hommes				
Statut faible	33,4	32,7	25,0	25,1
Statut moyen ou élevé	26,5	22,1	25,2	26,5
Sexes réunis				
Statut faible	34,4	33,5	29,1	29,4
Statut moyen ou élevé	26,5	26,6	29,2	29,5

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

² Pour les deux périodes, les tests de comparaison faits avec les pourcentages ajustés confirment une relation inverse de celle illustrée par les pourcentages bruts (pour les données du Québec).

* 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 et un même sexe, 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.

Utilisation de services médicaux préventifs

Quatre tests médicaux préventifs utilisés par les personnes de 35-74 ans sont retenus pour l'analyse. Le test de l'antigène prostatique spécifique ou APS peut aider à détecter un cancer de la prostate précoce²⁰. Ce type de test ne s'adresse qu'aux hommes et il est peu utilisé avant l'âge de 50 ans (Société canadienne du cancer, 2016a).

Le toucher rectal permet d'examiner la prostate d'un homme. Il peut aussi être fait sur les femmes afin de vérifier les organes du bassin. Il contribue à détecter, pour les deux sexes, des masses ou des tumeurs (cancer du rectum, du col de l'utérus, de l'utérus ou des ovaires) (Société canadienne du cancer, 2016b). Aux fins de la présente analyse, le toucher rectal concerne uniquement les hommes, car l'énoncé dans le questionnaire de l'ESCC fait spécifiquement référence à la palpation de la prostate.

Le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) est recommandé pour les personnes de 50 à 74 ans. Il contribue à la détection du cancer colorectal (gouvernement du Québec, 2014).

La coloscopie et la sigmoïdoscopie permettent d'observer le revêtement du rectum et du côlon afin de dépister un cancer colorectal ou du côlon (Société canadienne du cancer, 2016c et 2016d). Ces interventions peuvent être pratiquées auprès des femmes et des hommes de tous âges. Elles sont toutefois plus répandues avec l'avancée en âge.

Pour ces quatre tests, il n'est pas stipulé de les effectuer tous les ans, même si cela semble être souhaitable. Toujours dans le but d'accumuler un nombre suffisant de cas, il a été décidé de comptabiliser sur une période de deux ans le recours à l'un ou l'autre de ces services médicaux préventifs.

Même si au moins un des services préventifs ci-haut mentionnés s'adresse spécifiquement à des personnes de 50-74 ans, les proportions portent sur la population de 35-74 ans. Cela se justifie par le fait que les questions de l'ESCC concernant ces tests préventifs sont posées aux personnes de 35 ans et plus.

Dans Lanaudière en 2013-2014, quatre hommes de 35 ans et plus sur dix ont passé le test de sang APS ou l'examen du toucher rectal (Tableau 9). Des proportions nettement moindres de femmes et d'hommes ont eu recours au test de RSOSi, à la coloscopie ou à la sigmoïdoscopie. Chez les Lanaudois, 41 % déclarent n'avoir profité d'aucun des quatre services préventifs considérés, alors que le quart en a eu un seul et le tiers au moins deux. Pour les deux services préventifs concernant les femmes, un peu plus des trois quarts affirment n'en avoir eu aucun. Les données propres à l'ensemble du Québec présentent un profil d'utilisation semblable.

²⁰ Il est important de noter que les experts ne s'entendent pas quant à l'utilité de ce test de dépistage pour le cancer de la prostate (Société canadienne du cancer, 2016a).

Tableau 9
Utilisation de services médicaux préventifs depuis moins de deux ans par la population de 35-74 ans vivant dans un ménage privé selon le sexe, Lanaudière et le Québec, 2013-2014 (%)

	Lanaudière		Le Québec	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Services préventifs				
Test de sang APS ¹	na	41,5	na	34,3
Examen du toucher rectal	na	39,1	na	34,1
Test de RSOSi ²	16,5 *	13,7 *	12,3	12,4
Coloscopie ou sigmoïdoscopie	6,8 **	14,5 *	10,5	10,7
Indice composite de services préventifs				
Aucun service préventif	78,4	41,4	79,0	50,5
Un service préventif	np	24,3	19,0	19,7
Deux services préventifs ou plus	np	34,3	2,0	29,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ APS : test de l'antigène prostatique spécifique

² RSOSi : test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles

* 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.

na : ne s'applique pas

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

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

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

Les données lanaudoises de l'ESCC 2013-2014, sauf peut-être pour le revenu, ne permettent pas d'établir une relation probante entre le statut socioéconomique des individus et le recours à certains services médicaux préventifs (Tableau 10). Cette observation s'applique aux Lanaudoises et aux Lanaudois²¹. Par contre, les résultats pour l'ensemble du Québec confirment la présence d'un lien socioéconomique étroit avec l'utilisation de services préventifs. Ainsi, les femmes et les hommes vivant dans un ménage à faible revenu ou avec un faible statut socioéconomique à l'indice composite sont, en proportion, plus nombreux à n'avoir subi aucun des tests préventifs retenus. L'écart à cet égard est plus important chez les femmes que chez les hommes. Les personnes issues de ce groupe socioéconomique sont aussi proportionnellement moins nombreuses à avoir eu un test préventif (chez les femmes) et deux tests ou plus (chez les hommes). La répartition des personnes de 35-74 ans en fonction du niveau de scolarité ne permet pas d'attester une relation systématique avec le recours à certains services préventifs. C'est seulement le cas pour l'ensemble du Québec, chez les hommes.

²¹ Le faible nombre de répondants impliqués, soit souvent moins d'une trentaine par catégorie socioéconomique, pourrait expliquer cette absence de résultats concluants.

Tableau 10

Répartition de la population de 35-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques, l'indice composite de services préventifs et le sexe, Lanaudière et le Québec, 2013-2014 (%)

Indicateurs socioéconomiques	Indice composite de services préventifs					
	Lanaudière			Le Québec		
	Aucun service préventif	Un service préventif	Deux services préventifs ou plus	Aucun service préventif	Un service préventif	Deux services préventifs ou plus
Revenu du ménage						
Femmes						
Quintile 1 (faible)	76,7	np	np	81,5	15,9	2,6 **
Quintile 5 (élevé)	70,4	np	np	77,9	np	np
Hommes						
Quintile 1 (faible)	46,3 *	22,6 **	31,1 **	60,8	15,6	23,6
Quintile 5 (élevé)	37,3 *	25,0 **	37,7 *	47,2	21,0	31,8
Scolarité du ménage						
Femmes						
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	80,8	np	np	76,9	19,6	3,5 *
Avec diplôme d'études postsecondaires	78,1	np	np	79,7	18,8	1,5 *
Hommes						
Sans diplôme d'études postsecondaires ¹	34,5 *	30,9 *	34,6 *	44,1	24,7	31,1
Avec diplôme d'études postsecondaires ²	44,9	21,0 *	34,1	51,9	18,7	29,4
Indice composite de statut socioéconomique						
Femmes						
Statut faible	79,7	np	np	80,5	16,8	2,6 *
Statut moyen ou élevé	78,5	np	np	78,6	19,6	1,8 *
Hommes						
Statut faible	39,8 *	27,5 **	32,8 *	56,9	17,5	25,6
Statut moyen ou élevé	43,2	22,2 *	34,7	48,4	20,4	31,2

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

² Les tests de comparaison faits avec les pourcentages ajustés confirment une relation inverse de celle illustrée par les pourcentages bruts (avec les données du Québec).

* 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 inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour un même sexe, au seuil de 5 %.

Les tests de comparaison sont faits avec les pourcentages ajustés selon la structure par âge (35-44 ans, 45-59 ans et 60-74 ans), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

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

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

DISCUSSION

Analyse des résultats

Les données de l'ESCC permettent d'établir les constats suivants :

- Dans Lanaudière, le fait d'avoir un médecin régulier ne semble pas être lié au statut socioéconomique. Pour l'ensemble du Québec, par contre, les personnes vivant dans un ménage avec un faible revenu, moins scolarisé ou avec un faible statut socioéconomique sont proportionnellement moins nombreuses que le reste de la population à avoir un médecin régulier.
- La proportion de personnes ayant consulté au moins une fois un médecin de famille/omnipraticien, un spécialiste de la vue ou un dentiste/orthodontiste au cours des douze derniers mois est plus élevée parmi les personnes vivant dans un ménage avantagé au plan socioéconomique. Ce constat est démontré avec les données de l'ensemble du Québec. Quoique non prouvée sur le plan de la statistique, la relation semble être la même dans Lanaudière.
- Aussi bien dans Lanaudière qu'au Québec, la consultation auprès du personnel infirmier, d'un professionnel de la santé mentale ou d'un autre médecin/spécialiste n'est pas clairement associée au statut socioéconomique des individus pour la période 2013-2014.
- Les personnes profitant d'un statut socioéconomique avantageux sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté au moins trois professionnels de la santé, peu importe le type, au cours de la dernière année. Cette situation est attestée avec les données de l'ensemble du Québec. Quoique pas toujours certifiée sur le plan de la statistique, elle semble aussi exister dans Lanaudière.
- La population de 25-74 ans vivant dans un ménage à faible revenu, peu scolarisé ou avec un faible statut socioéconomique a moins profité de la vaccination antigrippale au cours des deux dernières années. Ce constat est confirmé avec les données pour l'ensemble du Québec, mais il ne ressort pas avec celles de Lanaudière.
- L'absence de recours à au moins un des services médicaux préventifs considérés dans l'analyse est plus fréquente au sein de la population moins favorisée sur le plan socioéconomique (sauf pour la scolarité). Cette relation est confirmée avec les données pour l'ensemble du Québec, mais elle ne ressort pas systématiquement avec celles de Lanaudière.
- Les différences socioéconomiques observées quant à l'accès ou l'utilisation de services de santé sont plus fortes avec le revenu qu'avec la scolarité.
- Les écarts socioéconomiques associés à l'accès ou l'utilisation de services de santé sont généralement restés les mêmes entre les périodes considérées dans l'analyse. Ces différences ne sont pas systématiquement plus importantes pour l'un des deux sexes.

Comparaison avec d'autres études

L'existence de différences socioéconomiques quant au fait d'avoir un médecin régulier n'est pas seulement observée avec les données de l'ESCC. Les résultats d'une enquête menée conjointement aux États-Unis et au Canada en 2002-2003 confirment également que les personnes à faible revenu sont, en proportion, moins nombreuses à avoir un médecin de famille (Lasser, Himmelstein et Woolhandler, 2006).

Les résultats de *l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* pourraient par contre sembler contradictoires puisqu'ils révèlent que la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant un médecin de famille est plus élevée parmi celles n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (Dubé-Linteau et autres, 2013a). Cela n'est pas forcément le cas, car les comparaisons ont été effectuées avec les proportions brutes, non ajustées en fonction de l'âge. Or, les personnes moins scolarisées sont, en proportion, plus âgées et, conséquemment, elles sont plus nombreuses à avoir un médecin de famille. La même enquête conclut toutefois que les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de pauvreté sont, toute proportion gardée, moins nombreuses à avoir un médecin de famille.

L'utilisation inégale des services de vaccination et des services médicaux préventifs en fonction du statut socioéconomique ne s'observe pas seulement dans Lanaudière ou au Québec. Une étude menée dans plusieurs pays européens en 2004 et 2006 confirme que les personnes moins scolarisées et avec un faible revenu font appel à ces services dans une proportion moindre que celle des personnes plus scolarisées et avec un revenu élevé. C'est le cas notamment pour la vaccination antigrippale, les tests sanguins, la prise de tension artérielle et la mammographie. Cette même étude confirme qu'il n'existe pas de différences socioéconomiques quant à la consultation auprès d'un omnipraticien, alors que la consultation d'un spécialiste est plus répandue parmi la catégorie plus scolarisée et avec un revenu plus élevé (Carrieri et Wuebker, 2012). Ces constats sont relevés pour la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (de Looper et Lafortune, 2009), pour les pays de l'Union européenne (Dourgnon, 2013) et pour la France (Jusot, 2010; Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006).

Les résultats de *l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* permettent aussi de conclure que les personnes de 15 ans et plus ayant un diplôme universitaire ou appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu sont, en proportion, plus nombreuses à avoir consulté un médecin spécialiste au cours d'une période de douze mois (Dubé-Linteau et autres, 2013b).

L'étude réalisée aux États-Unis et au Canada en 2002-2003 révèle pour sa part que les personnes vivant dans un ménage avec un revenu élevé sont, en proportion, plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de la santé ou un dentiste au cours des douze derniers mois et à considérer « excellents » les soins médicaux reçus. Elles sont aussi moins susceptibles de déclarer ne pas avoir reçu les soins médicaux requis et à avoir eu besoin de médicaments sans pouvoir se les procurer (Lasser, Himmelstein et Woolhandler, 2006).

Le Québec n'est pas en reste à cet égard, car de « façon générale, les personnes défavorisées recourent moins aux services préventifs ainsi qu'aux services de certains médecins spécialistes comme les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens et les dermatologues. En revanche, elles fréquentent davantage le médecin de famille » (De Koninck et autres, 2008, p. 33). Une pareille observation ressort de l'analyse des résultats de la *Canadian Population Health Survey* de 1994 (Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000). Le traitement des données montréalaises de *l'Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*²² confirme aussi que les personnes avec un revenu élevé sont, en proportion, plus nombreuses à utiliser les services préventifs (Kapetanakis, Ouellet et Pineault, 2008). Une autre étude montréalaise, plus récente, souligne que les personnes vivant en milieu défavorisé consultent, en moyenne, plus souvent des omnipraticiens que les personnes issues de milieux favorisés. De plus, elles affichent un pourcentage plus élevé d'hospitalisations et de visites à l'urgence. Par contre, les individus vivant en milieu favorisé font plus souvent appel aux services des spécialistes du réseau de la santé (Ouimet et autres, 2013).

Selon les résultats issus des études ci-haut mentionnées, il est juste de souligner que les constats de la présente analyse sont en grande partie conformes à ce qui a déjà été écrit sur le sujet. Le seul élément où les études ne semblent pas faire preuve d'unanimité concerne la consultation d'un médecin de famille ou d'un spécialiste.

Limites de l'étude

La présente étude comporte quelques limites qu'il importe de souligner. Tout d'abord, l'ensemble des services de santé auxquels ont recours les Lanaudoises et les Lanaudois n'est pas pris en compte. Leur sélection est, en effet, assujettie aux données produites dans le cadre de l'ESCC. À titre d'exemple, le contenu optionnel québécois de l'ESCC ne comprend pas le test de Pap et la mammographie. Or, ces deux tests préventifs sont largement répandus chez les femmes.

L'analyse ne porte que sur un certain nombre de services de première ligne. Elle aurait été plus complète si elle avait été en mesure d'inclure les visites en CLSC, dans les cliniques externes et les urgences, ainsi que les séjours hospitaliers et les services de réadaptation. De même, il aurait été pertinent, si cela avait été possible, d'inclure une variable faisant état des besoins de services de santé non comblés.

Il faut aussi retenir que les variables retenues ne font pas référence au volume de services utilisés. Des personnes peuvent avoir consulté un seul type de professionnel de la santé au cours de la dernière année, pas qu'une seule fois, mais à plusieurs reprises. Cette réalité n'est pas considérée avec les données disponibles.

La comparaison des pourcentages de personnes utilisatrices de services ne tient pas compte de leur état de santé. Il n'est pas faux de croire que les individus affectés par un ou plusieurs problèmes de santé font plus souvent appel aux services de santé. Or, il a été démontré que les personnes plus défavorisées au plan socioéconomique sont plus susceptibles de présenter de la multimorbidité que celles profitant d'un revenu plus élevé ou d'une meilleure scolarité (Guillemette, 2016). Idéalement, il aurait été préférable d'ajuster les pourcentages non seulement en fonction de l'âge, mais aussi en tenant compte de la présence ou non de maladies.

²² Cette enquête fédérale est un supplément de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003*.

Les données utilisées étant issues d'une enquête avec des réponses autodéclarées, leur précision pourrait, entre autres, 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, car il n'existe pas seulement deux classes sociales.

Il faut enfin retenir que l'étude utilise des données qui offrent peu ou pas de recul chronologique, ce qui fragilise un peu les constats quant à l'évolution des inégalités socioéconomiques associées à l'utilisation de services de santé.

Les résultats lanaudois ne vont pas toujours dans le même sens que ceux de l'ensemble du Québec. C'est le cas notamment pour l'accès à un médecin régulier et à la vaccination antigrippale. Cette dichotomie incite à la prudence quant à l'interprétation de certaines données lanaudoises. Il est fort possible qu'elle résulte d'un nombre insuffisant de répondants, donc d'une plus grande imprécision statistique, que d'un recours différent aux services de santé.

Il va de soi que ces limites incitent à traiter les résultats présentés dans ce fascicule avec la prudence habituelle. Cependant, il serait malheureux de ne pas insister sur le fait que l'existence d'une étroite association entre, d'une part, le revenu et la scolarité et, d'autre part, l'accès à un médecin de famille et le recours à certains services de santé est bien réelle.

Iniquités d'accès ou inégalités d'utilisation?

Au sens strict de la *Loi canadienne sur la santé*, il ne devrait pas exister d'iniquités d'accès aux soins de santé, car ils sont réputés universels (Hutchison, 2007). L'Association médicale canadienne (AMC) affirme pourtant qu'il « existe diverses preuves indiquant que l'accès aux soins n'est pas équitable au Canada. Les personnes dont le statut socioéconomique est plus élevé ont un plus grand accès à presque tous les services de santé disponibles, en dépit d'un état de santé généralement meilleur et donc d'un besoin moins important de soins » (AMC, 2012, p. i). Du même souffle, l'AMC précise que les « personnes appartenant à des groupes défavorisés sont moins susceptibles de recevoir des soins de santé appropriés, même si elles ont accès au système » (AMC, 2012, p. i). Elles seraient aussi plus nombreuses à déclarer avoir de la difficulté à recevoir tous les services de santé dont elles ont besoin (AMC, 2012).

Un pareil constat incite à faire état d'une iniquité d'accès aux services de santé en fonction du statut socioéconomique. Cela peut difficilement être nié, mais il faut y apporter une nuance importante. L'iniquité d'accès aux services de santé ne signifie pas que ces derniers ne sont pas offerts à tous. Cela veut plutôt dire que la capacité d'accéder à un ou des services de santé existants n'est pas la même pour tous, en particulier lorsque le statut socioéconomique est pris en compte. Cette capacité est étroitement associée, entre autres, aux moyens financiers des individus (certains médicaments, traitements ou dispositifs médicaux n'étant pas tous gratuits), à leur capacité de déplacement (manque de proximité des services en région rurale), à leur niveau de connaissance des mesures de prévention ou de dépistage ainsi qu'à la compréhension des consignes ou des prescriptions médicales (littératie en santé). Elle est aussi liée à l'état de santé des gens, à la possibilité de quitter leur travail ou de faire

garder leurs enfants pour un rendez-vous médical, ainsi qu'au niveau de disponibilité des services de santé (heures d'ouverture, ressources disponibles) (AMC, 2012). Ces mêmes critères font en sorte que des personnes, particulièrement les plus démunies, pourraient être moins enclines à utiliser certains services de santé, même s'ils sont réputés accessibles à tous. On parle alors d'inégalités quant à l'utilisation de services de santé.

Il faut aussi retenir que cette iniquité d'accès et, le cas échéant, cette inégalité d'utilisation ne s'appliquent pas uniformément à toute la gamme des services de santé et des services sociaux. C'est particulièrement le cas pour les services de proximité. Une étude menée au Québec montre en effet « que les services offerts par les CLSC rejoignent généralement les groupes défavorisés du territoire [même si] cette capacité varie selon le CLSC, le programme d'activités considéré et l'indice retenu pour mesurer les inégalités » (Pampalon, Hamel et Mathieu, 2004, p. 86).

Bref, il existe au Québec, comme ailleurs au Canada, une iniquité quant à l'accès aux services de santé, car ce ne sont pas toutes les personnes ayant besoin de soins de santé qui peuvent y accéder avec la même facilité. Il y a aussi des inégalités dans l'utilisation des services de santé en raison, entre autres, des disparités socioéconomiques qui caractérisent notre société. Tous n'ont pas les mêmes moyens financiers, la même compréhension, ni les mêmes connaissances pour les utiliser, à la hauteur de leurs besoins. **L'accès potentiel à ces services n'est manifestement pas égal à l'accès réel.**

Pourquoi y a-t-il des inégalités quant au recours aux services de santé?

Plusieurs déterminants sont à la source des inégalités d'utilisation des services de santé. Bon nombre d'entre eux sont étroitement liés au statut socioéconomique. Les lignes qui suivent en dressent une liste assurément non exhaustive.

La **littératie en santé** constitue, aux yeux de plusieurs, un déterminant important de la santé (MSSS, 2016a). Elle supplanterait même la scolarité à cet égard. Selon les données les plus récentes disponibles, 61 % des Québécoises et des Québécois de 16-65 ans et plus affichaient en 2003 des niveaux de compétence en littératie en santé inférieurs au seuil souhaité. Cette proportion grimpait à environ 87 % pour les personnes sans diplôme d'études secondaires (Bernèche, Traoré et Perron, 2012). « Être capable d'obtenir de l'information sur la santé, de comprendre et d'utiliser des renseignements médicaux, d'interagir avec les professionnels de la santé et de s'orienter dans le système de santé sont autant de facteurs qui ont des répercussions sur la prévention de la maladie et l'amélioration de la santé des individus » (Bernèche, Traoré et Perron, 2012, p. 1) et, par le fait même, sur les inégalités d'utilisation de services de santé.

La **disposition variable à utiliser des services de santé** favorise, elle aussi, la présence des ISS. Selon les données montréalaises de *l'Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*, « les personnes vivant en ménages de revenu faible sont moins enclines que celles de revenu plus élevé à exprimer des besoins de renseignements ou de conseils en matière de santé [...] ou des besoins de soins de routine et de suivi [...] » (Kapetanakis, Ouellet et Pineault, 2008, p. 30). Une étude menée en Belgique confirme aussi que les femmes issues de milieux défavorisés sont moins disposées à profiter d'un test de dépistage du col de l'utérus. De même, les adolescents belges moins nantis sur le plan socioéconomique sont, toutes

proportions gardées, plus nombreux à ne pas avoir été vaccinés contre la polio, le tétanos et la rougeole (Bossuyt et Van Oyen, 2001). Un pareil constat a été établi dans le cadre d'une étude menée dans les pays de l'OCDE (de Looper et Lafortune, 2009). Ce manque de disposition résulte, en partie, de la **compréhension inégale des bénéfices associés aux services de vaccination et de prévention**, surtout en l'absence de symptômes de la maladie. Une étude européenne confirme que cette moins bonne compréhension est plus fréquente chez les personnes ayant un faible revenu et moins scolarisées (Carrieri et Wuebker, 2012).

Des auteurs considèrent que la **perception différente de la santé et des problèmes de santé** doit être considérée pour comprendre l'usage inégal des services de santé. Ainsi, dans les pays de l'OCDE, les individus ayant un faible revenu, moins scolarisés ou avec un statut occupationnel moins favorable sont moins enclins à détecter les symptômes de leurs problèmes de santé et à y apporter la réponse requise. Ils affichent aussi une plus grande méconnaissance de la nature et des conséquences de leurs problèmes de santé (de Looper et Lafortune, 2009). Tout cela a évidemment un impact sur leur utilisation des services de santé, puisqu'ils n'en voient pas toujours la nécessité. Ce qui génère « un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs » (Dourgnon, 2013, p. 20).

La **capacité d'exprimer clairement et avec précision ses problèmes de santé, et de façon concomitante ses besoins en soins de santé**, est un autre déterminant de l'utilisation inégale des soins de santé. Il est fort possible que les personnes plus instruites et avec de meilleurs revenus puissent faire appel plus efficacement aux ressources du réseau de la santé (Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000).

Les **barrières financières** peuvent également être associées à l'inégalité de recours aux services de santé. Dans le cas des soins dont la couverture n'est pas universelle, comme les soins dentaires, les soins d'optique, les produits pharmaceutiques, certains services de longue durée, etc., ce ne sont pas toutes les personnes qui peuvent se les payer à l'aide d'une assurance-maladie privée complémentaire (Dourgnon, 2013). Il est alors fort possible que les gens plus démunis ne soient pas en mesure de combler la totalité de leurs besoins en soins de santé.

Les inégalités d'utilisation de services de santé : des conséquences

Le fait de ne pas avoir accès à un médecin régulier ou de ne pas utiliser au moment opportun les services de santé requis (préventifs, de dépistage ou curatifs), qu'ils soient accessibles ou non, peut avoir des conséquences importantes sur la santé des individus. Des maladies diagnostiquées tardivement ou traitées inadéquatement peuvent entraîner plus de visites aux urgences, des séjours hospitaliers plus fréquents et plus longs et, probablement, une mortalité prématurée. Une pareille situation peut aussi être responsable d'incapacités et de limitations dans les activités de tous les jours.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les individus avec un faible statut socioéconomique affichent des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux du reste de la population pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA)²³ et pour les maladies mentales (ICIS, 2010). Cette situation a inévitablement un effet sur les coûts du système de santé puisque des personnes sont

²³ Les hospitalisations avec des conditions propices aux soins ambulatoires ont, au diagnostic principal, l'épilepsie, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'asthme, l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire, l'hypertension artérielle, l'angine ou le diabète (ICIS, 2010).

plus souvent hospitalisées qu'elles ne devraient l'être. En 2006, au Canada, « si les hommes de tous les groupes socioéconomiques présentaient des taux d'hospitalisation identiques à ceux du groupe au statut socioéconomique le plus élevé, un montant annuel estimé à 123 millions de dollars pourrait être économisé en ce qui concerne les maladies mentales et 89 millions de dollars dans le cas des CPSA. Chez les femmes, la même hypothèse se traduit potentiellement en économies pour le système de l'ordre de 71 millions de dollars et 125 millions de dollars pour les CPSA et les maladies mentales » (ICIS, 2010, p. 11).

CONCLUSION

Au Québec, au Canada et dans la plupart des pays de l'OCDE, la réduction des inégalités en matière de santé et l'égalité d'accès aux soins basée sur les besoins de santé sont des objectifs majeurs dans leurs politiques gouvernementales (de Looper et Lafortune, 2009). Or, dans la pratique, l'utilisation des services de santé est bien inégale au sein de la population. De nombreuses études le confirment, les écarts socioéconomiques en sont en grande partie responsables. Il est donc manifeste que la loi canadienne accordant l'universalité des soins de santé ne peut pas garantir, à elle seule, un accès égal à tous. C'est pourquoi, le réseau de la santé et des services sociaux doit, entre autres, bonifier ou ajouter des mesures et des actions visant les populations plus défavorisées (sur les attitudes face à la prévention et les comportements à risque pour la santé, pour une meilleure connaissance et compréhension des services de santé offerts). Le réseau de la santé doit aussi adapter l'offre et la nature de ses services en fonction des besoins, des capacités et des particularités des populations plus démunies.

Ces considérations incitent à mettre de l'avant la notion d'universalisme proportionné qui consiste à offrir des programmes ou des services universels, destinés à l'ensemble de la population, mais avec des modalités ou une échelle d'intensité variable en fonction des besoins, du statut socioéconomique ou du degré de défavorisation de certains groupes de la population (Poissant et Chan, 2014; HELP, 2011). Privilégier seulement l'approche universelle pour offrir des services de santé à la population n'est pas suffisant, même si elle est essentielle (Bergeron et autres, 2016), car certaines personnes, en raison de leur statut socioéconomique, éprouvent des besoins plus importants et souvent différents. Elles sont également confrontées à des obstacles à l'accès et à l'utilisation de services plus appréciables que ceux auxquels pourraient faire face les personnes mieux nanties ou plus scolarisées.

L'universalisme proportionné peut contribuer avec plus d'efficacité au développement du potentiel des personnes quant à leur capacité de se maintenir en santé et, le cas échéant, de bien gérer la maladie. Le développement de ce « pouvoir d'agir » ou *empowerment* est important puisqu'il contribue à « la valorisation des compétences personnelles et sociales des individus, ainsi que la mise en place de conditions favorables à leur mobilisation et au pouvoir d'agir des communautés locales » (Bergeron et autres, 2016, p. 2). Cela ne peut qu'aider à atténuer les conséquences néfastes générées par les écarts socioéconomiques au sein de la population.

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 (MSSS, 2016a; MSSS, 2015; Pampalon et autres, 2013). Cela implique la lutte aux inégalités quant à l'utilisation des services de santé, qu'ils soient de première ligne, préventifs ou curatifs. Mais, il ne faudrait pas oublier que cette lutte interpelle aussi tous les acteurs de la société, car elle passe, entre autres, par la diminution du décrochage scolaire et l'amélioration des conditions de travail (création d'emplois de qualité, stables, bien rémunérés, favorisant l'estime de soi, etc.) et de vie (logement abordable et salubre, sécurité alimentaire, environnement social de qualité, etc.).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC). *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la profession médicale*, Ottawa, AMC, 2013a, 11 p.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC). *La santé et les soins de santé pour la population vieillissante*, Ottawa, AMC, 2013b, 10 p.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC). *Assurer un accès équitable aux soins de santé : Stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins*, Ottawa, AMC, 2012, 20 p.

BERGERON, Pierre, Maude CHAPADOS, Geneviève LAPOINTE, Lucie LEMIEUX, Julie POISSANT, Marie-Claude ROBERGE, Caroline TESSIER, André TOURIGNY, et Jean TREMBLAY. *Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé – Mémoire déposé dans le cadre de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 66 P.

BERNÈCHE, Francine, Issouf TRAORÉ et Bertrand PERRON. Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Résultats de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*, *Zoom santé*, n° 35, février 2012, 8 p.

BOSSUYT, Nathalie, et H. VAN OYEN. *Rapport de santé : Différences socio-économiques en santé*, IPH/EPI Reports n° 2001-013, Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique, Service d'Épidémiologie, 2001, 13 p.

CARRIERI, Vincenzo, et Ansgar WUEBKER. *Assessing Inequalities in Preventive Care Use in Europe: A Special Case of Health-Care Inequalities?*, Heslington, The University of York, Health, Econometrics and Data Group, 2012, 29 p.

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.

DE LOOPER, Michael, et Gaétan LAFORTUNE. Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries, *OECD Health Working Papers*, n° 43, 2009, 55 p.

DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE (DSP) DE MONTRÉAL. *Santé des populations et services de santé*, Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2016, 2 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.dsp.santemontreal.qc.ca)

DOURGNON, Paul. *Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé*, Thèse de sciences économiques présentée et soutenue le 21 juin 2013, Paris, Université Paris-Dauphine, École doctorale de Dauphine, 2013, 156 p.

DUBÉ-LINTEAU, Ariane, Raynald PINEAULT, Jean-Frédéric LEVESQUE, Chantale LECOURS et Marie-Ève TREMBLAY. *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et L'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013a, 73 p.

DUBÉ-LINTEAU, Ariane, Chantale LECOURS, Jean-Frédéric LEVESQUE, Raynald PINEAULT et Marie-Ève TREMBLAY. *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013b, 41 p.

DUNLOP, Sheryl, Peter C. COYTE et Warren MCISAAC. Socio-economic Status and the Utilisation of Physicians' Services: Results from the Canadian National Population Health Survey, *Social Science & Medicine*, volume 51, 2000, p. 123-133. (site Web consulté en septembre 2016 au www.elsevier.com)

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Portail santé mieux-être. Vaccination contre la grippe. Restez loin de la grippe*, Québec, gouvernement du Québec, 2016, 5 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.sante.gouv.qc.ca)

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Portail santé mieux-être. Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi)*, Québec, gouvernement du Québec, 2014, 3 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.sante.gouv.qc.ca)

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, 2016, 28 p.

HUMAN EARLY LEARNING PARTNERSHIP (HELP). *Universalisme proportionné*, Vancouver, Université de la Colombie-Britannique, 2011, 4 p. (traduit par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2013)

HUTCHISON, Brian. Disparité dans l'accès aux soins de santé et dans leur utilisation : encore du bla-bla, *Healthcare Policy*, volume 3, n° 2, 2007, p. 14-18.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes*, Ottawa, ICIS, 2010, 24 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 2016 au www.inpes.sante.fr)

JUSOT, Florence. *Inégalités sociales de santé : Quels constats? Quels leviers d'action?*, Paris, Université Paris-Dauphine, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 2010. (document non paginé)

KAPETANAKIS, Costas, Diane OUELLET et Raynald PINEAULT. *Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal. Analyse des données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Équipe des populations et services de santé et Institut national de santé publique du Québec, Direction des systèmes de soins et services, 2008, 88 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.

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.

LASSER, Karen E., David U. HIMMELSTEIN et Steffie WOOLHANDLER. *Acces to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population-Based Survey*, *American Journal of Public Health*, volume 96, n° 7, juillet 2006, p. 1300-1307.

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, 2016a, 100 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux. Le ministre Gaétan Barrette annonce un guichet d'accès à un médecin de famille unique*, Québec, MSSS, 2016b, 1 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.msss.gouv.qc.ca)

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, 2012, 25 p.

OUIMET, Marie-Jo, José PÉREZ, Sylvie PROVOST, Pierre TOUSIGNANT, Éric BEAULIEU, Brigitte SIMARD et Audrey COUTURE. *La défavorisation matérielle et l'utilisation des services de santé par les Montréalais : 2000-2001 à 2009-2010*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2013, 8 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL, Carolyne 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.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Mathieu PHILIBERT. Inégalités sociales et services de proximité au Québec – Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants, *Santé, Société et Solidarité, Inégalités sociales de santé*, n° 2, 2004, p. 73-88. (site Web consulté en juin 2016 au www.persee.fr)

PASCAL, Jean, Hélène ABBEY-HUGUENIN et Pierre LOMBRAIL. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention?, *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, p. 115-124. (site Web consulté en août 2016 au www.erudit.org)

POISSANT, Julie, et Alessandra CHAN (coll.). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants - État des connaissances*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 34 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Test de l'antigène prostatique spécifique (APS)*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2016a, 8 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.cancer.ca)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Toucher rectal (TR)*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2016b, 3 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.cancer.ca)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Coloscopie*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2016c, 4 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.cancer.ca)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Sigmoïdoscopie*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2016d, 4 p. (site Web consulté en novembre 2016 au www.cancer.ca)

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.

WANG, Li, Jason X. NIE et Ross E.G. UPSHUR. Determining Use of Preventive Health Care in Ontario. Comparison of Rates of 3 Maneuvers in Administrative and Survey Data, *Canadian Family Physician*, volume 55, février 2009, p. 178-179.e5.

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.

Dans la série
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
(en date de mars 2017)



*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)

Statut socioéconomique et multimorbidité
(André Guillemette, 2016)

Indicateurs économiques et sociaux à la carte
(Patrick Bellehumeur, 2017)



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

Québec 