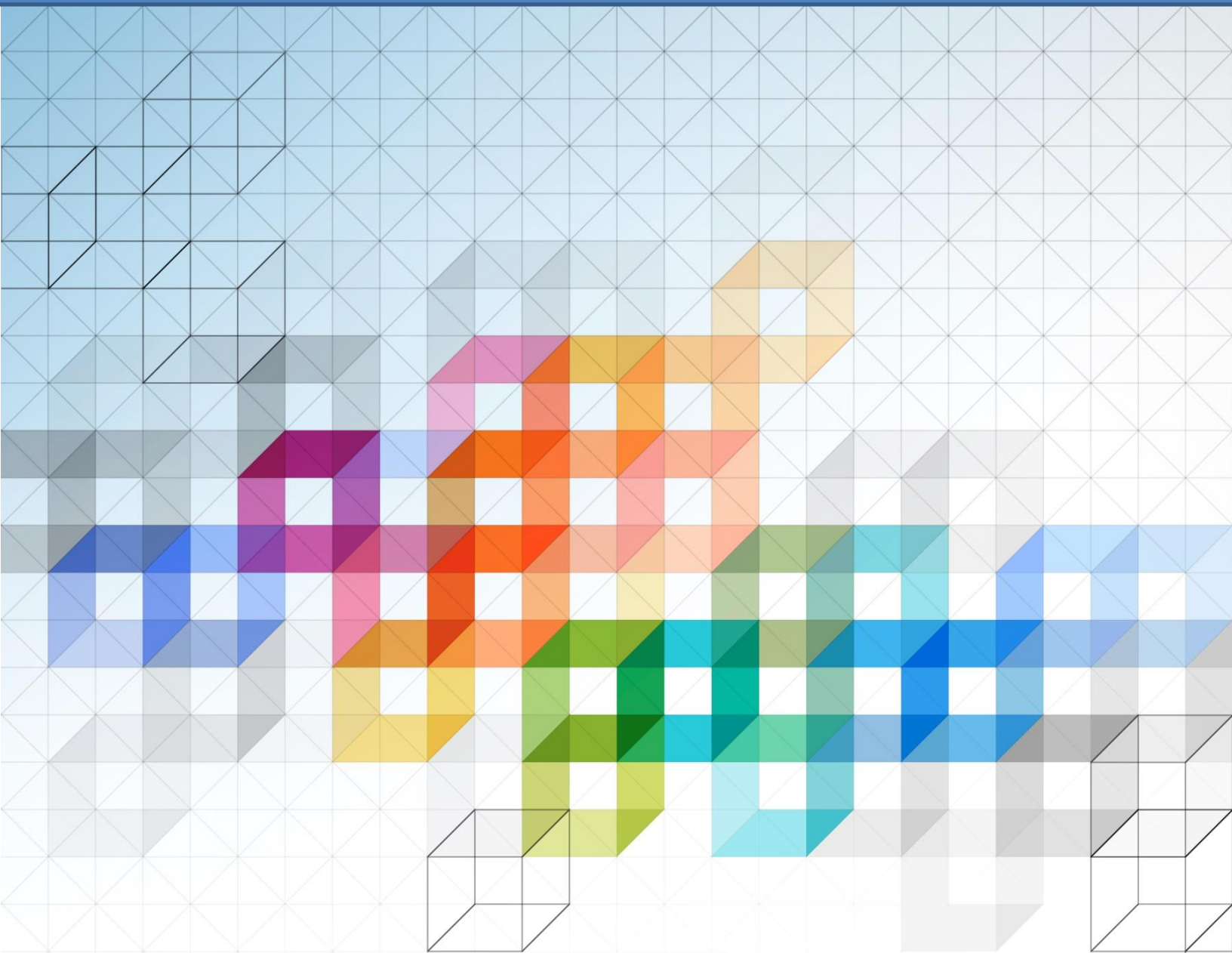


# ÉTAT DE SANTÉ, DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DÉFAVORISATION DANS LANAUDIÈRE

Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015



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

Avril 2017

Québec 

### **Conception, analyse et rédaction**

André Guillemette

### **Conception de la figure, des tableaux et des cartes**

Josée Payette

### **Sous la coordination de**

Élizabeth Cadieux

### **Comité de lecture**

Patrick Bellehumeur

Élizabeth Cadieux

Christine Garand

Louise Lemire

Geneviève Marquis

Josée Payette

### **Conception graphique et mise en page**

Micheline Clermont

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

André Guillemette au 450 759-6660 ou sans frais le 1 855 759-6660, poste 4212 ou [andre\\_guillemette@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca](http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca) sous *Documentation/Santé publique/Pauvreté et défavorisation*.

### **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. *État de santé, déterminants de la santé et défavorisation dans Lanaudière. Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, avril 2017, 28 pages.

Source de l'image : iStockphoto

© Direction de santé publique, CISSS de Lanaudière, 2017

Dépôt légal

Deuxième trimestre 2017

ISBN : 978-2-550-78106-6 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	4
L'ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 2014-2015 .....	5
Les indicateurs retenus .....	6
L'INDICE DE DÉFAVORISATION .....	6
La dimension matérielle.....	7
La dimension sociale .....	7
La répartition de la population selon l'indice de défavorisation .....	8
Pourquoi s'intéresser à la défavorisation? .....	8
LES CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	9
La comparaison des pourcentages .....	9
Les populations considérées.....	9
Les territoires retenus.....	9
LA DÉFAVORISATION ET LA SANTÉ PHYSIQUE .....	10
LA DÉFAVORISATION ET LA SANTÉ MENTALE.....	12
LA DÉFAVORISATION, LES HABITUDES DE VIE ET LES COMPORTEMENTS.....	14
LA DÉFAVORISATION ET L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE .....	16
LA DÉFAVORISATION ET LES EXAMENS MÉDICAUX PRÉVENTIFS .....	17
CONCLUSION.....	18
ANNEXE - LA CARTOGRAPHIE DE LA DÉFAVORISATION .....	19
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	26



## INTRODUCTION

Le maintien et, idéalement, l'amélioration de la santé de la population de Lanaudière reposent sur une connaissance approfondie de ses déterminants. Il est alors possible de prioriser les programmes, les activités et les services de santé publique et des autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux, tout en ciblant les populations selon leur niveau de vulnérabilité. Cela respecte les principes de l'universalisme proportionné qui repose sur la volonté d'offrir des programmes ou des services à l'ensemble de la population tout en ayant la possibilité d'en moduler l'intensité et la portée en fonction des besoins, du statut socioéconomique ou du niveau de défavorisation de certains groupes de la population (Poissant et Chan, 2014; HELP, 2011)<sup>1</sup>.

Une série récente de publications du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique confirment l'existence de liens étroits entre, d'une part, le statut socioéconomique des individus et, d'autre part, leur état de santé, leurs habitudes de vie et leur utilisation de services de santé (Lemire, 2016; Guillemette, 2016a; Guillemette, 2016b; Bellehumeur, 2017; Guillemette, 2017). Ces liens sont la source d'inégalités sociales de santé jugées évitables et, surtout, injustes. Puisque la réduction des inégalités sociales de santé constitue une finalité du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et de la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (MSSS, 2016a), il a été jugé opportun de produire un document mettant en lien le statut socioéconomique des individus avec leur état de santé et certains de ses déterminants. Les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* sont ainsi mises à contribution en utilisant l'indice de défavorisation matérielle et sociale à titre d'outil de référence pour catégoriser la population en fonction de son statut socioéconomique. L'utilisation de cet indice permet de cerner géographiquement les milieux de vie caractérisés par une plus forte présence de déterminants potentiellement néfastes à la santé et au bien-être de leur population<sup>2</sup>.

Ce fascicule constitue un outil de surveillance de l'état de santé de la population lanauchoise et de ses déterminants qui s'inscrit dans les actions prescrites dans le *Plan d'action thématique tripartite – Axe 5 Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants* (MSSS, 2016b). Il faut aussi noter qu'il répond à l'une des recommandations de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé émises dans un rapport intitulé *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS, 2009). Cette recommandation invite les autorités à suivre systématiquement et à documenter l'évolution des inégalités sociales de santé.

La présente publication a été réalisée pour soutenir le travail des gestionnaires et de tout le personnel concerné du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que celui des partenaires qui ont à cœur la santé et le bien-être de la population lanauchoise. Il s'adresse aussi aux Lanaudoises et aux Lanaudois sensibles à la qualité de leur milieu de vie.

---

<sup>1</sup> Les lecteurs sont invités à consulter le document produit par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et intitulé *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités socioéconomiques influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé* (Lemire, 2016). Il fait, entre autres, état de l'importance de l'universalisme proportionné dans le cadre des interventions auprès des familles avec de jeunes enfants.

<sup>2</sup> Voir à cet égard les sept documents produits par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique consacrés à l'indice de défavorisation matérielle et sociale 2011 (Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016).



## L'ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 2014-2015<sup>3</sup>

L'objectif général de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP) consiste à dresser un portrait de santé de la population de 15 ans et plus et de certains des déterminants qui lui sont associés. L'enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est réalisée pour la deuxième fois.

La population visée par l'EQSP 2014-2015 est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus occupant un logement non institutionnel au Québec. Cela comprend les personnes vivant dans un ménage privé et celles habitant dans un logement collectif non institutionnel (résidence pour personnes âgées, couvent, etc.)<sup>4</sup>. Sont exclues de cet ensemble les personnes résidant dans un logement collectif institutionnel (hôpital, CHSLD, centre jeunesse, centre de réadaptation, pénitencier, etc.), dans une réserve indienne ou dans la région sociosanitaire du Nunavik. La population ciblée par l'EQSP 2014-2015 représente environ 98,8 % de l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus.

La période de collecte s'est déroulée du 7 mai 2014 au 12 mai 2015. Cette période a été divisée en quatre vagues afin de mieux suivre l'évolution de la collecte et de faire les ajustements requis le cas échéant.

L'édition 2014-2015 de l'EQSP se distingue de celle de 2008 quant à la stratégie de collecte puisqu'elle s'est effectuée par interview téléphonique assistée par ordinateur et/ou par auto-interview assistée par ordinateur. La moitié de l'échantillon s'est vu offrir le même mode de collecte qu'en 2008, soit de répondre au questionnaire par téléphone seulement (volet A). L'autre moitié (volet B) s'est vu offrir la possibilité de répondre au questionnaire d'abord sur le Web, puis par téléphone (collecte multimode). Sur l'ensemble des répondants, la proportion pondérée de répondants Web a été de 29,7 % dans Lanaudière et de 30,6 % pour l'ensemble du Québec<sup>5</sup>.

La taille de l'échantillon et sa répartition ont été déterminées de façon à fournir des estimations suffisamment précises à l'échelle de la province, des régions et des territoires locaux. Au total, l'équipe responsable de la collecte des données de l'EQSP 2014-2015 a tenté de rejoindre 77 410 personnes au Québec, dont 2 807 dans Lanaudière. Dans la région, 1 683 personnes ont répondu au questionnaire pour un taux de réponse pondéré de 60,4 % comparativement à 60,5 % pour le Québec (45 760 répondants).

Tout comme pour la première édition de l'enquête, des données représentatives à l'échelle des deux territoires de réseau local de service lanauchois sont disponibles pour l'édition 2014-2015 de l'EQSP.

<sup>3</sup> Cette section reprend intégralement des éléments du document traitant de l'EQSP 2014-2015 diffusé par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique (Service SRE, 2016).

<sup>4</sup> Seules les personnes vivant dans des ménages privés formaient la population visée pour l'édition 2008 de l'EQSP.

<sup>5</sup> Les lecteurs qui désirent avoir plus de détails quant au mode de collecte et à ses effets sur la comparabilité des données sont invités à consulter le guide méthodologique intitulé *L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête* produit en 2016 par l'ISQ (Baulne, Courtemanche et Roy, 2016).



## Les indicateurs retenus

L'EQSP 2014-2015 propose un large éventail d'indicateurs traitant de l'état de santé de la population et de ses déterminants (Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Parmi eux, une vingtaine ont été retenus aux fins du présent document. Ils se répartissent dans cinq thématiques traitant de la santé physique et mentale, ainsi que des déterminants de la santé :

- État de santé physique
  - Perception de l'état de santé
  - Perception de la santé buccodentaire
  - Édentation
  - Statut pondéral
  - Blessures non intentionnelles
  - Surdité
- État de santé mentale
  - Satisfaction à l'égard de sa vie sociale
  -  chelle de détresse psychologique
  - Idées suicidaires sérieuses et tentatives de suicide
- Habitudes de vie et comportements
  - Tabagisme
  - Consommation de drogues
  - Activité physique de loisir et de transport
  - Consommation de boissons sucrées
  - Brossage des dents ou des prothèses dentaires
- Environnement
  - Bruit ambiant
- Examens médicaux préventifs
  - Prise de tension artérielle
  - Passation du test de Pap

## L'INDICE DE DÉFAVORISATION<sup>6</sup>

L'indice de défavorisation<sup>7</sup> est une mesure territoriale qui permet de différencier des populations selon le degré relatif de privation matérielle et sociale. Il qualifie le milieu socioéconomique dans lequel vit un ensemble de personnes. Il est construit à partir des plus petits territoires pour lesquels des données sont disponibles, soit les aires de diffusion. Ces dernières regroupent généralement de 400 à 700 personnes ayant des caractéristiques socioéconomiques relativement homogènes, à l'intérieur d'un ou de plusieurs p t s de maisons.

---

<sup>6</sup> Cette section reprend des éléments du chapitre méthodologique des documents traitant de l'édition 2011 de l'indice de défavorisation matérielle et sociale diffusés par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique (Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016).

<sup>7</sup> L'expression « indice de défavorisation » est utilisée afin d'alléger la lecture du texte. Elle désigne l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

Il ne faut pas considérer l'indice de défavorisation au même titre que le seuil de faible revenu et la mesure du faible revenu après impôt. Ces deux indicateurs mesurent la part de la population qui subvient plus difficilement à ses besoins essentiels (nourriture, logement, habillement, etc.), ce que ne fait pas l'indice de défavorisation.

### La dimension matérielle

La dimension matérielle de l'indice de défavorisation réfère au concept de pauvreté et à la privation monétaire nécessaire à l'acquisition des biens et des commodités de la vie courante. Elle est formée de trois indicateurs issus de *l'Enquête nationale auprès des ménages 2011* :

- la proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires;
- le revenu annuel moyen après impôt des personnes de 15 ans et plus;
- la proportion de personnes de 15 ans et plus occupant un emploi.

### La dimension sociale

La dimension sociale renvoie à la fragilité des relations entre individus au sein de leur famille et dans leur communauté. Elle traduit, en partie, « certaines caractéristiques de l'organisation sociale telles que l'isolement ou la cohésion sociale, l'individualisme ou la coopération, l'entraide, la confiance envers les personnes, etc. » (Pampalon et Raymond, 2000, p. 114). Elle repose sur trois indicateurs construits avec les données issues du questionnaire court du recensement canadien de 2011 :

- la proportion de personnes de 15 ans et plus veuves, séparées ou divorcées;
- la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules;
- la proportion de familles monoparentales.

Les deux dimensions de l'indice peuvent être combinées afin de fournir un portrait global de la défavorisation matérielle et sociale d'un territoire.

Les données les plus récentes actuellement disponibles pour le calcul de l'indice de défavorisation datent de l'année 2011. L'ISQ a inclus cet indicateur avec les résultats de l'EQSP 2014-2015, même s'il existe un écart chronologique entre eux. Cela pourrait générer quelques biais, difficilement mesurables, car les caractéristiques socioéconomiques de certains milieux de vie Lanaudois (quartiers ou municipalités) peuvent avoir changé entre 2011 et 2014-2015 en raison, entre autres, du développement résidentiel.

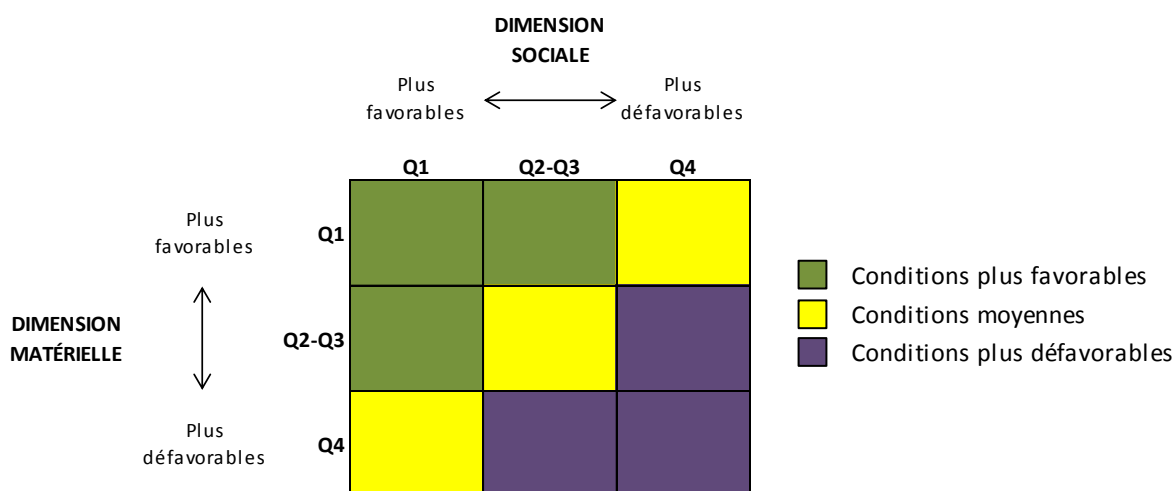


## La répartition de la population selon l'indice de défavorisation

L'indice de défavorisation permet la distribution de la population en quartiles englobant chacun environ 25 % de la population du territoire concerné<sup>8</sup>. Donc, peu importe le territoire considéré, la population vivant des conditions plus défavorables, soit celle classée dans le 4<sup>e</sup> quartile (Q4), représente toujours autour de 25 % de la population totale de ce même territoire. À l'autre extrémité de l'échelle de la défavorisation matérielle ou sociale, la population profitant de conditions plus favorables (le 1<sup>er</sup> quartile ou Q1) englobe également 25 % de la population totale. Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> quartiles (Q2 et Q3) sont jumelés afin d'identifier les personnes classées au milieu de l'échelle de défavorisation (environ 50 % de la population totale).

Il est possible de combiner les deux dimensions de l'indice pour cibler les individus vivant dans des milieux de vie dotés de conditions matérielles et sociales plus favorables ou, selon le cas, plus défavorables. La matrice suivante illustre le mode de combinaison des deux dimensions en gradients de la défavorisation matérielle et sociale (conditions plus favorables à conditions plus défavorables).

### Matrice des dimensions matérielle et sociale combinées de l'indice de défavorisation de 2011



### Pourquoi s'intéresser à la défavorisation?

La pertinence de l'indice de défavorisation n'est plus à démontrer, car cet outil identifie et, au besoin, situe géographiquement les populations dont la santé pourrait être fragilisée. Des études démontrent que les personnes vivant dans des milieux plus défavorisés socioéconomiquement sont, entre autres, plus susceptibles (Landry, 2016) :

- de mourir prématurément, soit avant l'âge de 75 ans;
- d'être affectées par plusieurs maladies chroniques en même temps;
- d'être victimes d'un traumatisme ou d'un accident de la route;
- de souffrir de diabète ou du cancer du poumon;
- de subir une plus forte mortalité par cancer et par maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire;
- de présenter des troubles de santé mentale et de la détresse psychologique.

<sup>8</sup> Aux fins de ce document, il a été décidé de répartir la population en quartiles. Il faut cependant noter qu'il est aussi possible de les regrouper en quintiles (Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016).



## LES CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

### La comparaison des pourcentages

La présence de différences en fonction de l'indice de défavorisation est établie à l'aide de tests statistiques de comparaison utilisant un seuil de 5 %<sup>9</sup> pour tous les territoires considérés<sup>10</sup>. Les pourcentages ajustés selon l'âge, sexes réunis, de la population de 15 ans et plus de l'ensemble du Québec sont utilisés pour les tests de comparaison. Ce sont toutefois les pourcentages bruts qui sont affichés dans les tableaux. Les pourcentages bruts sont exceptionnellement employés pour les tests de comparaison lorsque les indicateurs incluent l'âge dans leur construction (ex. : les personnes de 18 ans et plus, les femmes de 18-69 ans, etc.). L'emploi de pourcentages bruts à des fins de comparaison génère des résultats qui doivent être interprétés avec une certaine prudence. La présence ou l'absence de différence significative pourrait être occasionnée par une structure par âge et sexe différente entre les populations concernées.

Il importe de garder à l'esprit que l'absence d'une différence significative au plan statistique entre deux pourcentages ne signifie pas pour autant qu'ils soient identiques. Il faut plutôt conclure que le test de comparaison ne détecte aucun écart statistique apparent entre les deux pourcentages. De même, deux pourcentages, si éloignés soient-ils l'un de l'autre, ne doivent pas être considérés comme étant différents si l'écart les séparant n'est pas confirmé statistiquement.

### Les populations considérées

Même si les résultats de l'EQSP 2014-2015 sont disponibles pour les femmes et les hommes pris séparément, les données analysées dans la présente étude concernent seulement les deux sexes réunis. Cette décision est justifiée par la volonté de comparer des pourcentages reposant sur un nombre le plus élevé possible de répondants. La répartition des résultats de l'EQSP 2014-2015 en fonction du sexe, donc en divisant le nombre de répondants par deux, pourrait accroître les risques de biais d'interprétation associés à l'imprécision des pourcentages. Du reste, l'absence d'analyse différenciée en fonction du sexe ne met pas en péril l'objectif ultime de l'étude qui consiste à confirmer l'existence de différences selon le statut socioéconomique ainsi qu'à identifier et situer géographiquement les personnes pouvant être plus affectées par les inégalités sociales de santé.

### Les territoires retenus

L'analyse comparative des pourcentages est réalisée pour la région de Lanaudière et pour l'ensemble du Québec. Ces deux territoires ne sont pas comparés entre eux, car ce n'est pas le but de l'étude. L'analyse des données de l'ensemble du Québec est réalisée pour corroborer et, le cas échéant, pour bonifier les résultats obtenus avec les données lanauchoises.

Les données propres aux deux territoires de réseau local de service de Lanaudière ne sont pas considérées puisqu'elles ne contribuent pas à enrichir les résultats pour l'ensemble de la région lanauchoise. D'ailleurs, le nombre de répondants de chacun des deux territoires locaux lanauchois, répartis par catégorie socioéconomique, est souvent trop restreint pour plusieurs indicateurs.

<sup>9</sup> Un seuil de 5 % signifie que le résultat de la comparaison a moins de 5 % de chances d'être obtenu par hasard.

<sup>10</sup> Il est important de noter que l'ISQ a retenu un seuil de 1 % pour les données de l'ensemble du Québec et de 5 % pour les données régionales dans son rapport national de l'EQSP 2014-2015 (Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Les résultats des tests de comparaison du présent document pourraient donc être différents de ceux du rapport de l'ISQ pour les données relatives à l'ensemble du Québec.



## LA DÉFAVORISATION ET LA SANTÉ PHYSIQUE

L'EQSP 2014-2015 traite de l'état de santé physique de la population à l'aide de plusieurs indicateurs. Les indicateurs retenus font référence à la perception négative de l'état de santé globale et buccodentaire, à l'édentation complète, au surplus de poids, dont l'obésité, aux blessures non intentionnelles et à la surdité<sup>11</sup>.

Dans Lanaudière, seules la perception négative de l'état de santé et l'édentation complète sont significativement associées à l'indice de défavorisation. Leur prévalence est plus forte chez les personnes vivant dans des milieux de vie avec des conditions plus défavorables que chez celles situées à l'autre extrême du spectre de la défavorisation<sup>12</sup>. Cela se vérifie statistiquement pour la dimension sociale (sauf l'édentation complète) et les dimensions combinées (Tableau 1).

Les données de l'ensemble du Québec font état d'un fort lien entre l'indice de défavorisation et six des sept indicateurs de l'état de santé physique retenus. Pour la dimension matérielle et les dimensions combinées, les prévalences de la perception négative de sa santé globale et de sa santé buccodentaire, l'édentation complète, le surplus de poids (embonpoint et obésité), l'obésité et la surdité sont plus importantes au sein de la population vivant dans des milieux plus défavorisés. Pour la dimension sociale, c'est aussi le cas uniquement pour les indicateurs suivants : la perception négative de sa santé globale et de sa santé buccodentaire, ainsi que l'édentation complète. Seule la prévalence des personnes victimes de blessures non intentionnelles n'est pas statistiquement associée aux gradients de l'indice de défavorisation.

En raison d'un nombre insuffisant de répondants, les données lanaudoises ne permettent pas de confirmer statistiquement les mêmes constats que ceux de l'ensemble du Québec. Les tendances observées avec les données lanaudoises sont toutefois similaires à celles du Québec pour tous les indicateurs de l'état de santé physique pour lesquels il existe un écart significatif.

**Les données de l'EQSP 2014-2015 confirment l'existence d'un lien étroit entre l'état de santé physique des personnes et leur statut socioéconomique. Un état de santé physique moins bénéfique, propice à la survenue de problèmes de santé chroniques et à des limitations d'activité, est plus fréquemment observé chez les personnes dont les milieux de vie affichent des conditions matérielles et sociales plus défavorables.**

Les disparités les plus importantes entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation quant à l'état de santé physique semblent survenir plus souvent avec sa dimension matérielle qu'avec sa dimension sociale.

<sup>11</sup> Les lecteurs sont invités à consulter le rapport national de l'EQSP 2014-2015 s'ils désirent prendre connaissance de la définition détaillée des indicateurs considérés (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

<sup>12</sup> Il importe de noter que les résultats des tests statistiques de comparaison ne sont considérés dans l'analyse que lorsque les deux extrêmes de l'échelle de défavorisation sont comparés entre eux. Les valeurs des indicateurs propres à la condition mitoyenne de l'indice de défavorisation ne sont pas comparées avec celles des conditions plus favorables ou plus défavorables.



**Tableau 1**
**Indice de défavorisation matérielle et sociale et indicateurs de l'état de santé physique, population de 15 ans et plus, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2014-2015 (% brut)**

	Dimension matérielle		Dimension sociale		Dimensions combinées	
	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec
	%	%	%	%	%	%
<b>Ne se percevant pas en bonne santé</b>						
Conditions plus favorables	8,3	7,2	8,0 *	8,2	6,8	7,2
Conditions moyennes	10,6	9,8	9,2	9,9	11,5	9,8
Conditions plus défavorables	11,9	13,8	15,0	12,2	12,5	13,5
<b>Ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire</b>						
Conditions plus favorables	11,1	9,6	11,1	11,4	9,9	9,3
Conditions moyennes	10,4	12,5	10,6	12,8	11,1	13,0
Conditions plus défavorables	14,1	17,9	13,8	15,2	13,7	16,9
<b>N'ayant aucune dent naturelle - 45 ans et plus<sup>1</sup></b>						
Conditions plus favorables	16,4	11,6	15,5	14,4	15,8	11,9
Conditions moyennes	20,8	17,5	21,7	16,8	21,1	17,4
Conditions plus défavorables	23,8	23,1	23,2	21,3	24,1	22,9
<b>Présentant un surplus de poids - 18 ans et plus<sup>1</sup></b>						
Conditions plus favorables	56,8	50,4	62,0	56,2	56,9	52,8
Conditions moyennes	59,1	56,3	59,0	55,3	61,0	55,9
Conditions plus défavorables	62,1	58,5	56,7	54,4	59,2	57,1
<b>Présentant de l'obésité - 18 ans et plus<sup>1</sup></b>						
Conditions plus favorables	21,8	15,3	21,7	19,2	19,9	16,7
Conditions moyennes	23,0	19,9	23,7	19,1	25,3	19,6
Conditions plus défavorables	25,9	22,7	24,3	20,1	24,6	21,8
<b>Victimes de blessures non intentionnelles (12 derniers mois)</b>						
Conditions plus favorables	13,8	13,2	14,4	12,5	13,1	13,0
Conditions moyennes	13,7	12,4	14,2	12,2	15,3	12,1
Conditions plus défavorables	15,1	11,6	13,5	12,7	13,4	12,2
<b>Ayant une surdité</b>						
Conditions plus favorables	13,0	13,1	14,0	13,3	13,9	12,9
Conditions moyennes	15,6	13,7	15,8	14,3	15,5	14,3
Conditions plus défavorables	16,0	16,0	14,1	14,6	15,4	15,3

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

<sup>1</sup> Les tests statistiques ont été effectués avec les pourcentages bruts, au seuil de 5 %.

Notes : Les cellules grisées font état de différences significatives, pour un même territoire, une même dimension de la défavorisation et un même indicateur, entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation (plus favorisé versus plus défavorisé), au seuil de 5 %.

Sauf avis contraire, les tests statistiques ont été effectués sur les pourcentages ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2014-2015 de l'ensemble du Québec.

Source : ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*.

Rapports de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mises à jour les 4 octobre 2016, 25 janvier 2017 et 5 avril 2017.



## LA DÉFAVORISATION ET LA SANTÉ MENTALE

L'état de santé mentale de la population est abordé selon trois angles, soit l'insatisfaction face à sa vie sociale, le fait de se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique et les comportements suicidaires (Tableau 2). Les deux premiers indicateurs constituent des déterminants de la santé mentale, alors que les comportements suicidaires, exprimés par les idées suicidaires sérieuses ou au moins une tentative de suicide au cours de la dernière année, sont souvent considérés comme la résultante d'une santé mentale défaillante.

Les données lanadoises révèlent que l'exposition à un niveau élevé de détresse psychologique est étroitement liée à la dimension sociale de la défavorisation. Les personnes affectées par des conditions plus défavorables sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à vivre un tel état de détresse psychologique que celles profitant de conditions plus favorables. Une telle relation s'observe également avec les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide, mais cette fois-ci avec les dimensions matérielle et sociale combinées.

Les résultats concernant l'ensemble du Québec expriment une forte association entre l'indice de défavorisation et les trois indicateurs de l'état de santé mentale considérés. Sauf pour la dimension matérielle, les tendances observées avec les données lanadoises sont semblables à celles du Québec pour tous les indicateurs de l'état de santé mentale.

**Les données de l'EQSP 2014-2015 confirment l'existence d'un lien étroit entre l'état de santé mentale des personnes et leur statut socioéconomique. Un état de santé mentale précaire est plus souvent observé chez les personnes dont les milieux de vie ont des conditions matérielles et sociales plus défavorables.**

Les écarts les plus notables entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation quant à l'état de santé mentale semblent apparaître plus souvent avec sa dimension sociale qu'avec sa dimension matérielle.



**Tableau 2**

**Indice de défavorisation matérielle et sociale et indicateurs de l'état de santé mentale, population de 15 ans et plus, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2014-2015 (% brut)**

	Dimension matérielle		Dimension sociale		Dimensions combinées	
	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec
	%	%	%	%	%	%
<b>Insatisfaits de sa vie sociale</b>						
Conditions plus favorables	4,5 *	5,2	4,5 **	4,7	4,2 *	4,8
Conditions moyennes	4,4 *	5,6	3,4 *	5,6	4,3 *	5,5
Conditions plus défavorables	4,2 **	6,5	6,5 *	7,0	4,7 *	7,0
<b>Se situant à un niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique</b>						
Conditions plus favorables	30,6	25,1	21,7	25,7	25,7	24,9
Conditions moyennes	24,0	28,3	28,0	27,8	26,7	27,7
Conditions plus défavorables	28,6	31,2	30,2	31,5	28,7	32,4
<b>Ayant songé sérieusement au suicide ou tenté de se suicider (12 derniers mois)</b>						
Conditions plus favorables	2,4 **	2,5	3,3 **	2,6	2,1 **	2,5
Conditions moyennes	4,4 *	3,3	3,8 *	3,2	4,5 *	3,1
Conditions plus défavorables	5,2 *	3,8	5,4 *	4,0	5,5 *	4,2

\* 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 cellules grisées font état de différences significatives, pour un même territoire, une même dimension de la défavorisation et un même indicateur, entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation (plus favorisé versus plus défavorisé), au seuil de 5 %.

Sauf avis contraire, les tests statistiques ont été effectués sur les pourcentages ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2014-2015 de l'ensemble du Québec.

Source : ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*.

Rapports de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mises à jour les 26 octobre 2016 et 14 décembre 2016.



## LA DÉFAVORISATION, LES HABITUDES DE VIE ET LES COMPORTEMENTS

Sept indicateurs de l'EQSP 2014-2015 sont retenus pour caractériser les habitudes de vie et les comportements de la population. Ils font référence au tabagisme, à la consommation de drogues, à l'activité physique de loisir et de transport, à la consommation de boissons sucrées et au brossage des dents ou des prothèses dentaires (Tableau 3).

Dans Lanaudière, la proportion de fumeurs actuels de cigarettes augmente de pair avec la défavorisation. Ce constat s'applique aux dimensions matérielle et sociale de l'indice prises séparément et lorsqu'elles sont combinées. Une relation similaire existe entre la consommation quotidienne de boissons sucrées et la dimension matérielle ainsi que les dimensions combinées. La proportion de personnes se brossant les dents ou les prothèses dentaires au moins deux fois par jour diminue avec la défavorisation, mais seulement pour la dimension matérielle.

Pour l'ensemble du Québec, les prévalences observées pour tous les indicateurs considérés sont associées à l'indice de défavorisation lorsque ses deux dimensions sont jumelées. Sauf pour la consommation de drogues et, plus spécifiquement, de cannabis, cette relation est aussi présente avec la seule dimension matérielle. La dimension sociale permet d'établir des liens significatifs avec quatre indicateurs. Le brossage quotidien des dents ou des prothèses dentaires et l'activité physique dans le contexte du loisir et du transport dérogent à cet égard.

À l'exception de la consommation de drogues et de cannabis, les tendances observées avec les données lanaudoises sont généralement semblables à celles du Québec pour les indicateurs caractérisant les habitudes de vie et les comportements de la population.

**Les données de l'EQSP 2014-2015 confirment la présence d'une étroite association entre l'adoption d'habitudes de vie et de comportements potentiellement nuisibles à la santé et un statut socioéconomique plus défavorable. Cette situation peut faire en sorte que l'apparition de problèmes de santé pourrait être plus fréquemment notée parmi les personnes dont les milieux de vie possèdent des conditions matérielles et sociales plus défavorables.**

Les différences les plus fortes entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation quant aux habitudes de vie et aux comportements semblent survenir plus fréquemment avec sa dimension matérielle qu'avec sa dimension sociale.



**Tableau 3**
**Indice de défavorisation matérielle et sociale et indicateurs liés aux habitudes de vie et aux comportements, population de 15 ans et plus, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2014-2015 (% brut)**

	Dimension matérielle		Dimension sociale		Dimensions combinées	
	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec
	%	%	%	%	%	%
<b>Fumeurs actuels de cigarettes</b>						
Conditions plus favorables	16,8	15,3	17,4	16,5	17,0	15,1
Conditions moyennes	24,1	20,2	22,5	19,2	22,4	19,8
Conditions plus défavorables	22,7	22,8	24,5	23,3	25,8	23,9
<b>Ayant consommé de la drogue (12 derniers mois)</b>						
Conditions plus favorables	17,9	16,5	17,1	14,9	18,3	15,6
Conditions moyennes	18,4	17,0	19,6	16,3	18,1	16,6
Conditions plus défavorables	18,3	16,3	16,2	19,4	18,3	18,0
<b>Ayant consommé du cannabis (12 derniers mois)</b>						
Conditions plus favorables	15,7	15,1	16,3	13,7	16,2	14,4
Conditions moyennes	16,7	15,6	16,5	14,8	16,5	15,3
Conditions plus défavorables	15,6	14,6	15,1	17,6	15,6	16,2
<b>Actifs ou moyennement actifs dans le contexte du loisir et du transport (4 dernières semaines)</b>						
Conditions plus favorables	51,2	57,9	46,8	51,5	49,5	55,6
Conditions moyennes	47,1	51,5	45,7	51,2	46,4	50,9
Conditions plus défavorables	41,0	45,3	48,7	52,9	44,0	48,5
<b>Sédentaires dans le contexte du loisir et du transport (4 dernières semaines)</b>						
Conditions plus favorables	31,6	24,6	32,7	30,0	30,7	26,4
Conditions moyennes	32,1	30,1	33,9	30,1	33,9	30,7
Conditions plus défavorables	39,4	34,3	34,5	28,3	37,0	31,7
<b>Ayant bu au moins une sorte de boisson sucrée, une fois par jour ou plus</b>						
Conditions plus favorables	17,9	14,1	25,9	17,5	18,8	15,1
Conditions moyennes	25,7	19,4	23,3	19,1	27,1	19,4
Conditions plus défavorables	29,6	23,9	25,8	20,6	27,2	22,9
<b>Se brossant les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour</b>						
Conditions plus favorables	77,1	79,4	72,7	74,8	74,9	78,2
Conditions moyennes	70,6	74,1	68,5	74,9	69,9	73,7
Conditions plus défavorables	64,6	70,6	74,3	74,0	67,9	72,0

Notes : Les cellules grisées font état de différences significatives, pour un même territoire, une même dimension de la défavorisation et un même indicateur, entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation (plus favorisé versus plus défavorisé), au seuil de 5 %.

Sauf avis contraire, les tests statistiques ont été effectués sur les pourcentages ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2014-2015 de l'ensemble du Québec.

Source : ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*.

Rapports de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mises à jour les 4 octobre 2016, 26 octobre 2016, 22 novembre 2016, 25 janvier 2017 et 17 février 2017.



## LA DÉFAVORISATION ET L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

La qualité de l'environnement physique de la population est seulement considérée sous l'angle du bruit ambiant. Deux indicateurs y font référence, soit le fait d'avoir le sommeil perturbé par le bruit ambiant et celui d'être dérangé au domicile par au moins une source de bruit au cours des douze derniers mois (Tableau 4).

Dans Lanaudière, ces deux indicateurs ne sont pas significativement associés à l'une ou l'autre des dimensions de l'indice de défavorisation. Les données relatives à l'ensemble du Québec font toutefois état d'une nette relation entre, d'une part, chacun de ces deux indicateurs et, d'autre part, la dimension sociale et les dimensions combinées. Pour la dimension matérielle, seul l'indicateur faisant référence au dérangement occasionné au domicile par au moins une source de bruit rend compte d'une association significative.

Pour un des deux indicateurs considérés, soit la qualité du sommeil perturbée, les résultats lanaudois n'affichent pas une tendance allant dans le même que celle observée pour le Québec. Pour le deuxième indicateur, la tendance lanaudoise est beaucoup moins marquée qu'elle ne l'est pour celle du Québec.

**Les données de l'EQSP 2014-2015 confirment, pour l'ensemble du Québec seulement, l'existence d'un lien étroit entre un aspect de l'environnement physique, le bruit ambiant, et le statut socioéconomique des personnes. Les dérangements associés au bruit ambiant sont plus souvent observés chez les personnes dont les milieux de vie ont des conditions matérielles et sociales plus défavorables. Cela peut nuire à la bonne santé physique et mentale des personnes qui subissent cette situation.**

Les écarts les plus grands entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation quant au bruit dans l'environnement physique semblent émerger plus souvent avec sa dimension sociale qu'avec sa dimension matérielle.

**Tableau 4**

**Indice de défavorisation matérielle et sociale et indicateurs liés à l'environnement physique, population de 15 ans et plus, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2014-2015 (% brut)**

	Dimension matérielle		Dimension sociale		Dimensions combinées	
	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec
	%	%	%	%	%	%
<b>Dont la qualité du sommeil a été perturbée par le bruit ambiant</b>						
Conditions plus favorables	21,5	19,1	19,3	15,8	19,7	17,1
Conditions moyennes	16,1	19,4	16,3	18,8	17,1	18,9
Conditions plus défavorables	16,7	19,9	19,4	24,5	16,6	22,6
<b>Fortement dérangés au domicile par au moins une source de bruit (12 derniers mois)</b>						
Conditions plus favorables	17,5	15,1	16,2	13,1	14,8	13,6
Conditions moyennes	14,1	16,3	15,3	16,3	18,0	16,2
Conditions plus défavorables	18,1	17,3	17,5	19,4	14,8	19,0

Notes : Les cellules grisées font état de différences significatives, pour un même territoire, une même dimension de la défavorisation et un même indicateur, entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation (plus favorisé versus plus défavorisé), au seuil de 5 %.  
Sauf avis contraire, les tests statistiques ont été effectués sur les pourcentages ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2014-2015 de l'ensemble du Québec.

Source : ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*.

Rapports de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mises à jour les 4 octobre 2016 et 9 janvier 2017.



## LA DÉFAVORISATION ET LES EXAMENS MÉDICAUX PRÉVENTIFS

Deux indicateurs font référence aux examens médicaux préventifs. Il s'agit de la prise de tension artérielle lors de la dernière consultation auprès d'un médecin généraliste par la population de 18 ans et plus et de la passation du test de Pap chez les femmes de 18-69 ans (Tableau 5).

Les données lanauchoises font état d'un lien significatif entre le recours au test de Pap et le statut socioéconomique. Les femmes vivant des conditions plus défavorables sous l'angle des deux dimensions combinées de l'indice de défavorisation sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage de ce type de test médical préventif. Une telle relation n'existe pas pour la prise de tension artérielle.

Les résultats relatifs à l'ensemble du Québec expriment des constats semblables à ceux de Lanaudière avec le test de Pap pour la dimension matérielle et les dimensions combinées. Tout comme dans Lanaudière, cette association est inexistante avec la prise de tension artérielle.

**Les données de l'EQSP 2014-2015 confirment l'existence d'une forte association entre le recours au test de Pap et le statut socioéconomique des personnes. Un lien de ce type ne semble toutefois pas exister pour la prise de tension artérielle.**

**Tableau 5**

**Indice de défavorisation matérielle et sociale et indicateurs liés aux examens médicaux préventifs, population de 18 ans et plus, sexes réunis, Lanaudière et le Québec, 2014-2015 (% brut)**

	Dimension matérielle		Dimension sociale		Dimensions combinées	
	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec	Lanaudière	Le Québec
	%	%	%	%	%	%
<b>Dont on a pris la tension artérielle (dernière consultation d'un médecin généraliste) - 18 ans et plus<sup>1</sup></b>						
Conditions plus favorables	87,0	84,5	84,5	85,6	85,7	84,9
Conditions moyennes	86,5	85,3	87,4	85,1	86,4	85,4
Conditions plus défavorables	85,5	85,2	85,9	84,6	86,9	84,9
<b>Ayant passé un test de Pap (3 dernières années) - femmes de 18-69 ans<sup>1</sup></b>						
Conditions plus favorables	73,1	70,5	75,4	67,7	74,5	69,8
Conditions moyennes	67,1	67,8	64,6	68,2	66,5	68,1
Conditions plus défavorables	62,0	62,9	66,7	65,3	61,6	63,8

<sup>1</sup> Les tests statistiques ont été effectués avec les pourcentages bruts, au seuil de 5 %.

Note : Les cellules grisées font état de différences significatives, pour un même territoire, une même dimension de la défavorisation et un même indicateur, entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation (plus favorisé versus plus défavorisé), au seuil de 5 %.

Source : ISQ, *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*.

Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 26 octobre 2016.



## CONCLUSION

L'état de santé, la prévalence de certaines habitudes de vie, la qualité de l'environnement physique et le recours à certains services de santé sont associés aux caractéristiques économiques et sociales des individus. Cette situation est génératrice d'inégalités sociales de santé. Plusieurs études concluent en effet que le statut socioéconomique est « la cause des causes » des inégalités de santé, parce qu'il exerce une forte influence sur des facteurs qui déterminent la santé des individus (Lambert et autres, 2014; Pampalon et autres, 2013).

La démonstration de cette association entre, d'une part, le statut socioéconomique et, d'autre part, l'état de santé et ses déterminants est utile parce qu'elle contribue, entre autres, à cibler les populations les moins favorisées aux plans économique et social. Avec l'ajout de l'indice de défavorisation, il devient possible de situer géographiquement les milieux de vie selon leur niveau de vulnérabilité. Il est ainsi loisible d'identifier les communautés avec des populations dont l'état de santé présente plus de risques d'être fragilisé et pour lesquelles les interventions pourraient être intensifiées. Cet exercice devrait permettre la mise en place d'actions, de programmes et de services expressément conçus pour des groupes d'individus selon leurs besoins spécifiques.

La réduction des inégalités sociales de santé implique la bonification des conditions socioéconomiques des populations, en particulier celles qui sont les plus démunies. Cette condition devrait interpeler tous les acteurs de la société, car elle signifie, entre autres, la diminution du décrochage scolaire et l'amélioration des environnements physique, économique et social.



## ANNEXE - LA CARTOGRAPHIE DE LA DÉFAVORISATION

Cette annexe comporte des cartes permettant d'identifier les milieux de vie les plus vulnérables dans Lanaudière. Elles rendent compte des conditions de défavorisation de la population des aires de diffusion de chacune des six MRC par rapport à celles de Lanaudière. Les limites administratives des municipalités et de certains territoires non organisés sont présentées dans les cartes afin de faciliter le repérage géographique des aires de diffusion.

La population des aires de diffusion marquées en vert profite, en général, de conditions socioéconomiques plus favorables, alors que celles identifiées en mauve vivent des conditions plus défavorables. La couleur jaune est appliquée aux aires de diffusions dont la situation socioéconomique se situe entre les deux extrêmes (voir la figure à la page 8 de ce document). Les aires de diffusion grisées ne sont pas classées selon l'indice de défavorisation, car elles comptent une proportion jugée trop importante de personnes vivant dans un ménage collectif (maison de chambre, établissement de santé, caserne militaire, etc.). Les aires de diffusion n'ayant pas d'informations démographiques ou socioéconomiques les concernant ont aussi cette couleur.

Les aires de diffusion dont la superficie est couverte de points noirs possèdent des données économiques caractérisées par un taux global de non-réponse (TGN) égal ou supérieur à 50 %. Le TGN combine la non-réponse des ménages et la non-réponse partielle à l'*Enquête nationale auprès des ménages 2011*. Selon Statistique Canada, les indicateurs des aires de diffusion avec un TGN égal ou supérieur à 50 % pourraient présenter un risque plus élevé de biais.

Il est à noter que seules les cartes relatives à la combinaison des dimensions matérielle et sociale de l'indice de défavorisation sont présentées. Les douze cartes affichant séparément chacune des dimensions matérielle et sociale ne s'y retrouvent pas<sup>13</sup>. Il en a été décidé ainsi parce que la combinaison des deux dimensions de l'indice permet de situer géographiquement les milieux de vie doublement défavorisés ou, selon le cas, doublement favorisés au plan socioéconomique.

---

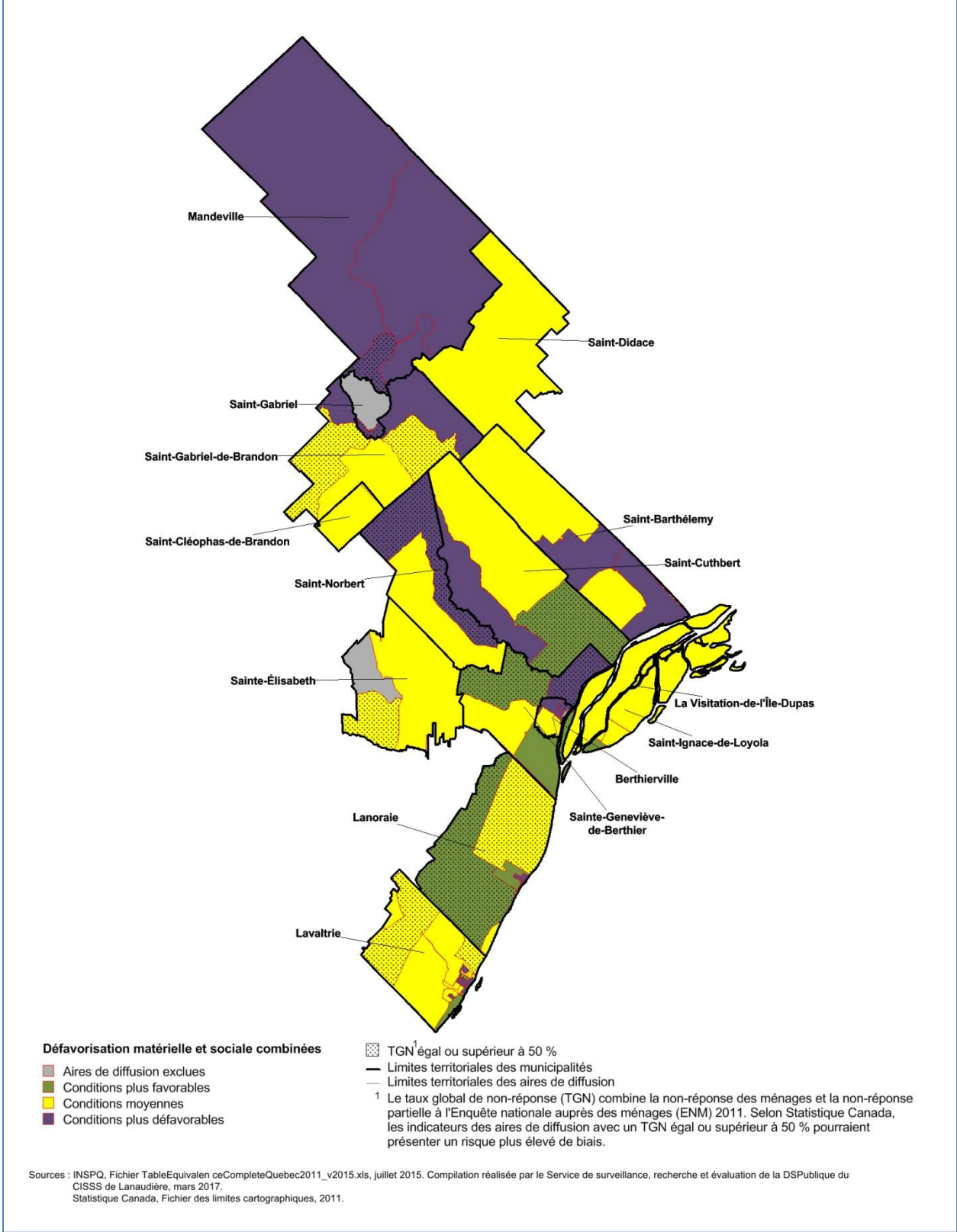
<sup>13</sup> Ces cartes sont disponibles, sur demande, auprès du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique.



**INDICE DE DÉFAVORISATION 2011  
DIMENSIONS MATÉRIELLE ET SOCIALE COMBINÉES**

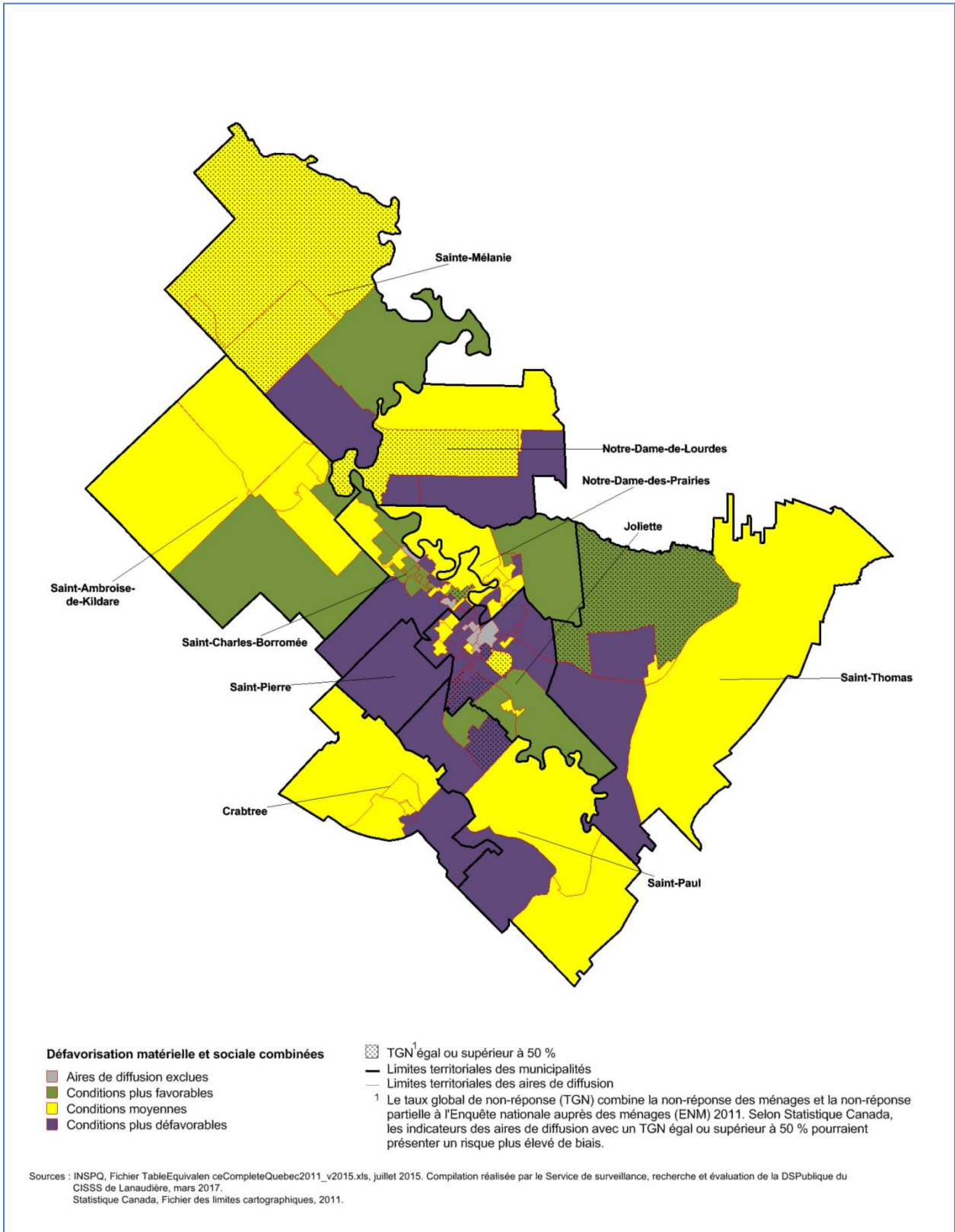
Conditions des aires de diffusion par rapport au territoire de référence  
Région de Lanaudière

**MRC DE D'AUTRAY**



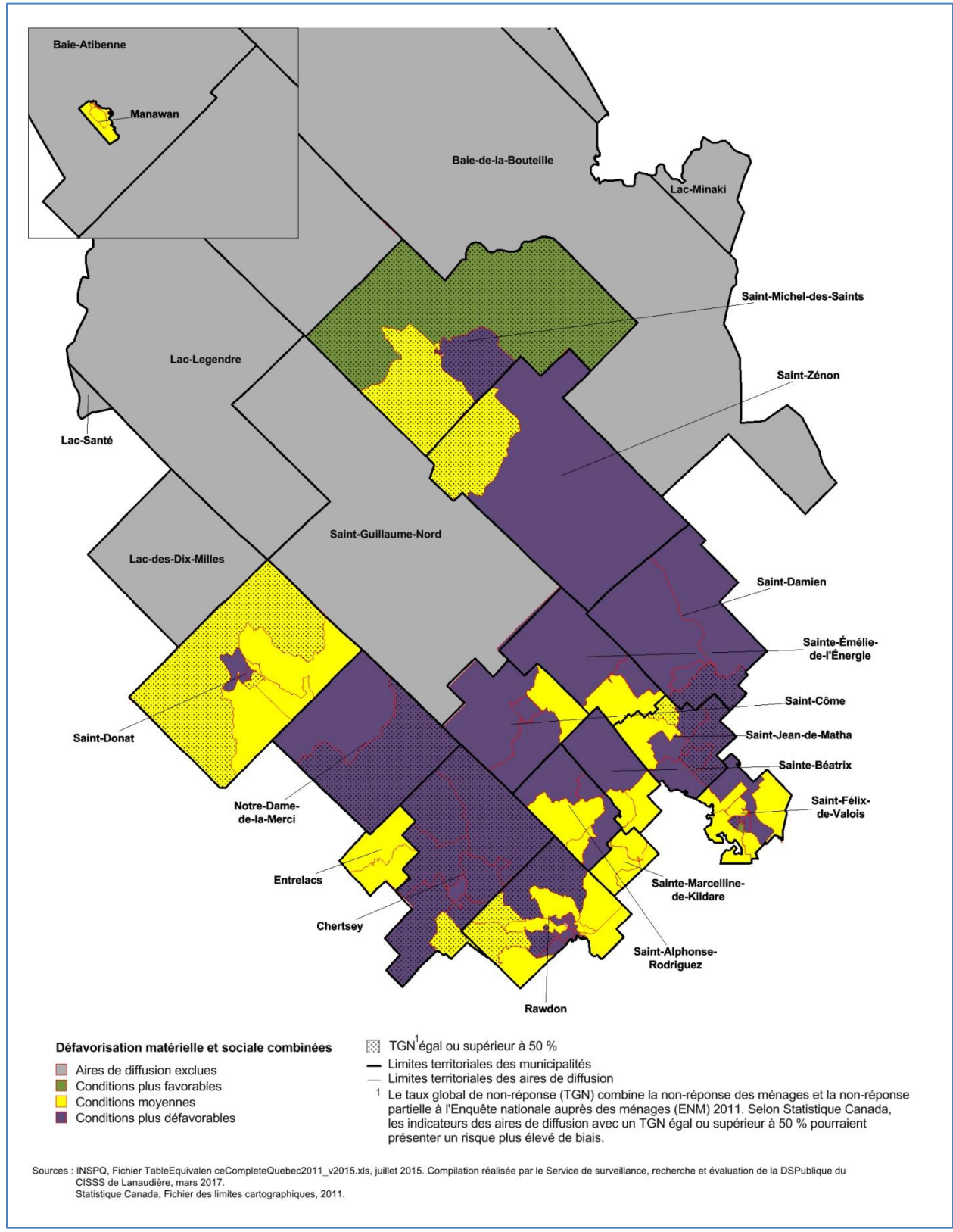
**INDICE DE DÉFAVORISATION 2011**  
**DIMENSIONS MATÉRIELLE ET SOCIALE COMBINÉES**  
 Conditions des aires de diffusion par rapport au territoire de référence  
 Région de Lanaudière

**MRC DE JOLIETTE**

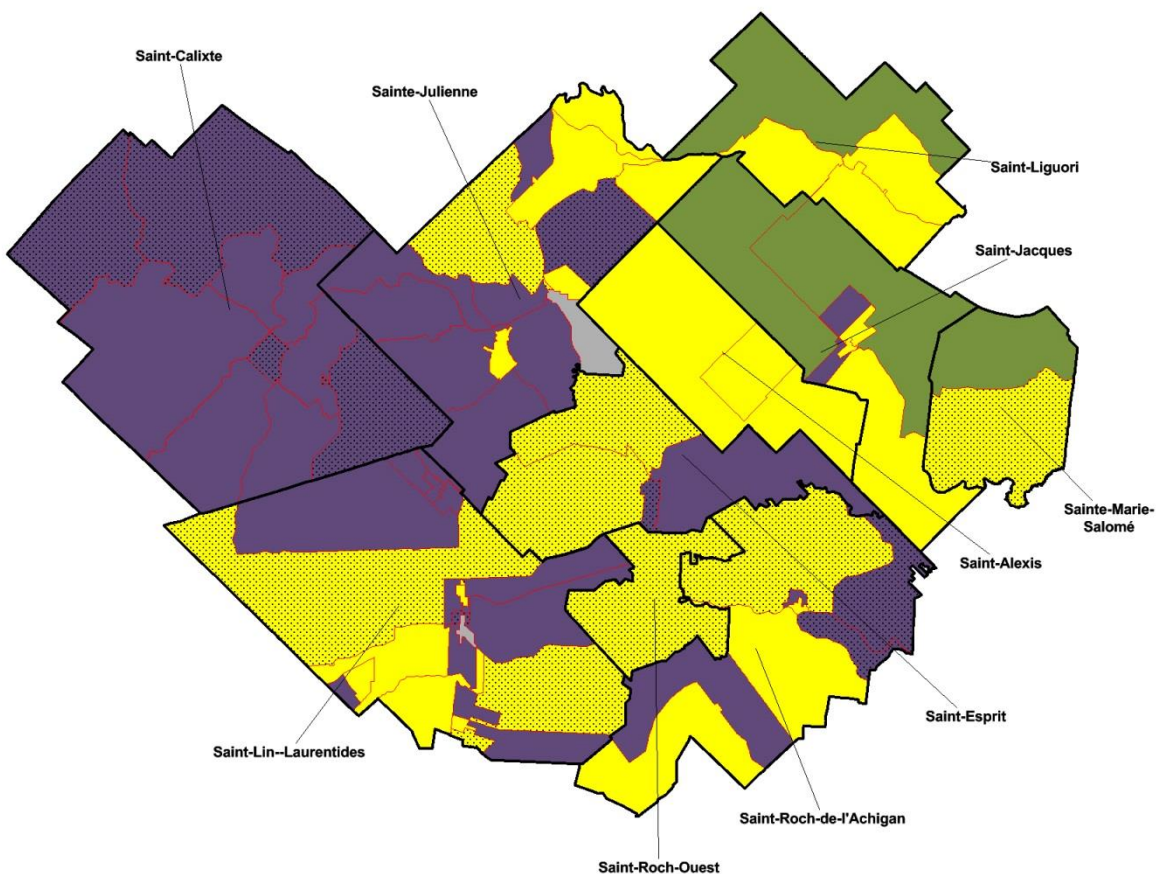


**INDICE DE DÉFAVORISATION 2011**  
**DIMENSIONS MATÉRIELLE ET SOCIALE COMBINÉES**  
 Conditions des aires de diffusion par rapport au territoire de référence  
 Région de Lanaudière

**MRC DE MATAWINIE**



MRC DE MONTCALM



**Défavorisation matérielle et sociale combinées**

- Aires de diffusion exclues
- Conditions plus favorables
- Conditions moyennes
- Conditions plus défavorables

- ▨ TGN<sup>1</sup> égal ou supérieur à 50 %
- Limites territoriales des municipalités
- Limites territoriales des aires de diffusion

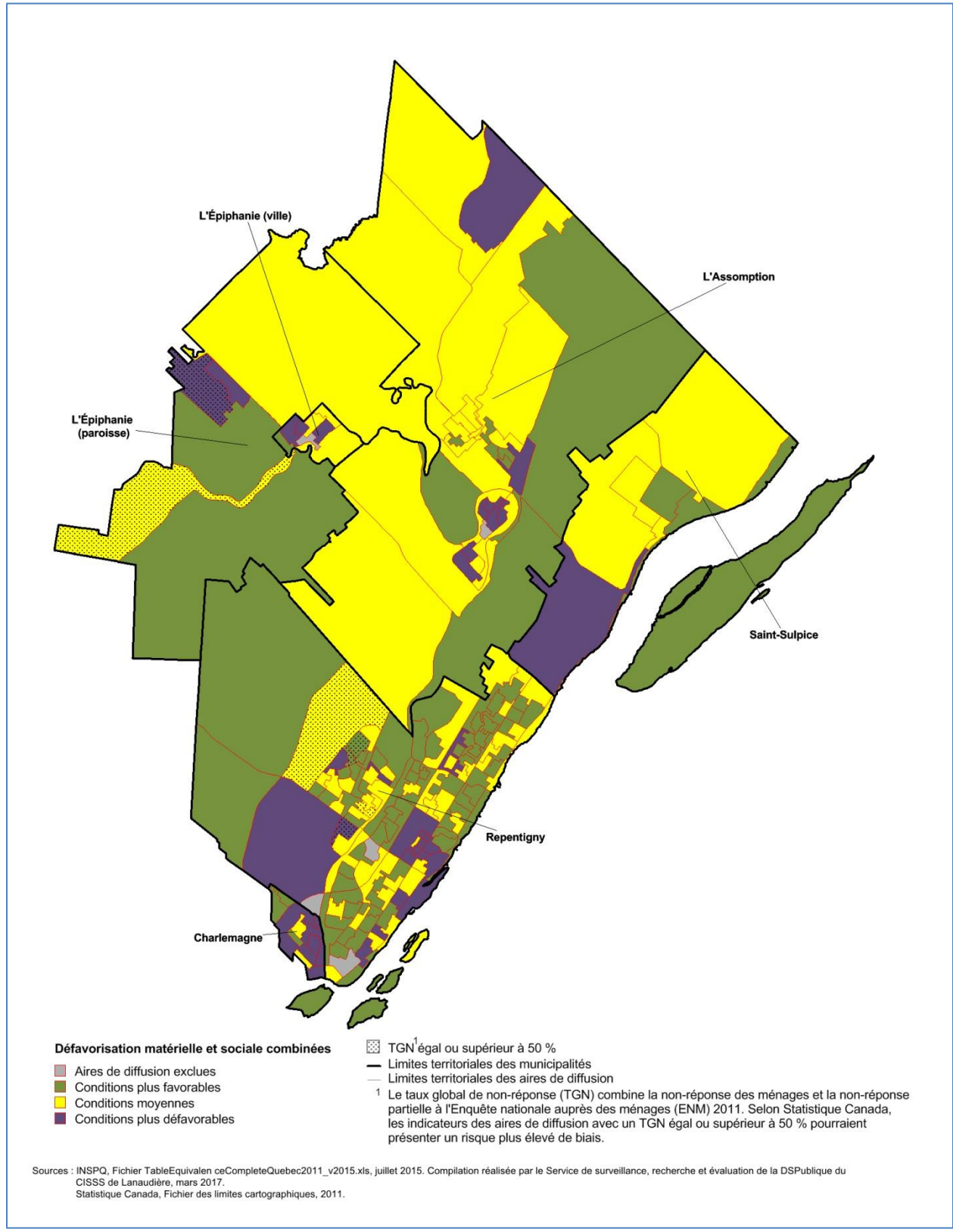
<sup>1</sup> Le taux global de non-réponse (TGN) combine la non-réponse des ménages et la non-réponse partielle à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011. Selon Statistique Canada, les indicateurs des aires de diffusion avec un TGN égal ou supérieur à 50 % pourraient présenter un risque plus élevé de biais.

Sources : INSPQ, Fichier TableEquivalen ceCompleteQuebec2011\_v2015.xls, juillet 2015. Compilation réalisée par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPublique du CISSS de Lanaudière, mars 2017.  
Statistique Canada, Fichier des limites cartographiques, 2011.



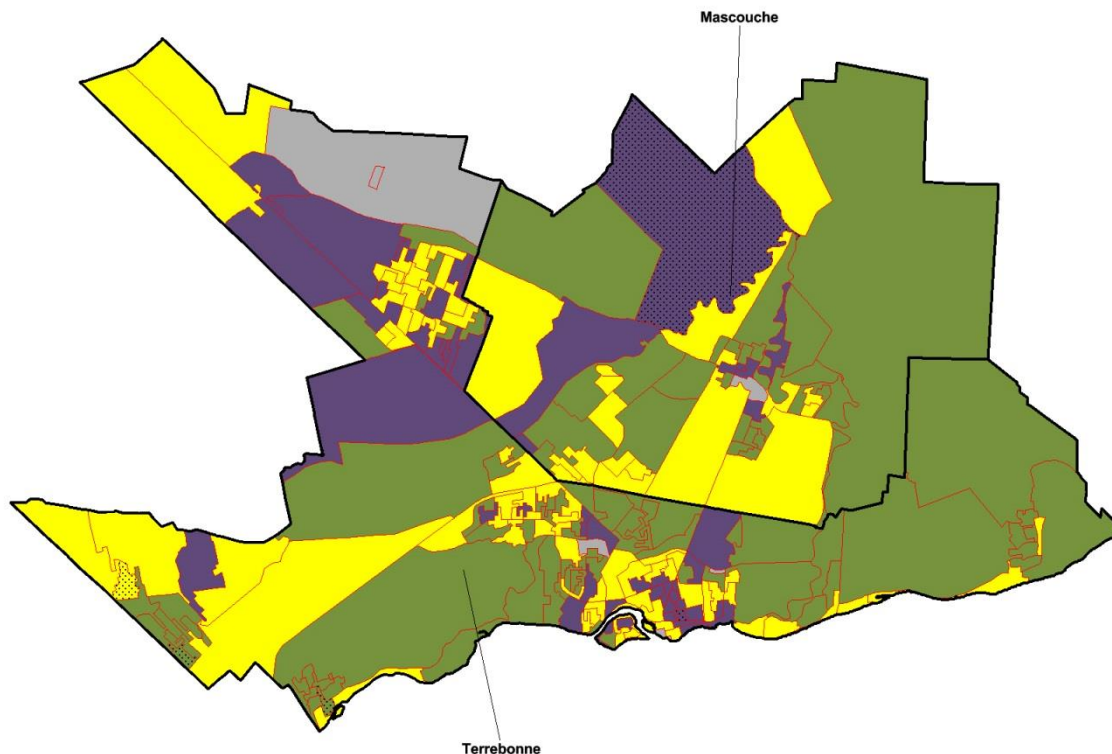
**INDICE DE DÉFAVORISATION 2011**  
**DIMENSIONS MATÉRIELLE ET SOCIALE COMBINÉES**  
 Conditions des aires de diffusion par rapport au territoire de référence  
 Région de Lanaudière

**MRC DE L'ASSOMPTION**





**MRC DES MOULINS**



**Défavorisation matérielle et sociale combinées**

- Aires de diffusion exclues
- Conditions plus favorables
- Conditions moyennes
- Conditions plus défavorables

- TGN<sup>1</sup> égal ou supérieur à 50 %
- Limites territoriales des municipalités
- Limites territoriales des aires de diffusion

<sup>1</sup> Le taux global de non-réponse (TGN) combine la non-réponse des ménages et la non-réponse partielle à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011. Selon Statistique Canada, les indicateurs des aires de diffusion avec un TGN égal ou supérieur à 50 % pourraient présenter un risque plus élevé de biais.

Sources : INSPQ, Fichier TableEquivalen ceCompleteQuebec2011\_v2015.xls, juillet 2015. Compilation réalisée par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPublique du CISSS de Lanaudière, mars 2017.  
 Statistique Canada, Fichier des limites cartographiques, 2011.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BAULNE, Jimmy, Robert COURTEMANCHE et Valérie ROY (coll.). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2016, 44 p.

BELLEHUMEUR, Patrick. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Indicateurs économiques et sociaux à la carte*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2017, 28 p.

CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2016, 208 p.

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, 2017, 40 p.

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, 2016a, 28 p.

GUILLEMETTE, André. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Statut socioéconomique et cumul d'habitudes de vie*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016b, 36 p.

GUILLEMETTE, André, Josée PAYETTE et Patrick BELLEHUMEUR. *Localiser la défavorisation. Mieux connaître son milieu. Indice de défavorisation matérielle et sociale de 2011. Territoire de référence – Région de Lanaudière*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016, 20 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)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé (EQSP)*, Québec, INSPQ, Portail de l'Infocentre de santé publique du Québec, 2016, 8 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.

LANDRY, Maude. *Regard sur la défavorisation en 2011. Région sociosanitaire de Montréal*, Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction régionale de santé publique, Service des connaissances, 2016, 4 p.



LEMIRE, Louise. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités socioéconomiques 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). *Plan d'action thématique tripartite – Axe 5 Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2016b, 9 p.

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

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, OMS, 2009, 252 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, et Guy RAYMOND. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec, *Maladies chroniques au Canada*, volume 21, numéro 3, 2000, p. 113-122.

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.

SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION (SERVICE SRE). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Indicateurs choisis et comparaison avec l'édition 2008. Lanaudière et ses territoires*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016, 56 p.





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

**Québec**

