

**Université de Montréal**

**Les inégalités sociales de santé,  
leur genèse et leur réduction :  
le rôle déterminant de la petite enfance**

**par  
Ginette Paquet**

**Département de sociologie  
Faculté des arts et des sciences**

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.  
en sociologie**

**août, 2004**

**©, Ginette Paquet, 2004**



HM

15

U54

2005

V.001

---

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

## **IDENTIFICATION DU JURY**

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**Les inégalités sociales de santé,  
leur genèse et leur réduction :  
le rôle déterminant de la petite enfance**

présentée par :

Ginette Paquet

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Andrée Demers, sociologie, Université de Montréal  
président-rapporteur

Paul Bernard, sociologie, Université de Montréal  
directeur de recherche

Marc Renaud, CRSH du Canada et sociologie, Université de Montréal  
codirecteur

Richard Ernest Tremblay, psychoéducation, Université de Montréal  
membre du jury

Doug Willms, éducation, Université du Nouveau-Brunswick,  
examineur externe

## **RÉSUMÉ**

### ***Les inégalités sociales de santé, leur genèse et leur réduction : le rôle déterminant de la petite enfance***

Pour étudier la persistance des liens entre les inégalités sociales et l'état de santé dans les sociétés riches, nous avons choisi l'itinéraire suivant. Dans le premier chapitre, nous considérons la disponibilité des soins de santé sans barrières financières. Le second s'intéresse à la forte prévalence d'habitudes de vie néfastes pour la santé dans les classes sociales défavorisées. Le troisième examine le sentiment de contrôle de sa destinée. Le quatrième scrute la petite enfance relativement au développement du sentiment d'emprise sur sa vie et à l'expression de facteurs de protection. Enfin, le cinquième se penche sur la possibilité, en milieu défavorisé, de déjouer le fatalisme lié à l'échec scolaire précoce.

Les connaissances développées permettent d'étayer les conclusions suivantes. Il existe un gradient social de santé et de mortalité dans la plupart des sociétés modernes. La causalité va largement dans le sens de la position sociale vers la santé, la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important. À l'échelle canadienne et québécoise, les résultats s'inscrivent dans le courant international. Par exemple, nos analyses des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec révèlent que le fait, pour un bambin, de vivre à partir de sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale accroît sensiblement son risque d'avoir une santé précaire. De plus, même si les habitudes de vie expliquent une part significative de la santé des individus, nous démontrons qu'elles n'expliquent que très peu des différences sociales dans la survenue des maladies.

Puis, nous exposons comment l'environnement psychosocial relie les possibilités offertes par la structure sociale en réponse aux besoins fondamentaux d'efficacité personnelle et d'estime de soi. Le sentiment de contrôler sa destinée se révèle un facteur central, associé à la position dans la

hiérarchie sociale, qui protège de la maladie. Nos résultats indiquent en outre que l'influence de la position sociale sur la santé des tout-petits se dissipe en présence de facteurs de protection, comme l'allaitement, le soutien des grands-parents et une mère en très bonne santé. Nous établissons également qu'en milieu défavorisé, il est possible de favoriser le développement du sentiment d'emprise sur sa destinée dès la petite enfance et de diminuer l'échec scolaire avec des programmes préscolaires de grande qualité.

Essentiellement, nous soutenons que pour favoriser l'égalité des chances sur le plan de la santé, l'accessibilité aux services médicaux ne suffit pas. De même, la lutte contre les comportements dommageables pour la santé ne permettra pas d'y parvenir. Pour contrer l'adversité liée à une faible position sociale, nous devons considérer le potentiel explicatif du sentiment de maîtrise de sa destinée et reconnaître que la petite enfance constitue la période la plus propice pour développer ce sentiment. De plus, une enfance vécue en milieu de pauvreté peut comporter des facteurs de protection pour la santé. Les connaissances scientifiques indiquent aussi que la clé de voûte de la réduction des inégalités sociales de santé réside dans la prévention précoce de l'échec scolaire en milieu défavorisé. Enfin, nous formulons des craintes à propos des orientations québécoises dans le domaine des services à l'enfance mises de l'avant pour garantir l'égalité des chances.

### ***Mots clés***

Gradient socioéconomique de santé; position sociale et santé; santé des enfants pauvres; facteurs de protection; enfance défavorisée; maîtrise de sa destinée; enquêtes populationnelles; enquêtes longitudinales; services éducatifs préscolaires; égalité des chances.

## **SUMMARY**

### ***Social inequalities in health, their origin and their reduction: the determining role of early childhood***

In order to study the persistent links between social inequalities and the health status of people in rich societies, we have chosen the following approach: In the first chapter, we examine the availability of health care without financial barriers. The second chapter deals with the marked prevalence of life-style habits that are harmful to health among people from underprivileged social classes. The third examines the feeling of control over one's destiny. The fourth considers early childhood in relation to developing a feeling of control over one's life and to the expression of protective factors. Finally, the fifth chapter looks into the possibility, in an underprivileged environment, of overcoming the fatalism linked to early academic failure.

The information gathered enabled us to reach the following conclusions: There exists a health and mortality social gradient in most modern societies. Causality mainly operates in the direction of social position toward health, inverse causality being a much less important phenomenon. Across Québec and Canada, the results are in line with international currents. For example, our analyses of the data from the Québec longitudinal study of child development show that the risks of experiencing precarious health are substantially higher for a small child who is born and raised in a family situated at the bottom of the social ladder. Furthermore, even if the life-style habits of individuals explain, to a large extent, their state of health, we show that those life-styles only very partially explain social differences with respect to the onset of illness.

Next, we delineate the way in which the psychosocial environment brings together the possibilities offered by the social structure to respond to fundamental needs for personal efficiency and self-esteem. The feeling of control over one's destiny is shown to be a central factor associated with one's position in the social hierarchy, a sentiment which protects a person from illness. Our

results furthermore indicate that the influence of social position on the health of preschool children diminishes in the presence of protection factors, such as breast feeding, support from grand-parents and a mother in very good health. We also establish that in an underprivileged environment it is possible to promote the development of a feeling of control over one's destiny right from early childhood and to decrease academic failure with high-quality preschool programs.

Essentially, we submit that accessible medical services are not in themselves enough to create equal opportunities in the health. As well, the struggle against behaviour that is harmful to health will not ensure success in this respect. In order to counter the adversity linked to a disadvantaged social position, we must consider the explanatory potential of the feeling of control over one's destiny and recognize that early childhood is the most propitious period to develop this feeling. In addition, a childhood spent in an impoverished environment may in fact include factors that protect health. Scientific knowledge also indicates that the key element for reducing health-related social inequalities lies in early prevention of academic failure in underprivileged environments. Lastly, we express misgivings concerning the orientations being adopted by Quebec in the area of childhood services designed to guarantee equal opportunities.

### ***Key words***

Socio-economic health gradient; social position and health; health of poor children; protection factors; disadvantaged childhood; control over one's destiny; populational surveys; longitudinal surveys; preschool educational services; equal opportunities.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>ix</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>x</b>
<b>Liste des sigles et des abréviations .....</b>	<b>xi</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>xiii</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Premier chapitre - Le point sur les inégalités sociales de santé .....</b>	<b>7</b>
1. La santé dans les pays industrialisés .....	7
2. Au-delà de la disponibilité des soins : le rôle des facteurs sociaux .....	10
2.1 La position sociale et l'état de santé : les constats internationaux .....	10
2.1.1 <i>Revenu et santé dans une perspective longitudinale</i> .....	10
2.1.2 <i>Statut socioéconomique et santé</i> .....	12
2.2 Les principaux résultats canadiens sur les inégalités sociales de santé .....	15
2.3 Les principaux résultats québécois sur les inégalités sociales de santé .....	19
<b>Deuxième chapitre - Le point sur la répartition sociale inégale des comportements nocifs pour la santé.....</b>	<b>24</b>
1. Les principaux constats dans les pays industrialisés .....	24
2. Les constats pour le Québec .....	27
2.1 Pour la population en général .....	27
2.2 Pour les bambins québécois .....	28
2.2.1 <i>La variable indépendante : la position sociale des familles</i> .....	29
2.2.2 <i>La santé des tout-petits</i> .....	31
2.2.3 <i>La répartition des facteurs de risque ou démographiques selon la position sociale de la famille depuis la naissance</i> .....	33
2.2.4 <i>L'effet net de la position sociale de la famille sur la santé des enfants</i> .....	37
Comparaisons avec les modèles à mesures répétées .....	39
L'hospitalisation.....	39
La santé perçue.....	41
Les infections des voies respiratoires.....	42
L'asthme .....	43
<b>Troisième chapitre - Les effets de l'environnement social sur les inégalités sociales de santé .....</b>	<b>46</b>
1. Les principaux courants théoriques .....	46
1.1 Les caractéristiques globales des sociétés en tant que déterminants de la santé .....	50
1.2 L'environnement psychosocial .....	55
1.3 Le sentiment d'avoir du contrôle sur sa destinée.....	57
1.4 Les liens entre le social et le biologique.....	60

<b>Quatrième chapitre - L'importance de la petite enfance pour la santé à l'âge adulte .....</b>	<b>65</b>
1. Les principaux constats dans les pays industrialisés .....	65
2. La situation des petits québécois .....	70
3. L'identification de facteurs de protection .....	71
3.1 Pour l'hospitalisation .....	72
3.2 Pour la santé déclarée .....	73
3.3 Pour les infection aux voies respiratoires .....	76
3.4 Pour la consultation de médecins-omnipraticiens (médecins de famille) .....	77
3.5 Pour la consultation de pédiatres .....	78
<b>Cinquième chapitre - Pour rompre avec la fatalité : des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire .....</b>	<b>84</b>
1. Les principaux constats dans les pays industrialisés .....	84
1.1 La vie des tout-petits dans la société moderne .....	88
1.2 Les programmes destinés aux enfants de moins de trois ans .....	90
1.2.1 <i>Le projet Projet Carolina Abecedarian</i> .....	91
1.2.2 <i>L'effet des interventions</i> .....	93
1.2.3 <i>Conclusions sur les programmes d'intervention précoce (0-3 ans)</i> .....	95
1.3 Les programmes préscolaires (prématernelle) destinés aux enfants de 3 et 4 ans .....	96
1.3.1 <i>Le Projet Perry Preschool</i> .....	97
1.3.2 <i>L'effet des interventions</i> .....	98
1.3.3 <i>Les projets Head Start</i> .....	101
1.3.5 <i>Les effets des interventions</i> .....	103
1.3.6 <i>Conclusions sur les programmes de prématernelle (préscolaire) destinés aux enfants de 3 et 4 ans</i> .....	104
1.4 Une stratégie complète d'intervention précoce pour les enfants de milieu défavorisé .....	106
<b>Conclusion : un singulier rapport avec les connaissances scientifiques.....</b>	<b>108</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>120</b>
<b>Les annexes .....</b>	<b>135</b>

## Annexe I

Paquet, G. et Tellier, B. (2003). « Les facteurs sociaux de la santé » *Le système de santé au Québec. Organisations acteurs et enjeux*, sous la direction de Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., Bélanger, G., Les Presses de l'Université Laval, p. 65-89.

## Annexe II

Ferriand, M. ; Paquet, G. (1995) « Les liens entre le statut socio-économique et la santé », *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Santé Québec, Gouvernement du Québec, p. 119-168.

**Annexe III**

Paquet, G., et Tellier, B. (2003). « Projet d'enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL), La santé physique », *Rapport*, Institut national de santé publique du Québec et Université de Montréal, avril, 112 p.

**Annexe IV**

Paquet, G.; Hamel, D. (2003) « Conditions socioéconomiques et santé, section II – Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 3, p. 45-100.

**Annexe V**

Paquet, G. (1998) « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, volume 27, numéro 1, p. 49-83.

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I	Prévalence de certains indicateurs de santé des enfants selon la position sociale de la famille depuis leur naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	32
Tableau II	Liste des facteurs de risque retenus pour les analyses bivariées et multivariées .....	40
Tableau III	Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	41
Tableau IV	Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	42
Tableau V	Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	43
Tableau VI	Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'asthme chez les enfants à l'âge de 17 et 29 mois, Québec, 1998 et 2000 .....	44
Tableau VII	Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins- omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	78
Tableau VIII	Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	79

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1	Liens entre certaines caractéristiques du ménage et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	35
Figure 2	Liens entre certaines caractéristiques de l'enfant et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	35
Figure 3	Liens entre certaines caractéristiques du milieu et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	36
Figure 4	Liens entre certaines caractéristiques de la mère au volet 2000 et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	36
Figure 5	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit selon le mode d'alimentation, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	73
Figure 6	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la présence ou non d'un soutien des grands-parents, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	74
Figure 7	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la perception de la santé de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	75
Figure 8	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	76
Figure 9	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le nombre d'enfants dans le ménage, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	80

**LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS**

A. E. :	Ampleur de l'effet.
APVP :	Années potentielles de vie perdues
BHPS :	British Household Panel Survey.
CPE :	Centre de la petite enfance.
ÉLDEQ :	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec.
ESS :	Enquête sociale et de santé.
ESSIL :	Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale.
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec.
ISQ :	Institut de la statistique du Québec.
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques.
OMS :	Organisation mondiale de la santé.
OLSA :	Ontario Longitudinal Study of Aging.
PCM :	Personne qui connaît le mieux l'enfant.
PSID :	Panel Survey of Income Dynamic.
QI :	Quotient intellectuel.
RRSSS :	Régie régionale de la santé et des services sociaux.
SSÉ :	Statut socioéconomique.
WLS :	Wisconsin Longitudinal Study.

À la mémoire de mon père,  
Jules,  
qui m'a légué son penchant pour la lecture,  
sa sensibilité sociale,  
de même que sa curiosité intellectuelle.

## **REMERCIEMENTS**

J'ai amorcé mes études de troisième cycle en sociologie sous la direction de monsieur Fernand Dumont, professeur à l'Université Laval. C'est lui qui m'a convaincue de me lancer dans l'aventure doctorale. Je le remercie de tout cœur. Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à monsieur Marc Renaud, le codirecteur de ma recherche, mais qui fut mon premier directeur à l'Université de Montréal. Son appui et son accueil au sein du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal ont largement contribué à la réalisation de mes travaux. Quant à monsieur Paul Bernard, mon directeur, je veux lui témoigner toute ma gratitude. Il a ravivé ma confiance en ce projet et il a fait en sorte, par ses conseils judicieux et sa sensibilité, que celui-ci soit mené à terme. Ses encouragements lors de moments difficiles et ses commentaires à la suite de ses lectures de versions antérieures de ma thèse en font foi.

Je désire par ailleurs remercier monsieur Pierre Montambault du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux ainsi que monsieur Louis Bernard de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui ont facilité la progression de mes études en me relevant, pendant une certaine période, de mes obligations habituelles. Des remerciements vont également à mesdames Line Mailloux et Karine Bellemare de l'INSPQ pour le soutien apporté à mes travaux.

Finalement, cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour sans la tendresse et l'amour de Jean. Un très gros merci aussi à la petite Florence, devenue grande durant tout le temps que mes études doctorales ont nécessité.

## INTRODUCTION

Dans les sociétés avancées dotées de systèmes universels de soins de qualité, la persistance des inégalités sociales de santé et de mortalité soulève d'importantes questions de recherche et de planification : l'égalité de traitement n'est pas synonyme d'égalité sociale devant la santé et la mort. En effet, même si l'évolution de la technologie et une meilleure connaissance des facteurs de risque ont procuré une plus grande capacité de prévention et de traitement des maladies, elles n'ont pas permis d'éliminer les disparités entre les classes sociales. Nous savons que l'ampleur du gradient socioéconomique est plus accentuée à deux étapes de la vie : pendant la petite enfance et à la mi-temps de la vie, autour de la quarantaine (Marmot et Siegrist, 2004). Moins d'inégalités sociales de santé sont observées à l'adolescence et chez les personnes âgées (Kuh et Ben Shlomo, 1997).

Pour étudier le problème de la persistance des liens entre les inégalités sociales et l'état de santé dans les sociétés modernes, nous avons choisi l'itinéraire tracé par l'examen successif de cinq questions de recherche. Mais avant d'exposer cet itinéraire, précisons la forme inhabituelle de notre thèse.<sup>1</sup> Deux grandes parties principales composent celle-ci. La première représente une synthèse du sujet de recherche qui nous anime depuis plusieurs années : comment déjouer l'influence négative d'un faible statut socio-économique sur la santé? La synthèse résume les hypothèses explicatives explorées en lien avec l'objet de recherche, les méthodologies utilisées, les résultats obtenus, de même que les conclusions fondamentales à dégager. Quant à la seconde section de la thèse, elle est composée des textes pertinents que nous avons publiés, ceux-ci constituant les assises de la synthèse. La partie synthèse s'inspire de ces cinq

---

<sup>1</sup> Bien qu'il y ait cinq textes publiés en annexe, selon les règles définies dans le *Guide de présentation et d'évaluation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat* de la Faculté des études supérieures (Université de Montréal, mars 2001), notre thèse ne constitue pas une thèse par articles.

publications et y réfère régulièrement. En fait, la première partie de la thèse expose l'argumentaire explicatif, le raisonnement en entier, alors que la démonstration empirique se retrouve davantage en annexe. Cette thèse représente une occasion exceptionnelle de rassembler dans un tout cohérent les connaissances et l'expertise professionnelle que nous avons accumulées depuis plusieurs années. De plus, une telle synthèse présentant des analyses originales de données québécoises, devrait nous permettre de concrétiser un projet de vulgarisation.

Essentiellement, nous soutiendrons au fil de la thèse que pour favoriser l'égalité des chances sur le plan de la santé, l'accessibilité aux services médicaux ne suffit pas. De même, la lutte aux comportements néfastes pour la santé ne permettra pas d'éliminer les inégalités sociales de santé. Pour contrer l'adversité liée à une faible position sociale, nous devons considérer le potentiel explicatif du sentiment de maîtrise de sa destinée, individuelle ou communautaire. Nous démontrerons que la petite enfance constitue la période la plus propice pour développer ce sentiment d'emprise sur la vie et qu'on peut y trouver la présence de facteurs de protection pour la santé. Nous établirons que les meilleures connaissances scientifiques indiquent que la clé de voûte de la réduction des inégalités sociales de santé réside dans la prévention précoce de l'échec scolaire en milieu défavorisé. À la lumière de ces données, nous exprimerons nos craintes à propos des récentes réformes québécoises dans le domaine des services à l'enfance mises de l'avant pour garantir l'égalité des chances. En fait, à moins de correctifs majeurs, nous affirmerons que le Québec n'est pas en train de réduire l'inégalité des chances sur le plan social et sanitaire.

La synthèse compte cinq chapitres, dont nous présentons ici un aperçu. Le premier chapitre traite de la question suivante : la disponibilité de soins de santé sans barrières financières ne devait-elle pas éliminer les inégalités sociales de santé? Au Québec, ainsi que dans d'autres pays industrialisés, l'existence d'un système de soins et de services de qualité a-t-elle permis d'éliminer les inégalités sociales devant la santé, le bien-être et la mort? Pour

répondre à cette question, on présentera un aperçu de l'état des connaissances, en faisant ressortir le rôle des facteurs sociaux. En plus d'une récente revue de la littérature, l'article que nous avons publié dans l'ouvrage collectif *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (l'annexe I<sup>2</sup>), de même que l'étude que nous avons effectuée avec les données de l'Enquête sociale et de santé (l'annexe II<sup>3</sup>) seront utilisés pour documenter cette question.

Quant au second chapitre, il s'intéresse à cette interrogation : la plus forte prévalence d'habitudes de vie néfastes pour la santé (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.) dans les classes sociales défavorisées ne serait-elle pas la principale explication du gradient social de santé? Au Québec, comme ailleurs, les données montrent clairement qu'être en bonne santé ne relève pas strictement des habitudes de vie, bien que ces dernières soient fortement associées à la position sociale. En fait, les études indiquent que même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale serait assurément augmentée, mais la relation entre l'état de santé et la classe sociale persisterait. Les analyses que nous avons réalisées sur cette question avec les données de l'Enquête sociale et de santé renseigneront sur la situation de la population québécoise en général (annexe II). Alors que celles que nous avons effectuées avec les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) révéleront le portrait des tout-petits quant à cet aspect (annexe IV<sup>4</sup>).

<sup>2</sup> L'annexe I est constituée de la publication suivante : Paquet, G. et Tellier, B. (2003), « Les facteurs sociaux de la santé », dans *Le système de santé au Québec, organisations, acteurs et enjeux*. Sous la direction de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, Les Presses de l'Université Laval, p. 65-89.

<sup>3</sup> L'annexe II est constituée de la publication suivante : Ferland, M. et Paquet, G. (1995) « Les liens entre le statut socio-économique et la santé », *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Santé Québec, Gouvernement du Québec, p. 119-168.

<sup>4</sup> L'annexe IV est composée de la publication suivante : Paquet, G.; Hamel, D. (2003) « Conditions socioéconomiques et santé, section II – Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 3, p. 45-100. En version anglaise : Paquet, G.; Hamel, D. (2003) « Socioeconomic Conditions and Health, Part II – Social and Health Inequalities in Young Children: In Search of Protective Factors », in *Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002) from birth to 29 Months*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 3, p. 41-96.

Le troisième chapitre examinera le rôle du sentiment de contrôle de sa destinée, individuelle ou communautaire, en tant que facteur explicatif central du gradient social de la santé. Ce troisième chapitre sera appuyé par une récente revue de la littérature et par le rapport préparé pour le projet d'Enquête socio-économique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL), (l'annexe III)<sup>5</sup>. La persistance au fil des décennies d'une telle association en forme d'escalier entre inégalités sociales et santé, appelée gradient social de santé, nous place sur la piste des moyens qu'utilise une personne ou une collectivité pour affronter le stress de la vie. Ces moyens sont étroitement liés au sentiment de contrôle, un facteur qui varie selon le statut socio-économique. Plus l'on descend dans la hiérarchie sociale, plus le sentiment de ne pas avoir de prise sur ses conditions de vie est dominant. Nous soutiendrons que les inégalités sociales de santé sont liées de près à des inégalités dans le sentiment d'avoir une emprise sur sa destinée, à des inégalités sur le sentiment de participer pleinement à la vie sociale, à une inégale répartition du sentiment que sa propre vie est compréhensible ou contrôlable. Certes, la réponse biologique au stress peut se développer en une dynamique saine, mais elle peut aussi devenir un état de tension continu accompagné d'un manque de capacité d'y répondre. Nous verrons que l'on suspecte de plus en plus le rôle de médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. En bref, nous révélerons l'importance de favoriser le développement du sentiment de maîtrise de sa destinée.

Pour sa part, le quatrième chapitre scrute la question suivante : la petite enfance ne constitue-t-elle pas une période cruciale pour le développement du sentiment d'emprise sur la vie ainsi que pour l'identification de facteurs de protection? En réponse à cette quatrième question de recherche, outre les conclusions émanant d'une revue de la littérature se référant aux principales études longitudinales s'intéressant à la santé et au développement des enfants,

---

<sup>5</sup> L'annexe III est constituée de la publication suivante : Paquet, G., et Tellier, B. (2003). « Projet d'enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL), La santé physique » *Rapport*, Institut national de santé publique du Québec et Université de Montréal, avril, 112 p.

nous résumerons notre étude (l'annexe IV) sur la santé des tout-petits effectuée avec les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec. Celle-ci avait pour but d'identifier à l'échelle du Québec des facteurs en mesure de protéger la santé des jeunes enfants vivant au bas de l'échelle sociale.

Enfin, le cinquième chapitre a pour objet l'interrogation suivante : peut-on contrecarrer l'adversité liée à un faible niveau socio-économique par des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire? Pour cette dernière question de recherche, on référera principalement à la recension que nous avons publiée intitulée « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé » (l'annexe V<sup>6</sup>). Cet article scrute les principaux effets de programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé sur l'adaptation des enfants à l'école primaire et secondaire. Ces programmes d'intervention précoce constituent en fait un parti pris pour l'égalité des chances en éducation, mais ils peuvent représenter bien plus. Ne sont-ils pas la piste à suivre pour égaliser les chances de réussite sur le plan social et économique, de même que sur le plan de la santé?

L'évolution des modes de vie, en particulier le nombre croissant de mères qui travaillent à l'extérieur du foyer et le rétrécissement du réseau d'entraide, ainsi que les découvertes sur la précocité des compétences de l'enfant ont transformé les besoins des parents et l'approche de la petite enfance. Les plus récentes recherches indiquent qu'en redonnant aux tout-petits et à leurs parents un sentiment d'emprise sur leur vie, des programmes précoces d'intervention et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé ainsi qu'un système d'éducation compensatoire peuvent favoriser l'égalité des chances de réussite et ainsi

---

<sup>6</sup> L'annexe V se compose de la publication suivante : Paquet, G. (1998) « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, volume 27, numéro 1, p. 49-83.

contribuer largement à la réduction du gradient social de santé et de bien-être. Notre bilan de recherches indique qu'on peut diminuer significativement l'échec scolaire des enfants défavorisés. Les études passées en revue démontrent que les capacités intellectuelles généralement plus faibles de ces enfants ne sont pas des caractéristiques inébranlables.

Somme toute, nous désirons contribuer, par ce parcours, à l'apport de nouvelles connaissances pour un enjeu social de taille : instaurer au Québec pour les adultes de demain une véritable égalité des chances sur le plan de la santé. Certes, cette résilience collective aura un coût et comportera de multiples facettes. Nous espérons, au fil de cette thèse, réussir à illustrer comment certaines de ses dimensions peuvent se construire. Au terme d'une telle démonstration, nous formulerons nos inquiétudes quant à la faible probabilité que les récentes réformes québécoises des services à l'enfance réduisent l'inégalité des chances sur le plan social et sanitaire.

## **PREMIER CHAPITRE**

### **LE POINT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**

Question à l'étude : la disponibilité de soins de santé sans barrières financières ne devait-elle pas éliminer les inégalités sociales de santé?

#### **1. LA SANTÉ DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS**

Au Québec, ainsi que dans plusieurs pays industrialisés, l'existence d'un système de soins et de services de qualité et accessibles a-t-elle permis d'éliminer les inégalités sociales devant la santé, le bien-être et la mort? Pour répondre à cette question, on présentera un aperçu de l'état des connaissances, en faisant ressortir le rôle des facteurs sociaux.

L'augmentation de la longévité humaine dans la grande majorité des pays industrialisés singularise l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle. Par exemple, au cours du dernier quart de siècle seulement, les Québécois ont gagné près de six années d'espérance de vie à la naissance et les Québécoises un peu plus de quatre ans. De sorte qu'en 1998, au Québec, l'espérance de vie à la naissance d'un garçon était de soixante-quinze années, alors que pour une fille elle était de quatre-vingt-un ans. Les hommes ont bénéficié plus largement que les femmes de cette diminution de la mortalité au cours des quinze dernières années. Le retard de près de 8 ans qu'ils avaient sur les femmes en 1981-1983, pour l'espérance de vie à la naissance, est passé à 6 ans en 1996-1998 (Choinière, 2003). Au plan international, les hommes et les femmes du Québec se classent parmi les populations affichant les taux les plus faibles pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire en 1996-1998. Par contre, pour certaines causes de décès, le suicide et l'ensemble des tumeurs malignes notamment, les taux enregistrés au Québec sont parmi les plus élevés des pays industrialisés (Choinière, 2003).

En fait, non seulement nous vivons plus vieux, mais nous nous portons mieux. La médecine et les systèmes de soins ont certes contribué à ces progrès. Mais on sait aussi que le revenu par habitant, les inégalités de revenu entre

habitants dans les pays et la scolarisation des femmes, entre autres, sont fortement associés au niveau de santé. Or, on ne retrouve pas la même association entre la santé d'une population et certains éléments des systèmes de soins tels que la quantité de médecins, le nombre de lits d'hôpitaux ou les dépenses de santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette absence de relation est particulièrement évidente dans les pays riches (OMS, 2000).

Somme toute, sous plusieurs aspects, notre état de santé collectif est bien meilleur qu'il y a vingt-cinq ans. Cependant, ce n'est pas vrai pour tous. Au Québec par exemple, les hommes plus favorisés vivent environ neuf années de plus que les plus désavantagés, alors que chez les femmes l'écart est d'environ trois ans (Pampalon *et al.*, 2000). De même, à Montréal, par rapport au groupe de revenu le plus faible, certaines différences à l'avantage du groupe de revenu le plus élevé étaient considérables en 1998 : en particulier pour les grossesses chez les adolescentes de 15-19 ans, pour le suicide, pour les décès par cancer du poumon, pour les naissances de bébés de faible poids, pour les décès par maladies cardiaques et pour le taux d'hospitalisation (RRSSS – Montréal-Centre, 1998). Autre illustration : avec les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), nous avons révélé que pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé. Il aura, entre autres, 77 % plus de risques de séjourner à l'hôpital, 31 % plus de probabilités d'avoir des infections aux voies respiratoires et 69 % plus de risques d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé (Paquet *et al.*, 2003 : l'annexe IV).

Dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS précise que l'écart entre riches et pauvres se creuse davantage si l'on distingue, à l'intérieur de l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé et les années avec incapacité. En d'autres mots, les personnes pauvres meurent non seulement plus jeunes que les autres, mais elles passent une plus grande partie de leur vie

avec une incapacité. « *Que nous n'ayons pas réussi à combler ces écarts – et que de plus, ils aillent en augmentant – est un des échecs les plus affligeants de nos sociétés d'opulence* » (Villedieu, 2002 : 128).

En définitive, un pays ne peut affirmer bien s'occuper de la santé de sa population uniquement en lui fournissant des services et des soins de santé, même s'ils sont de très grande qualité. Pas plus qu'une société ne peut imputer aux individus l'entière responsabilité de leurs habitudes de vie, et par conséquent de leur état de santé, comme nous le verrons au chapitre suivant. La santé d'une population dépend d'un ensemble de facteurs parmi lesquels l'environnement social est aussi fondamental que l'environnement physique, le bagage génétique et le système de soins.

Pourtant, depuis cinquante ans les États ont misé abondamment sur les services et les soins de santé. On croyait sans doute que l'introduction des régimes d'assurance maladie, sans barrière financière, éliminerait les inégalités sociales de santé. Or, dans plusieurs pays, l'écart de mortalité entre les classes sociales inférieures et supérieures s'est accru depuis la Deuxième Guerre mondiale (Marmot et al, 1997, Marmot et al, 1999). Dans une récente réflexion critique, l'Organisation mondiale de la santé déclarait qu'il faut reformuler les objectifs des politiques de santé, actuellement exprimés en moyennes générales pour toute la société, « *de manière à viser précisément la situation parmi les plus pauvres et les différences entre riches et pauvres. Ainsi, les taux de mortalité infantile parmi les pauvres ou les différences de mortalité infantile entre riches et pauvres seraient des indicateurs plus utiles que les taux moyens de mortalité infantile dans l'ensemble de la population* » (Gwatkin, 2000).

La réduction des inégalités sociales de santé et de mortalité dans les sociétés avancées pose des questions de recherche fondamentales à la communauté scientifique. Car, soulignons-le, dans les pays bien nantis, il faudra réduire sensiblement les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale.

## **2. AU-DELÀ DE LA DISPONIBILITÉ DES SOINS : LE RÔLE DES FACTEURS SOCIAUX**

Analysons maintenant ce qu'apportent à la mesure et à la compréhension de l'influence des facteurs sociaux sur la santé les conclusions de grandes enquêtes de population à travers le monde, principalement longitudinales. Suite à ce survol des connaissances, nous présenterons les principaux résultats disponibles au Canada et au Québec sur la question.

### **2.1 LA POSITION SOCIALE ET L'ÉTAT DE SANTÉ : LES CONSTATS INTERNATIONAUX**

S'il existe un intérêt croissant, à l'échelle internationale, pour la recherche portant sur la relation entre l'état de santé et le statut socioéconomique, les méthodes utilisées varient considérablement. Parmi ces différences, mentionnons que les études européennes tendent à effectuer plus souvent leurs analyses sous l'angle de la position sociale, du statut d'emploi ou du niveau d'éducation, tandis que c'est le revenu qui tend à définir la position sociale d'un individu dans la perspective nord-américaine.

#### **2.1.1 Revenu et santé dans une perspective longitudinale**

Les résultats d'enquêtes longitudinales ont permis d'approfondir nos connaissances sur la dynamique des revenus et la santé. Si tout porte à croire que le revenu a un impact important sur la santé, la relation causale inverse est tout aussi plausible (ce que les Américains nomment « *reverse causality* » et les Britanniques « *health selection effect* »). Soulignons que les études longitudinales disponibles accordent une importance relative assez modeste à la causalité inverse : elle expliquerait environ 10 à 15 % de la variance, même avec des méthodes de calcul qui tendent à surestimer cette importance.

Chez nos voisins du Sud, les travaux de Duncan (Duncan, 1996) et ceux de McDonough, Duncan, Williams et House (McDonough *et al.*, 1997), en utilisant les données longitudinales du *Panel Survey of Income Dynamic* (PSID), apportent un éclairage précieux et un certain nombre de réponses à ces

différentes questions pour la société américaine. En bref, ces travaux indiquent que les revenus dans la population américaine sont très volatils, et par le fait même les grandes moyennes nationales de revenus des ménages tendent à sous-estimer lourdement à la fois l'importance de la fluctuation des revenus et le nombre de ménages qui connaîtront au moins un épisode temporaire de « pauvreté ». Tout laisse croire que la relation entre le revenu et la santé serait sous-estimée par l'utilisation de données transversales. De plus, c'est la persistance dans le temps d'un bas revenu qui est le plus fortement associée à une augmentation du taux de mortalité. Par ailleurs, la prise en compte de l'instabilité des revenus permet d'expliquer des écarts importants de mortalité entre les individus de revenus moyens, ce qui pourrait indiquer des cheminements de santé différenciés à l'intérieur des classes moyennes en fonction de la précarité ou de la stabilité d'emploi. Ces deux relations persistent en tenant compte de l'état de santé « initial », ce qui tend à invalider une interprétation qui ne serait fondée que sur l'hypothèse de la causalité inverse.

Des résultats largement concordants ont été obtenus dans d'autres enquêtes longitudinales : en Angleterre avec le *British Household Panel Survey (BHPS)* (Benzeval *et al.*, 2001), en Suède avec le *Swedish Level of Living Survey (LNU)* (Tahlin, 1989) et le *Survey of Swedish Living Standards* (Lundberg *et al.*, 1994), en Allemagne avec le *German Socioeconomic Panel* (Thiede *et al.*, 1997), aux États-Unis avec le *NLS Older Men* (Menchik, 1993) et l'*Alameda County Study* (Lynch *et al.*, 1997).

Mentionnons une dernière contribution. Si les principales études longitudinales sur la relation entre le revenu et la santé que nous avons explorées concluent à l'existence d'un gradient social de santé selon le revenu, la plupart montrent aussi que la magnitude de cette relation n'est pas distribuée également dans la société : la relation entre le revenu et l'état de santé est comparativement plus forte et plus déterminante aux plus bas échelons de revenu. Tout se passe comme si la pauvreté, et surtout la pauvreté persistante, avait un effet comparatif plus massif sur la santé, tandis que l'état de santé du

reste de la société se distribuerait suivant un gradient social beaucoup moins abrupt. Ainsi, les privations matérielles ne permettent pas de comprendre la distribution sociale de la santé, de la mort et de la maladie dans la majeure partie de la population qui a accès à un revenu la mettant à l'abri de la pénurie. Par contre, tout porte à croire que cette pénurie (avec tout ce qu'elle implique en termes de privations, de conditions de logement, de nutrition, etc.) joue un rôle dans l'accentuation de la relation entre le revenu et la santé aux plus bas échelons de revenu.

### **2.1.2 Statut socioéconomique et santé**

Des relations entre l'état de santé et le statut socioéconomique (SSE) ont également été observées en prenant pour indicateur du SSE le niveau d'éducation ou le statut de l'emploi occupé. De manière générale, les résultats démontrent que la relation entre le SSE et l'état de santé suit un gradient social, où chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité ou de limitations fonctionnelles plus avantageux que la classe de niveau inférieur. Encore ici cette relation a été observée dans des populations différentes, dans des pays différents, et à l'aide d'indicateurs différents.

Plusieurs recherches britanniques sont maintenant devenues des classiques dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Parmi elles figurent en bonne place les études de Marmot et de ses collaborateurs sur des cohortes de fonctionnaires britanniques, mieux connues sous le nom de « *Whitehall Study* ». À partir de 1967, les chercheurs ont suivi une cohorte d'environ 17 000 « cols blancs » masculins britanniques (Marmot *et al.*, 1978; Davey-Smith *et al.*, 1990). Le résultat principal de l'étude est certainement la découverte d'un gradient social clair et linéaire de morbidité et de mortalité (en général, et selon une série de causes spécifiques) chez les employés en fonction de leur position dans la hiérarchie occupationnelle. Les différences de santé entre les statuts d'emploi se sont avérées progressives et sans point de rupture : les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles qui se trouvaient à l'échelon inférieur,

ces dernières se situaient à un niveau plus élevé que le reste de la population à l'étude en ce qui concerne le revenu et le rang social.

Le gradient ne pouvait être expliqué par la pauvreté d'une partie de l'échantillon, puisque tous les membres de l'échantillon étaient des cols blancs, pour la plupart avec la sécurité d'emploi et un salaire relativement élevé. En d'autres mots, aucun répondant – à toutes fins utiles – ne vivait une situation de pauvreté. Ces chercheurs ouvraient ainsi des pistes de réflexion vers la prise en compte d'une série de variables qui pourraient expliquer les mécanismes qui produisent des inégalités sociales de santé, comme le sentiment d'avoir un contrôle sur son travail, le soutien social, l'estime de soi. Puisque cette étude est longitudinale, les chercheurs de Whitehall ont également pu démontrer que la relation causale allait très largement dans le sens du statut socioéconomique vers la santé. En d'autres mots, c'est davantage la position sociale qui tend à déterminer la santé, plutôt que l'inverse. Un suivi supplémentaire de la cohorte à l'âge de la retraite a également permis de montrer que le SSE contribuait à expliquer les écarts dans la dégradation de la santé fonctionnelle physique et mentale accompagnant parfois le vieillissement (Martikainen *et al.*, 1999).

Nous devons donc aux premiers travaux de Whitehall cette trouvaille : la relation entre le statut socioéconomique et la santé n'est pas uniquement attribuable à une privation marquée au bas de l'échelle sociale (Marmot *et al.*, 1987 ; Marmot et Wilkinson, 1996 et 1997). Dans la foulée de ces travaux on a observé, dans les pays où l'on parvient à mesurer des différences sociales de santé, un gradient similaire. Ce gradient a été observé dans la majorité des pays industrialisés, mais avec une amplitude variable et des méthodes de recherche hétérogènes (Marmot *et al.*, 1987 ; Marmot *et al.*, 1988 ; Marmot *et al.*, 1999 ; Syme, 1998).

Cette volonté de comprendre plus avant les mécanismes sous-tendant les inégalités de santé découvertes dans l'étude de *Whitehall* a donné lieu à la reprise de l'enquête en 1985, avec une nouvelle cohorte d'environ 10 000

répondants des deux sexes âgés de 35 à 55 ans et, surtout, avec un questionnaire qui ciblait une variété de mécanismes pouvant participer à la production et à la reproduction des inégalités de santé (Marmot et al, 1991). Les résultats ont confirmé l'existence d'une relation graduée et significative entre le SSE et la santé perçue, la dépression, le bien-être psychologique, l'absence au travail pour cause de maladie, ainsi qu'avec la morbidité liée aux maladies cardiovasculaires. De plus, ces résultats ont attiré l'attention sur l'importance des indicateurs psychosociaux dans l'explication du gradient, comme le sentiment de contrôler sa destinée. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier facteur.

Des résultats très similaires ont été obtenus avec la *Wisconsin Longitudinal Study* (WLS), une enquête de cohorte américaine composée d'hommes et de femmes diplômés des « high schools » du Wisconsin en 1957 (questionnés en 1957 et suivis entre les âges de 18 et 54 ans). Un gradient social de santé a été trouvé en fonction du SSE (mesuré par l'emploi le plus récent). Des inégalités graduées ont été observées pour la santé perçue, les limitations d'activités dues à un problème de santé, la dépression et le bien-être psychologique (Marks, 1996 ; Marmot, *et al.*, 1997). Mentionnons ici rapidement que des enquêtes suédoise, finlandaise, écossaise et trois cohortes britanniques ont chacune permis de détecter des inégalités sociales de santé similaires.

En résumé, au niveau international, les études longitudinales qui traitent des rapports entre la position sociale et la santé attirent notre attention sur les éléments suivants :

- Il existe un gradient social de santé, de morbidité et de mortalité dans plusieurs sociétés, et ce, indépendamment de la définition du SSE (niveau de scolarité, revenu, emploi).
- La causalité va largement dans le sens de la position sociale vers la santé, la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important.

- La volatilité des revenus, les différents profils de pauvreté (temporaire, persistante), les pertes de revenu, les changements de statut d'emploi (etc.) sont des phénomènes importants et répandus qui ont un effet sur la relation entre le statut socioéconomique et l'état de santé.
- Le statut socioéconomique a des effets à long terme sur la santé.

## **2.2 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS CANADIENS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**

À notre connaissance, seuls les résultats d'une étude d'importance ont été publiés à partir de données longitudinales sur la relation entre revenu et santé au Canada. Utilisant des données de l'*Ontario Longitudinal Study of Aging* (OLSA, de 1959 à 1978), Hirdes et ses collègues (Hirdes *et al.*, 1986) ont pu mesurer l'effet du revenu sur la santé perçue dans un échantillon de 2 000 hommes âgés de 45 ans au départ de l'enquête. Les chercheurs ont relevé l'importance de la dynamique du revenu : les changements de revenu sont significativement liés à des changements de la santé déclarée, et ce de manière plus prononcée en ce qui concerne les pertes de revenu. L'analyse montre que la relation causale va pour une très large proportion dans le sens du revenu vers la santé. Une analyse de même type a été effectuée pour la mortalité (Hirdes et Forbes, 1989), mais concluait à une moindre influence des changements de revenu.

Wolfson, Rowe, Gentelman et Tomiak (1993) ont analysé pour leur part les fichiers administratifs du régime de retraite canadien (excluant le Québec) de près de 500 000 hommes, recueillant une information complète sur les salaires sur une période de 20 ans (de 45 à 65 ans), et la mortalité entre les âges de 65 et 74 ans. L'étude montre l'existence d'un gradient social de mortalité en fonction du revenu, gradient qui traverse toute la société, même si la relation est plus prononcée au bas de l'échelle des revenus. Pour reprendre les termes des auteurs, chaque dollar supplémentaire de salaire a un effet positif sur la longévité, mais l'effet protecteur du revenu diminue à mesure que le salaire s'élève. La relation observée est très importante – son effet sur la longévité est de même importance, par exemple, que celui des cancers : « *the elimination of*

*cancer would have roughly the same impact on mortality for this group as bringing the mortality experience of the bottom 80 percent up to the average of the top 20 percent » (ibid : p. 170).*

Plus récemment, une étude écologique<sup>7</sup> de la mortalité dans les régions urbaines du Canada selon le revenu du quartier apporte un éclairage intéressant (Wilkins *et al.*, 2002). Globalement, d'après les données à petite échelle géographique recueillies pour les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996, les écarts socio-économiques quant aux taux de mortalité semblent avoir un peu diminué. Néanmoins, ces écarts demeurent importants, selon les auteurs de l'étude. « *Le profil des différences de taux de mortalité selon le groupe socioéconomique établi ici est un reflet raisonnable, voire légèrement prudent, de ce que l'on pourrait attendre d'une analyse axée sur la personne.* » (ibid : p. 22).

Ainsi, Wilkins et ses collaborateurs (2002), ont observé de 1971 à 1996 une répartition des quintiles qui correspond le plus souvent à un gradient, où le quintile le plus riche affichait le taux de mortalité le plus faible et le quintile le plus pauvre, le taux le plus élevé. Ces gradients ont généralement persisté au fil du temps, bien qu'ils aient eu tendance à s'amenuiser légèrement ces dernières années, en particulier chez les femmes. Les différences les plus prononcées s'observaient chez les tout-petits (enfants de moins d'un an) et pour le groupe des 25 à 64 ans. De même, l'espérance de vie était d'autant plus courte que les résidents du quartier étaient pauvres.

L'espérance de vie a cependant augmenté considérablement pour tous les niveaux de revenu des quartiers de 1971 à 1996, et le progrès fut plus important pour le quintile le plus pauvre (Wilkins *et al.*, 2002). En 1971, la

---

<sup>7</sup> Les études écologiques comparent des populations définies géographiquement. L'unité d'observation est un territoire et non pas un individu. On attribue ainsi à toutes les personnes d'un territoire donné, par exemple une municipalité ou un secteur de recensement, le même taux de mortalité ou de morbidité et le même niveau socioéconomique.

différence d'espérance de vie entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre était supérieure à six années chez les hommes et de presque trois années chez les femmes. En 1996, cet écart avait diminué à cinq ans chez les hommes et à moins de deux années chez les femmes. Quant à la probabilité de survie jusqu'à 75 ans, les gradients de revenus demeurent pratiquement les mêmes entre 1971 et 1996. En 1996, on s'attendait à ce que 53 % des hommes du quintile le plus pauvre et 69 % de ceux du quintile le plus riche vivent jusqu'à 75 ans. Pour les femmes, les résultats étaient de 73 % et 80 %.

La proportion des années potentielles de vie perdues (APVP) attribuable au revenu du quartier se situait à 24 % en 1996, une proportion supérieure à celle des APVP attribuables aux traumatismes ou aux maladies de l'appareil circulatoire (Wilkins *et al.*, 2002). Soulignons-le, l'élimination de ces APVP excédentaires (celles liées au revenu du quartier) signifierait une augmentation du nombre d'années potentielles de vie équivalente à l'élimination de l'une des trois causes principales de décès au Canada. En 1996, les causes de décès contribuant le plus à l'excédent des APVP attribuable au revenu du quartier étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes, les tumeurs et les maladies infectieuses.

Cette même étude nous apprend par ailleurs que pour certaines causes de décès, les taux de mortalité ont augmenté et les écarts selon le revenu se sont accentués. Ces causes sont : le cancer du poumon chez la femme, les maladies infectieuses, les affections mal définies, les troubles mentaux et le diabète chez les deux sexes. Les auteurs de l'étude affirment que pour les décès attribuables aux cancers, à l'exception du cancer de l'utérus pour lequel la réduction des taux de mortalité et de l'écart des taux selon le revenu a été remarquable, les progrès sont modestes en vue d'atteindre la santé pour tous. Néanmoins, pour quelques causes de décès, les taux de mortalité ont diminué au cours de cette période de 25 ans et les différences entre les quintiles ont un peu diminué (Wilkins *et al.*, 2002). Il s'agit des maladies ischémiques du cœur,

de la plupart des traumatismes, de la cirrhose du foie, du cancer de l'utérus et des troubles périnataux.

Pour d'autres causes de décès, les résultats ont très peu changé en 25 ans. Pour le cancer du poumon chez les hommes, les taux de mortalité et les écarts de taux selon le revenu du quartier demeurent élevés (Wilkins *et al.*, 2002). De même, la variation des taux de mortalité par suicide chez les hommes a été faible. Alors que chez les femmes, les taux de mortalité par suicide ont généralement reculé, sauf pour le quintile le plus pauvre. Notons que la mortalité élevée par suicide, particulièrement chez les hommes, s'avère un problème majeur au Canada et que l'importance relative de cette cause de décès a augmenté et constitue une part croissante de la surmortalité associée aux inégalités socioéconomiques.

Enfin, ces analyses révèlent aussi des différences selon le revenu dans le sens contraire (Wilkins *et al.*, 2002). Ainsi, pour les décès d'automobilistes lors d'un accident de la circulation, le gradient selon le revenu est inversé, les taux les plus faibles étant enregistrés pour les quintiles les plus pauvres, et les taux les plus élevés pour les quintiles les plus riches. Il en va de même pour le cancer du sein et le cancer de la prostate. Pour ces trois causes de décès, l'effet de la position sociale joue vraisemblablement, mais de manière différente. D'autre part, le nombre de véhicules et la distance parcourue sont plus faibles parmi les plus pauvres. D'autre part, ne pas avoir d'enfants ou en avoir très peu et enfanter à un âge avancé augmente les risques de cancer du sein. Quant au cancer de la prostate, on peut penser qu'un effet de sélection dû à la mortalité prématurée des hommes en milieu défavorisé explique en partie les taux de mortalité plus élevés observés chez les hommes bien nantis.

Wilkins et ses collaborateurs concluent en précisant que les différences socioéconomiques en matière de santé ne doivent pas se limiter à la mortalité. « *Si l'on tient compte également de mesures de l'incapacité ou de la dépendance,*

*les écarts entre les groupes socioéconomique s'accroissent fortement.* (Wilkins *et al.*, 2002, p. 22).

En somme, bien que présentant certaines limites, les trois études canadiennes résumées ci-dessus s'inscrivent dans le courant des recherches menées en Grande-Bretagne, aux États-Unis et dans le reste de l'Europe dont il a été question précédemment.

### **2.3 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS QUÉBÉCOIS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**

Les analyses effectuées au Québec se sont appuyées, jusqu'à tout récemment, sur d'excellentes études transversales ou écologiques. Néanmoins, au Québec, on peut difficilement parler de relations causales, étant donné l'absence de données longitudinales attentive aux différentes facettes des parcours de vie des Québécois; on ne connaît pas le sens des relations ni leur enchaînement temporel. Comme nous l'a enseigné Duncan, tout laisse croire que ces résultats sous-estiment la relation entre le statut socioéconomique et la santé.

Ces limites étant posées, voici tout de même pour le Québec les principaux constats en matière d'inégalités sociales de santé. En 1996-1998, selon des études écologiques, c'était environ cinq années d'espérance de vie et même quatorze années d'espérance de vie en santé qui séparaient la population la plus défavorisée de celle qui l'est le moins (Pampalon *et al.*, 2003). Rappelons que l'espérance de vie exprime le nombre d'années qu'une personne d'un âge donné (à la naissance, la plupart du temps) peut espérer vivre. Alors que l'espérance de vie en santé représente le nombre d'années que cette personne peut vivre sans incapacité. De même, une enquête transversale de l'Institut de la statistique du Québec indique que les personnes défavorisées au Québec sont les plus touchées par les limitations d'activités et les incapacités (ISQ, 2000).

La mortalité et l'hospitalisation liées aux traumatismes intentionnels (suicide, homicide) et non intentionnels (accidents) sont, pour leur part, fortement

liées à la pauvreté (Hamel *et al.*, 2002). Le risque de mortalité par traumatisme non intentionnel (accidents routiers, chutes accidentelles) progresse de façon soutenue : plus un individu vit dans un milieu défavorisé économiquement, plus son risque de mourir accidentellement augmente. Quant aux traumatismes intentionnels (suicide, homicide), les résidents de milieux moins bien nantis ont trois fois plus de risque d'en mourir (Pampalon *et al.*, 2003).

À Montréal, entre le groupe de revenu le plus faible et le groupe de revenu le plus élevé, certaines différences à l'avantage des derniers étaient considérables en 1998 : en particulier pour les grossesses chez les adolescentes de 15-19 ans, pour le suicide, pour les décès par cancer du poumon, pour les naissances de bébés de faible poids, pour les décès par maladies cardiaques et pour le taux d'hospitalisations (RRSSS – Montréal-Centre, 1998). De même, l'espérance de vie se répartit suivant la richesse des quartiers montréalais (RRSSS Montréal-Centre, 1998).

Quant aux difficultés vécues par les jeunes québécois, plus le milieu est pauvre, plus augmente le taux de jeunes vivant dans des familles bénéficiant des programmes d'assistance sociale (1,5 pour 100 jeunes de moins de 18 ans parmi les bien nantis contre 50,9 pour les plus défavorisés). Il a va de même pour le taux de fécondité chez les adolescentes : 0,26 naissances pour 100 femmes de 15 à 19 ans contre 4,71. On observe des différences similaires pour le taux de jeunes de moins de 18 ans dont le signalement a été retenu pour évaluation plus approfondie par les directions régionales de la protection de la jeunesse<sup>8</sup>, à cause de mauvais traitements (abus et négligence) ou de troubles de comportement (4,4 contre 37,7 pour 1000 jeunes dont le signalement a été retenu) (Pampalon *et al.*, 2003). De tels écarts, faut-il le souligner, sont considérables.

Nos travaux avec les données de l'Enquête sociale et de santé (1992-1993) de Santé Québec ont montré que les personnes très pauvres se déclarent

---

<sup>8</sup> Maintenant appelés les centres de la protection de l'enfance et de la jeunesse.

de façon significative en plus mauvaise santé que les personnes mieux nanties et qu'elles présentent un risque largement supérieur de détresse psychologique élevé (Ferland et Paquet, 1995). Notre étude traitait spécifiquement des gradients sociaux de santé de l'ensemble de la population québécoise. Très succinctement, nous avons développé des indicateurs inusités de la répartition de la richesse : la perception de sa situation économique, le patrimoine familial (être propriétaire ou locataire, et avoir ou non des revenus d'épargne ou de placements). Tout en demeurant dans des proportions comparables à d'autres indicateurs traditionnels (niveau de revenu, scolarité, etc.), ces indicateurs permettent d'observer plus finement les différences quant à l'état de santé déclaré et au niveau de détresse psychologique.

Nos analyses des liens avec la santé déclarée et le bien-être psychologique montrent que plus le niveau de patrimoine s'élève ou plus l'on se perçoit en bonne situation financière, meilleures sont la santé physique et psychologique des Québécois. Cette amélioration se fait généralement sentir à chacun des échelons de ces deux mesures socio-économiques. Précisons que de façon générale, la démarcation semble la plus grande entre les personnes pauvres et celles qui estiment leur revenu suffisant et non pas entre les individus pauvres et très pauvres.

Avec les données de deux enquêtes transversales de l'Institut de la statistique du Québec, *l'Enquête Santé Québec 1987* et *l'Enquête sociale et de santé 1998*, une récente étude s'est intéressée à l'évolution temporelle du phénomène au Québec (Ferland, 2002). L'analyse porte sur les écarts dans l'état de santé en défaveur des groupes de revenus inférieurs<sup>9</sup>. L'analyse porte sur les cinq indicateurs de santé présentant une distribution inégalitaire au désavantage des personnes les plus pauvres<sup>10</sup>, et ce, sous la forme d'un gradient pour au moins une des deux enquêtes. Ces cinq indicateurs sont : la santé perçue

---

<sup>9</sup> L'indice d'inégalité relative (IIR), le ratio des extrêmes et le risque attribuable constituent les mesures synthèses utilisées pour estimer l'ampleur des inégalités de l'état de santé selon le revenu du ménage.

<sup>10</sup> Les allergies, la grippe ou le rhume, les maux de têtes ou migraines sont des exemples d'indicateurs de santé qui ne présentent pas d'inégalités.

comme moyenne ou mauvaise, les limitations d'activités à long terme, les troubles mentaux, les troubles digestifs fonctionnels, et le niveau élevé de détresse psychologique. Les inégalités relevées ici sont des inégalités relatives. Par exemple, en 1998, on constate que l'élimination des inégalités de santé associées au revenu permettrait d'améliorer la santé déclarée d'au moins 70 000 individus dans le cas des troubles digestifs fonctionnels et de 266 000 personnes dans le cas de la santé déclarée comme moyenne ou mauvaise. Ferland (2002) dégage deux grands constats des ses analyses statistiques. Tout d'abord, l'amplitude des inégalités diffère selon les problèmes de santé examinés. On note des inégalités plus importantes pour la santé perçue comme moyenne ou mauvaise ainsi que pour les limitations d'activités à long terme en comparaison avec les troubles mentaux, les troubles digestifs fonctionnels et le niveau élevé d'indice de détresse psychologique. Deuxième constat : les inégalités de santé selon le revenu n'ont pas diminué entre 1987 et 1998. En fait, elles auraient peu fluctué pendant cette période. Une faible tendance à la hausse s'observe seulement pour le niveau élevé de détresse psychologique.

Les premières analyses longitudinales ayant pour objet d'étude les inégalités sociales de santé québécoises ont été publiées en 2003, à partir des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) (Paquet *et al.* 2003; Séguin *et al.* 2003). Nos analyses de l'ÉLDEQ scrutent précisément l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits âgés de 5, 17 et 29 mois (Paquet *et al.* 2003). Nous présenterons plusieurs résultats de cette étude dans le deuxième et quatrième chapitre de la thèse. Signalons néanmoins le constat suivant. À la fin des années 1990, le fait qu'un bambin québécois vive depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale (quant au revenu du ménage, au niveau de scolarité des parents et au prestige de leur profession) accroît son risque d'avoir une santé précaire. La probabilité qu'il séjourne au moins une nuit à l'hôpital durant ses premières années de vie augmente de 77 %. Comparativement à ses pairs issus d'un milieu favorisé, il a également 31 % plus de risques de contracter une infection des voies respiratoires, une probabilité 69 % plus grande que sa mère

déclare qu'il n'est pas en très bonne santé et une probabilité 96 % plus élevée de consulter un médecin généraliste.

Comme nous l'avons exposé, la production et la reproduction des inégalités sociales devant la santé, la maladie et la mort concernent tous les niveaux de stratification sociale, et ne peuvent être expliquées par un schème d'interprétation qui n'évoquerait que le dénuement matériel et l'inaccessibilité aux services de santé comme facteurs explicatifs. Le champ de la recherche sur les inégalités de santé s'est donc progressivement orienté vers l'identification de mécanismes sociaux, psychologiques, comportementaux et parfois biologiques susceptibles d'être impliqués dans la production de ces disparités de santé. Bien que des centaines d'études, d'essais, de livres ou d'articles portent sur ces mécanismes, nous tenterons ici de dégager un certain nombre d'hypothèses dominantes. Parmi celles-ci, nous allons considérer en premier lieu, la relation souvent inverse entre le statut socioéconomique et certaines habitudes de vie ayant des impacts négatifs sur la santé (la sédentarité, la mauvaise alimentation, le tabagisme, etc.).

## **DEUXIÈME CHAPITRE**

### **LE POINT SUR LA RÉPARTITION SOCIALE INÉGALE DES COMPORTEMENTS NOCIFS POUR LA SANTÉ**

Question à l'étude : la plus forte prévalence d'habitudes de vie néfastes pour la santé (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.) dans les classes sociales défavorisées ne serait-elle pas la principale explication du gradient social de santé?

#### **1. LES PRINCIPAUX CONSTATS DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS**

Il est bien connu qu'un nombre important de comportements et d'habitudes de vie ont un impact sur le développement de l'état de santé. Ainsi, l'usage de la cigarette, la consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues (incluant la surconsommation de médicaments), l'absence de pratique d'une activité physique (sédentarité) ou une mauvaise alimentation (la carence ou la consommation abusive de lipides ou de sucres) sont des facteurs de risque pour un nombre important de maladies et de problèmes de santé.

L'importance de la détermination sociale et de la « distribution » inégale de ces comportements ne fait pas de doute. Pour la plupart de ces habitudes de vie, on observe une relation significative – souvent graduée - avec l'une ou l'autre des multiples dimensions du statut socioéconomique. D'une manière générale, plus on s'élève dans la hiérarchie sociale (que ce soit sous l'angle du niveau d'éducation, du revenu ou de l'emploi) et plus les comportements des individus tendent à se conformer aux exigences du maintien d'un bon état de santé. De nombreuses données viennent étayer cette réalité (Lynch *et al.*, 1997; National center for health statistics, 1998).

De toute évidence, la répartition sociale inégale des comportements nocifs pour la santé contribue à la production des inégalités sociales de santé. Cependant, une approche qui expliquerait la plus grande prévalence des problèmes de santé et de la mortalité précoce dans les milieux économiques

moins favorisés comme résultant principalement d'une concentration de comportements à risque serait erronée. Plusieurs travaux, particulièrement les recherches longitudinales qui peuvent prendre en compte l'effet à long terme des comportements, indiquent que ces « facteurs individuels de risque » n'expliquent que partiellement les écarts sociaux de santé (Davey-Smith *et al.*, 1990 ; Lynch, *et al.*, 1996 ; Manson, *et al.*, 1998).

Les chercheurs de Whitehall ont été les premiers à montrer que les variations de l'état de santé selon le statut socioéconomique ne s'expliquaient pas d'abord par les habitudes de vie liées à la santé. Le gradient établi parmi les fonctionnaires britanniques tenait compte de la consommation de tabac, de l'obésité, de la pratique d'une activité physique de loisir, de la pression sanguine et du taux de cholestérol. Les habitudes de vie liées à la santé expliquaient une part modeste de la variance observée : la prise en compte de ces facteurs contribuait pour moins de 25 % à l'explication des différences de mortalité selon le SSE.

Des chercheurs américains ont aussi analysé les habitudes de vie comme un des éléments médiateurs dans la structuration des inégalités de santé (Lantz *et al.*, 2001). Utilisant des données longitudinales représentatives de la population américaine (couvrant une période d'un peu plus de sept ans), ils en arrivent à la conclusion que ces habitudes participent modestement à la production des inégalités de santé. Par exemple, le risque relatif d'un faible niveau de scolarité (avec pour référence le niveau le plus élevé) sur les indicateurs de santé que sont les limitations d'activités était de 2,96. En tenant compte de l'effet des habitudes de vie (tabac, alcool, inactivité physique, surpoids<sup>11</sup>), ce risque diminuait à 2,21. Dans un ordre d'idée similaire, le risque relatif de bas revenus (avec pour référence le revenu le plus élevé) sur la santé perçue comme autre

---

<sup>11</sup> Le poids corporel n'est assurément pas une habitude de vie ou un comportement. Par contre, il est très étroitement relié au mode de vie – alimentation, activité physique, consommation d'alcool. Pour cette raison, il n'est pas rare de voir le poids corporel ou l'indice de masse corporelle utilisé comme un indicateur indirect d'habitudes de vie.

que très bonne ou excellente est de 2,16 sans tenir compte de l'effet des habitudes de vie et de 2,07 en contrôlant leur effet.

Un exemple éloquent du caractère multiforme des mécanismes amenant à des différences sociales de santé est fourni par une étude comparative entre la Grande-Bretagne et la France. L'analyse conjointe de la cohorte Whitehall (composée de fonctionnaires anglais) et de la cohorte Gazel (composée de salariés d'Électricité de France – Gaz de France, réduite pour cette comparaison aux sujets exerçant un emploi du secteur tertiaire) met en évidence des différences sociales de même ampleur (Fuhrer *et al*, 2002). Dans les deux cohortes, on note un rapport d'environ 1 à 4 entre les catégories extrêmes pour la fréquence des arrêts de travail pour motifs de santé et de 1 à 2 pour la santé déclarée. Cependant, sous ce gradient social similaire, se cachent des distributions de facteurs de risque liés aux comportements individuels fort différentes. La prévalence du tabagisme est plus forte parmi les catégories professionnelles situées au bas de la hiérarchie dans Whitehall, alors qu'on ne retrouve pas cette différence dans Gazel. La consommation d'alcool suit un gradient social inverse dans les deux cohortes : plus fréquente dans les catégories supérieures en Angleterre, moins fréquente dans ces catégories en France. Enfin, la consommation d'aliments considérés sains (fruits et légumes frais) est fortement inégalitaire dans Whitehall (les catégories au sommet de la hiérarchie en consommant beaucoup plus) alors que ne retrouvent pas de telles différences sociales dans Gazel (Fuhrer *et al*, 2002). Tout semble se passer comme si les facteurs explicatifs s'adaptaient pour laisser persister les inégalités sociales de santé.

Une étude canadienne de type cas-témoins concernant le cancer du poumon montre qu'on retrouve bien les effets de divers facteurs de risque habituels pour ce cancer (tabagisme et expositions professionnelles notamment) ainsi qu'un fort gradient social (revenu, scolarité, profession). Toutefois, ce gradient persiste et n'est que légèrement affaibli lorsque l'on tient compte, dans l'analyse, de l'exposition individuelle à tous les facteurs de risque

comportementaux et professionnels (Mao *et al.*, 2001). Pour certains chercheurs s'intéressant à l'étude des déterminants sociaux, l'intérêt de l'approche par facteurs de risque individuels pour comprendre les inégalités sociales de santé est tout aussi improbable que si on essayait de prédire les mouvements des planètes à l'aide de mesures des mouvement des molécules (Pierce, 1996).

Être en bonne santé ne relève donc pas uniquement des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.), bien que ces dernières suivent aussi un gradient le statut socioéconomique. En fait, même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale serait augmentée, mais le gradient de l'état de santé entre les classes sociales persisterait (Marmot, *et al.*, 1987 ; Marmot *et al.*, 1988 ; Marmot *et al.*, 1999 ; Syme, 1998). Malgré leur importance comme facteurs de risque pour certaines maladies, les habitudes de vie liées à la santé ne sont que l'un des mécanismes à travers lesquels se structurent et se reproduisent les inégalités de santé (Fraser *et al.*, 1997).

## **2. LES CONSTATS POUR LE QUÉBEC**

Ce constat important du point de vue de la recherche comme de la planification des politiques de santé publique s'applique-t-il au Québec? Il est difficile de l'affirmer avec certitude pour l'ensemble de la population, compte tenu de la pénurie d'études populationnelles sur le sujet, tant longitudinales que transversales. À notre connaissance, seules quelques analyses effectuées avec les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) et avec celles de l'Enquête sociale et de santé de l'Institut de la statistique du Québec apportent un éclairage sur cette question.

### **2.1 POUR LA POPULATION EN GÉNÉRAL**

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est une vaste enquête menée auprès de l'ensemble de la population du Québec. Plus de 13 000 ménages composent son échantillon. Nos analyses réalisées avec les données de cette enquête transversale ont mis en lumière un gradient social de santé perçue et de détresse psychologique associé à la perception de la situation financière, au

patrimoine du ménage et à l'exclusion du marché du travail. Cette relation persiste même en tenant compte de l'effet d'habitudes de vie nocives pour la santé. (Ferland et Paquet, 1995). Nos travaux révèlent que la probabilité d'être insatisfait de sa santé et d'avoir un niveau de détresse psychologique élevé demeure étroitement liée au patrimoine familial et à la perception de sa situation économique, même lorsque l'on prend en compte les effets de l'âge, du sexe, du type de famille, de la scolarité, du soutien social, du tabagisme, de l'indice de masse corporelle et de l'exclusion du marché du travail. Disons cela autrement : si tous ces facteurs étaient également répartis dans la population québécoise, ce qui n'est pas le cas bien sûr, on observerait malgré tout des différences de santé physique et psychologique à l'avantage des personnes ayant une meilleure situation financière.

Concrètement, d'après ces données populationnelles, la moins bonne santé physique et psychologique des Québécois pauvres et très pauvres ne peut être attribuée que très partiellement au fait qu'ils fument plus, qu'ils ont un moins bon soutien social, qu'ils sont davantage exclus du marché du travail, qu'ils sont moins scolarisés ou qu'ils sont plus touchés par l'obésité. La situation financière des familles québécoises serait un déterminant fondamental de leur état de santé physique et psychologique.

## **2.2 POUR LES BAMBINS QUÉBÉCOIS**

En 2003, nous avons analysé la répartition sociale des facteurs de risque pour la santé des tout-petits avec les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), (l'annexe IV). Parce que la santé des enfants n'est pas exclusivement déterminée par la position sociale qu'occupe leur famille, nous nous sommes intéressés aux liens entre la position sociale des familles et les facteurs de risque reconnus. L'ÉLDEQ nous a procuré une incomparable occasion de fouiller cette question. Amorcée en 1998, l'ÉLDEQ est menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de 5 mois à l'âge d'environ 4 ans. En fait, jamais un

échantillon aussi important représentant les nouveau-nés du Québec n'a été suivi de façon si intensive au cours de la petite enfance.

Ainsi dans notre étude (l'annexe IV), après avoir vérifié que la relation positive entre le statut socioéconomique (SSE) de la famille et la santé des tout-petits se maintient au fil du temps, nous avons pour objectif d'identifier les facteurs qui contribuent à atténuer ou à exacerber l'influence du SSE sur la santé des enfants. Pour ce faire, nous avons examiné dans la première partie de l'étude l'évolution du SSE des familles au cours des trois premiers volets de l'enquête (1998, 1999, 2000). En deuxième partie, à l'aide des indicateurs de santé disponibles dans l'ÉLDEQ, nous avons dressé, un portrait de l'état de santé des enfants selon la position sociale de leur famille. Dans la troisième partie, certains facteurs susceptibles d'expliquer les liens observés entre le SSE de la famille et la santé des enfants sont présentés. Dans les lignes qui suivent, nous résumerons les principaux résultats de ces analyses. Il importe de noter que le chapitre quatre de la présente thèse est consacré à l'enfance et que d'autres résultats de cette étude, notamment ceux sur qui concernent les facteurs de protection, y sont exposés.

### **2.2.1 La variable indépendante : la position sociale des familles**

Afin de tenir compte de plusieurs dimensions de la position sociale des familles, celle-ci constituant la principale variable indépendante de l'étude, un indice du SSE des familles a été utilisé. Cet indice a été construit par la Direction Santé Québec selon la méthode mise au point par Willms et Shields (1996) dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (Willms *et al*, 1996). Il combine cinq indicateurs : le revenu brut du ménage au cours des douze mois précédant l'enquête, le niveau de scolarité de la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM)<sup>12</sup> et de son conjoint, s'il y a lieu, ainsi que le prestige de la profession principale exercée par la PCM et son

---

<sup>12</sup> La personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) était la mère dans plus de 99 % des cas au premier volet de l'ÉLDEQ. Au troisième volet, pour un peu plus de 98 % des enfants, la PCM demeurait inchangée.

conjoint, le cas échéant. Cet indice de la situation socioéconomique du foyer a été utilisé avec succès dans le cadre de plusieurs travaux dont ceux de Tremblay *et al* (1996) sur l'agressivité des jeunes. Les analyses que nous avons effectuées avec les données du volet 1998 de l'ÉLDEQ à propos de la santé des nourrissons de 5 mois (Paquet *et al*, 2001) ont aussi permis une utilisation fructueuse de cet indice.

En utilisant cet indice du statut socioéconomique, nous avons créé un indicateur de la présence persistante des familles dans le groupe socioéconomique le plus faible aux trois volets de l'enquête. Nous nous conformons ainsi à la littérature sur la santé des enfants qui montre une influence déterminante d'une situation de défavorisation qui persiste plusieurs années (voir le quatrième chapitre de la thèse). Notre indicateur se définit ainsi : la position sociale maximum atteinte par une famille à l'un des trois volets de l'enquête. Par exemple, si une famille se situe dans le groupe socioéconomique inférieur (groupe 1) aux volets 1998 et 1999 de l'enquête, mais dans le niveau moyen (groupe 2) au volet 2000, elle se verra attribuer une position sociale moyenne (groupe 2) lors des analyses. Donc, pour être catégorisée de faible position sociale, une famille devra avoir été classée dans le groupe 1 aux trois volets de l'enquête, c'est-à-dire lorsque l'enfant avait 5 mois, 17 mois et 29 mois. Voici comment se répartissent les familles québécoises selon la position sociale la plus élevée atteinte depuis la naissance de l'enfant :

- 20 % des familles se trouvent dans la catégorie de faible position sociale aux trois volets ;
- 51 % des familles sont dans la catégorie de position sociale moyenne, ayant atteint au maximum le groupe 2 au moins une fois lors des trois volets ;
- 29 % des familles se situent dans la catégorie supérieure de position sociale, ayant atteint au moins une fois le groupe 3 à l'un des trois volets.

### 2.2.2 La santé des tout-petits

Nous avons choisi les variables dépendantes pour les analyses qui suivent en fonction des considérations théoriques relevant du domaine sociosanitaire, de l'étude que nous avons préalablement accomplie avec les données sur les poupons de 5 mois<sup>13</sup> et de la disponibilité de variables et d'indicateurs dans l'ÉLDEQ. Le tableau I présente tous les indicateurs de la santé des enfants pour lesquels nous avons vérifié la présence d'une association significative avec la position sociale des familles au cours des trois premiers volets de l'enquête. Par exemple, de nombreuses études ont déjà démontré que l'état de santé déclaré (santé perçue) représente un très bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité, en plus d'être associé à l'utilisation des soins de santé (Kaplan *et al*, 1996; Idler *et al*, 2000). Cet indicateur synthétique de l'état de santé est aussi particulièrement sensible aux déterminants sociaux de la santé. Notons toutefois que des recherches qualitatives et quantitatives indiquent que les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées auraient tendance à « surévaluer » leur état de santé, ou à en avoir une vue plus partielle et fataliste qui se centrerait sur les aspects directement fonctionnels du corps (Sen, 2002; Girard *et al*, 2000). Tout porte à croire que cette distorsion conduit à sous-estimer les écarts sociaux de santé.

---

<sup>13</sup> Paquet, G.; Girard, M.; Dubois, L. (2001) « Conditions de vie, santé et développement : inégalités sociales et devenir des enfants », *Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 3, section 2, p. 62-90.

**Tableau I**  
**Prévalence de certains indicateurs de santé des enfants selon la position sociale de la famille depuis leur naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Indicateur de problème de santé <sup>1</sup>	Position sociale depuis la naissance			Total	X <sup>2</sup>
	Faible	Moyenne	Élevée		
		%			
Hospitalisations (1, 2, 3)	32,9	27,0	18,3	<b>25,7</b>	p < 0,0001
Santé perçue (moins que très bonne) (1, 2, 3)	29,0	21,0	14,5	<b>20,7</b>	p < 0,0001
Asthme (2, 3)	15,8	11,2	8,7	<b>11,4</b>	p < 0,01
Infections (3)					
Gastro	22,7	20,2	22,9	<b>21,5</b>	Non sign.
Oreilles	22,1	18,5	19,2	<b>19,4</b>	Non sign.
Voies respiratoires	44,9	42,2	37,5	<b>41,4</b>	p < 0,10
Autres	6,5 *	7,1	9,2	<b>7,6</b>	Non sign.
Au moins une infection	65,9	60,0	60,2	<b>61,2</b>	Non sign.
Consultation de professionnels aux trois volets					
Généralistes	40,8	37,6	31,5	<b>36,4</b>	p < 0,05
Pédiatres	40,0	49,5	60,6	<b>50,9</b>	p < 0,0001
Blessures (1, 2, 3)	19,1	17,1	15,7	<b>17,1</b>	Non sign.
Activité physique (3)	64,5	65,5	61,5	<b>64,1</b>	Non sign.
Consommation de médicaments (3)	5,1 *	6,8	4,8 *	<b>5,9</b>	Non sign.
Problèmes chroniques (1, 2)	15,6	12,6	10,5	<b>12,6</b>	Non sign.
Taille inférieure au 10 <sup>e</sup> percentile (3) <sup>2</sup>	8,8 *	8,1	7,4	<b>8,1</b>	Non sign.
Poids inférieur au 10 <sup>e</sup> percentile (3) <sup>2</sup>	7,4 *	6,6	6,0 *	<b>6,6</b>	Non sign.

1. Les chiffres entre parenthèses représentent les volets pour lesquels la variable est disponible (volet 1998 = 1; volet 1999 = 2 et volet 2000 = 3). Sauf avis contraire, un problème de santé est alors observé s'il est présent à l'un ou l'autre de ces volets.

2. Non-réponse partielle de 6 % : présence de biais possible.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Ainsi qu'on peut le voir, plus la position sociale des familles s'élève, meilleure est la santé des tout-petits, telle que mesurée par plusieurs indicateurs analysés. Bien que l'on observe une telle tendance pour la majorité des indicateurs étudiés, les associations ne s'avèrent pas toutes statistiquement significatives. La faible prévalence de problèmes de santé parmi les enfants et des effectifs insuffisants expliquent possiblement ces résultats. Néanmoins, des associations significatives ont été relevées pour l'hospitalisation, la santé perçue, l'asthme et à un degré moindre, pour les infections aux voies respiratoires. Même la consultation de médecins généralistes suit le SSE des familles dans le sens attendu. Quant à la consultation de médecins spécialistes pour enfants, les pédiatres, elle est liée à la position sociale de la famille de l'enfant, mais curieusement dans le sens opposé.

Parmi les enfants vivant dans une famille de faible position sociale depuis leur naissance, environ 29 % auraient une santé perçue par la mère comme moins que très bonne à au moins un des trois volets comparativement à 21 % dans les familles de position sociale moyenne et seulement 15 % dans les familles favorisées. Les enfants vivant dans une famille défavorisée sur le plan social et économique sont également proportionnellement plus nombreux à avoir été hospitalisés au moins une nuit depuis leur naissance. C'est le cas d'environ 33 % d'entre eux contre 18 % de ceux appartenant à une famille de position sociale élevée. Il en va de même pour l'asthme (16 % contre 9 %), et les infections des voies respiratoires (45 % contre 38 %).

Lorsqu'un enfant est plus souvent malade qu'un autre, il est normal qu'il consulte plus fréquemment le médecin et tout aussi cohérent que ses parents recourent à un médecin spécialiste des maladies infantiles. On ne s'étonnera donc pas de constater que parmi les tout-petits dont la famille occupe une position sociale inférieure, il y en a 41 % qui ont consulté un médecin-omnipraticien aux trois volets de l'enquête, comparativement à 32 % parmi les enfants de niveau socioéconomique élevé. Toutefois, il est plutôt surprenant de constater ce qui suit : parmi les enfants vivant au sein de familles très défavorisées, 40 % ont consulté un pédiatre aux trois volets de l'enquête, alors que ce pourcentage monte à 50 % parmi ceux appartenant à une famille moyennement favorisée et à 62 % pour les familles de position sociale élevée. Nous reviendrons sur ce point avec des résultats d'analyses multivariées dans le quatrième chapitre de la thèse, qui est consacré à l'enfance.

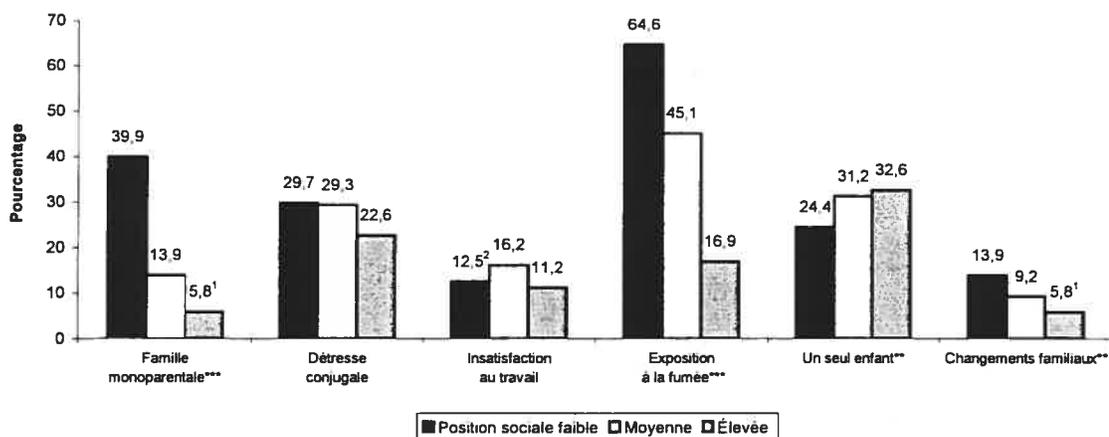
### **2.2.3 La répartition des facteurs de risque ou démographiques selon la position sociale de la famille depuis la naissance**

Les conclusions émanant des principales études longitudinales ont largement motivé le choix des variables retenues comme potentiellement explicatives ou confondantes. Rappelons brièvement l'un de ces grands constats : le SSE durant l'enfance aurait un effet spécifique sur la santé à l'âge adulte et cette relation s'expliquerait en partie par des mécanismes

psychosociaux et, dans une moindre mesure, par l'adoption de comportements nocifs pour la santé. Ce sont ces mécanismes et comportements que nous voulons caractériser ici. Le travail accompli par les autres équipes de recherche de l'ÉLDEQ a aussi alimenté le choix des variables. Les associations statistiquement significatives déjà observées par les autres chercheurs de l'ÉLDEQ avec la scolarité ou le revenu des parents ou divers indicateurs de la santé et du développement des enfants ont orienté la sélection des variables de contrôle pour les analyses. Tous les facteurs associés à l'une ou l'autre des composantes du SSE (scolarité des parents, catégorie socioprofessionnelle des parents ou revenu du ménage) n'ont pas nécessairement été retenus, puisque plusieurs facteurs sont fortement corrélés entre eux, par exemple la monoparentalité, le statut de propriétaire et le revenu. De plus, nous avons sélectionné les variables qui semblent les plus intéressantes, compte tenu des objectifs visés et de la littérature sociosanitaire. Rappelons que nous sommes à la recherche de facteurs de risque ou de protection susceptibles d'influencer les liens entre la santé des tout-petits et la position sociale de leur famille. La description sommaire de ces variables est présentée au tableau II.

Les facteurs de risques ou de protection pour la santé des tout-petits montrent une distribution sociale fort inégale, et ce, pour les trois volets de l'enquête. Nous avons en fait retrouvé des associations statistiquement significatives conformes à la littérature. Ainsi, on constate que la majorité de ces facteurs de risque ou de protection s'avèrent liés à la position sociale de la famille au détriment des tout-petits défavorisés. En fait, plus la position sociale des familles est faible, plus la prévalence de facteurs de risque augmente. Plusieurs de ces facteurs semblent suivre, en forme d'escalier, le niveau socioéconomique des familles. La tendance que nous avons déjà observée chez les poupons de 5 mois dans une autre de nos études se confirmerait (Paquet *et al.*, 2001). Les figures qui suivent présentent les liens entre la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant et les facteurs protecteurs, de risque ou démographiques analysés.

**Figure 1**  
**Liens entre certaines caractéristiques du ménage et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**



\*\* Test du khi-carré significatif ( $p < 0,01$ ).

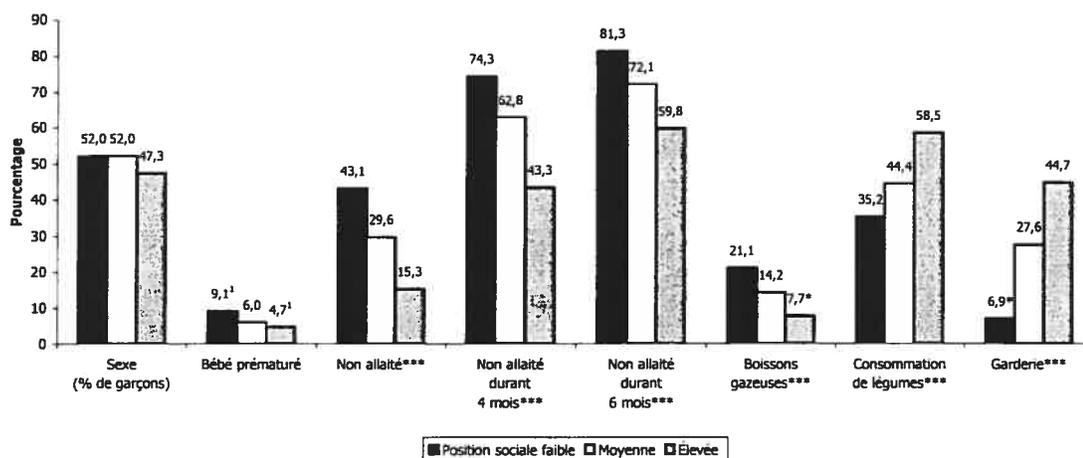
\*\*\* Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).

1. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

2. Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

**Figure 2**  
**Liens entre certaines caractéristiques de l'enfant et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**

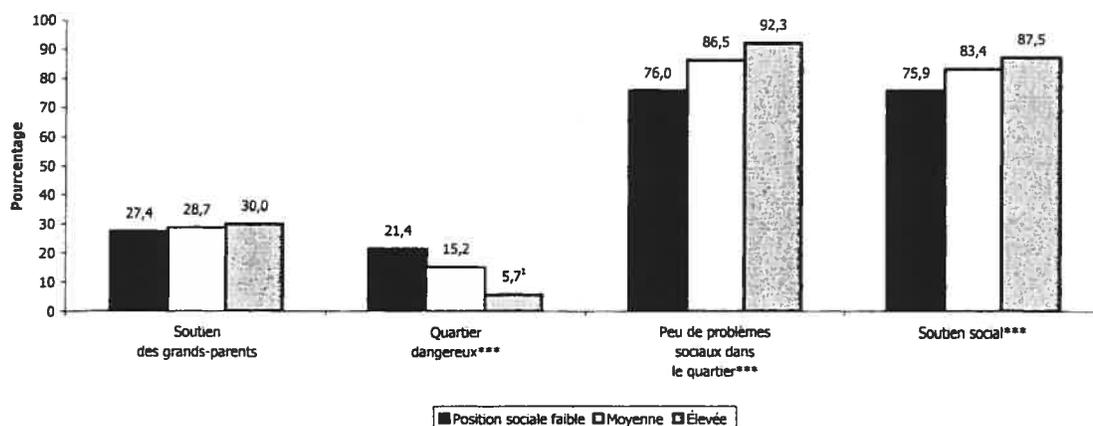


\*\*\* Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).

1. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

**Figure 3**  
**Liens entre certaines caractéristiques du milieu et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**

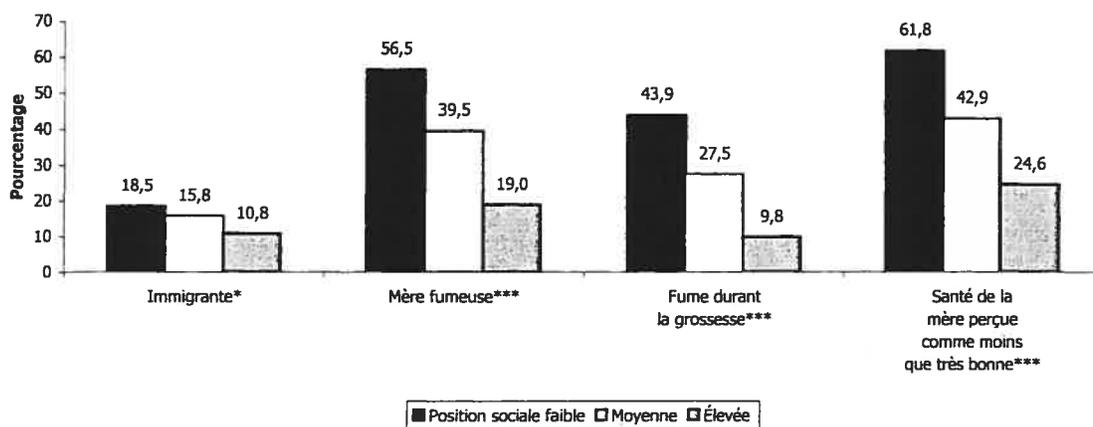


\*\*\* Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).

1. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

**Figure 4**  
**Liens entre certaines caractéristiques de la mère au volet 2000 et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.**



\* Test du khi-carré significatif ( $p < 0,05$ ).

\*\*\* Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Par exemple, comme on peut le voir à la figure 1, parmi les enfants appartenant à la catégorie sociale la plus défavorisée aux trois premiers volets, 40 % vivaient en famille monoparentale à au moins un des trois volets de l'enquête, alors qu'ils étaient proportionnellement beaucoup moins nombreux

dans la catégorie moyenne (14 %) et à peine 6 % dans le niveau élevé. Toutes proportions gardées, les enfants qui aux volets 1999 et 2000 sont exposés à la fumée de cigarette à la maison (figure 1) s'avèrent nettement plus nombreux parmi les familles occupant une position sociale inférieure que parmi celles de niveau moyen ou supérieur (respectivement 65 %, 45 % et 17 %). De plus, 81 % n'ont pas été allaités pendant au moins six mois dans le niveau socioéconomique inférieur, contre 60 % dans les familles de position sociale élevée (figure 2). La consommation quotidienne de légumes est plus fréquente parmi les tout-petits dont la famille appartient à la catégorie sociale élevée (59 % contre 35 %) (figure 2); c'est la situation inverse pour les boissons gazeuses ou aux fruits, où la consommation est plus fréquente chez les enfants vivant au sein de familles moins bien nanties (21 % contre 8 %) (figure 2).

Quant aux caractéristiques du quartier ou du soutien social reçu selon la perception de la PCM, elles varient dans le sens attendu. Plus la position de la famille des enfants s'élève dans l'échelle sociale, moins ceux-ci semblent vivre dans des quartiers dangereux et présentant des problèmes sociaux. En outre, dans ces familles, les PCM déclarent avoir davantage de soutien social (figure 3).

Notons enfin que le fait de fréquenter une garderie s'avère fortement lié au niveau socioéconomique de la famille. Dans la catégorie supérieure, ils sont 45 % à aller à la garderie, 28 % des enfants de position sociale moyenne font de même, alors qu'on en trouve seulement 7 % dans les familles de faible position sociale (figure 4.1). Ce résultat ne surprend guère, puisque les mères de familles de position sociale élevée sont davantage présentes sur le marché du travail.

#### **2.2.4 L'effet net de la position sociale de la famille sur la santé des enfants**

Toujours dans le cadre de la même étude (annexe IV), nous avons examiné la contribution nette de la position sociale de la famille à la santé des enfants. Si, dans toutes les classes sociales, il y avait par exemple la même proportion de tout-petits ayant été allaités pendant six mois, d'enfants vivant

dans des familles monoparentales, d'enfants dont les parents fument à la maison, pourrait-on encore observer des différences de santé selon la position sociale de la famille? C'est dans le but de contrôler cet effet que des analyses multivariées ont été effectuées. À l'aide d'une procédure statistique (modèles de régression logistique), nous avons cerné l'effet net de la position sociale de la famille sur les différences de santé observées chez les enfants une fois considérés certains facteurs de risque ou de protection.

Les variables dépendantes des modèles de régression sont les indicateurs de la santé significativement associés à la position sociale des familles à un seuil de 10 %. Ceux-ci ont déjà été identifiés à la section 2.2.2 (voir aussi le tableau I). Il s'agit de l'hospitalisation, de la santé perçue, des infections aux voies respiratoires, de l'asthme ainsi que des consultations de médecins-omnipraticiens et de pédiatres. De plus, pour valider les liens entre la position sociale et les indicateurs de santé, il faut ajouter d'emblée dans les modèles une variable qui tient compte du type de famille dans lequel vit l'enfant (monoparentale ou biparentale) selon les recommandations des concepteurs de l'indice du SSE (Willms et Shields, 1996). Autrement, les familles ne comportant qu'un seul parent seront toujours désavantagées par rapport aux autres. Pour ce qui est des variables explicatives retenues dans les modèles de cette section, elles ont déjà été identifiées dans la section précédente (2.2.3). Les analyses portent sur l'ensemble des enfants présents (1 985) aux trois volets de l'enquête.

Nous avons considéré un autre type de modèles de régression logistique : les modèles à mesures répétées. Pour chaque enfant, lorsque nous avons trois enregistrements, nous voulons mettre en relief les liens pouvant exister entre les indicateurs de santé et la position sociale à chacun des volets et non les combiner sur l'ensemble des volets (position sociale depuis la naissance). Comme nous l'avons vu, la position sociale des familles peut changer dans le temps (et on peut en dire autant des indicateurs de santé) et il est vraisemblablement important d'en tenir compte. Les modèles classiques de régression logistique supposent une indépendance entre les observations. Ce

n'est toutefois pas le cas ici, car nous avons affaire à des données longitudinales prospectives et on se doit de modéliser la structure de corrélation pour les mesures prises dans le temps sur les mêmes enfants (ou familles) (Allison, 1991). Nous n'avons appliqué ce type de modèle que pour les indicateurs de santé qui ont été mesurés aux trois premiers volets de l'enquête, soit la nuitée à l'hôpital et la perception de la santé de l'enfant. Pour ces deux séries de modèles, les résultats des analyses de régression sont indiqués sous la forme de rapports de cote. Précisons que pour chaque modèle, seules les variables ayant obtenu des résultats statistiquement significatifs sont présentées. L'ensemble des variables de contrôle analysées sont présentées au tableau II.

### ***Comparaisons avec les modèles à mesures répétées***

À première vue, lorsque le modèle à mesure répétée est comparé au modèle fondé sur la mesure de la position sociale depuis la naissance (voir tableau III, modèle 2), on constate relativement peu de changements dans les rapports de cotes des paramètres qu'ils ont en commun et dans leur niveau de signification. Il faut surtout souligner un lien plus faible, mais toujours significatif, avec la position sociale pour le modèle comprenant les mesures répétées. On peut aisément expliquer cette atténuation par le fait que de nombreuses familles se retrouvent dans une position sociale défavorable uniquement durant la première année de vie de leur enfant (résultats non présentés). Cela vient renforcer le choix d'une mesure de position sociale qui tient compte des variations du SSE dans le temps. Pour la santé perçue, tout comme nous l'avons observé avec l'hospitalisation, il y a de fortes ressemblances dans l'ordre de grandeur des rapports de cotes pour les variables indépendantes communes aux modèles 1 et 2 (voir le tableau IV, modèle 2).

### ***L'hospitalisation***

Le premier modèle analyse la relation entre l'admission d'un enfant d'environ 29 mois à l'hôpital pour une nuit depuis sa naissance et la position sociale de la famille (tableau III). Les résultats indiquent la persistance significative d'un avantage en faveur des enfants favorisés, même quand les

effets de l'ensemble des variables de contrôle sont pris en compte. Une position sociale faible demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir été admis à l'hôpital. En plus du statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de passer au moins une nuit à l'hôpital : vivre dans une famille monoparentale, être un garçon, avoir une mère qui n'est pas immigrante, et ne pas avoir été allaité pendant six mois.

**Tableau II**  
**Liste des facteurs de risque retenus pour les analyses bivariées et multivariées**

Facteur retenu	Volet <sup>1</sup>
Sexe	1
Bébé prématuré	1
Mode d'alimentation de l'enfant à la naissance (allaitement)	1, 2
Principal mode de garde selon trois catégories	2, 3
Consommation de boissons gazeuses ou aux fruits	3
Consommation de légumes	3
Statut d'immigration de la mère	3
Tabagisme de la mère	1, 2, 3
Santé perçue moins que très bonne chez la mère	1, 2, 3
Famille monoparentale	1, 2, 3
Détresse conjugale du père ou de la mère	3
Insatisfaction au travail pour le père ou la mère	3
Nombre d'enfants vivant dans le ménage selon trois catégories	3
Exposition à la fumée secondaire à la maison	2, 3
Séparation des parents depuis la 1 <sup>re</sup> entrevue	3
Dépression chez la mère et/ou le père depuis la naissance	3
Soutien des grands-parents maternels et paternels	3
Quartier dangereux/absence d'entraide	3
Soutien social	3
Peu de problèmes sociaux dans le quartier	3

1. Volet 1998 = 1; volet 1999 = 2 et volet 2000 = 3.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

**Tableau III**  
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>	Modèle 2 <sup>3</sup>
	Rapport de cotes	Rapport de cotes
Position sociale depuis la naissance <sup>5</sup>		
Faible	1,90	1,72
Moyenne (élevée)	1,54	1,30
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>4, 5</sup> (biparentale aux trois volets)	1,46	1,32
Garçon (filles)	1,38	1,41
Mère/conjointe non immigrante (immigrante)	1,86	1,68
Non allaité durant 6 mois (allaitement durant 6 mois)	1,34	1,35
Âge de l'enfant		
5 mois	...	1,86
17 mois (29 mois)	...	1,72

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale maximum atteinte par la famille.

3. Modèle avec mesures répétées, donc avec position sociale à chaque volet.

4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 2.

5. Pour le modèle 2, données à chacun des volets.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### **La santé perçue**

Le deuxième modèle d'analyse multivariée porte sur les liens entre la perception de l'état de santé de l'enfant depuis sa naissance par la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) et la position sociale de la famille (tableau IV). Les résultats montrent qu'en contrôlant pour certains facteurs, la position sociale demeure associée à l'état de santé perçu des tout-petits. Avoir une santé moins que très bonne à l'un des trois premiers volets de l'enquête est plus fréquent à mesure que la position sociale des familles diminue, même lorsque l'on tient compte des effets de certains facteurs de risque, de protection ou démographiques. Outre l'influence du statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité d'être perçu par sa mère comme n'ayant pas une très bonne santé : vivre dans une famille monoparentale à au moins un des trois volets, avoir une mère qui s'est déclarée ne pas être en très bonne ou en excellente santé, avoir des frères et des sœurs et vivre dans une famille qui ne

reçoit pas de soutien des grands-parents. De plus, il faut souligner l'effet produit par l'ajout des facteurs « type de famille » et « principal mode de garde » dans le modèle sur la relation entre le SSE et la perception de la santé de l'enfant. Leur présence agit différemment sur cette relation. Alors que le type de famille vient atténuer le lien, le principal mode de garde le renforce davantage (données non présentées).

**Tableau IV**  
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>	Modèle 2 <sup>3</sup>
	Rapport de cotes	Rapport de cotes
Position sociale depuis la naissance <sup>6</sup>		
Faible	1,76	1,79
Moyenne (élevée)	1,40	1,29
Famille monoparentale <sup>6</sup> (biparentale aux trois volets)	1,58	1,44
Aucun soutien des grands-parents maternels et paternels – volet 3 seulement <sup>5</sup> (soutien)	1,37	1,23
Nombre d'enfants dans le ménage <sup>6</sup>		
2 enfants	1,48	1,51
3 enfants ou plus (un seul enfant)	1,58	1,66
Santé perçue de la mère comme étant moins que très bonne <sup>6</sup> (santé perçue très bonne ou excellente aux trois volets)	2,71	2,89
Principal mode de garde utilisé <sup>4, 6</sup>		
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,50	1,65
Autres modes de garde (aucun)	1,23	0,98
Âge de l'enfant <sup>5</sup>		
5 mois	...	1,04
17 mois	...	1,22
(29 mois)		

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale maximum atteinte par la famille.

3. Modèle avec mesures répétées, donc avec position sociale à chaque volet.

4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

5. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 2.

6. Pour le modèle 2, données à chacun des volets.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### **Les infections des voies respiratoires**

Le troisième modèle (tableau V) examine la relation entre les infections aux voies respiratoires à l'âge de 2 ans et demi et la position sociale de la famille

depuis la naissance de l'enfant. Les résultats révèlent la persistance d'un lien, même lorsqu'on prend en compte les effets des variables de contrôle. Ainsi, pour un tout-petit de 29 mois, plus la position sociale de sa famille décroît, plus la probabilité d'avoir eu une infection aux voies respiratoires augmente. De plus, être né de façon prématurée accroît les risques d'avoir déjà eu un tel problème de santé.

**Tableau V**  
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>2</sup>	Modèle 1 <sup>3</sup>
	Rapport de cotes
Position sociale depuis la naissance	
Faible	1,53
Moyenne (élevée)	1,29
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>4</sup> (biparentale aux trois volets)	1,03
Bébé prématuré (non)	1,66
Principal mode de garde utilisé (volets 1999 et 2000) <sup>4</sup>	
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,34
Autres modes de garde (aucun)	1,15

1. La position sociale seule ne semble pas significative à un seuil de 5 % mais en ajustant selon la modalité de garde, elle ressort davantage. Le principal mode de garde a donc un effet très confondant sur la relation entre la position sociale et les infections des voies respiratoires.

2. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

3. Modèle avec position sociale maximum atteinte par la famille.

4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### **L'asthme**

Quant au quatrième modèle (tableau VI), il analyse la relation entre l'asthme à 17 et à 29 mois et la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant. Les résultats indiquent qu'après avoir pris en compte les effets des variables de contrôle, les différences observées plus haut, lors des analyses bivariées, ne sont plus significatives. Même si l'on note un certain potentiel explicatif du côté du quartier évalué par la mère comme ayant de nombreux problèmes sociaux, seule la vulnérabilité accrue des garçons en matière de

santé explique de manière significative sur le plan statistique une partie des différences observées.

**Tableau VI**  
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'asthme chez les enfants à l'âge de 17 et 29 mois, Québec, 1998 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>
	Rapport de cotes
Position sociale depuis la naissance <sup>3</sup>	
Faible	1,68
Moyenne (élevée)	1,23
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>3</sup> (biparentale aux trois volets)	1,19
Garçon (filles)	1,75
Problèmes sociaux dans le quartier <sup>3</sup> (peu de problèmes sociaux)	1,49

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale maximum atteinte par la famille.

3. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En somme, le fait qu'un état de santé précaire soit davantage le lot des tout-petits de faible niveau socioéconomique ne peut être entièrement expliqué par la fréquence plus élevée de facteurs de risque observée en milieu défavorisé. De toute évidence, la position sociale de la famille joue un rôle sur l'état de santé des enfants, et cela, indépendamment des autres facteurs.

En dernière analyse, la recherche de l'explication des différences sociales de santé dans une répartition socialement déséquilibrée des facteurs de risque individuels s'est avérée dans l'ensemble assez décevante. De nombreux travaux ont montré que, si les facteurs de risque individuels expliquent une part significative de la santé des individus, ils n'expliquent généralement que très peu des différences sociales dans la survenue des maladies (Goldberg, 2002).

Ici comme ailleurs, les habitudes de vie liées à la santé expliqueraient une part modeste de la variance observée. (Ferland *et al.*, 1995, Paquet *et al.*, 2001, 2003). La relation entre le statut socio-économique et la santé ne serait pas attribuable principalement aux comportements nocifs pour la santé, pas plus qu'à

une extrême privation au bas de l'échelle sociale ou encore à l'accessibilité aux services de santé. Devant l'impossibilité d'expliquer les différences sociales de santé uniquement par la distribution inéquitable des facteurs de risque individuels, tout indique que d'autres mécanismes relevant des déterminants sociaux de la santé sont en cause pour expliquer les inégalités sociales de santé. En fait, il semble exister un facteur central, associé à la position dans la hiérarchie sociale, qui prédispose à la maladie et à la mort prématurée.

**TROISIÈME CHAPITRE**  
**LES EFFETS DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL SUR LES**  
**INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ**

Question à l'étude : le sentiment d'avoir une emprise sur sa destinée, individuelle ou communautaire, serait-il l'un des facteurs déterminants du gradient social de la santé?

**1. LES PRINCIPAUX COURANTS THÉORIQUES**

Au-dessus d'un certain seuil de revenu où la pauvreté, au sens d'une pénurie des biens de base, ne peut plus être invoquée, il faut se retourner vers « quelque chose de sous-jacent » qui médiate la relation entre le statut socioéconomique et la santé, qui exercerait une puissante influence sur celle-ci. Ce quelque chose est directement en relation avec la situation hiérarchique et exerce une influence sur tous – et pas uniquement sur les minorités défavorisées (Evans et al. 1996). Divers courants théoriques ont tenté de produire, souvent en vain, des modèles explicatifs globaux prétendant intégrer et synthétiser l'ensemble des résultats de recherche (Syme et al., 2002; Goldberg et al, 2002).

Selon Krieger (2001), c'est Cassel qui a introduit en 1976 les fondements d'une théorie de « la contribution de l'environnement social à la résistance de l'hôte ». En fait, Cassel a approfondi l'ancien modèle « hôte-agent-environnement ». La domination liée à la hiérarchie sociale, la désorganisation sociale, la marginalité du statut social conduisant à l'isolement social et au manque de soutien social représentent les facteurs psychosociaux proposés par Cassel. Pour ce dernier, c'est l'affaiblissement de la résistance de l'hôte provoquée par l'ensemble de ces facteurs psychosociaux qui explique la susceptibilité aux maladies de certains groupes sociaux. Certaines catégories sociales sont plus affectées que d'autres par de nombreux problèmes de santé dont les mécanismes bio-physiologiques précis sont pourtant bien différents (tuberculose, schizophrénie ou suicide) (Cassel, 1976).

Pour sa part, le modèle matérialiste, qualifié parfois de « néomatérialiste », pose le principe que les inégalités sociales de santé ont surtout leur origine dans le monde matériel. Elles correspondraient à la combinaison de conditions matérielles de vie et de travail défavorables (Baum et al, 1999). S'ajouterait un manque de ressources matérielles personnelles pour faire face à ces conditions défavorables, ainsi qu'un environnement social caractérisé par l'insuffisance des ressources collectives : par exemple le manque de services publics gratuits et de revenus de transferts (Lynch et al, 2000). On a d'autre part remarqué, depuis une vingtaine d'années, que certaines populations ayant un faible niveau de vie présentent un meilleur état de santé que d'autres populations aux conditions de vie plus favorables, que l'on prenne en compte des pathologies précises ou des indicateurs de santé globaux comme la mortalité (Rose, 1985; Marmot, 2001, 2002). En plus de la contribution majeure des conditions matérielles aux inégalités de santé, on a donc cherché dans l'organisation sociale d'autres déterminants liés à la situation sociale des individus ou des groupes qui pourraient aussi jouer un rôle à l'égard de la santé, de façon directe, ou à travers des mécanismes complexes. De même, il semble utile de rappeler que la relation entre le statut socioéconomique et la santé n'est pas uniquement attribuable à une extrême privation au bas de l'échelle sociale. En effet, dans les pays où l'on parvient à mesurer des différences sociales de santé, un gradient a été observé dans la majorité des pays, mais avec une amplitude variable et des méthodes de recherche hétérogènes (Marmot *et al.*, 1987 ; Marmot *et al.*, 1988 ; Marmot *et al.*, 1999 ; Syme, 1998).

Le modèle écosocial, par exemple, cherche à rendre compte de la complexité de la relation entre appartenance sociale et santé. Ce modèle se veut une synthèse des principales théories qui proposent des modèles expliquant les inégalités de santé au sein des populations (Krieger, 1994). D'après ce modèle, les individus amalgament divers aspects de leur contexte de vie et de travail, avec des effets directs et synergiques, entre expositions, susceptibilité et résistance à la maladie (Goldberg *et al.*, 2002). Les inégalités de santé sont dues à l'exposition à de multiples facteurs de risque dont les effets, cumulés dans le

temps, ont un impact sur la santé et des retombées sur la situation sociale. Insistant sur les déterminants de la santé, cette théorie cherche à analyser les inégalités de santé en fonction de la situation sociale, en évaluant à la fois la contribution des facteurs professionnels et des conditions sociales et économiques associées à la profession exercée. Comme le souligne Goldberg *et al* (2002), ce modèle a pour ambition de proposer une théorie globale des déterminants sociaux de la santé. Pour ce faire, cette approche veut intégrer les interactions entre facteurs caractérisant l'environnement « microscopique » des individus (facteurs biologiques, facteurs de risque individuels, histoires de vie, etc.), l'environnement « mésoscopique » (environnement de résidence ou de travail par exemple) et le niveau macroscopique (organisation sociale et économique, dimensions culturelle et historique) (Siegrist, *et al*, 1998; Siegrist *et al.*, 2000).

À l'évidence, on assiste depuis quelques années à une multiplication de travaux sur les inégalités sociales de santé (Krieger, 2001), probablement associée au fait que celles-ci constituent toujours un problème de santé publique majeur. Néanmoins, des avancées scientifiques dans l'explication de ces inégalités s'avèrent nécessaires. Et c'est fort peu probable qu'un seul modèle théorique puisse expliquer la persistance des inégalités sociales de santé. C'est dans ce contexte qu'il y a cinq ans, pour la première fois, deux importants organismes européens de recherche mettaient en commun leurs efforts, le *Standing Committee for the Social Sciences* et l'*European Medical Research Council*, pour créer un programme scientifique visant à « faire progresser les explications d'un des problèmes modernes de santé publique urgents et des mieux documentés, l'accroissement des inégalités sociales de morbidité et de mortalité à l'intérieur et entre les pays » (Marmot et Siegrist, 2004, p. 1461).

Ainsi, pour soutenir la recherche d'explications aux inégalités sociales de santé, un programme scientifique (*European Science Foundation 2000, Scientific Programme on Social Variations in Health Expectancy in Europe*) a été instauré regroupant soixante-dix chercheurs d'Europe, des États-Unis et du Canada. La

collaboration des chercheurs fut organisée selon un judicieux découpage explicatif comportant trois volets (celui-ci est présenté dans un dossier spécial publié en 2004 sous la direction de Marmot et Siegrist dans la revue *Social Science and Medicine*). En bref, le premier groupe de chercheurs a scruté la trajectoire de vie comme hypothèse explicative des inégalités sociales de santé, en accordant une attention particulière au début de la vie. Le second groupe de chercheurs a concentré son travail scientifique sur le cadre explicatif composé des déterminants sociaux et psychologiques de la santé au mi-temps de la vie (le travail en particulier), ainsi que des liens entre un environnement psychosocial hostile et la santé. Quant au troisième volet, il a réuni les chercheurs autour des variations macrosociales d'espérance de vie en lien avec les disparités régionales, les écarts de revenu et le capital social (Marmot et Siegrist, 2004).

Cette vision des principaux courants explicatifs des inégalités sociales de santé nous apparaît fort pertinente. Elle permet de contourner les querelles, bien souvent stériles, entre les tenants des diverses écoles de pensée et de progresser dans l'intégration des grandes conclusions des travaux de recherche. Nous prendrons donc appui sur ce découpage explicatif dans notre quête de compréhension et d'explications. Résumons la teneur de ces trois grands volets explicatifs.

Le premier cadre explicatif s'intéresse aux influences de la trajectoire de vie sur la santé. L'hypothèse centrale s'énonce ainsi : une exposition cumulative et différenciée aux environnements dommageables ou favorables à la santé est le principal déterminant des variations observées. Une insistance particulière est mise sur l'influence des premières années de vie, compte tenu de des preuves de plus en plus nombreuses des effets à long terme sur la santé de l'environnement de la vie foétale et de la petite enfance (Barker, 1995; Power et Hertzman, 1997; Wardsworth, 1999). De plus, on porte un intérêt particulier aux conditions de défavorisation sociale transmises aux enfants lors de la première socialisation, c'est-à-dire aux chances inégales de départ dans la vie comme l'échec scolaire précoce. Pour ces enfants désavantagés, on observe en général

par la suite une exposition à des conditions sociales défavorables pendant l'adolescence et leur vie de jeune adulte. Cette trajectoire sociale conduit à une augmentation des risques de maladies autour de la quarantaine et de la cinquantaine (Kuh et Ben Shlomo, 1997).

Les variations sociales au mi-temps de la vie constituent l'objet du second cadre explicatif. Plus précisément, on s'intéresse aux comportements nocifs pour la santé des individus et des groupes ainsi qu'aux émotions négatives qui peuvent produire une amplification des réponses au stress. Ces comportements et ces émotions sont analysés dans le contexte de difficiles conditions de travail et de vie et en ayant pour toile de fond que la quarantaine et la cinquantaine représentent, après la première année de vie, la période pendant laquelle les inégalités sociales de mortalité se manifestent le plus fortement (Marmot, Shipley, Brunner, Hemingway, 2001). De plus, on sait que le statut professionnel et la qualité de l'emploi exercent d'importants effets sur l'espérance de vie à cette période. Et ces effets ne sont pas uniquement attribuables aux conditions matérielles, ils sont aussi associés à la dimension psychosociale des environnements hostiles.

Enfin, le troisième cadre explicatif étudié est celui des déterminants macrosociaux de morbidité et de mortalité. Les résultats de recherche soutiennent que de puissants déterminants de la santé se retrouvent dans les caractéristiques globales des sociétés. On s'intéresse ici à l'inégalité prononcée dans la distribution des revenus au sein d'un pays, aux fortes disparités régionales, ou encore au manque de cohésion sociale et de capital social (Diez-Roux, 1998; Kawachi, Kennedy, Lochner et Prothrow-Stith, 1997; Wilkinson, 1996).

### **1.1 LES CARACTÉRISTIQUES GLOBALES DES SOCIÉTÉS EN TANT QUE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

Pour le troisième cadre explicatif, il nous apparaît important d'explorer les notions fréquemment utilisées pour l'étudier, en particulier celles de cohésion sociale et de capital social. Une bonne part de la littérature consacrée aux

comparaisons internationales de mortalité montre que l'espérance de vie ou la mortalité infantile sont mieux corrélées dans de nombreux pays pauvres avec les inégalités dans la distribution des revenus qu'avec le niveau absolu du revenu moyen (Kawachi, 2000). Plusieurs travaux ont mis en évidence des résultats similaires au sein d'un même pays, notamment aux États-Unis (Lynch *et al*, 1998) ou en Grande-Bretagne (Ben-Schlomo *et al*, 1996), à des échelles géographiques diverses (États, régions, zones urbaines). Selon les tenants de ce troisième volet, les sociétés plus égalitaires auraient aussi pour caractéristique de loger à l'enseigne d'une plus grande cohésion sociale. Nous y reviendrons.

Néanmoins, des résultats associant l'inégalité dans la distribution de la richesse collective et le piètre état de santé ont été récemment mis en doute par des travaux utilisant de nouvelles approches méthodologiques (Mackenbach, 2002). Les résultats qui précèdent étaient le fruit de travaux utilisant des analyses écologiques qui ne tiennent compte que de variables agrégées. Une série de travaux récents effectués au Danemark, au Japon et aux États-Unis a été publiée en 2002 dans un même numéro du *British Medical Journal*. Ces travaux tenaient compte de variables individuelles. Des associations nettes sont observées entre une répartition inégale des revenus (États, régions, milieux locaux) et les variables de santé analysées (mortalité globale, santé perçue, maladies chroniques, santé mentale). Toutefois, ces associations disparaissent lorsqu'on ajuste pour les variables individuelles pertinentes : scolarité (Mueller, 2002), revenu (Shibuya *et al*, 2002; Sturm et Gresenz, 2002), facteurs de risque classiques (surpoids, tabagisme, alcool, activité physique) (Osler *et al*, 2002). En d'autres mots, selon ces travaux, il n'y aurait pas d'inégalités sociales de santé au deuxième niveau (échelles géographiques diverses), mais seulement au premier niveau, entre les individus. Cependant, comme nous l'avons exposé dans le premier chapitre, la production et la reproduction des inégalités sociales devant la santé, la maladie et la mort concernent toute la stratification sociale, et ne peuvent être expliquées par un schème d'interprétation qui n'évoquerait que le dénuement matériel des individus et l'inaccessibilité aux services de santé comme facteurs explicatifs.

Ainsi, ce désir d'aller de l'avant dans la recherche d'explications des inégalités sociales de santé a donné lieu récemment à un intérêt en sociologie de la santé pour les notions de capital social et de cohésion sociale. L'expression cohésion sociale réfère aux courants sociologiques issus de la pensée d'Émile Durkheim sur le suicide et sur les formes de solidarité sociale. Par cohésion sociale, on entend généralement les formes de solidarité communautaire et sociale qui permettent de maintenir vivant un tissu social et d'empêcher l'exclusion d'une partie des membres de la société. Les sociétés à forte cohésion sociale favoriseraient le partage de la richesse, on y observerait un attachement réel aux valeurs d'entraide et de solidarité, elles encourageraient la participation sociale dans tous les domaines de la vie collective.

Des recherches devenues classiques dans le domaine de la sociologie de la santé ont récemment été réinterprétées en termes de capital social ou de cohésion sociale<sup>14</sup>. Ainsi, une recherche longitudinale américaine, l'*Alameda County Study*, effectuée dans les années 60 et 70 a montré que les personnes mariées, celles qui avaient de nombreux amis et connaissances, qui s'impliquaient dans des organisations (formelles ou informelles) ou qui s'engageaient dans un groupe religieux, avaient généralement un taux de mortalité inférieur aux personnes davantage isolées, et ce même en tenant compte de l'effet du SSE et des habitudes de vie nocives pour la santé (pour les hommes, la différence était du simple au double) (Berkman *et al.*, 1979).

---

<sup>14</sup> Mentionnons que pour plusieurs des chercheurs dans le domaine de la santé auxquels nous nous référons, ces notions sont à toutes fins utiles employées comme des synonymes. Il faut pourtant les différencier conceptuellement, puisque des petits groupes peuvent avoir un « capital social » tout en ayant un effet déstructurant sur la cohésion sociale (par exemple : les groupes de motards criminalisés).

Mais pour certains, la notion de cohésion sociale présente les caractéristiques d'un quasi-concept (Bernard, 1999) et pour l'essentiel, elle servirait de cache-misère des inégalités sociales grandissantes (Jenson, 1998). Pour Bernard (1999), la cohésion sociale est aussi un concept de convenance, comme les expressions apparentées de capital social ou de confiance mutuelle. Bien que ces notions attirent l'attention sur les dangers du néolibéralisme, elles préconisent trop souvent un retour aux valeurs et à la compassion, plutôt qu'une rectification des inégalités sociales et une médiation institutionnelle des intérêts. Une véritable cohésion sociale devrait pouvoir compter sur la présence d'institutions publiques aptes à gérer adéquatement les conflits sociaux et dans une moindre mesure sur un partage de valeurs. Pour Bernard, la cohésion sociale est :

Une des ces constructions mentales hybrides que le jeu politique nous propose de plus en plus souvent, à la fois pour détecter des consensus possibles sur une lecture de la réalité et pour les forger. (Bernard, 1999. p. 2).

Judith Maxwell a fourni une définition de la cohésion sociale qui sert fréquemment de référence au Canada, à tout le moins en partie, et l'égalité y occupe une place de choix :

*« La cohésion sociale se construit sur les valeurs partagées et un discours commun, la réduction des écarts de richesse et de revenu. De façon générale, les gens doivent avoir l'impression qu'ils participent à une entreprise commune qu'ils ont les mêmes défis à relever et qu'ils font partie de la même collectivité. » (1999 : p. 13)*

Or, Bernard (1999) fait remarquer que l'État canadien se tient loin de cette position. *L'Initiative de recherche sur les politiques publiques* assigne trois respectables objectifs au développement de notre société : la croissance économique, le développement humain et la cohésion sociale; mais l'égalité est absente. C'est ici que la notion de cohésion sociale révélerait sa nature de quasi-concept :

*« Un appel à la solidarité de tous les membres de la société ne peut faire l'économie de toute référence à des principes élémentaires d'équité. D'où la valse hésitation autour de la notion de cohésion sociale : elle demeure le plus souvent non définie, et quand elle l'est, l'égalité ne s'y retrouve pas toujours, à moins qu'elle n'y apparaisse sous la forme atténuée de l'égalité des chances » (Bernard, 1999 : p. 13).*

Le concept de capital social est encore plus flou et plus difficile à définir dans la multiplicité des usages parfois contradictoires que l'on en fait. Quoi qu'il en soit, on s'entend généralement pour dire que le capital social réfère à l'ensemble des relations, de normes et de compétences structurant une communauté ou un groupe qui ne sont pas strictement marchands ou bureaucratiques. En ce sens, et à l'échelle communautaire, les recherches sur le capital social vont accorder une importance décisive à l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires, à la présence d'installations publiques dans une localité (bibliothèques, piscines, parcs, etc.), à l'appartenance à des organismes civiques, religieux ou bénévoles, mais aussi au sentiment de confiance, d'obligation réciproque et d'entraide qui se noue au cœur des liens entre les membres d'une communauté. Le capital social est aussi envisagé comme une ressource qu'un individu peut « posséder » et dont il peut user : réseaux d'amis ou de connaissances, savoir-faire social, influence sociale par le biais de l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires (Kawachi, *et al.* 1999).

Mais, on oublierait trop souvent que le capital social est un bien exclusif (Bernard 1999). Les individus qui s'intègrent dans des réseaux de contacts ne tiennent pas à étendre le privilège de cet accès au risque d'en diminuer les bénéfices. De sorte que la cohésion sociale peut prendre la forme de la cohésion de certains à l'encontre des autres, qui en sont exclus. En fait, le capital social peut, dans la même dynamique, être inclusif ou exclusif. Mais plus fondamental encore pour Kay et Bernard (2004), l'analyse du capital social doit s'effectuer en référant constamment à l'inégalité sociale, puisque l'inégalité sociale précède et façonne l'utilisation des réseaux sociaux. Elle est reproduite et transformée par l'utilisation des réseaux, par l'augmentation de ces réseaux et leur multiplication.

Cela a pour effet de diviser les gens selon un ensemble de relations pourvues fort différemment. Dans leurs efforts de clarification de la notion de capital social, Kay et Bernard (2004) concluent qu'on ne peut détacher le capital social de l'inégalité sociale : le capital social inclut et exclut des acteurs sociaux, il les unit et les divise. Il importe d'être attentif au fait que l'inégalité sociale est inhérente au capital social, particulièrement quant il se reproduit et se structure au fil du temps.

Néanmoins, comme le soutient Bernard (1999), il serait hasardeux de faire fi des notions de cohésion sociale et de capital social. Il faut plutôt en faire la critique et montrer qu'elles entretiennent forcément des liens étroits avec la question de l'équité et de la justice sociale.

## **1.2 L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL**

Pour Siegrist et Marmot (2004), la distinction traditionnelle entre la sociologie et la psychologie relève de l'affirmation que le social constitue une réalité au-dessus et au-delà des vies et des expériences individuelles des personnes. Les théories macrosociologiques se sont donc intéressées aux explications collectives plutôt qu'aux comportements individuels, alors qu'en psychologie, la réalité expérimentale de base est produite et reflétée par l'interaction individuelle des personnes. De sorte que le comportement individuel a été et continue d'être l'objet des théories psychologiques explicatives. Mais cette distinction entre la sociologie et la psychologie a été contestée. Des sociologues comme Max Weber, George Hervert Mead, William I. Thomas, Alfred Schutz and George C. Homans, soutiennent que les explications sociologiques ont besoin de prendre en compte le niveau individuel du comportement si l'on veut comprendre les motivations et les significations des actions (Siegrist et Marmot, 2004). Dans cette perspective, les structures sociales ne doivent pas être pensées comme un simple classement des contraintes de l'action humaine, mais comme ayant aussi une influence sur les possibilités de l'individu. Bien que l'intérêt premier de la sociologie demeure le niveau collectif des phénomènes sociaux ; mais elle a besoin dans ses analyses

directes du niveau individuel, et en particulier en ce qui concerne le profil général des motivations à l'origine d'une vaste étendue de comportements (Siegrist et Marmot, 2004).

Sur la base de cette avancée théorique, Siegrist et Marmot (2004) soulignent deux profils généraux (et peut-être universels) de motivations humaines en lien avec l'environnement social : le besoin de bien-être physique et mental d'une part, et le besoin de vivre des expériences personnelles positives, d'autre part. Connaître au fil du temps des expériences personnelles positives est étroitement liée au sentiment de bien-être. Or, c'est l'environnement social qui procure des possibilités de participation, d'action ou de contribution et, par conséquent, la chance de recevoir des réactions favorables. Inversement, une structure sociale peut priver des individus d'occasions de participation, d'action ou de contribution, ce qui les empêchera de recevoir des réactions favorables et affectera souvent l'expérience personnelle.

On peut définir ainsi l'environnement psychosocial : la gamme de possibilités que procure à un individu une structure sociale afin qu'il puisse satisfaire ses besoins de bien-être, de productivité et d'expériences personnelles positives (Siegrist et Marmot, 2004). Deux aspects de l'expérience personnelle sont particulièrement importants pour le bien-être et la santé : la perception d'une efficacité personnelle et l'estime de soi. L'efficacité personnelle se définit comme la croyance qu'a une personne dans sa capacité à accomplir des tâches. Cette croyance est basée sur une évaluation positive de ses propres compétences et des résultats escomptés. Un environnement psychosocial favorable au développement de l'efficacité personnelle permet à l'individu d'exercer ses habiletés et d'expérimenter le contrôle par l'accomplissement d'actions fructueuses (Siegrist et Marmot, 2004).

En somme, l'environnement psychosocial représente le concept qui relie les possibilités offertes par la structure sociale en réponse aux besoins individuels fondamentaux d'efficacité personnelle et d'estime de soi favorables.

La santé et le bien-être se révèlent considérablement influencés par la qualité et l'intensité de ces processus.

### **1.3 LE SENTIMENT D'AVOIR DU CONTRÔLE SUR SA DESTINÉE**

Ainsi, les conditions du maintien d'une bonne santé, comme les causes les plus générales de sa dégradation pourraient trouver une part importante de leur explication dans un ensemble de facteurs psychosociaux. C'est dans cet esprit que plusieurs travaux ont avancé l'hypothèse que les inégalités sociales de santé seraient liées de près à des inégalités dans le sentiment d'avoir une emprise sur sa destinée, à des inégalités quant au sentiment de participer pleinement à la vie sociale, à une inégale répartition du sentiment que sa propre vie est compréhensible ou contrôlable. Le sentiment d'avoir du contrôle sur sa vie s'inscrit dans cette approche. Il constitue l'un des facteurs les mieux documentés parmi les mécanismes psychosociaux qui sous-tendent les inégalités sociales de santé. C'est à certains auteurs-clés que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur cette dimension : à Marmot et ses collègues lors des travaux de Whitehall, à Wilkinson (1996) pour son exploration des effets sanitaires des inégalités sociales ou à Antonovsky (1987) pour ses travaux sur le sens de la cohérence. Selon ces chercheurs, la position sociale d'un individu dans les sociétés industrielles avancées ne définit pas d'abord une capacité matérielle de satisfaire des besoins de base (sauf pour une frange de la population tout en bas de la hiérarchie sociale), mais s'articule davantage à une capacité de participer pleinement à la vie sociale et d'avoir un contrôle sur sa propre destinée.

Le sentiment de contrôler sa destinée est un des indicateurs psychosociaux qui a montré son utilité dans l'explication du gradient social de santé. Le sentiment de contrôle est ainsi généralement présenté comme une variable médiatrice, expliquant une large part de la relation entre inégalité socioéconomique et état de santé (Bosma *et al.*, 1997). Bien qu'il soit défini de multiples manières, le sentiment de contrôle renvoie à l'idée d'être maître de sa destinée. À l'opposé se trouve en quelque sorte le fatalisme; le sentiment que le monde est largement « déterminé » par le hasard, ou encore par le pouvoir des

autres, c'est-à-dire que ce sont les autres qui détiennent le contrôle de notre destinée personnelle.

Le sentiment de contrôle est un prédicteur de santé physique et mentale (Shutz, 1976), de l'utilisation des services de santé (Krause, 1988), de la mortalité chez les personnes âgées (Menec *et al.*, 1997), en plus d'être relié à des habitudes de vie en lien avec la santé comme le tabagisme ou la pratique d'activité physique de loisir. Bref, non seulement il s'impose comme variable médiatrice dans l'explication du gradient social de la santé, mais, soulignons-le, il permet de dégager une indication de la résilience tout autant que de la capacité d'adaptation à l'environnement social et physique. Par exemple, dans le contexte de l'environnement de travail, les données longitudinales de *Whitehall II* ont montré que le sentiment d'avoir peu de contrôle sur son travail était un puissant prédicteur de l'incidence de maladies cardiaques, et que la prise en compte de ce facteur permettait d'expliquer une large part de la variation des maladies cardiaques entre les classes sociales. Ce sentiment expliquait davantage les différences sociales dans l'incidence de maladies cardiaques que la prise en compte des facteurs de risque classiques (cholestérol, pression sanguine, tabac, indice de masse corporelle, pratique d'une activité physique de loisir). Comme le sentiment de contrôler sa destinée est étroitement lié à l'environnement social d'un individu, il est par le fait même susceptible de se transformer suivant les circonstances de la vie. Des travaux sur la Russie indiquent qu'un effondrement du sentiment de contrôler sa destinée serait associé à la chute catastrophique de l'espérance de vie qui a sévit pendant les années 90 (Bobak *et al.*, 1998). En ce sens, ces travaux prennent une distance face à une interprétation du contrôle ou de la « *mastery* » comme indicateur de personnalité; ils indiquent plutôt que le contrôle est un produit social.

Dans un esprit similaire, les travaux d'Antonovsky sur le sens de la cohérence se sont donnés pour projet de décrire et de comprendre le processus de résistance des individus aux sources de stress dans leur environnement. Antonovsky a développé le concept de sens de la cohérence pour décrire la

capacité des individus de *comprendre* (compréhensibilité), de *gérer ou contrôler* (manageability), et de *donner une signification « motivante »* (meaningfulness) à une situation. Ce concept s'inscrit au cœur de l'approche salutogénique défendue par Antonovsky, où le centre d'attention n'est pas tant l'étiologie spécifique des différentes maladies, mais ce qui, de manière générale, permet à un individu de maintenir une bonne santé. Ce détournement du regard amène Antonovsky à s'intéresser aux ressources psychosociales favorisant la résilience et la résistance au stress. Ainsi, un individu qui a développé un sens de la cohérence solide serait plus apte à affronter les sources de maladies liées au stress.

Si l'intérêt de recherche d'Antonovsky est la bonne santé, rien n'empêche de considérer qu'un faible sens de la cohérence peut être analysé comme un facteur favorisant la maladie. Pour Antonovsky le sens de la cohérence est un concept social : un environnement social et économique stable, avec des normes et des valeurs elles-mêmes stables et identifiables, favorise le développement du sens de la cohérence (Antonovsky, 1987). Celui-ci serait étroitement lié à l'intégration sociale et aux conditions d'existence. Par voie de conséquence, l'hypothèse qu'une inégale répartition du sens de la cohérence entre les classes sociales puisse participer à l'explication des inégalités de santé est tentante. C'est ce qu'ont exploré des chercheurs associés au *Level of Living Survey* suédois, et leurs résultats tendent à confirmer cette hypothèse (Lundberg et Peck, 1994). Ainsi, les ouvriers et les paysans étaient plus susceptibles que les autres d'avoir un sens de la cohérence faible. De plus, les personnes qui rapportent avoir connu des difficultés économiques ou celles qui ont connu une dégradation de leur situation socioéconomique sont aussi beaucoup plus nombreuses à avoir un faible sens de la cohérence. Globalement, le sens de la cohérence se distribuait entre les classes sociales de manière graduée. Ils en concluent que le sens de la cohérence est fortement influencé par la position sociale des individus. Dans une seconde partie de leur analyse, ils montrent que même en contrôlant l'effet de l'âge, du sexe, de la classe sociale, des conditions de vie difficiles, de la dégradation des conditions de vie, le sentiment de

cohérence continuait d'avoir un effet significatif et important sur l'incidence de maladies circulatoires et sur certains troubles mentaux ou psychologiques. D'autres travaux témoignent également de la pertinence du sens de la cohérence comme déterminant de la santé (Lundberg, 1997, McSherry et Holm, 1994).

#### **1.4 LES LIENS ENTRE LE SOCIAL ET LE BIOLOGIQUE**

Par quels mécanismes « le social passe-t-il sous la peau »? Plusieurs groupes de chercheurs ont proposé des mécanismes reliant le stress généré par des situations sociales hostiles à des effets pathogènes (McEwen, 1998). Ils identifient des mécanismes neuro-immunitaires et neuro-endocriniens ou des effets sur le système cardiovasculaire. (Brunner, 2000). En plus des effets directs, ces mécanismes pourraient aussi expliquer une plus grande vulnérabilité à la maladie de façon non spécifique. En ce sens, des chercheurs ont analysé les effets de la perception de sentiments négatifs, comme la honte, l'hostilité ou le sentiment d'injustice, liés à une faible position sociale. Ces mécanismes biophysiques permettraient de comprendre la grande diversité des maladies pour lesquelles on note des différences sociales (Evans, *et al*, 1996).

En fait, on s'intéresse de plus en plus au rôle médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. (Sapolsky, 1992). Les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui durent longtemps. Le stress perçu par l'hypothalamus agirait sur l'hypophyse, qui à son tour agit sur les glandes surrénales qui élèvent le niveau de glucocorticoïdes. Ce serait l'élévation continue du niveau de glucocorticoïdes qui serait dommageable. Les effets seraient nombreux, notamment sur la digestion, sur l'énergie vitale et sur la tension artérielle. Certains effets sont connus depuis moins longtemps : ceux qui concernent le système immunitaire et la mort neuronale entraînant un vieillissement prématuré. Rappelons-le, les études de Marmot l'ont démontré, plus l'on est situé au sommet de la hiérarchie sociale, plus on arrive facilement à diminuer le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu.

Sur le plan psychologique, nous savons que l'efficacité personnelle engendre des sentiments de maîtrise et des perceptions de contrôle (Marmot et Siegrist, 2004). Sur le plan psychobiologique, la maîtrise de réactions destructrices jumelée à des attentes optimistes provoque une activation saine de l'axe de stress adrénaline-cortisol. On peut alors présumer qu'un environnement psychosocial qui offre des possibilités de vivre des expériences d'efficacité personnelle produit des effets favorables sur la santé et le bien-être, alors qu'en revanche, des effets opposés sont attendus pour l'individu confiné à un environnement psychosocial restrictif et comportant peu de possibilités de contrôle. Une relation similaire est présumée à l'égard de l'estime de soi, c'est-à-dire l'expérience positive continue de sa valeur personnelle (Marmot et Siegrist, 2004). Un tel sentiment est procuré par un environnement psychosocial permettant à l'individu de développer les habiletés nécessaires pour entrer en contact avec les autres de façon significative, tout en lui offrant la possibilité de recevoir des réactions appropriées lorsqu'il a bien accompli ses tâches. L'estime de soi renforce les sentiments d'appartenance, d'approbation et de succès.

Sur le plan psychobiologique, il y a maintenant des preuves du puissant rôle régulateur du système mesolimbique dopaminergique, un système cérébral impliqué dans la motivation, le renforcement et la reconnaissance du bien-être personnel et interpersonnel (Blum, Cull, et *al.*, 1996 ; Rolls, 2000). Les structures des neurones récepteurs sensitifs du cortex de l'orbite frontal modulent la qualité et l'intensité des émotions associées à l'expérience d'attentes comblées ou insatisfaites. Si l'environnement psychosocial prive l'individu d'expériences de participation et d'approbation, des sentiments permanents de déception et de frustration émergent. Une reconnaissance déficiente est particulièrement stressante, si les efforts déployés sont dépourvus de réciprocité (Siegrist, 2000). Se percevoir exclu ou non peut survenir n'importe où, en dépit des efforts personnels déployés et peut devenir un sentiment d'emprisonnement généralisé dans un environnement social hostile. Un environnement psychosocial adverse jumelé à des attentes fatalistes à l'égard de l'avenir constituent une réponse inadéquate au stress (Kristenson et *al.*, 2004). Le « *coping* » serait en fait un

important facteur dans l'explication des différences sociales de santé (Kristenson et al., 2004). Le terme *coping* fait référence à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou d'en diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique<sup>15</sup>. Cette tentative de maîtrise poursuit deux buts essentiels : éliminer ou réduire les conditions environnementales stressantes, mais aussi le sentiment de détresse qu'elles induisent. D'autres termes présents dans la littérature réfèrent à cette tentative de maîtrise : le sentiment de contrôle, le sens la cohérence et l'estime de soi (Kristenson et al., 2004).

Les inégalités sociales de santé seraient le résultat d'un double fardeau : les personnes de faible niveau socioéconomique ont en général une exposition plus grande à des conditions de vie stressantes et moins de ressources protectrices. Un renforcement négatif répété amène des attentes défaitistes et moins de maîtrise. Cela conduit à un déclin de la santé vers la maladie. En d'autres mots, le manque d'habiletés adaptatives amène de la tension, de la frustration et par la suite de l'impuissance et du désespoir. Ces états ont des conséquences biologiques et des conséquences sur le plan des comportements. La réponse biologique au stress peut se développer en une dynamique saine, mais aussi devenir un état de tension continu accompagné d'un manque de capacité d'y répondre. Rappelons que ce serait notamment l'élévation constante de glucocorticoïdes qui serait néfaste pour la santé. Quant à la réponse comportementale, elle se développe en une acceptation saine des défis ou bien elle peut prendre la forme d'un déclin et d'un manque d'initiative et d'énergie pour travailler à une vie meilleure. Les effets psychobiologiques directs de l'activation continue de l'organisme en réaction à des conditions de vie stressantes et le changement qui survient dans le comportement et la motivation forment un cercle vicieux. Des expériences négatives répétées de situations

---

<sup>15</sup> Lazarus et Folkman définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives (Lazarus et Folkman (1984).

stressantes et l'adoption d'un style de vie malsain interagissent et entraînent des effets cumulatifs néfastes pour la santé (Kristenson et *al.*, 2004).

Dans la recherche des causes des inégalités sociales de santé les facteurs structurels sont évidemment primordiaux. Par exemple, si l'on parvenait à réduire la polarisation de la société, à diminuer la défavorisation matérielle et la demande psychologique sans reconnaissance, ou encore, à développer la capacité de soutenir l'environnement social, à l'évidence nos gains en matière d'égalité sociale devant la santé seraient manifestes. Mais de façon concomitante, des stratégies visant le soutien des individus sont indispensables (Kristenson et *al.*, 2004). Certes, les stratégies d'*empowerment* peuvent quelques fois être perçues comme un dogme politique ; pourtant, il importe de ne pas oublier qu'elles ont pour ambition d'accroître les chances des individus de développer des attentes positives, des espoirs, une estime d'eux-mêmes et une confiance dans leur capacité d'avoir une emprise sur leur destinée. Plusieurs études ont déjà montré des effets positifs de programmes d'intervention basés sur l'*empowerment* dans diverses populations (Starke, 2000). Récemment, l'European Network of Health Promoting Agencies (ENHPA) a lancé un projet dans plusieurs pays européens sur le thème suivant : « Tackling Inequalities in Health ». Les résultats émanant de l'expérience allemande révèlent que les participants activement impliqués dans la planification et l'implantation d'un projet rapportaient une amélioration de leur intégration sociale, de leur débrouillardise et de leur confiance (Siegrist et Joksimovic, 2001).

Comme les différences sociales de santé ont souvent leur origine dans les premières années de la vie, les deux derniers chapitres de notre thèse seront consacrés à cette période afin de dénicher des pistes fécondes pour l'intervention préventive. Compte tenu des indications de plus en plus nombreuses des effets à long terme sur la santé de l'environnement social de la petite enfance, nous scruterons les conditions de vulnérabilité sociale transmises aux enfants lors de la première socialisation, c'est-à-dire les chances inégales de départ dans la vie, notamment l'échec scolaire précoce. Concrètement, nous

avons pour objectif de montrer, qu'en milieu défavorisé, il est possible de favoriser le développement du sentiment d'emprise sur sa destinée dès la petite enfance.

De plus, nous souhaitons identifier des facteurs qui permettent de déjouer les habituels liens de causalité entre une enfance vécue en milieu défavorisé et l'état de santé à l'âge adulte. Car pour réduire la prévalence de problèmes de santé et de participation sociale chez les adultes qui vivent au bas de l'échelle sociale, outre l'intérêt que l'on doit porter aux conditions économiques de l'enfance, il importe de découvrir des facteurs protecteurs de l'état de santé et de bien-être des tout-petits. D'où l'importance d'analyser le rôle des facteurs sociaux dans la production et la reproduction des inégalités sanitaires dès le très jeune âge. Comme l'a indiqué le psychologue Erik H. Erikson :

*« La relativité psychosociale s'impose : impossible de saisir le développement d'une personne sans comprendre le contexte culturel et historique, personnel et social, du déroulement de sa vie. Semblables aux fils de couleurs qui composent la tapisserie qu'est une vie, les enjeux peuvent dès lors devenir des filons qui permettent de saisir notre histoire et celle des autres (Houde, 2003 : A9) ».*

**QUATRIÈME CHAPITRE**  
**L'IMPORTANCE DE LA PETITE ENFANCE**  
**POUR LA SANTÉ À L'ÂGE ADULTE**

Question à l'étude : la petite enfance est-elle une période cruciale pour le développement du sentiment d'emprise sur la vie ainsi que pour l'expression de facteurs de protection?

**1. LES PRINCIPAUX CONSTATS DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS**

Les relations fondamentales entre les conditions de vie durant l'enfance d'une part, et d'autre part, l'apprentissage, les difficultés d'adaptation sociale et la vulnérabilité aux problèmes de santé à l'âge adulte commencent à être mieux connues. Par exemple, il semble que pendant une « période cruciale » de la petite enfance, la présence ou l'absence d'un soutien matériel et affectif adéquats soient déterminantes dans le développement du système nerveux central : c'est un moment de la vie où le cerveau est particulièrement malléable et où le cortex cérébral se développe le plus rapidement. Ce développement est lui-même fortement impliqué à son tour dans l'action des systèmes immunitaire et endocrinien, en particulier en ce qui concerne leur capacité de réagir adéquatement aux « stress ». Bref, cette période serait le moment privilégié de constitution du système de défense de l'organisme contre les multiples agressions qui forment à des degrés divers le lot commun d'une vie humaine dans un environnement social. Cela indique la présence d'un effet cumulatif dont on commence à identifier les facteurs prédictifs (Case *et al.*, 2001; Eming Young, 2002; McCain *et al.*, 1999 ; Paquet, 1998 ; Rahkonen, 1997; Syme, 1998, Wadsworth, 1991). Comme les enfants ne naissent pas dans des ménages disposant d'un accès égal aux ressources monétaires, scolaires, affectives, sociales, etc., et comme ces désavantages semblent être interreliés, on peut aisément reconnaître que la petite enfance est susceptible de participer à la (re)production des inégalités sociales de santé. Plusieurs enquêtes longitudinales viennent confirmer cet effet du statut socioéconomique de la

famille sur la santé des enfants, mais surtout sur les parcours sanitaires à long terme des individus et, par conséquent, sur la distribution des maladies, des maux et de la santé dans une population.

Une étude longitudinale britannique montre que l'état de santé à l'âge de 33 ans est prédit de façon optimale par une combinaison de facteurs sociaux et biologiques transmis (faible poids et petite taille à la naissance, entre autres) et d'expositions ultérieures à des événements et des comportements défavorables pour la santé (Power *et al*, 1996). Pour ces chercheurs, cet effet cumulatif n'est pas simplement l'addition de facteurs défavorables, mais plutôt le résultat de cheminements (pathways) marqués par des interactions entre les conditions défavorables et les événements qui se succèdent tout au long du cycle de vie. Ainsi, avoir une situation socialement défavorable et un mauvais état de santé dans l'enfance amènent une plus forte probabilité d'avoir une mauvaise scolarité qui, elle même, accroît les chances d'obtenir des emplois moins qualifiés, ce qui entraînera des conditions de travail plus difficiles et des expositions à des produits dangereux, une plus grande précarité professionnelle, etc.

Pendant une longue période, le seul indicateur de santé des nourrissons était la mortalité infantile, qui a souvent été utilisé non pas en tant que tel, mais comme indicateur de développement d'un pays, d'une région ou d'un quartier. Plusieurs études ont montré que la mortalité périnatale et infantile variait de manière importante en fonction du statut socioéconomique (SSE) du père, de la mère ou du couple, prenant souvent la forme d'un gradient. Des données britanniques (Botting, 1997), françaises (Kaminski *et al*, 2000), et suédoises (Leon *et al*, 1992), entre autres, convergent sur cette question. Lorsque l'information est disponible, il semble que des différences de SSE soient notables pour toutes les causes principales de décès (malformations, prématurité, infection) (Olsen *et al*, 1993). Ce gradient apparaît dans tous les pays industrialisés, malgré une baisse importante et stable de la mortalité infantile. Prenons l'exemple du Québec. Selon des données de l'Institut de la statistique du Québec, la mortalité périnatale, néonatale et infantile a diminué

considérablement depuis les vingt-cinq dernières années. Néanmoins, la mortalité foetale et infantile demeure étroitement liée au niveau de scolarité de la mère (Chen *et al*, 1998). Toute volonté d'intervenir sur cette mortalité spécifique devrait tenir compte des inégalités sociales. En effet, comme le mentionnent Chen et ses collègues (1998 : 57) : « *Si les taux de mortalité pour chaque niveau de scolarité étaient aussi faibles que pour le niveau de scolarité le plus élevé, le nombre de morts foetales et infantiles diminuerait d'environ 20 %.* »

Plus fréquentes sont les situations où un enfant est né prématurément ou avec un poids insuffisant. Des données de divers pays européens concluent à l'existence d'un gradient social de prématurité et d'hypotrophie, que le SSE soit défini par le niveau d'éducation de la mère ou par la catégorie professionnelle des parents (Berkowitz *et al*, 1993, Kramer *et al*. 1998). Ainsi, dans une enquête longitudinale auprès des femmes enceintes à Londres, il est apparu que l'appartenance à une classe sociale défavorisée, un faible niveau de scolarité et un bas revenu sont tous associés à une augmentation du risque de naissance prématurée (Peacock *et al*, 1995).

De plus, des chercheurs américains (Starfield *et al.*, 1991) ont montré que, pour les familles à faible revenu, la prise en compte du profil de pauvreté (persistant ou temporaire) était particulièrement révélatrice. Ils mettent en lumière des différences importantes d'incidence de naissances à faible poids selon que la pauvreté est mesurée par sa persistance sur plusieurs années ou simplement par le revenu mesuré pendant l'année de la grossesse. Des études britanniques incontournables ont été menées à l'aide de données provenant d'enquêtes de cohortes de naissances. Parmi celles-ci, les travaux de Barker et ses collaborateurs (Barker *et al.*, 2001, Barker, 1997) sont exemplaires. Leurs recherches ont d'abord réaffirmé la relation observable entre le poids à la naissance et les risques de mourir de maladies cardiovasculaires beaucoup plus tard à l'âge adulte. La mort « précoce » due aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte serait donc en partie explicable par une variable biologique – la malnutrition prénatale. Par ailleurs, une analyse multivariée plus fine permet

d'illustrer l'interaction entre les conditions de l'enfance et de l'âge adulte, ainsi qu'entre des variables de nature biologique et socioéconomique. Par exemple, si le poids à la naissance est prédictif des maladies cardiovasculaires, les hommes de faible poids à la naissance seront plus vulnérables à un statut socioéconomique désavantageux à l'âge adulte. Les individus nés avec un poids normal tendent à être plus « résilients » quant aux effets négatifs de mauvaises conditions socioéconomiques. L'analyse de ces données britanniques longitudinales illustre l'interaction entre le biologique et le social.

Par ailleurs, des travaux américains (Duncan *et al.*, 1994), utilisant des données longitudinales de la *Infant Health and Development Program*, ont montré que le revenu des familles était fortement lié au développement cognitif et à la présence de problèmes comportementaux chez des enfants de 5 ans. Ainsi, le revenu familial s'est révélé très fortement corrélé aux résultats d'un test de QI (enfants de 5 ans) ainsi qu'à la présence de problèmes de comportement. De plus, la pauvreté persistante s'est révélée deux fois plus influente que la pauvreté transitoire sur le résultat au QI, et de 60 à 80 % plus influente sur les problèmes de comportement.

Autre illustration : utilisant une enquête de cohorte d'hommes écossais pour départager le rôle respectif des conditions socioéconomiques désavantageuses dans l'enfance et celles de l'âge adulte, Davey-Smith et ses collaborateurs (1998) ont tracé un portrait des déterminants de la mortalité à l'âge adulte. Ils concluent que les conditions socioéconomiques pendant l'enfance sont fortement liées à la mortalité par accident, par cancer du poumon, et qu'elles entrent (conjointement avec les conditions socioéconomiques à l'âge adulte) dans l'étiologie des maladies respiratoires et des maladies cardiovasculaires. Dans une autre étude, Davey Smith *et al.*, (1997) analysent l'influence du SSE sur la mortalité durant l'enfance, au premier emploi et au moment de la dernière vague de l'enquête (les répondants ayant alors 35 à 64 ans). Chacun de ces moments avait son importance dans l'explication de la mortalité prématurée à l'âge adulte.

Pour sa part, l'enquête longitudinale néerlandaise (Longitudinal Study of Socio-economic Health Differences) a été conçue et planifiée dans le but de répondre aux enjeux soulevés par l'effet du SSE sur la santé dans la perspective d'un parcours de vie; l'hypothèse sous-jacente est que les désavantages liés à un bas SSE s'accumulent tout au long de la vie (Van de Mheen *et al.*, 1998). Les résultats de l'étude tendent à confirmer cette hypothèse. Ainsi, le SSE durant l'enfance explique environ 10 % des inégalités de santé à l'âge adulte (santé perçue et maladies chroniques), cet effet étant indépendant des conditions économiques à l'âge adulte. Cette relation ne s'explique que partiellement par la présence plus importante, chez les familles à faible SSE, de comportements nocifs pour la santé. Par contre, une large part de la variance peut être expliquée par certains facteurs psychosociaux, comme le sentiment de contrôler sa destinée ou la force de l'appartenance à une communauté locale. La moitié de l'effet du SSE de l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte passe par ces variables.

Une étude américaine de cohorte, « les enfants de Kauai <sup>16</sup> » (Werner, 1992), vient apporter elle aussi des informations sur l'importance de la qualité des relations sociales et communautaires dans le parcours de vie des individus. Cette enquête longitudinale a d'abord documenté les effets « dévastateurs » de la pauvreté sur le développement des enfants, en particulier en ce qui concerne les désordres d'apprentissage, les problèmes de santé mentale, la présence de comportements « antisociaux ». Elle a aussi montré que ces différents problèmes se traduisaient par des atteintes à l'état de santé à l'âge adulte. Mais surtout, l'enquête s'est penchée sur un sous-groupe de jeunes de milieux très pauvres qui, tout en présentant un nombre considérable de facteurs de risque, ont connu un développement normal et harmonieux. Les chercheurs se sont penchés en fait sur un groupe de jeunes « résilients ». Au fondement de cette capacité de surmonter une origine sociale désavantageuse, ces jeunes avaient

---

<sup>16</sup> Enquête de cohorte débutée en 1955 sur le développement des enfants nés sur l'île de Kauai, Hawaï. L'enquête a permis d'interroger les parents ou les enfants à partir de la grossesse de la mère jusqu'à ce que les « enfants » aient 32 ans.

entre autres comme point commun de pouvoir compter sur la présence et le soutien d'un adulte significatif à l'extérieur de la famille immédiate, adulte qui semblait agir comme un guide. Cet adulte-phare apportait un soutien émotif à l'enfant en plus, bien souvent, de représenter un modèle à suivre.

En résumé, les études longitudinales révèlent la présence d'un effet spécifique du SSE durant l'enfance sur la santé à l'âge adulte; cette relation se déploie en partie à travers des mécanismes psychosociaux et, dans une moindre mesure, par l'adoption de comportements nocifs pour la santé. De plus, ces résultats témoignent de la précarisation précoce d'une partie des membres de la société, vulnérabilité qui semble avoir des effets sur la santé tout au long de la vie. Néanmoins, à l'échelle internationale, la réussite de certains programmes de stimulation précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé indique qu'il n'y a rien de fatal ou d'inéluctable pour la santé dans le fait de vivre les premières années de son enfance dans une famille de faible niveau socioéconomique. Comme nous l'exposerons dans le dernier chapitre, le succès de ces programmes repose toutefois sur l'identification rigoureuse de facteurs dits protecteurs, favorisant la résilience, et par le fait même, l'égalité des chances de réussite (Eming Young, 2002; Paquet, 1998).

## **2. LA SITUATION DES PETITS QUÉBÉCOIS**

Que savons-nous de la situation sociale et sanitaire des tout-petits au Québec? L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) nous a procuré une remarquable occasion d'approfondir la question (l'annexe IV). Rappelons que l'ÉLDEQ est menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de 5 mois à l'âge d'environ 4 ans. Enfin, au Québec, nous pouvons maintenant décrire les changements qui surviennent dans la vie des enfants et de leur famille depuis leur naissance. Comme nous l'avons montré dans le deuxième chapitre de la thèse, les données de l'ÉLDEQ nous ont permis de scruter l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits âgés de 5, 17 et 29 mois. Nos analyses avaient aussi pour objectif d'identifier des facteurs de protection qui permettent le

développement de pistes fécondes pour l'intervention préventive de santé publique en milieu défavorisé.

Mais avant de présenter nos résultats à propos des facteurs de protection, il faut rappeler que nos analyses multivariées ont révélé la persistance du lien entre les indicateurs de la santé de l'enfant et la position sociale qu'occupe la famille depuis sa naissance, même lorsque la distribution sociale inégale de nombreux facteurs de risque ou démographiques est prise en compte. Nous avons montré dans le deuxième chapitre de la thèse qu'une position sociale défavorable depuis la naissance demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir été admis à l'hôpital depuis la naissance, d'avoir une santé perçue moins que très bonne ou excellente, ou d'avoir eu une infection aux voies respiratoires. L'asthme chez les enfants de 17 mois et 29 mois constitue toutefois une exception. La relation entre l'asthme et la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant n'est plus significative sur le plan statistique. De plus, nous verrons aussi un peu plus loin qu'une position sociale faible de façon persistante demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir consulté un médecin généraliste, alors qu'à l'inverse, elle est associée à une probabilité plus faible d'avoir été vu par un pédiatre.

### **3. L'IDENTIFICATION DE FACTEURS DE PROTECTION**

Dans cette étude (l'annexe IV), nous poursuivions deux objectifs principaux. Rappelons-les brièvement. D'une part, le premier objectif visait à vérifier si les relations observées entre la position sociale des familles et nos indicateurs de santé se maintiennent après avoir contrôlé pour plusieurs facteurs de risques pertinents. Comme exposé dans le deuxième chapitre de la thèse, nous avons trouvé des facteurs en mesure d'atténuer en partie les relations entre la position sociale et nos variables dépendantes de santé. D'autre part, examiner si l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants peut s'effacer en présence de facteurs de protection constituait notre deuxième grand objectif. Pour déceler cet effet de protection, nous n'avons pu utiliser les méthodes habituelles d'interactions multiplicatives, puisque la plupart des interactions

testées dans nos modèles sont peu significatives dû à la faible taille de l'échantillon. Mentionnons aussi la prévalence peu élevée de problèmes de santé observée parmi les enfants, contrairement à ce que l'on pourrait trouver dans une cohorte comportant le même effectif, mais qui serait composée de personnes âgées.

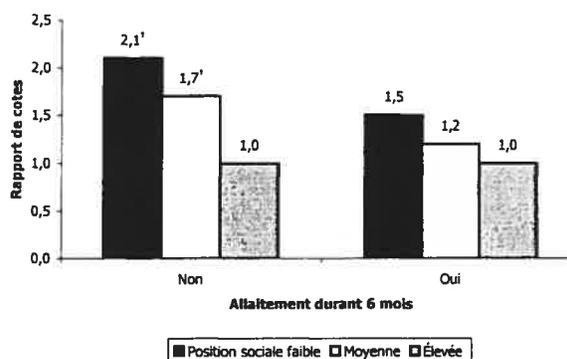
Puisque l'identification de facteurs de protection nous apparaissait essentielle, nous avons eu recours à la méthode de l'analyse des contrastes. Ainsi, nous avons construit et testé certains contrastes bien définis sur les variables impliquées dans tous nos modèles incluant les interactions (Bernard *et al*, 1991; Kleinbaum, 1982). Par exemple, nous avons vérifié et comparé l'association entre la position sociale et nos indicateurs de santé pour diverses catégories d'un même facteur. Notre attention s'est portée sur les facteurs pour lesquels la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé est presque inexistante pour certaines catégories alors que pour d'autres, elle semble persister, une fois les autres facteurs de contrôle pris en compte. Dans le premier cas (relation presque inexistante) on parlera alors de facteurs protecteurs. Les figures qui sont présentées ci-après illustrent en quelque sorte la présence d'interaction par catégorie de facteur. Par conséquent, il importe d'avoir recours au tableau décrivant la modélisation d'un indicateur de santé, si l'on veut connaître la réelle probabilité qu'il survienne. La présente section a donc pour objectif de révéler les facteurs en mesure de contrer l'influence de la position sociale sur la survenue de problèmes de santé chez les tout-petits ou sur le choix de leurs parents de consulter certains professionnels de la santé. En d'autres mots, les résultats qui suivent comptent déceler des facteurs qui pourraient rendre égaux socialement les jeunes enfants sur le plan de la santé.

### **3.1 POUR L'HOSPITALISATION**

Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre, en plus du statut socioéconomique, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de passer au moins une nuit à l'hôpital : vivre dans une famille monoparentale, être un garçon, avoir une mère qui n'est pas immigrante, et ne pas avoir été allaité

pendant six mois. Pour le modèle, voir le tableau III du chapitre 2 présentant les facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation. Mais après avoir effectué l'examen des contrastes par catégorie, on constate à la figure 5 que parmi les enfants qui n'ont pas été allaités pendant six mois, l'influence de la position sociale sur la probabilité d'avoir séjourné une nuit à l'hôpital est forte, alors qu'elle n'est pas significative sur le plan statistique chez ceux l'ayant été. Concrètement, pour les enfants ayant été allaités pendant six mois, l'influence du niveau socioéconomique sur la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital depuis leur naissance ne joue plus. Peu importe l'appartenance sociale, les probabilités d'avoir été hospitalisé une nuit sont plus faibles dans ce groupe que dans les familles où l'enfant n'a pas été allaité pendant au moins six mois. Ces résultats révèlent un premier facteur protecteur : l'allaitement pendant au moins six mois.

**Figure 5**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit selon le mode d'alimentation, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.

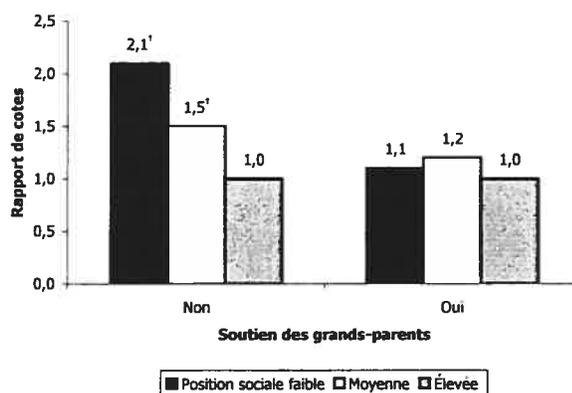
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 3.2 POUR LA SANTÉ DÉCLARÉE

Pour le modèle présentant les facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la santé perçue de l'enfant comme étant moins que très bonne, voir le tableau IV du chapitre 2. Tel que vu dans le deuxième chapitre, outre l'influence du statut socioéconomique, d'autres facteurs

augmentent la probabilité d'être perçu par sa mère comme n'ayant pas une très bonne santé : vivre dans une famille monoparentale à au moins un des trois volets, avoir une mère qui s'est déclarée ne pas être en très bonne ou en excellente santé, avoir des frères et des sœurs et vivre dans une famille qui ne reçoit pas de soutien des grands-parents. L'analyse des contrastes nous révèle que pour les enfants qui vivent dans une famille de position sociale inférieure de manière continue, la probabilité plus élevée d'avoir été déclaré en santé moins que très bonne disparaît avec le soutien instrumental ou émotif des grands-parents (figure 6), ainsi qu'avec le fait d'avoir une mère se percevant en très bonne ou en excellente santé (figure 7).

**Figure 6**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la présence ou non d'un soutien des grands-parents, Québec, 1998, 1999 et 2000**

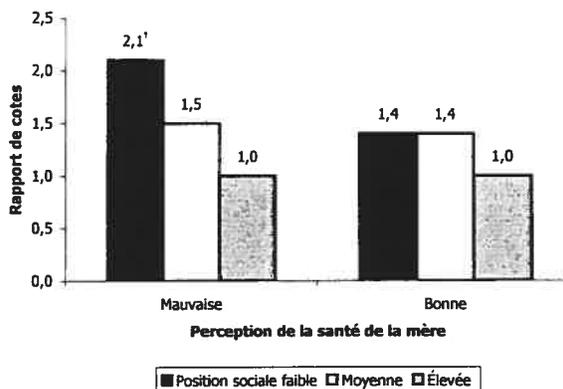


† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

**Figure 7**

**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la perception de la santé de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.

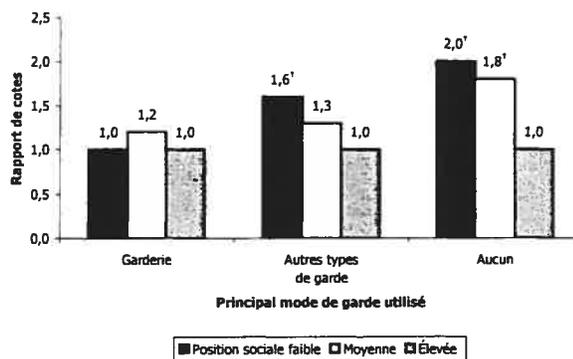
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Pour le soutien des grands-parents, nous avons obtenu des résultats un peu inattendus. En effet, celui-ci se répartit également dans toutes les catégories sociales de sorte que peu importe la position sociale de la famille, près de 30 % des parents déclarent recevoir du soutien instrumental et émotif des grands-parents maternels ou paternels. Mais, dans les familles où les grands-parents apportent leur soutien, de même que dans celles où la mère déclare être en très bonne ou en excellente santé, la faible position sociale n'a pas d'impact sur la santé perçue des tout-petits une fois pris en compte l'ensemble des autres facteurs. Il s'agit donc là de deux autres facteurs protecteurs pour les enfants vivant dans des familles désavantagées sur le plan socioéconomique. En ce qui a trait au rôle protecteur des grands-parents que nous avons détecté, précisons que celui-ci s'inscrit dans la même perspective que les résultats de l'étude de cohorte des « Enfants de Kauai » (Werner, 1992). Rappelons que dans cette étude, les jeunes qui avaient surmonté une origine sociale désavantageuse présentaient comme point commun le fait d'avoir pu compter sur le soutien d'un adulte-phare à l'extérieur de la famille immédiate.

### 3.3 POUR LES INFECTION AUX VOIES RESPIRATOIRES

Pour le modèle présentant les facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires, voir le tableau V au deuxième chapitre. Nous avons déjà indiqué que pour un tout-petit de 29 mois, plus la position sociale de sa famille décroît, plus la probabilité d'avoir eu une infection aux voies respiratoires augmente. De plus, être né de façon prématurée accroît les risques d'avoir déjà eu un tel problème de santé. Nos analyses d'interaction par catégorie de facteur révèlent que parmi les enfants de 2 ans et demi, le lien entre les infections aux voies respiratoires et la position sociale disparaît pour ceux qui sont allés à la garderie à l'âge de 17 et 29 mois (figure 8). En pratique, cela signifie que pour les infections aux voies respiratoires, les enfants qui fréquentent la garderie courent les mêmes risques peu importe le niveau socioéconomique de leurs parents. Il en va autrement pour les enfants qui ne se font pas garder à l'extérieur de la maison : la probabilité de subir une infection respiratoire est étroitement liée à la position sociale de la famille; plus la position sociale de la famille diminue, plus la probabilité augmente.

**Figure 8**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*

En somme, l'influence du statut socioéconomique est forte lorsque les enfants restent à la maison; les enfants défavorisés ont alors une plus grande probabilité que les autres d'avoir des infections aux voies respiratoires. Mais parmi les enfants qui vont à la garderie, on ne retrouve plus de telles différences liées à la position sociale : les tout-petits présentent tous une probabilité élevée d'avoir une infection aux voies respiratoires, peu importe la position sociale de leurs parents. On sait par ailleurs grâce à des études longitudinales effectuées ailleurs (Denny *et al*, 1986 ; Presser, 1988 ; Palacio-Quintin *et al*, 1999) que le risque élevé d'avoir des infections aux voies respiratoires est présent pendant les deux premières années de fréquentation d'une garderie; mais ces mêmes études indiquent que les enfants ayant fréquenté une garderie ont moins d'infections aux voies respiratoires lors de leurs premières années en milieu scolaire. Avec les volets futurs de l'ÉLDEQ, il sera intéressant de vérifier si ce phénomène se confirme au Québec.

#### **3.4 POUR LA CONSULTATION DE MÉDECINS-OMNIPRATICIENS (MÉDECINS DE FAMILLE)**

Une position sociale faible persistante demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir consulté un médecin généraliste à 5, 17 et 29 mois. Un septième tableau présente l'analyse multivariée de la relation entre la consultation, pour l'enfant, d'un médecin généraliste aux trois volets de l'enquête et la position sociale de la famille (tableau VII). Après l'examen des effets confondants par catégories, on constate que peu importe le type de famille ou le soutien des grands-parents (données non présentées) l'association observée entre la position sociale et la consultation d'un généraliste demeure.

**Tableau VII**  
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins- omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup> Rapport de cotes
Position sociale depuis la naissance	
Faible	2,17
Moyenne (élevée)	1,57
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>3</sup> (biparentale aux trois volets)	0,93
Mère non immigrante (immigrante)	2,90
Aucun soutien des grands-parents maternels et paternels (volet 2000 seulement) (soutien des grands-parents maternels ou paternels)	1,38
Principal mode de garde utilisé (volets 1999 et 2000)	
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,58
Autres modes de garde (aucun)	1,21

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale maximum atteinte par la famille.

3. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 3.5 POUR LA CONSULTATION DE PÉDIATRES

Une position sociale supérieure est liée à une probabilité plus forte de consulter un pédiatre. Nous avons pourtant vu, au fil de l'étude, qu'un état de santé précaire est davantage le lot des tout-petits de faible position sociale. On peut légitimement s'étonner de cette distribution sociale de la consultation de pédiatres. Ne devrait-on pas plutôt observer le contraire? En plus d'un statut socioéconomique élevé, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits d'avoir été vus par un pédiatre dans les douze mois précédant chacun des volets de l'enquête : disposer d'un soutien des grands-parents, consommer peu de boissons gazeuses ou à saveur de fruits (moins d'une fois par jour) et avoir une mère immigrante. Le tableau VIII révèle la persistance de ce lien particulier entre la consultation d'un pédiatre aux trois volets de l'enquête et la position sociale qu'occupe la famille depuis la naissance de l'enfant, même lorsque sont pris en compte les effets des facteurs potentiellement confondants

**Tableau VIII**  
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup> Rapport de cotes
Position sociale depuis la naissance	
Élevée	2,30
Moyenne (faible)	1,47
Épisode de monoparentalité aux trois volets <sup>3</sup> (biparentale à au moins un volet)	1,55
Mère/conjointe immigrante (non immigrante)	1,93
Soutien des grands-parents maternels et/ou paternels (volet 2000 seulement) (aucun soutien)	1,47
Nombre d'enfants dans le ménage (volet 2000)	
2 enfants	1,08
3 enfants ou plus (un seul enfant)	0,70
Consommation de boissons gazeuses ou aux fruits moins d'une fois/jour (volet 2000) (une fois ou plus/jour)	1,62

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

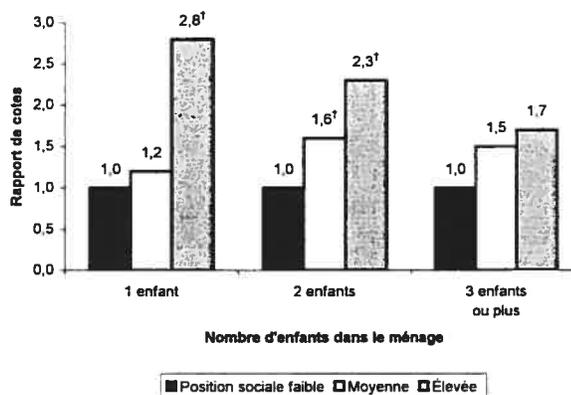
2. Modèle avec position sociale maximum atteinte par la famille.

3. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

De plus, nous avons observé que l'influence de la position sociale sur la consultation de pédiatres diminue avec l'accroissement du nombre d'enfants dans la famille (figure 9). Chez les enfants uniques ou ceux dont la famille compte deux enfants, la probabilité de consulter ce type de spécialiste est plus élevée chez ceux provenant de familles de position sociale élevée comparativement à ceux de familles plus défavorisées. Ces résultats dévoilent un facteur susceptible d'éliminer cette curieuse association : vivre dans une famille de trois enfants ou plus. En pratique, pour les enfants dont la famille compte trois enfants ou plus, l'influence de la position sociale ne semble pas jouer sur la probabilité d'avoir consulté un pédiatre aux trois volets.

**Figure 9**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le nombre d'enfants dans le ménage, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Avançons quelques hypothèses pour interpréter ces derniers résultats à partir des connaissances disponibles. On sait que les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées auraient tendance à « surévaluer » leur état de santé ou à en avoir une vue partielle centrée sur les aspects fonctionnels du corps (Sen, 2002; Girard *et al*, 2000; Paquet, 1990). De plus, un certain fatalisme règne dans les milieux défavorisés à l'égard de la maladie (Paquet, 1990). Rappelons ce que nous avons exposé dans le troisième chapitre de la thèse : les personnes de faible niveau socioéconomique ont en général une exposition plus grande à des conditions de vie stressantes et moins de ressources protectrices. Un renforcement négatif répété amène des attentes défaitistes et moins de maîtrise. Cela conduit à un déclin de la santé vers la maladie. En d'autres mots, le manque d'habiletés adaptatives amène de la tension, de la frustration et par la suite de l'impuissance et du désespoir. Par contre, chez les parents de position sociale élevée, la très forte préoccupation pour la santé (Paquet, 1990) ne serait-elle pas aussi accompagnée d'une certaine nervosité, de sorte que même si l'enfant n'est pas gravement malade, les parents de classes sociales supérieures solliciteraient l'avis d'un spécialiste pour se rassurer. Nos résultats indiquent que cette nervosité des parents de

niveau socioéconomique élevé à l'égard des petites maladies infantiles s'estompe avec l'expérience acquise après deux enfants. On peut aussi penser que le lieu de pratique des pédiatres probablement distant des quartiers défavorisés et des lieux de consultation privilégiés par les clientèles de faible position sociale, par exemple l'urgence, contribue à accentuer cet effet. De même, le manque de pédiatres en milieu rural et leur concentration dans les grandes villes universitaires peuvent être considérés comme des hypothèses à vérifier.

En résumé, nos résultats indiquent que pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé. De plus, le fait qu'un état de santé précaire soit davantage le lot des tout-petits de faible position sociale ne peut être entièrement expliqué par la présence accrue des facteurs de risque habituels observée en milieu défavorisé. La position sociale de la famille joue un rôle distinct sur l'état de santé des enfants. Néanmoins, nous avons observé que l'influence de la position sociale sur la santé des tout-petits se dissipe en présence de certains facteurs de protection ou de risque. Ces facteurs sont les suivants : l'allaitement pendant au moins six mois, pour l'hospitalisation ; le soutien des grands-parents et une mère en très bonne ou en excellente santé, pour l'état de santé déclaré de l'enfant ; aller à la garderie, pour les infections aux voies respiratoires; et vivre dans une famille d'au moins trois enfants, pour la consultation de pédiatres.

L'identification de facteurs qui rendent les jeunes enfants pratiquement égaux socialement sur le plan de la santé incite à s'aventurer dans le champ des politiques publiques. Certes, la manière la plus efficace de réduire les inégalités de santé est de diminuer les inégalités socioéconomiques dans la société. Mais d'ici l'atteinte de ce nécessaire objectif, notre étude révèle certaines orientations à donner aux interventions de santé publique destinées aux populations vivant au bas de l'échelle sociale. Esquissons-les brièvement.

Tout en adoptant une attitude non culpabilisante et respectueuse des familles appartenant à un milieu social différent, les professionnels de la santé devraient promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en milieu défavorisé, car s'il dure au moins six mois, l'allaitement peut protéger de l'hospitalisation les jeunes enfants de faible position sociale. On devrait aussi développer des actions qui encouragent le resserrement des liens intergénérationnels, puisque l'aide matérielle, instrumentale ou émotive que fournissent les grands-parents contribue à préserver la santé de leurs petits-enfants désavantagés. Retenons aussi que les programmes de santé publique qui visent à améliorer la santé des mères de faible position sociale sont susceptibles de faire d'une pierre deux coups : sauvegarder aussi la santé des tout-petits défavorisés. Par ailleurs, lors de l'élaboration de programmes de prévention des infections aux voies respiratoires, une attention particulière devrait être accordée aux familles de faible niveau socioéconomique dont les enfants ne fréquentent pas la garderie, puisque ces tout-petits ont davantage d'infections aux voies respiratoires que leurs pairs de milieu favorisé qui restent à la maison. Enfin, il faut poursuivre les efforts visant à encourager les Québécoises et les Québécois à se doter d'un médecin de famille. Toute mesure qui favorisera l'accès à des services de première ligne bien organisés pourrait diminuer la propension des parents de niveau socioéconomique élevé à recourir au pédiatre. Des ressources médicales spécialisées pourraient ainsi être libérées pour les soins à donner aux tout-petits vraiment malades.

Somme toute, la réduction des inégalités sociales de santé ne devrait-elle pas constituer l'objectif prioritaire visé par les actions de santé publique? Ignorer cet important défi serait de courte vue, puisque dans les pays industrialisés il faudra diminuer les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale. Par l'identification de facteurs protecteurs, notre étude voulait épauler chercheurs et planificateurs du Québec dans l'élaboration de véritables moyens de favoriser l'égalité des chances sur le plan sanitaire pour les adultes de demain. Mais, pour vraiment contrecarrer l'adversité liée à une enfance vécue au bas de l'échelle sociale, il faudra de toute évidence plus que des programmes

de santé publique usuels. On devra se préoccuper des effets à long terme sur la santé de l'environnement social de la petite enfance.

Dans cette perspective, nous approfondirons dans le dernier chapitre de la thèse les conditions de vulnérabilité sociale transmises aux enfants lors de la première socialisation, c'est-à-dire les chances inégales de départ dans la vie, et en particulier l'échec scolaire précoce. Concrètement, nous démontrerons, qu'en milieu défavorisé, il est possible de contrer les attentes fatalistes à l'égard de l'avenir qui découlent de l'adversité, en favorisant le développement du sentiment d'emprise sur sa destinée dès la petite enfance.

**CINQUIÈME CHAPITRE**  
**POUR ROMPRE AVEC LA FATALITÉ :**  
**DES PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE**  
**ET D'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE**

Question à l'étude : des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire peuvent-ils contrecarrer l'adversité liée à un faible niveau socioéconomique?

**1. LES PRINCIPAUX CONSTATS DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS**

Dans la majorité des pays industrialisés, c'est vers la fin du siècle dernier que l'on a commencé à prendre conscience de la nécessité de disposer d'une main-d'oeuvre instruite. Des systèmes éducatifs furent créés au sein desquels certains enfants réussissaient, d'autres pas. À cette époque, toutefois, l'absence de réussite à l'école n'était pas considérée comme grave, puisque ceux qui ne réussissaient pas sur le plan scolaire s'intégraient au marché du travail comme ouvriers non-qualifiés ou semi-qualifié, par exemple, ou comme ouvriers agricoles.

De nos jours, l'échec scolaire préoccupe davantage, car les adolescents qui échouent à l'école sont généralement ceux qui réussissent moins bien leur passage à la vie active et à la vie d'adulte, et de ce fait, ils ne seront pas en mesure de participer pleinement à la société. On s'inquiète de toute une gamme de conséquences économiques de l'abandon scolaire prématuré, telles que les coûts de l'assistance sociale, des services sociaux et de santé, le manque à gagner et ses répercussions en matière d'impôt et de productivité. Mais plus dramatiques encore sont les diverses formes de marginalisation liées à l'échec scolaire; on peut citer : l'alcoolisme et la toxicomanie, les problèmes de santé, les grossesses précoces, la délinquance, l'incapacité à s'intégrer au travail, la pauvreté.

Parmi les principaux facteurs prédictifs de l'échec scolaire, le faible niveau socioéconomique des familles ressort comme déterminant. Quand il est issu d'une famille vivant au bas de l'échelle sociale, l'enfant vit habituellement dans un environnement incapable de répondre à ses potentiels ou à ses espoirs. Il aura donc de la difficulté à imaginer qu'il peut agir et modifier son destin; les difficultés scolaires qu'il rencontre sont alors fréquemment perçues comme une fatalité et comme indépendantes de sa volonté (OCDE, 1995; Paquet, 1990).

Pour contrer l'influence sur la santé d'une difficile trajectoire de vie, il importe de trouver comment favoriser chez les tout-petits le développement du sentiment d'emprise sur leur destinée. Pour des populations adultes, plusieurs études ont déjà montré des effets positifs de programmes basés sur l'*empowerment* (Starke, 2000). Comme nous l'avons exposé au troisième chapitre, ces programmes avaient pour ambition d'accroître les chances des individus de développer des attentes positives, des espoirs, une estime d'eux-mêmes et une confiance dans leur capacité d'avoir une emprise sur leur destinée. Une meilleure intégration sociale, davantage de débrouillardise et de confiance constituaient les principaux effets positifs de ces interventions chez les participants (Siegrist et Joksimovic, 2001).

Nous savons que les différences sociales de santé ont souvent leur origine dans les premières années de la vie et que parmi les conditions de vulnérabilité sociale transmises lors de la première socialisation, l'échec scolaire précoce occupe une place de choix. Le prévenir procurerait un peu plus d'égalité dans les conditions sociales de départ dans la vie et aurait assurément un impact positif sur la santé. Peut-on vraiment briser cette fatalité de l'échec scolaire précoce en milieu défavorisé et rehausser les attentes de ces enfants à l'égard de l'école?

C'est le pari relevé par les programmes d'intervention préscolaire pour les enfants issus d'une famille de faible niveau socioéconomique. L'importance considérable des premières années de la vie de l'enfant et l'influence négative

de certaines caractéristiques du milieu sur son développement représentent l'assise de ces programmes. On reconnaît à cette fin que la prévention est essentielle. Il est de plus en plus admis que le développement de l'enfant, notamment les aspects cognitifs, doit être stimulé pendant les années préscolaires. Ces programmes d'intervention précoce constituent en fait un parti pris pour l'égalité des chances en éducation, mais ils peuvent représenter bien plus. Nous soutenons, comme d'autres, qu'ils sont une piste incontournable à emprunter pour égaliser les chances de réussite sur le plan social et économique, de même que sur le plan de la santé (Eming Young, 2002; McCain *et al*, 1999; Lundberg, 1993; Menahem, 1994; Heckman, 2004). Nous verrons qu'il importe d'investir auprès des enfants défavorisés à un âge précoce, afin que ceux-ci puissent avoir la chance d'entrer à l'école avec des acquis semblables à ceux des autres enfants et ainsi apprendre dès le début de leur vie scolaire qu'ils peuvent réussir. Nous démontrerons que les capacités intellectuelles de ces enfants ne sont pas des caractéristiques inébranlables. Elles peuvent être modifiées par des interventions précoces, de la naissance à quatre ans, sur l'environnement familial et par des programmes comportant des centres de développement de l'enfant. Nous constaterons que le contenu des programmes efficaces insiste sur le développement du langage afin d'en prévenir les retards et que de tels programmes doivent aussi procurer aux enfants un sentiment de maîtrise, en les encourageant à initier et à réaliser leurs propres activités d'apprentissage.

Dans les années 1990, la recherche a tenté d'élucider certaines questions à propos de l'évaluation des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé (Currie et Thomas, 1994; Eming et Young, 2002; Hamel, 1995; Innocenti et White, 1993; Leduc et Cadieux, 1993; OCDEa, 1995; Slavin, Karweit et Wasik, 1994). Quelle intensité doivent avoir ces interventions? Les programmes pour les tout-petits (moins de trois ans) et pour les plus vieux (3 et 4 ans) perdent-ils leurs effets quand les enfants entrent au primaire? Quel est l'âge idéal pour ces interventions préventives? Les programmes destinés aux

parents ou ceux qui ciblent seulement les enfants sont-ils aussi efficaces que ceux s'adressant aux deux, parents et enfants?

Pour répondre à ces interrogations, seules les interventions ayant fait l'objet d'une évaluation rigoureuse ont été retenues. C'est pourquoi, bien qu'il existe plus d'une centaine de recherches, seules des études de pays industrialisés évaluées avec des protocoles expérimentaux (groupes expérimental et témoin) ou des protocoles quasi-expérimentaux<sup>17</sup> ont été retenues dans notre recension. Certes, nous avons ainsi restreint considérablement le choix des interventions préscolaires, mais de cette manière nous avons voulu dépasser le stade des croyances et des opinions ainsi que celui de la rectitude politique.

Comme c'est aux États-Unis, pays précurseur de l'intervention précoce en milieu défavorisé, que l'on retrouve les plus anciennes et les meilleures études longitudinales, les principaux programmes américains seront donc à la source de nos conclusions. Bien que nos programmes sociaux diffèrent quelque peu de ceux de nos voisins du sud, le contexte nord-américain commun dans lequel nous évoluons permet de généraliser les résultats aux orientations québécoises notamment (Bernard et St-Arnaud, 2004). Les programmes retenus visent tous à prévenir les retards de développement intellectuel, social, affectif et physique des enfants défavorisés. Néanmoins, pour des fins de disponibilité, de comparaison et de qualité des mesures, nous avons opté surtout pour celles qui visent des gains dans les domaines cognitif ou intellectuel ainsi que scolaire. Comme d'autres (Leduc et Cadieux, 1993), nous regrettons le peu de mesures des effets de l'intervention précoce sur le fonctionnement familial, la santé mentale, la compétence sociale des enfants et les habiletés de la vie quotidienne.

Notre analyse s'est attardée au volet enfant et au volet familial des programmes, en examinant l'effets de certains facteurs, (le contenu, la durée, le lieu de dispensation, l'âge d'entrée et l'intensité des interventions) sur le

---

<sup>17</sup> La sélection des participants n'était pas toujours aléatoire.

développement cognitif (développement du langage et QI) et sur les performances scolaires des enfants défavorisés (habiletés en lecture, placement dans les classes spéciales, redoublement d'une année, abandon scolaire).

Notre examen des principaux programmes d'intervention préscolaire en milieu défavorisé ayant fait l'objet d'une étude de bonne qualité méthodologique visait de plus à fournir un canevas d'analyse pour les récentes orientations québécoises en matière d'interventions précoces et d'éducation préscolaire. Pour ce faire, l'article que nous avons publié (annexe V) aborde successivement : les programmes destinés aux enfants de moins de trois ans, les programmes préscolaires (prématernelle et maternelle), les programmes de transition vers la première année, et les orientations québécoises. Nous résumons ici les principaux constats pertinents de cette recension.

### **1.1 LA VIE DES TOUT-PETITS DANS LA SOCIÉTÉ MODERNE**

L'évolution des modes de vie, en particulier le nombre croissant de mères qui travaillent à l'extérieur du foyer, ainsi que les découvertes sur la précocité des compétences de l'enfant ont transformé l'approche de la petite enfance. L'organisation des services à la petite enfance accuse cependant un retard certain et dans ce domaine les disparités sociales sont particulièrement préoccupantes. (Combes 1995; Conseil supérieur de l'éducation, 1996; Grégoire, 1993; OCDE, 1995a)

La plupart des sociétés modernes ont connu une baisse des taux de natalité, qui se situent maintenant en deçà de deux enfants par famille. Dans ce contexte, l'enfant devient un projet dont on s'efforce de maîtriser les composantes, telles que le temps, l'espace, l'investissement matériel et affectif qui lui seront dévolus. Cette possibilité échappe cependant aux familles qui n'ont pas les moyens de cette maîtrise (Combes, 1995; Colin, Ouellet, Boyer et Martin, 1992).

La grande majorité des familles ont maintenant besoin de deux salaires pour satisfaire aux exigences matérielles considérées comme normales. Même

parmi les familles ayant de jeunes enfants, les deux parents travaillent à l'extérieur de la maison dans la majorité des cas. Au Québec par exemple, en 2002, dans les familles biparentales, 73,1 % des mères d'enfants de moins de trois ans étaient actives sur le marché du travail, alors que pour les mères monoparentales ce taux n'était que de 49,4 % (ISQ, 2003). Pour les mères d'enfants âgés de 3 à 5 ans l'écart diminue : le taux d'activité est de 77,8 % pour les mères ayant un conjoint contre 69,5 % pour les mères seules. On ne retrouve plus de différence lorsque les enfants atteignent l'âge scolaire. Ainsi, en 2002, le taux de participation au marché du travail se situait à 82,7 % chez les mères vivant au sein de familles biparentales et à 83,5 % chez les mères seules (ISQ, 2003). Les familles où les parents sont actifs sur le marché du travail ont forcément recours à une forme de prise en charge de leurs enfants avant qu'ils n'entrent dans le système scolaire.

Voici le paradoxe auquel l'on est arrivé : la plupart des mères qui sont disponibles pour s'occuper de leurs jeunes enfants s'avèrent être celles dont le niveau d'instruction est le plus bas, et ce sont elles qui font face aux situations financières les plus difficiles. Elles souffrent fréquemment d'isolement social et de manque d'estime personnelle, ce qui peut conduire à des comportements de repli préjudiciables pour la relation avec leurs enfants. Ces enfants courent plus de risques de souffrir d'un manque de stimulation et d'un climat familial déprimé (Colin, Ouellet, Boyer et Martin, 1992).

De plus, des quartiers urbains qui accueillait une population ouvrière modeste, mais avec des réseaux d'entraide et de survie animés par une culture commune, furent les premiers à souffrir des crises économiques qui se sont succédées depuis les années soixante-dix. Ce sont ces quartiers qui regroupent habituellement les enfants les plus à risque d'échec scolaire, tout en étant la plupart du temps sous-équipés en matière de services à la petite enfance (Conseil supérieur de l'éducation, 1996).

## 1.2 LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS

Les programmes d'intervention précoce sont particulièrement importants pour les enfants de milieu défavorisé, qui ont souvent des expériences plus limitées à la maison et arrivent à l'école avec des bases non comparables à celles de leurs pairs plus favorisés. Les programmes ont généralement comme principal objectif de diminuer les difficultés scolaires et de prévenir l'échec au cours des premières années du primaire. Ils peuvent être classés selon leur niveau d'intensité. Un programme d'intensité élevée signifie : des parents ou des enfants qui y consacrent une partie importante de leur temps, des ressources importantes, un curriculum de services spéciaux à chaque jour, un personnel hautement qualifié et un faible nombre d'enfants par éducateur. Un programme de faible intensité implique, au contraire, une durée totale ou un contact hebdomadaire plutôt court et un nombre assez élevé d'enfants par éducateur.

Cette première partie de notre analyse repose sur l'examen de onze programmes destinés aux enfants de trois ans et moins. Les onze programmes que nous avons analysés sont :

### *Les programmes intensifs*

- Le Projet de Milwaukee
- Le Projet Carolina Abecedarian
- Le Projet Care
- Le Programme Family Development Research

### *Les programmes moyennement intensifs*

- Le Programme Gordon Parent Education
- Les Projets "Parent-Child Development Center Model" (PCDC)

### *Les programmes de faible intensité:*

- Le Programme Verbal Interaction Project's Mother-Child Home
- Le Programme Chicago Housing Project
- Le Programme Family-Oriented Home Visiting
- Le Mailman Center Project
- L'étude de Harlem

Mêmes si ces études américaines comportent toutes un groupe expérimental et un groupe témoin, il importe de souligner que nous avons traité dans l'article de certaines limites méthodologiques : le biais de sélection des sujets et l'attrition différenciée représentaient les deux principales difficultés méthodologiques à surmonter pour obtenir des conclusions probantes.

### **1.2.1 Le projet Projet Carolina Abecedarian**

Nous avons retenu le Projet Carolina Abecedarian comme exemple-type de programmes intensifs, mais les principales conclusions rapportées ici s'appliquent à tous les autres programmes de même type. Les trois catégories de programmes sont d'ailleurs bien illustrées dans l'article. Ce projet a été développé au Frank Porter Graham Child Development Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (Wasik et Karweit, 1994). Il visait à procurer systématiquement une éducation précoce de qualité à des enfants défavorisés. Même si les familles bénéficièrent aussi de services sociaux, les enfants représentaient la clientèle-cible du programme.

Par l'intermédiaire de cliniques prénatales et d'agences sociales, on recruta des familles défavorisées avant et après la naissance des enfants. Une fois les familles identifiées comme participantes potentielles, chacune fut visitée par un membre de l'équipe de recherche qui compléta le High-Risk Screening Index. Cet outil d'information fournit des renseignements sur les parents, tels que la scolarité de la mère et du père, le niveau de revenu, l'histoire familiale des échecs scolaires et le fonctionnement cognitif de la famille. La décision finale d'admettre les familles dans le programme était prise après une entrevue avec les mères et après qu'elles aient passé un test mesurant leur quotient intellectuel afin d'en contrôler l'effet sur les résultats de l'enfant. Les mères obtinrent en moyenne 85 de quotient intellectuel. La sélection des familles s'étala sur cinq ans et permit la constitution de 4 cohortes d'enfants. Les enfants et les familles furent jumelés selon les résultats obtenus aux moyens des différents outils de cueillette d'information et assignés au hasard au groupe expérimental ou au

groupe contrôle. Les enfants présentant des risques biologiques ou des déficiences intellectuelles furent exclus de l'étude.

Le programme comportait deux composantes: un programme préscolaire pour enfants âgés de 6 semaines jusqu'à la maternelle; un programme scolaire commençant à la maternelle et se terminant à la fin de la deuxième année du primaire. Cinquante-trois enfants participèrent au programme expérimental préscolaire et cinquante-trois autres au groupe témoin.

Lors de l'entrée à la maternelle, la moitié des enfants du groupe expérimental sont allés dans le programme d'âge scolaire et l'autre moitié continua à la maternelle traditionnelle. À ce même moment, la moitié des enfants du groupe contrôle furent placés dans le programme d'âge scolaire et l'autre moitié continua sans intervention particulière.

Entre la naissance et l'âge de trois ans, le programme était intense très précoce. Les enfants entraient dans le programme aussi jeunes que 6 semaines et 95 % des enfants avaient adhéré au programme à l'âge de trois mois. Pendant 7 heures par jour, 5 jours par semaine, les enfants participaient au programme en allant dans un centre de développement pour enfant. La partie stimulation infantile du programme préscolaire procurait un soutien optimal au développement des enfants pendant leurs années préscolaires. À cette fin, le centre pour enfant avait un ratio d'un adulte pour trois enfants. On y travaillait les habiletés langagières, motrices sociales et cognitives. L'outil pédagogique « Learning Games for the First Three Years » était utilisé. Vers trois ans, les enfants entraient dans le programme préscolaire. Celui-ci comportait une grande insistance sur les habiletés de langage et de communication. Des activités quotidiennes de conversation avec les enfants, de même que des lectures individuelles et de groupe étaient prévues. Tous les enfants de l'étude (groupe expérimental et témoin) reçurent des services nutritionnels, de soutien social et des soins médicaux. Les enfants placés dans le groupe témoin participèrent à des activités sans contenu scolaire ou linguistique spécifique.

Le programme scolaire débutait lorsque les enfants entraient à la maternelle. Un enseignant qualifié et expérimenté effectuait des visites à la maison et à l'école; il agissait comme personne-ressource. Il accomplissait diverses fonctions telles que des activités individualisées afin de compléter le programme de base de l'école en lecture et en mathématiques; des visites à l'enseignant de l'enfant; la défense et la représentation de l'enfant auprès des parents ou de l'enseignant; la rencontre de l'enseignant à l'école lorsque des problèmes se posaient, etc. L'enseignant-ressource visitait une quinzaine de fois chaque enfant à son domicile et il allait à l'école environ 17 fois durant l'année scolaire. Pendant six semaines durant l'été, il enseignait aux enfants faibles en lecture et en mathématiques. De plus, les parents reçurent un enseignement sur l'utilisation du matériel développé par les enseignants-ressources. Les parents étaient aussi encouragés à travailler quotidiennement avec leur enfant après l'école.

### 1.2.2 L'effet des interventions

Les enfants du projet Abecedarian ont constamment obtenu de meilleurs résultats aux mesures de quotient intellectuel en comparaison avec les enfants du groupe témoin (à douze mois, l'ampleur de l'effet<sup>18</sup> (a.e.) = +0,39 au Bayley Mental Development Index; et à 36 mois, a.e. = +1,22). Quant au redoublement, seulement 12 % des enfants ayant participé aux deux programmes (préscolaire + scolaire) furent obligés de recommencer leur deuxième année du primaire. Par comparaison, 25 % des enfants qui participèrent au préscolaire seulement furent dans cette obligation; on en dénombre 38 % parmi les enfants du programme scolaire seul; et 32 % chez les enfants du groupe témoin. Ces résultats suggèrent que même si une intervention préscolaire précoce peut-être suffisante

---

<sup>18</sup> L'ampleur de l'effet (a.e.) de chaque intervention s'estime à l'aide d'une différence standardisée entre les moyennes. Cette mesure est essentiellement un score Z; elle est beaucoup utilisée pour décrire l'impact de programmes éducatifs. Elle est calculée de la façon suivante : la moyenne du groupe expérimental moins la moyenne du groupe témoin divisé par l'écart-type du groupe témoin. À titre d'exemple, une ampleur de 1,0 indique que la moyenne du groupe expérimental se situe à une écart-type au-dessus de la moyenne du groupe témoin. Pour un test de QI, cette ampleur constitue une différence de 15 points. Selon Leduc et Cadieux (1993), une ampleur de 0,25 à 0,33 de l'écart-type devient, pour la plupart des mesures éducatives, significative sur le plan éducatif.

pour augmenter le QI des enfants, des interventions pendant l'âge scolaire s'avèrent nécessaires pour soutenir les enfants face aux exigences du milieu scolaire.

À la fin de la maternelle ainsi qu'à la fin de la première année, les enfants passèrent les tests Peabody Individual Achievement. Les enfants ayant participé aux deux programmes (préscolaire + scolaire) se situaient au 50<sup>ième</sup> rang percentile et sans baisse en première année. Quant à ceux qui prirent part uniquement au préscolaire, leurs performances déclinèrent légèrement de la maternelle à la première année (du 50<sup>ième</sup> au 48<sup>ième</sup> rang percentile). Les enfants du programme scolaire seulement se situaient au 38<sup>ième</sup> percentile au début de la maternelle et après l'intervention ils étaient au 40<sup>ième</sup> rang percentile. Les enfants sans intervention se retrouvaient au 38<sup>ième</sup> percentile à la maternelle et glissèrent au 36<sup>ième</sup> rang percentile en première année. On observe donc une différence claire entre les enfants du groupe expérimental et ceux n'ayant rien reçu. Ces résultats révèlent l'efficacité de l'intervention précoce; ils suggèrent aussi qu'il faut continuer à intervenir lorsque les enfants progressent à l'école peut aider à conserver les effets bénéfiques de cette intervention. Un programme préscolaire sans soutien par la suite peut résulter en une spirale descendante des performances des enfants à l'école.

Des données de suivi ont également été recueillies à l'âge de 12 ans. Les résultats au Wisc-R montrent que les enfants du groupe expérimental ont en moyenne des QI plus élevés que le groupe témoin (a.e = +0,40). Au test de lecture de Woodcock-Johnson, on observe la même supériorité du groupe expérimental (a.e = +0,60). On note aussi de petites différences qui vont dans le même sens pour le test de mathématiques (Woodcock-Johnson) (a.e = +0,20). À la lumière de ces résultats, on peut affirmer que cette intervention précoce intensive a des effets positifs à long terme.

### **1.2.3 Conclusions sur les programmes d'intervention précoce (0-3 ans).**

De l'ensemble des évaluations de programmes d'intervention précoce (0-3 ans) que nous avons examinées émanent quelques constats. Les programmes comportant un suivi à l'école primaire aident les enfants défavorisés à réussir à l'école. Les programmes intensifs pour les tout-petits et pour les parents sont les plus efficaces, non seulement immédiatement après l'arrêt de l'intervention, mais au moins une année après la participation. Quant au long terme, des données fiables sont disponibles pour une seule étude. Les programmes intensifs pour les parents avec une intervention minimale pour les enfants et les programmes intensifs pour les enfants avec une intervention minimale pour les parents montrent une efficacité équivalente. Mais si l'on doit choisir, les résultats soutiennent constamment l'efficacité de programmes comportant une intervention intensive pour les enfants et minimale pour les parents (Leduc et Cadieux, 1993; Wasik et Karweit, 1994). Par contre, des programmes de faible intensité pour les parents et les enfants démontrent de maigres effets positifs sur le développement cognitif des enfants. Lorsque l'implication requise est faible et que l'enfant n'est pas inséré à un ensemble organisé (centre pour enfants), les effets sur le développement intellectuel sont minimes.

Les programmes incluant un centre pour enfants, nommé aussi centre de jour, centre de services ou « garderie », procurent plus d'effets positifs que les programmes impliquant des interventions à domicile. L'environnement fourni par un tel centre procurerait une expérience enrichissante et une stimulation pour l'enfant, aussi bien qu'une possibilité pour les parents d'observer concrètement des modèles efficaces d'habiletés parentales à acquérir.

Le contenu des programmes s'avère aussi un important déterminant de l'efficacité des programmes. L'Abecedarian Project et le Family Development Research Program<sup>19</sup> offraient tous les deux des services intensifs quotidiens, une composante familiale et les deux programmes duraient 5 ans. Toutefois, seul le premier programme a maintenu des effets positifs importants un an après l'arrêt de l'intervention. Soulignons-le, le contenu du premier programme insistait sur le développement du langage, le second sur des activités sensorielles et motrices. Quant à la dimension temporelle des programmes, elle revêt une importance indéniable. L'intervention doit durer plus d'un an et les années d'intervention doivent être consécutives. Et plus tôt commence l'intervention, meilleurs seront les résultats.

En somme, les résultats des onze programmes analysés révèlent qu'une intervention avant l'âge de trois ans, intensive, prolongée d'un suivi des enfants lors de leur entrée à l'école, peut réduire sensiblement les retards de développement intellectuel des enfants défavorisés, notamment en matière de lecture, de langage et de redoublement d'une année. Les programmes comportant une intervention intensive destinée directement aux enfants, mais comprenant néanmoins des interventions auprès des parents, s'avèrent les plus efficaces et montrent les résultats les plus persistants. Il importe donc d'investir auprès des enfants défavorisés à un âge précoce, afin que ceux-ci puissent avoir la chance d'entrer à l'école avec des acquis semblables à ceux des autres enfants et ainsi apprendre dès leur début de vie scolaire qu'ils peuvent réussir.

### **1.3 LES PROGRAMMES PRÉSCOLAIRES (PRÉMATERNELLE) DESTINÉS AUX ENFANTS DE 3 ET 4 ANS**

La meilleure preuve de bénéfices à long terme du préscolaire (prématernelle) provient des études expérimentales comme le Perry Preschool Project. Mais ces programmes impliquaient plus d'interventions intensives, moins

---

<sup>19</sup> Programme analysé mais non présenté le présent texte.

d'enfants par éducateur, (1 éducateur pour 5 à 6 enfants) que dans les programmes préscolaires réguliers ou dans les célèbres projets Head Start<sup>20</sup>.

Bien que l'on recense une quantité considérable d'études sur le préscolaire, très peu sont assez rigoureuses sur le plan méthodologique pour répondre aux questions fondamentales suivantes:

- les programmes de niveau préscolaire uniquement (prématernelle pour les 3-4 ans) peuvent-ils prévenir les échecs scolaires précoces d'enfants défavorisés?
- les différences quant à l'efficacité des programmes préscolaires ne sont-elles pas liées à la diversité des services?

Dans notre recension, nous avons retenu sept études évaluatives pour caractériser l'effet des programmes préscolaires (prématernelle) :

- le Early Training Project;
- le Perry Preschool Project;
- les Institutes for Developmental Studies;
- la Philadelphia Study;
- le Milwaukee Project;
- le Carolina Abecedarian;
- Une étude rigoureuse de Head Start.

Tous ces programmes dispensent des services aux enfants d'âge préscolaire, des enfants de 3 ou 4 ans, tous ont été conçus dans le but principal de diminuer les conséquences de la défavorisation socio-économique sur les compétences scolaires et tous comportent une solide évaluation. Dans les lignes qui suivent, nous présenterons deux de ces programmes, mais les conclusions à tirer au sujet des autres sont similaires.

### **1.3.1 Le Projet Perry Preschool**

Il s'agit vraisemblablement de l'étude la plus citée sur les effets du préscolaire. L'échantillon se compose de 123 enfants américains, pauvres, de race noire, avec un faible QI (70-85) au départ, vivant à Ypsilanti au Michigan. Ils

---

<sup>20</sup> Les programmes Head Start sont décrits plus loin.

furent assignés au hasard à un groupe expérimental (58) ou au groupe contrôle sans préscolaire (65). Le projet comportait 5 cohortes d'enfants s'échelonnant de 1962 à 1967. Les enfants entraient dans le programme à l'âge de trois ans et leur participation durait deux ans. Les interventions se déroulaient pendant l'année scolaire, du 15 octobre au 15 mai, au rythme d'une demi-journée pour chacun des cinq jours de la semaine. De plus, les enseignants visitèrent le domicile des enfants chaque semaine, pendant 90 minutes. S'ajoutaient aussi des soins de santé et des services sociaux. On disposait d'un enseignant pour 6 à 8 enfants. Ce programme préscolaire avait donc un niveau de qualité fort élevé (Schweinhart et Weikart, 1993; Karweit, 1994).

Le contenu du programme s'inspirait de la théorie de Piaget sur le développement cognitif de l'enfant. Les diverses habiletés encouragées chez l'enfant le sont par le biais d'une approche misant sur l'apprentissage actif. Des activités conformes à cette théorie ont été développées. Ces activités insistaient sur le rôle de l'enfant dans la planification et l'initiation de son propre apprentissage. Par exemple, le matin, l'enfant devait choisir ses activités et se fixer des objectifs à atteindre. En fin de journée, l'enseignant vérifiait avec l'enfant l'atteinte des objectifs, et dans la négative, ils déterminaient tous les deux les moyens pour y parvenir par la suite.

### **1.3.2 L'effet des interventions**

Cette étude démontre la puissance d'une recherche longitudinale pour révéler les effets d'un programme, souvent plusieurs décennies après l'arrêt des interventions. Des données furent colligées pour les deux groupes, expérimental et témoin, à chaque année, à partir de l'âge de 3 ans jusqu'à 11 ans, puis à l'âge de 14 ans, 15, 19, 27, 33 ans et l'étude se poursuit toujours. Après chaque phase de collecte de données, on procéda à des analyses sur l'effet des interventions sur le développement cognitif, les performances scolaires, mais aussi sur d'autres aspects comme la criminalité, le statut socioéconomique atteint à l'âge adulte, l'engagement dans le mariage, le recours aux services sociaux, les grossesses à l'adolescence. On peut estimer à partir de ces

résultats un rapport coûts/bénéfices pour le programme. Cette étude implique toutefois un petit échantillon et certaines différences observées, comme des diminutions du taux de grossesse à l'adolescence et du taux de crime violent, ne sont pas statistiquement significatives (Currie et Thomas, 1994; Berrueata-Clement, 1984).

Les bénéfices les plus prononcés sont liés au QI pour le court terme et les plus grands effets à long terme se manifestent quant à la diplomation au secondaire. Pour le QI, on observe avant l'âge de 10 ans une différence de 11 points en moyenne en faveur du groupe expérimental. Comme dans plusieurs autres programmes (Spitz, 1986), les effets sur le QI s'amenuisent fortement avec le temps.

#### *Les performances scolaires*

- 71 % des participants du groupe expérimental, contre seulement 54 % du groupe sans intervention, ont gradué de l'école secondaire ou l'équivalent (un certificat de l'éducation des adultes). Comparativement aux femmes du groupe témoin, les femmes du groupe avec intervention ont un taux significativement plus élevé de graduation à l'école secondaire ou l'équivalent (84 % vs 35 %).
- Le groupe expérimental a passé deux fois moins de temps que le groupe témoin dans des services d'éducation spéciale pour élèves en difficulté.

#### *La criminalité*

- Les statistiques de la police et des cours de justice montrent que le groupe expérimental avait une moyenne de 2,3 arrestations, la moitié moins comparé au groupe témoin (4,6 arrestations en moyenne).
- Seulement 12 % des hommes du groupe expérimental ont été arrêtés 5 fois ou plus, par opposition à 49 % pour le groupe de contrôle.
- Seulement 7 % des individus du groupe avec intervention ont déjà été arrêtés pour le commerce de drogues, significativement moins que le 25 % observé chez le groupe témoin.

#### *Le niveau socio-économique*

- 29 % des participants à l'intervention ont rapporté à 27 ans avoir des revenus mensuels de 2 000 \$ ou plus, ce qui est significativement plus élevé que le 7 % du groupe sans intervention.
- Pour les hommes, la différence résulte dans des emplois plus lucratifs : 42 % du groupe expérimental contre seulement 6 % chez le groupe de contrôle ont rapporté gagner plus de 2 000 \$ par mois.

- Pour les femmes, les taux d'emploi révèlent une différence: 80 % des femmes du groupe avec intervention, mais seulement 55 % du groupe témoin étaient en emploi au moment de l'entrevue à 27 ans.
- Significativement plus de personnes du groupe expérimental étaient propriétaires de leur maison (36 % vs 13 %).
- De façon significative, moins de participants à l'expérimentation ont reçu une assistance sociale ou d'autres services sociaux au cours des dix dernières années: 59 % vs 80 %.

#### *Le rendement de l'investissement*

- Le coût moyen du programme par participant était de 12 356\$.
- Le montant moyen des bénéfices publics étaient de 88 433\$ par participant. Ces bénéfices proviennent des sources suivantes : des économies dans le secteur scolaire, principalement dues à la réduction des besoins pour des classes spéciales; une augmentation des taxes payées par les participants du groupe expérimental compte tenu de leur revenus plus élevés; des économies dans l'assistance sociale et les services sociaux; des économies dans le système judiciaire criminel; des économies dans les règlements (ententes) en cour ou hors cour pour les victimes de crimes.
- Les bénéfices divisés par le coût par participant résulteraient dans un rapport bénéfice-coût de 7,16\$ retourné aux finances publiques pour chaque dollar investi dans le programme Perry Preschool Project.

Voici quelques interprétations des résultats obtenus par cette étude Perry Preschool (Currie et Thomas, 1994; Berrueta-Clement, 1984; Schweinhart et Weikart, 1993; Karweit, 1994) :

- Son programme misant sur l'apprentissage actif donnait du pouvoir (un sentiment de contrôle) aux enfants, en les encourageant à initier et à réaliser leur propres activités d'apprentissage;
- Les interventions procuraient du pouvoir (un sentiment de contrôle) aux parents par une implication comme partenaires à part entière avec les enseignants dans le soutien au développement de leurs enfants;
- Le programme donnait du pouvoir (un sentiment de contrôle) aux enseignants en leur fournissant un service systématique de formation, de soutien et de supervision.

Lorsqu'on examine ces résultats, on constate que l'approche misant sur l'apprentissage actif s'avère déterminante. Cette approche où l'enfant joue un rôle important dans le choix des moyens et des objectifs à atteindre dans le cadre d'une journée où d'une activité permet de développer le sens de l'initiative

et des habiletés sociales positives chez les enfants d'âge préscolaire. Cela aura un effet bénéfique sur le développement subséquent des enfants et augmentera leurs possibilités de réussite à l'âge adulte. Ces résultats indiquent aussi qu'il est possible de favoriser le développement du sentiment d'emprise sur sa destinée dès la petite enfance. Le rôle actif joué par les enfants, mais aussi par les parents et les éducateurs dans ce type de programmes représente une occasion exceptionnelle de procurer un environnement offrant des possibilités de vivre des expériences d'efficacité personnelle. Alors que dans les milieux défavorisés on est trop souvent confiné à un environnement psychosocial restrictif et comportant peu de possibilités de contrôle. Il en va de même pour l'estime de soi, c'est-à-dire l'expérience positive continue de sa valeur personnelle. Un tel sentiment est procuré par un environnement psychosocial permettant à l'individu de développer les habiletés nécessaires pour entrer en contact avec les autres de façon significative, tout en lui offrant la possibilité de recevoir des réactions appropriées lorsqu'il a bien accompli ses tâches. Comme nous l'avons vu au troisième chapitre, l'estime de soi renforce les sentiments d'approbation et de succès.

### **1.3.3 Les projets Head Start**

Head Start, notre deuxième exemple, est un grand programme fédéral américain qui s'est traduit en plusieurs projets, aux contenus diversifiés, mais qui visent tous à améliorer les habiletés d'apprentissage, les habiletés sociales et l'état de santé des enfants pauvres, pour qu'ils puissent commencer leur scolarisation avec des acquis comparables à ceux de leurs pairs plus favorisés. Commencé en 1964, dans le cadre de la « guerre contre la pauvreté », Head Start a eu la confiance du grand public et avait de nombreux appuis. Dans les années 1990, 622 000 enfants américains, environ 28 % des enfants éligibles âgés de 3 à 5 ans, ont été desservis, pour un coût de 2.2 \$ milliards par an, ou approximativement 3,500\$ par enfant (Currie et Thomas, 1994).

On est généralement porté à croire que les bénéfices de Head Start sont bien connus et bien documentés. Une lecture attentive de la littérature montre

toutefois qu'en dépit d'une centaine d'études, on se questionne encore à propos des effets durables de Head Start. Une des raisons suggérées (Currie et Thomas, 1994) est que l'on a pas suffisamment pris en compte l'effet de la race sur les résultats observés. Au total, à travers les États-Unis, une proportion qui va jusqu'à 38 % des participants aux programmes de Head Start sont des enfants de race noire. Mais plusieurs études évaluatives antérieures comportaient des échantillons composés d'une majorité de de Noirs. Quand les enfants blancs étaient inclus, ils le furent habituellement en nombre insuffisant pour permettre des analyses séparées.

L'étude de Currie et Thomas (1994) est la première à comporter un échantillon national d'enfants ayant participé aux programmes réguliers de Head Start. De plus, elle porte une attention particulière au biais de sélection. D'ailleurs, le fait que les enfants du programme Head Start ne soient pas sélectionnés au hasard posait un problème aux chercheurs. Ils l'ont traité de deux façons. Premièrement, ils ont examiné l'impact de Head Start selon une série de caractéristiques observables des mères et des enfants. Deuxièmement, les chercheurs contrôlent l'influence des caractéristiques des familles, en comparant l'impact de Head Start sur un enfant avec la situation de son frère ou de sa sœur n'ayant pas participé à un programme de préscolaire, et par la suite, avec les effets de la participation d'un frère ou d'une sœur à d'autres programmes préscolaires, par comparaison à ceux qui n'ont bénéficié d'aucun programme préscolaire. Cette évaluation de la « différence dans la différence » aide au contrôle des effets liés aux caractéristiques des mères.

Pour cette étude, les données sur les enfants et leur mère proviennent des trois vagues du National Longitudinal Survey's Child-Mother (NLSCM) commencé en 1986. Ces données sont combinées à l'information sur les mères provenant de chaque vague du National Longitudinal Survey of Youth (NLSY). On s'est intéressé aux enfants de plus de 3 ans. Comme l'évaluation des caractéristiques des familles est basée sur des comparaisons entre frères et soeurs, l'échantillon inclut seulement des enfants qui ont au moins un frère ou

une soeur de plus de trois ans, pour un échantillon de près de 5 000 enfants. Examiner seulement les mères qui ont au moins deux enfants éligibles à Head Start réduit l'échantillon original de 14 %. Ce biais de sélection ne compromet pas cependant la généralisation des résultats. À l'origine, le NLSY a suréchantillonné les personnes pauvres et une assez grande proportion des enfants de l'échantillon, environ le cinquième, avait participé à Head Start. De plus, ce suréchantillonnage a rejoint un nombre suffisant d'Américains de race noire pour permettre un examen séparé de ce groupe.

### **1.3.5 Les effets des interventions**

Dans leur étude, Currie et Thomas s'intéressent à quatre mesures. Les deux premiers indicateurs relèvent du développement cognitif : le Picture Peabody Vocabulary Test (PPVT) (4 ans et plus) et le redoublement d'une année (10 ans et plus), alors que les deux derniers concernent la santé.

La participation à Head Start est associée à une augmentation des résultats au PPVT de 5,6 points de percentile chez les enfants blancs. Ils ont aussi trouvé que les enfants blancs de plus de 9 ans qui ont participé à Head Start sont moins susceptibles d'avoir doublé une année que les autres enfants blancs, dans une proportion de 47 %. Il est remarquable que le fait d'avoir bénéficié d'autres formes de programmes préscolaires n'ait pas d'effets significatifs, positifs ou négatifs, sur les résultats aux tests de vocabulaire ou sur la probabilité de doubler une année pour les enfants blancs ou noirs.

En résumé, les chercheurs ont trouvé que, pour les Blancs, la performance scolaire des enfants de Head Start est significativement meilleure que celle de leurs frères ou sœurs qui sont restés à la maison (sans préscolaire). Pour les enfants noirs, toutefois, la situation est plus sombre : ni Head Start, ni d'autres programmes de préscolaire ne sont associés à un rehaussement de la performance scolaire.

On peut se demander pourquoi la race a tant d'importance? Currie et Thomas avancent certaines hypothèses explicatives. Il est possible que les

programmes s'adressant aux Noirs mettent davantage l'accent sur les services de santé que sur les apprentissages scolaires en comparaison à ceux des blancs. Les chercheurs ont trouvé que les enfants noirs et les enfants blancs étaient de 8 % à 11 % plus susceptibles d'avoir été immunisés contre les principales maladies contagieuses de l'enfance, s'ils ont bénéficié soit de Head Start, soit d'un autre programmes préscolaire. Ces résultats suggèrent des gains dans l'accès aux services préventifs de santé.

D'autre part, l'absence de bénéfices cognitifs du programme Head Start pour les enfants noirs dépend peut-être, à niveau économique égal, d'un environnement familial plus faible sous l'angle socioculturel. Pour vérifier cette hypothèse, les chercheurs ont évalué des modèles qui incluent des interactions triples entre l'âge, Head Start et le AFQT<sup>21</sup> maternel. Ils n'ont trouvé aucune confirmation de cette hypothèse. En postulant que les résultats du AFQT maternel sont un indicateur fiable du niveau socioculturel de la mère, on doit donc conclure qu'au moins une partie de la différence raciale dans la perte des bénéfices de Head Start reflète l'hétérogénéité des programmes offerts ou les types d'écoles que les Blancs et les Noirs fréquentent une fois qu'ils ont quitté le programme.

### **1.3.6 Conclusions sur les programmes de prématernelle (préscolaire) destinés aux enfants de 3 et 4 ans**

L'examen des effets d'une variété de programmes suggère que les programmes de préscolaires seuls ne sont probablement pas suffisants pour produire l'effet ultime recherché : la réussite scolaire. Les plus grands effets positifs proviennent de programmes comportant une composante infantile (moins de 3 ans), préscolaire et scolaire. Cela paraît soutenir le point de vue d'une nécessaire intervention continue, par opposition à celui d'une intervention préscolaire ponctuelle.

---

<sup>21</sup> Armed Forces Qualification Test (AFQT) : un indicateur du niveau de patrimoine d'une famille sur le plan socioéconomique et culturel.

Avec les efforts intensifs comme ceux déployés dans les projets de Milwaukee<sup>22</sup> et Abecedarian, les effets de l'intervention sont continus. Les groupes expérimentaux de ces études ont cependant performé sous la moyenne des enfants de même niveau scolaire, même s'ils ont obtenu des résultats supérieurs aux groupes sans intervention. Rappelons qu'il y a avait une sélection des participants selon des critères de défavorisation marquée, ce qui explique les résultats quand même inférieurs à la moyenne. Ces données tempèrent la croyance optimiste voulant qu'une classe de prématernelle ordinaire, située dans une école publique, dirigée par un enseignant régulier, soit susceptible de produire la sorte de changement de vie dont les effets ont souvent été suggérés avec grand éclat par la presse et les politiciens.

Une intervention complète et continue est vraisemblablement indispensable parce que les défis que les enfants rencontrent dans divers environnements et à différents âges varient beaucoup (Karweit, 1994). De façon idéale, la situation d'apprentissage au préscolaire encouragera l'indépendance et les activités initiées par les enfants. La compétence dans cet environnement ne signifie pas que l'enfant aura du succès lors des ses premières années d'école, en lecture particulièrement. Augmenter les résultats des enfants aux tests de QI ne prépare pas les élèves à la lecture. Il y a encore des relations incertaines entre les expériences préscolaires précoces et les résultats lors des premières années d'école. Les exigences et les tâches changent selon le niveau scolaire. Les élèves peuvent éprouver des difficultés particulières à effectuer les transitions et le manque de soutien de la famille ou de la communauté peut nuire au développement des habiletés d'adaptation nécessaires pour naviguer dans différents environnements (Karweit, 1994).

Une stratégie complète d'intervention précoce auprès d'enfants de milieu défavorisé devrait être composée de quels éléments? Le programme américain « Success For All » de l'Université Johns Hopkin à Baltimore contribue à répondre à cette question (Slavin, Madden, Karweit, Dolan et Wasik, 1994). En

---

<sup>22</sup> Ce programme a été analysé, mais il n'est pas présenté comme exemple.

bref ce programme, qui a débuté en 1986, intègre les composantes suivantes, : préscolaire (0-4 ans), maternelle, tutorat individualisé en lecture en première année, regroupement selon l'habileté pour l'enseignement de la lecture, évaluations à intervalles de huit semaines pour déterminer qui doit recevoir de l'enseignement individualisé, équipes de soutien familial, facilitateurs de programme, animateurs-coordonnateurs, enseignants diplômés et de la formation continue, comité aviseur composé de représentants de toutes les composantes du programme.

Le programme « Success For All » a produit un impact positif sur plusieurs indicateurs. Il augmente considérablement les performances en lecture, en particulier pour les enfants les plus à risque. Il réduit de façon importante le redoublement et les placements en classes spéciales. Plus on passe d'années dans le programme, plus l'impact est grand (Slavin, Karweit et Wasik, 1994).

#### **1.4 UNE STRATÉGIE COMPLÈTE D'INTERVENTION PRÉCOCE POUR LES ENFANTS DE MILIEU DÉFAVORISÉ**

En somme, du présent bilan de recherches émane une constatation : on peut diminuer significativement l'échec scolaire des enfants défavorisés. Les études passées en revue démontrent que les capacités intellectuelles de ces enfants ne sont pas des caractéristiques immuables. Elles peuvent être modifiées par des interventions précoces, de la naissance à trois ans, sur l'environnement familial et par des programmes comportant des centres de développement de l'enfant. Cela nécessite vraisemblablement une intervention intensive pendant les premières années de vie de l'enfant pour produire des effets durables sur le rendement scolaire. Néanmoins, des modèles d'intervention moins intensifs, produisant des effets immédiats forts, représentent des points de départ valables dans le cadre d'une stratégie préventive complète qui combine des approches variant selon l'âge (Slavin, Karweit et Wasik, 1994).

De même, la participation à un programme préscolaire (prématernelle) de grande qualité peut procurer des bénéfices. Mais il est aussi clair que l'expérience ordinaire du préscolaire n'est pas en elle-même suffisante pour

prévenir l'échec scolaire, notamment parce qu'on ne retrouve pas d'améliorations sensibles des performances en lecture au nombre des effets du préscolaire. Une année de préscolaire de qualité pour les enfants défavorisés de quatre ans devrait cependant faire partie d'une approche préventive complète. Mais une année dans un programme préscolaire, sans contrôle de qualité, ne parviendra pas à résoudre la majeure partie des problèmes des enfants à risque d'échec scolaire. Quant aux programmes de maternelle, les modèles efficaces sont tous structurés et comportent des séquences ayant pour objet la construction d'habiletés en prélecture et d'habiletés langagières. Ces deux types d'habiletés s'avèrent d'importants prédicteurs de succès en première année (Slavin, Karweit et Wasik, 1994).

Il appert aussi que pour la grande majorité des élèves défavorisés, incluant presque tous ceux qui reçoivent couramment des services d'éducation spéciale et la plupart de ceux qui sont étiquetés comme ayant des difficultés d'apprentissage, l'intervention intensive sera nécessaire seulement pour une brève période, principalement pour le tutorat individuel en première année. Cela dit, lorsque ces élèves performant bien en lecture, ils ont encore besoin d'un enseignement de qualité et d'autres services plus tard au primaire afin de continuer à construire solidement leur base. Un enseignement de qualité signifie l'implantation de curriculums et de méthodes d'enseignement reposant sur la recherche, une formation professionnelle de qualité supérieure et une organisation améliorée de l'école, ce qui est relativement peu onéreux.

En d'autres mots, une intervention préventive précoce, d'intensité élevée, suivie d'améliorations peu coûteuses de l'enseignement peuvent produire des gains substantiels et durables. Ce que les études rigoureuses démontrent, c'est qu'il n'y a pas de potion magique qui, administrée pendant une année ou deux, puisse assurer le succès des enfants défavorisés tout au long de leur carrière scolaire et professionnelle. Les données fiables indiquent que pour réduire l'échec scolaire des enfants issus de milieux pauvres, il faut une stratégie préventive d'ensemble.

## **CONCLUSION : UN SINGULIER RAPPORT AVEC LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES**

À l'issue de cette étude, il apparaît pertinent de se remémorer l'objet de recherche qui nous animait à l'origine, à savoir : peut-on déjouer l'influence négative d'un faible statut socio-économique sur la santé? Ainsi, dans le premier chapitre, nous avons étudié la question de la disponibilité des soins de santé sans barrières financières comme moyen susceptible d'éliminer les inégalités sociales de santé dans les sociétés modernes. Le second chapitre s'est intéressé à la plus forte prévalence d'habitudes de vie néfastes pour la santé dans les classes sociales défavorisées, en tant que principale explication possible du gradient social de santé. Le troisième chapitre a examiné le rôle du sentiment de contrôle de sa destinée, individuelle ou communautaire, à titre de facteur explicatif central. Pour sa part, le quatrième chapitre a scruté la petite enfance comme période cruciale pour le développement du sentiment d'emprise sur sa vie ainsi que pour l'expression de facteurs de protection. Enfin, le cinquième chapitre avait pour objet l'interrogation suivante : en milieu défavorisé, peut-on rompre la fatalité par des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire?

Les connaissances développées au fil de cette thèse nous ont permis de soutenir ce qui suit. Il existe un gradient social de santé, de morbidité et de mortalité dans la plupart des sociétés modernes, et ce, indépendamment de la définition du statut socioéconomique (niveau de scolarité, revenu, emploi). La causalité va largement dans le sens de la position sociale vers la santé, la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important. À l'échelle canadienne et québécoise, les résultats des études, bien que trop rarement longitudinales, s'inscrivent dans le courant de celles menées en Grande-Bretagne, aux États-Unis et dans le reste de l'Europe dont il a été abondamment question dans le premier chapitre. Au Canada, d'après les données à petite échelle géographique recueillies pour les régions urbaines du Canada de 1971 à

1996 (Wilkins *et al.*, 2002), globalement, les écarts socio-économiques quant aux taux de mortalité semblent avoir un peu diminué. Mais pour certaines causes de décès, les taux de mortalité ont augmenté et les écarts selon le revenu se sont accentués. Ces causes sont : le cancer du poumon chez la femme, les maladies infectieuses, les troubles mentaux, le diabète chez les deux sexes et les affections mal définies. Pour les décès attribuables aux cancers, à l'exception du cancer de l'utérus pour lequel la réduction des taux de mortalité et de l'écart des taux selon le revenu a été remarquable, les progrès sont modestes en vue d'atteindre la santé pour tous. Notons en outre que la mortalité élevée par suicide, particulièrement chez les hommes, s'avère un problème majeur au Canada et que l'importance relative de cette cause de décès a augmenté et constitue une part croissante de la surmortalité associée aux inégalités socioéconomiques (Wilkins *et al.*, 2002).

Pour la population québécoise, les inégalités de santé selon le revenu n'auraient pas diminué entre 1987 et 1998 (Ferland, 2002). En fait, elles auraient peu fluctué pendant cette période. Une faible tendance à la hausse s'observe seulement pour le niveau élevé de détresse psychologique (Ferland, 2002). Quant à nos analyses des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) (Paquet *et al.* 2003), elles révèlent qu'à la fin des années 1990, le fait qu'un bambin québécois vive depuis sa naissance au sein d'une famille située au bas de l'échelle sociale accroît son risque d'avoir une santé précaire. La probabilité qu'il séjourne au moins une nuit à l'hôpital durant ses premières années de vie augmente de 77 %. Comparativement à ses pairs issus d'un milieu favorisé, il a également 31 % plus de risques de contracter une infection des voies respiratoires, une probabilité 69 % plus grande que sa mère déclare qu'il n'est pas en très bonne santé et une probabilité 96 % plus élevée de consulter un médecin généraliste.

Nous avons expliqué que dans les pays bien nantis, la production et la reproduction des inégalités sociales devant la santé, la maladie et la mort concernent tous les niveaux de stratification sociale, et ne peuvent être

expliquées par un schème d'interprétation qui n'évoquerait que le dénuement matériel et l'inaccessibilité aux services de santé comme facteurs explicatifs. Notre attention s'est donc portée vers l'identification de mécanismes sociaux, psychologiques, comportementaux et parfois biologiques susceptibles d'être impliqués dans la production de ces disparités de santé. Bien que des centaines de livres et d'articles portent sur ces mécanismes, nous avons dégagé quelques hypothèses dominantes qui furent développées par la suite dans la thèse, dont la relation souvent inverse entre le statut socioéconomique et certaines habitudes de vie ayant des impacts négatifs sur la santé.

Nos analyses réalisées avec les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ont mis en lumière, pour l'ensemble de la population québécoise, un gradient social de santé perçue et de détresse psychologique associé à la perception de la situation financière, au patrimoine du ménage et à l'exclusion du marché du travail. Et, surtout, cette relation persiste même en tenant compte de l'effet d'habitudes de vie nocives pour la santé. (Ferland et Paquet, 1995). Toujours au Québec, dans le cadre de l'ÉLDEQ, nous avons examiné la contribution nette de la position sociale de la famille à la santé des jeunes enfants. Nos résultats ont révélé que l'état de santé précaire, qui est davantage le lot des tout-petits de faible niveau socioéconomique, ne peut être entièrement expliqué par la fréquence plus élevée de facteurs de risque observée en milieu défavorisé. De toute évidence, la position sociale de la famille joue un rôle sur l'état de santé des enfants, et cela, indépendamment des autres facteurs. Rappelons que les chercheurs de Whitehall furent les premiers à montrer que les variations de l'état de santé selon le statut socioéconomique ne s'expliquaient pas d'abord par les habitudes de vie liées à la santé. Le gradient établi parmi les fonctionnaires britanniques tenait compte de la consommation de tabac, de l'obésité, de la pratique d'une activité physique de loisir, de la pression sanguine et du taux de cholestérol.

Somme toute, ici comme ailleurs, les facteurs de risque individuels expliquent une part significative de la santé des individus, mais ils n'expliquent

généralement que très peu des différences sociales dans la survenue des maladies. Pour expliquer les inégalités sociales de santé, nous avons soutenu que le sentiment de contrôler sa destinée constitue un facteur central, associé à la position dans la hiérarchie sociale, qui protège de la maladie et de la mort prématurée. L'environnement psychosocial représente le concept qui relie les possibilités offertes par la structure sociale en réponse aux besoins individuels fondamentaux d'efficacité personnelle et d'estime de soi favorables. Nous avons présenté comment la santé et le bien-être se révèlent considérablement influencés par la qualité et l'intensité de ces processus. Un environnement psychosocial adverse jumelé à des attentes fatalistes à l'égard de l'avenir constituent une réponse inadéquate au stress (Kristenson et *al.*, 2004). Les inégalités sociales de santé seraient le résultat d'un double fardeau : les personnes de faible niveau socioéconomique ont en général une exposition plus grande à des conditions de vie stressantes et moins de ressources protectrices. Un renforcement négatif répété amène des attentes défaitistes et moins de maîtrise. Cela conduit à un déclin de la santé vers la maladie.

Comme les différences sociales de santé ont souvent leur origine dans les premières années de la vie, nous avons scruté les conditions de vulnérabilité sociale transmises aux enfants lors de la première socialisation, c'est-à-dire les chances inégales de départ dans la vie, notamment l'échec scolaire précoce. Concrètement, nos travaux ont permis d'identifier des facteurs qui permettent de déjouer les habituels liens de causalité entre une enfance vécue en milieu défavorisé et l'état de santé. De plus, nous avons montré, qu'en milieu défavorisé, il est possible de favoriser le développement du sentiment d'emprise sur sa destinée dès la petite enfance. En résumé, nos résultats indiquent que l'influence de la position sociale sur la santé des tout-petits se dissipe en présence de certains facteurs de protection. Ces facteurs sont les suivants : l'allaitement pendant au moins six mois, pour l'hospitalisation; le soutien des grands-parents et une mère en très bonne ou en excellente santé, pour l'état de santé déclaré de l'enfant; aller à la garderie, pour les infections aux voies respiratoires; et vivre dans une famille d'au moins trois enfants, pour la

consultation de pédiatres. D'autre part, nous avons montré qu'il est possible de diminuer significativement l'échec scolaire des enfants défavorisés. En fait, les capacités intellectuelles de ces enfants peuvent être modifiées par des programmes d'intervention précoce. Lorsqu'on examine les résultats d'études évaluatives rigoureuses, on constate que l'approche misant sur l'apprentissage actif s'avère déterminante. Cette approche où l'enfant joue un rôle important dans le choix des moyens et des objectifs à atteindre dans le cadre d'une journée où d'une activité permet de développer le sens de l'initiative et des habiletés sociales positives chez les enfants d'âge préscolaire. Cela aura un effet bénéfique sur le développement subséquent des enfants et augmentera leurs possibilités de réussite à l'âge adulte. Les connaissances développées indiquent aussi que les programmes efficaces doivent comporter un centre de développement de l'enfant (une garderie) et comprendre des activités structurées qui favorisent le développement des habiletés langagières. Nous avons par conséquent prétendu qu'il est possible de contrecarrer l'adversité liée à un faible niveau socioéconomique en brisant un certain fatalisme qui prévaut en milieu défavorisé à propos de l'échec scolaire précoce.

En dernière analyse, il nous semble d'intérêt de s'attarder à la question suivante : au cours des récentes réformes des services destinés à la petite enfance, le Québec a-t-il emprunté l'itinéraire tracé par les avancées scientifiques que nous venons d'exposées au fil de la présente thèse? En 1998, afin d'égaliser les chances de réussite, le gouvernement du Québec déclarait vouloir faire de la petite enfance une cible prioritaire en éducation. Rappelons que l'un des principaux objectifs des services à la petite enfance offerts depuis 1998 était d'améliorer le développement des enfants, et en particulier celui des enfants vivant dans des familles en situation de pauvreté. L'un des trois objectifs de la Politique familiale se lisait comme suit : « *favoriser le développement des enfants et l'égalité des chances* (Gouvernement du Québec, 1997, p11). Le Rapport final de la Commission sur les États généraux affirmait qu'il faut intensifier « *les efforts en vue d'accroître l'accès du plus grand nombre à l'éducation, en particulier des groupes défavorisés, et plus encore, en vue de*

*passer de l'accès au succès* » (Commission des États généraux sur l'éducation, 1996, p. 8). L'adoption d'une telle orientation réjouissait.

Si nous voulons vraiment avoir un effet positif sur le développement des enfants issus de familles de faible position sociale, il faut cependant offrir plus que des services de gardiennage. Comme nous l'avons exposé, les jeunes enfants, particulièrement ceux de familles vivant au bas de l'échelle sociale ont besoin qu'on améliore leurs conditions de départ dans la vie. Ils ont besoin d'apprendre qu'ils peuvent avoir du contrôle sur leur destinée, ils ont besoin qu'on les aide à développer leurs habiletés langagières et sociales afin de connaître la réussite dès leurs premières années scolaires. Le gouvernement du Québec prétendait donc développer des services à l'enfance qui s'inscrivaient dans une telle perspective éducative. Décrivons brièvement les services déployés.

En 2002, le Québec comptait 373 191 enfants de moins de cinq ans (ISQ, 2002). On dénombrait au 1<sup>er</sup> juillet 2003, 168 046 places dans les services de garde régis, c'est-à-dire dans des services de garde disposant d'un permis ou d'une reconnaissance gouvernementale. La très grande majorité (98,9 %) de ces places étaient offertes à contribution réduite (places à 5\$ par jour). On peut regrouper en deux catégories principales les services éducatifs auxquels ont accès les tout-petits : d'une part, les services dits « en installation » (garderie), où on retrouve les centres de la petite enfance (CPE) et les installations privées, et, d'autre part, les services dits « en milieu familial », qui comprennent les milieux familiaux supervisés par les CPE et les milieux familiaux privés. Parmi les 168 046 places en services de garde régis, on constate que 46 % se retrouvent en milieu familial supervisé par un Centre de la petite enfance (CPE). Viennent ensuite les places en installation-CPE (garderie sans but lucratif) avec 38,2 %, alors que 14,8 % des places sont offertes dans des garderies conventionnées à but lucratif (garderies privées). De façon générale, les places offertes en milieu familial supervisé par un CPE sont relativement plus répandues dans les régions

à faible densité, alors que les places en installation sont relativement plus nombreuses en milieu urbain.

Une enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2001) révélait que près des deux tiers (64,8 %) des familles avec des enfants âgés de moins de 5 ans utilisaient des services de garde sur une base régulière. Les raisons évoquées par les familles ayant des enfants de moins de 5 ans qui n'avaient pas recours à des services de garde de façon régulière étaient : préfèrent que les enfants soient gardés par l'un des parents (50,2 %), sans emploi ou aux études (13,1 %), en congé de maternité ou de paternité (9,1 %), aménagement des horaires de travail (6,5 %), coût des services de garde (5,9 %), service inexistant à proximité, manque de places à 5 \$, aucune place disponible (5,7 %), manque de souplesse des services de garde (5,1 %), autres (4,2 %).

Au printemps 2003, le gouvernement du Québec lançait un débat à propos de l'avenir des services aux jeunes enfants. Celui-ci portait presque exclusivement sur des questions de coûts et de financement. À l'automne 2004, les mêmes préoccupations étaient encore entendues lors des consultations particulières et auditions publiques de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi n°8, Loi modifiant la Loi sur les centres de la petite enfance et les services de garde à l'enfance. Néanmoins, dans le document présenté par les deux ministres responsables de la Famille, on déclare que la popularité des services offerts par le gouvernement du Québec ne repose pas uniquement sur ses coûts modestes mais également sur la « *qualité du programme éducatif, l'importance accordée à la prévention, à la santé et à la sécurité des enfants, de même que la compétence du personnel* » (Gouvernement du Québec, 2003).

Qu'en est-il de la qualité des services éducatifs offerts aux petits Québécois? Le suivi de la cohorte de naissance (ÉLDEQ) a permis d'évaluer la qualité des services éducatifs offerts aux enfants (Tremblay *et al*, 2003). Les résultats obtenus par ces chercheurs reposent sur 1188 évaluations de points de

services lorsque les enfants avaient entre deux ans et demi et quatre ans. Il s'agit d'une vaste étude de la qualité des services éducatifs destinés aux tout-petits avec un important échantillon représentatif d'une population. Les chercheurs ont utilisé des instruments d'évaluation mis au point par des équipes américaines et canadiennes depuis une vingtaine d'années. Chaque point de service a été classé dans l'une des quatre catégories suivantes : excellent, bon, minimal, inadéquat. Des 1188 points de service évalués, seulement 25 % ont été évalués « bon » et « excellent »; 75 % ont donc été jugés inférieurs à « bon », dont 15 % classés « inadéquats ». La majorité des points de services sont jugés de qualité minimale. Dans l'ensemble, les services offerts au Québec n'ont donc pas atteint le niveau de qualité recherché (Tremblay *et al* 2003).

Le niveau de qualité dépend toutefois du type de service utilisé. Pour les services en « installation », 34 % des CPE se classent dans la catégories « bon » à « excellent », alors que seulement 13 % des installations privées ont été jugées de bonne qualité. Des différences similaires s'observent en milieu familial : 28 % des services en milieu familial supervisés par un CPE sont classés « bon » à « excellent » comparativement à seulement 11 % des services familiaux privés. Quant à la répartition des services jugés de qualité inadéquate, elle présente le profil opposé : 7 % pour les CPE, 34 % pour les installations privées, 8 % pour les services en milieu familial supervisés par un CPE et 27 % pour les familiaux non supervisés par un CPE.

Ces résultats sont confirmés par une étude publiée en 2004 par l'Institut de la statistique du Québec, intitulée *Grandir en qualité 2003*. Cette enquête dresse un portrait représentatif de la qualité des services de garde éducatifs régis offerts aux enfants de 0 à 5 ans. On y apprend entre autres qu'au privé, 40 % des enfants fréquentent un service de garde dont la qualité d'ensemble ne correspond pas aux principes du programme éducatif québécois. Le réseau des CPE s'en tire un peu mieux : 25 % des enfants fréquentent un CPE qui obtient la note passable.

L'équipe de recherche de Tremblay (2003) a de plus mis en évidence les liens entre les caractéristiques socioéconomiques des familles et la fréquentation de services éducatifs. Comme nous (Paquet et al., 2003), ils ont trouvé que les enfants qui vivent dans des familles de faible position sociale utilisent le moins souvent ces services. De plus, Tremblay et ses collaborateurs ont découvert que lorsque les enfants de faible position sociale utilisent des services de garde, ces services sont plus souvent de mauvaise qualité. Ainsi, les enfants qui ont le plus grand besoin de services d'éducation préscolaire sont ceux qui en reçoivent le moins, et la majorité des services qu'ils reçoivent ne présentent pas la qualité nécessaire pour préparer ces enfants à réussir à l'école.

Il y a déjà une dizaine d'années, comme nous le rapportons dans notre recension (l'annexe V), une autre équipe de chercheurs (Cloutier et al, 1994), était parvenu à un constat similaire avec une méthodologie différente. Après avoir étudié la qualité des services offerts aux enfants dans les garderies selon la proportion de familles défavorisées qui la fréquente, ces chercheurs affirmaient : « *Traiter toutes les garderies de façon égale implique qu'on ne traite pas tous les enfants de façon équitable puisqu'en milieu défavorisé, le fardeau imposé à la garderie influence la qualité du service à l'enfant* (Cloutier et al, 1994, p. 105) ». Plus la garderie reçoit d'enfants de familles défavorisées, moins la qualité du service qu'elle offre est grande. Les chercheurs ajoutaient : « *les garderies de milieu défavorisé n'arrivent pas à atteindre le niveau de qualité observé en milieu favorisé, non pas parce que cet objectif est moins prioritaire pour elles, mais parce qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour y parvenir en raison de sollicitations parallèles* (Cloutier et al, 1994, p. 104) ».

Cinq ans après la réforme des services destinés à la petite enfance, nous sommes loin de l'atteinte de l'objectif d'égaliser les chances entre les enfants les plus et les moins favorisés à la naissance. En fait, nous sommes probablement en train d'accroître les inégalités. Pour rejoindre la clientèle susceptible de bénéficier le plus de services éducatifs de qualité, c'est-à-dire les enfants de familles défavorisées, certaines orientations devront être prises. D'une part, on

devra réserver des places aux enfants de familles défavorisées dans les CPE et soutenir adéquatement les établissements et les éducatrices qui accueillent ces enfants afin qu'ils puissent leur offrir des programmes éducatifs de qualité. Mais cela ne suffira pas. Des actions seront nécessaires pour atténuer les réticences de nombreux parents sans emploi et en situation de pauvreté à propos de la pertinence de voir leurs bambins fréquenter un CPE. On sait que pour beaucoup de femmes sans emploi et qui vivent au bas de l'échelle sociale, s'occuper de leurs jeunes enfants à temps plein donne un sens à leur vie (Colin et *al.*, 1992; Binet, 2003). De plus, ces femmes ressentent couramment la crainte d'être jugée comme de mauvaises mères, incapables de s'occuper de leurs enfants, si elles les confient à un service de garde (Binet, 2003). On devra aussi composer avec une autre peur présente chez plusieurs parents vivant en milieu de pauvreté : celle que les problèmes de leurs enfants soient associés à un mauvais traitement de leur part et par conséquent la crainte d'être dénoncés à la Direction de la protection de la jeunesse (Binet, 2003).

Pour assurer le développement social et économique du Québec, notre état des connaissances indique qu'il faudrait un plan intégré et à long terme de développement de nos ressources humaines. Les services éducatifs pour le développement des enfants de zéro à quatre ans doivent être considérés comme la pierre angulaire du développement des ressources humaines (Heckman, 2004). Le Québec s'est engagé à créer un réseau de services à la petite enfance pour favoriser le développement des enfants. Cette initiative québécoise est fort louable, elle a d'ailleurs été acclamée ici et dans le reste du Canada. Toutefois, si le réseau que l'on met en place s'avère de qualité insuffisante, il n'aura pas les effets escomptés. Les meilleures connaissances scientifiques soutiennent l'orientation politique suivante : il faut investir auprès des enfants défavorisés à un âge précoce, afin que ceux-ci puissent avoir la chance d'entrer à l'école avec des acquis semblables à ceux des autres enfants et ainsi apprendre dès le début de leur vie scolaire qu'ils peuvent réussir (Heckman, 2004). Nous avons montré, qu'en milieu défavorisé, il est possible de contrer les attentes fatalistes à l'égard de l'avenir qui découlent de l'adversité, en favorisant le développement du

sentiment d'emprise sur sa destinée dès la petite enfance. On a aussi exposé comment une stratégie d'interventions précoces bien ciblée auprès d'enfants vivant en milieu défavorisé peut garantir une meilleure égalité des chances de réussite sur le plan sanitaire et social. À l'instar de James J. Heckman, prix Nobel de sciences économiques, nous affirmons que c'est pendant la petite enfance que les citoyens du Québec devraient recevoir l'investissement par habitant le plus important (Heckman, 2004). Une telle volte-face doit servir en priorité les très jeunes enfants de familles défavorisées.

Comment peut-on expliquer le singulier rapport du Québec avec les connaissances scientifiques? À notre avis, il y a un sérieux problème de choix politiques. D'ailleurs, c'est à regret que nous avons anticipé que la politique familiale de 1997 répondrait avant tout aux besoins de gardiennage des enfants des familles de classes moyennes et supérieures, plutôt qu'aux besoins de soutien précoce des enfants vivant en milieu défavorisé (*Le Devoir*, août 1997). Dans un contexte financier de rareté de ressources, il nous semble pourtant indispensable d'implanter des programmes publics qui s'adressent en priorité aux clientèles susceptibles d'en tirer les plus grands bénéfices. Espérons que les facteurs protecteurs de la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale, mis au jour par notre récente étude, trouvent un écho prioritaire dans les futures politiques de santé du Québec. Rappelons-le, si la pauvreté peut compromettre la santé des jeunes enfants, l'allaitement, le soutien des grands-parents ou la bonne santé de la mère peuvent estomper ses effets néfastes. De même, dispenser aux tout-petits de milieu défavorisé des programmes d'éducation préscolaire de qualité qui préviennent les retards de langage et procurent un sentiment de maîtrise de la vie permettrait de réduire l'échec scolaire précoce. Ainsi, en contrant une certaine fatalité sociale, on pourrait réduire de beaucoup les inégalités sociales de santé à l'âge adulte.

Nos politiques publiques auraient bien besoin d'être examinées afin de savoir en quoi elles améliorent ou, au contraire, défavorisent la santé de la population. Même si, dans le secteur de la santé, ce ne sont pas les données

cliniques, épidémiologiques ou administratives qui manquent véritablement, le caractère transversal ou sectoriel des études freine le développement de la connaissance. La recherche au Québec dans le domaine de l'étude des déterminants sociaux de la santé ne devrait-elle pas davantage délaissier le secteur des services de santé pour s'orienter vers celui de l'éducation et des services destinés à la petite enfance? En favorisant l'élaboration de politiques publiques reposant sur une solide connaissance des facteurs influençant les parcours de vie des citoyens, chercheurs et planificateurs pourraient instaurer une véritable égalité des chances de réussite pour les adultes de demain.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLISON, P. D. (1991). *Logistic Regression Using the SAS System: Theory and Application*, New York, Wiley and Sons, p. 179-216.
- ANTONOVSKY, A (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, Jossey-Bass.
- BAUM, A.; Garofalo, J.P. Yali, A. M.. (1999). Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 131-144.
- BARKER, DJ.; Forsen, T.; Uutela, A; Osmond, C.; Eriksson, JG. (2001), « Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life : longitudinal study », *British Medical Journal*, 323, pp. 1273-76.
- BARKER, DJ. (1997), « Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life », *BMJ*, 53 (1), pp. 96-108.
- BARKER, DJ. (1995), « Fetal origins of coronary heart disease », *BMJ*, 311, p. 171-174.
- BEN-SCHLOMO Y.; White, I.R.; Marmot, M. (1996) Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *British Medical Journal*, 312, 1013-1014.
- BENZEVAL, M.; Judge, K. (2001), « Income and health : the time dimension », *Social Science and Medicine*, vol. 52, no. 9, pp. 1371-90.
- BERKOWITZ, G. S., et E. Papiernik (1993). « Epidemiology of preterm birth », *Epidemiologic review*, vol. 15, no 2, p. 414-443.
- BERKMAN, LF.; Syme, SL. (1979), « Social networks, host resistance, and mortality : a nine-year follow-up study of Alameda County residents » *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, no. 2, p. 186-204.
- BERNARD, P. (1999). La cohésion sociale : critique dialectique d'un quasi-concept. *Lien social et politique-RIAC*, no. 41, p. 47-59.
- BERNARD, P.; ST-ARNAUD, S. (2004). « Du pareil au même? La position des quatre principales provinces canadiennes dans l'univers des régimes providentiels », *Special Issue on Social Policy : Canadian and International Perspectives*, *Canadian Journal of Sociology*, 29, 2, Spring, p. 209-239.
- BERNARD, P. M.; Lapointe, C. (1991) *Mesures statistiques en épidémiologie*. Presses de l'Université du Québec, 314 p.

BERRUETA-CLEMENT, J.R. (1984) *Changed Lives : The effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19* (Monographs of the High/Scope Educational Fondation, 210 p.)Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

BINET, Lise. (2003) *L'accessibilité aux Centres de la petite enfance : le point de vue des parents sans emploi et en situation de pauvreté*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 70 p.

BLUM, K.; Cull, J. G., Braverman, E. R.; Comings, D.E. (1996). « Reward deficiency syndrome: Addictive, impulsive and compulsive disorders-including alcoholism, attention-deficit disorders, drug abuse and food bingeing- may have common genetic basis ». *American Scientist*, 84, 132-145.

BOBAK, M.; Pikhart, H.; Hertzman, C.; Rose, R.; Marmot MG. (1998), "Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia : a cross-sectional survey". *Soc. Sci. Med.*; vol. 47, no : 2, p. 269-279.

BOSMA, H.; Marmot, MG.; Hemingway, H.; Nicholson, AC.; Brunner, E.; Stansfeld, SA. (1997), « Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study », *British Medical Journal*, vol. 314, no 7080, p. 558-565.

BOTTING, B. (1997). « Mortality and Childhood », dans *Health inequalities*, Londres, Office for national statistics, p. 83-94.

BOURDIEU, P. (1980). *Le sens commun*, Paris, Les Éditions de Minuit, 475 p.

BRUNNER, E. (2000). « Toward a new social biology », In : L. Berkman, I. Kawachi, eds, *Social epidemiology*, New York , Oxford University Press, 306-331.

CASE, A.; LUBOTSKY, D.; PAXSON, C. (2001), « *Economic status and health in childhood : the origins of the gradient* », National Bureau of Economic Research Working Paper No.W8344.

CASSEL, J. (1976). « The contribution of the social environment to host resistance », *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

CHEN, J., M. Fair, R. Wilkins, M. Cyr et le Groupe d'études de la mortalité foetale et infantile du système canadien de surveillance périnatale (1998). « Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, Statistique Canada (no. 82-003).

CHOINIÈRE, R. (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 88 p.

CLOUTIER, R. ; Champoux, L. ; Jacques, C. ; Marcotte, R. (1994) *La spécificité de l'organisation des services de garde en milieu défavorisé*. Centre de recherche sur les services communautaires, Québec, Université Laval, 115 p.

COMMISSION SUR LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE L'ÉDUCATION. (1996). « Les États généraux sur l'éducation 1995-1996, Rénover notre système d'éducation : dix chantiers prioritaires. ». *Rapport final de la Commission*, Gouvernement du Québec.

COLIN, C.; Ouellet, F.; Boyer, G.; Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Montréal, Éditions St-Martin, , 259 p.

COMBES, J. (1995). « Programmes et problèmes relatifs à la petite enfance ». Dans : *Les enfants à risque*, chapitre 2, OCDE, Paris, Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, p. 55-83.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION. (1996) *Pour un développement intégré des services éducatifs à la petite enfance de la vision à l'action*, Avis à la ministre de l'Éducation, Québec, 121 p.

CURRIE, J.; Thomas, D., (1994) *Does Head Start Make a Difference?*. Labor and Population Program Working, University of California, Santa Monica, California, Paper Series, *Research Report*, Draft of February, , à paraître, 31 p. + tableaux et figures.

DAVEY-SMITH, G. D., C. Hart, D. Blane, C. Gillis et V. Hawthorne (1997). « Lifetime socio-economic position and mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 314, no 7080, p. 547-552.

DAVEY-SMITH, G. D., C. Hart, D. Blane et D. Hole (1998). « Adverse socio-economic conditions in childhood and cause specific mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 316, no 7145, p. 1631-1635.

DAVEY-SMITH, GD.; Shipley, MJ.; Rose, G. (1990), « The magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality : further evidence from the Whitehall study », *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 44, no 4, pp. 265-70.

DENNY, F. W.; Collier, A. M; Henderson, F. W. (1986) « Acute respiratory infections in day care », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 8, no 4, p. 527-532.

DIEZ-ROUX, A. (1998). « Bringing context back to epidemiology: Variables and fallacies in multilevel analysis ». *American Journal of Public Health*, 88 (2), 216-222.

DUNCAN, GJ. (1996), « Income dynamics and health », *International Journal of Health Services*, vol. 26, no. 3, pp. 419-44.

DUNCAN, GJ.; Brooks-Gunn, J; Klebanov, PK. (1994), « Economic deprivation and early childhood development », *Child Development*, vol. 65, no. 2, p. 296-318.

DURKHEIM, E.; 1986, *Le suicide : étude de sociologie*, Paris, PUF, collection Quadrige, première édition 1897.

EMING YOUNG, M. (2002). *From Early Child Development to Human Development, Investing in our Children's Future*, Washington, D.C., The World Bank, 424 p.

EVANS, RG.; Barer, ML. ; Marmor, TR. (1996), *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, John Libbey Eurotext et Presses de l'Université de Montréal.

FERLAND, M.; Paquet G. (1995), « Liens entre le statut socioéconomique et la santé », *Aspects sociaux reliés à la santé; Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, MSSS, 1995.

FERLAND, M. (2002) *Variation des écarts de l'état de santé en fonction du revenu au Québec de 1987 à 1998*. Collection la santé et le bien-être, Institut de la statistique du Québec, 2002, 78 p.

FRASER, GE; Sumubureru, D; Pribis, P; Neil, RL; Frankson, MA. (1997), « Association among health habits, risk factors, and all-cause mortality in a black California population », *Epidemiology*, vol 8, no 2, p. 168-174.

FUHRER, R.; Shipley, M. J.; Chastang, J. F.; Schmaus A., Neidhammer, I.; Stansfeld, S. A.; Goldberg, M.; Marmot, M. G. (2002), Socioeconomic position, health and possible explanations: a tale of two cohorts, *American Journal of Public Health*, 92, 1290-1294.

GIRARD, F.; Cohidon C.; Briançon S. (2000). « Les indicateurs globaux de santé », dans Les inégalités sociales de santé, *Recherches*, INSERM, La découverte, p. 163-172.

GOLDBERG, M.; Melchior, M.; Leclerc, A.; Lert, F. (2002) « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé ». *Sciences sociales et Santé*, Vol, 20, no 4, décembre.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. (1997) *Familles en tête: Nouvelle dispositions de la Politique familiale. Les enfants au cœur de nos choix*. Québec, Les publications du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2003) Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Scénarios de financement et de développement pour assurer la pérennité, l'accessibilité et la qualité des services de garde. Consultation 2003*, Québec, 36 p.

GRÉGOIRE, R. (1993) *Politiques relatives à la petite enfance dans quelques pays*, Québec, 172 p.

GWATKIN, D. R. (2000), « Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire? », *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles no. 3.

HAMEL, M. (1995). « Les faits et les théories qui soutiennent les interventions éducatives au préscolaire », dans N. Royer (Ed.) *Éducation et intervention au préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 29-54.

HAMEL, D.; Pampalon, R. (2002), *Traumatismes et défavorisation au Québec*, Institut national de santé publique du Québec.

HECKMAN, J. J. (2004). « Investir pour les jeunes enfants. » Conférence publique prononcée l'Université de Montréal par le lauréat du prix Nobel de sciences économiques 2000, Montréal, 27 mai.

HOUDE, R. (2003). « Début d'année et cycle de vie, l'apport d'un grand psychologue : Erik H. Erikson (1902-1994) », *Le Devoir*, 3 janvier, p. A 9.

HIRDES, JP.; Forbes, WF. (1989), « Estimates of the relative risk of mortality based on the Ontario longitudinal study of aging », *Canadian journal of aging/Revue canadienne du vieillissement*, vol. 8, no 3 p. 222-237.

HIRDES, J.P.; Brown, KS.; Forbes, WF.; Vigoda, DS.; Crawford, L. (1986), « The association between self-reported income and perceived health based on the Ontario Longitudinal Study of Aging », *Canadian journal of aging/Revue Canadienne du vieillissement*, vol. 5, no. 3, p. 189-204.

HOUSE, JS.; Landis, KR; Umberson, D. (1988) « Social relationship and health », *Science*, vol. 241, no 4865, p. 540-545.

IDLER, E. L., L. B. Russell et D. Davis (2000). « Survival, Functional limitations, and self-rated health », *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, no 9, p. 874-883.

INNOCENTI , M. S.; White, K. R. (1993). Are More Intensive Early Intervention Programs More Effective? A review of the Literature, *Exceptionality*, 4 (1), p. 31-50.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2004), « *Grandir en qualité 2003, Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs.* » Gouvernement du Québec, juin, 597 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2001), *Une Enquête sur l'utilisation des services de garde*, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2003), *Tableaux statistiques, « Tendances sociales au travail »*, Site Web consulté en mars 2004, Québec, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2002), « *Population par groupe d'âge, Canada et régions, 2002* ». Site Web consulté en septembre 2003, Québec, Gouvernement du Québec.

KAMINSKI, M., B. Blondel et M. J. Saurel-Cubizolles (2000). « La santé périnatale », dans *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte et INSERM, p. 173-192.

KAPLAN, G. A., D. E. Goldberg, S. A. Everson, R. D. Cohen, J. Tuomilehto et r. Salonen (1996). « Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, no 2, p. 259-265.

KARWEIT, N. L. (1994) « Can Preschool Alone Prevent Early Learning Failure? » In Slavin, Karweit, Wasik, (Eds), *Preventing Early School Failure*, Boston, Allyn and Bacon, p. 58-77.

KAWACHI, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., Prothrow-smith, D. (1997). « Social capital, income inequality and mortality ». *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1491-1498.

KAWACHI, I. (2000) « Income inequality and health », in : Berkman, Kawachi, eds, *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 76-94.

KAWACHI, I.; Berkman, L. (2000) « Cohésion sociale et santé ». Dans : Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang, eds, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 419-428.

KAWACHI, I.; Kennedy, BP.; Glass, R.. (1999), "Social capital and self-rated health : a contextual analysis", *Am J of Public Health*, vol. 89, no. 8, p. 1187-93.

KAY, M., F.; Bernard, P. (2004). « The Dynamics of Social Capital: Who Wants to Stay In if Nobody is Out? » Chapter 2, à paraître, 12 février. 51 p.

KLEINBAUM, D. G. (1982). « Modeling: Analysis Strategy », dans *Epidemiologic research*, Wadsworth Inc., chapitre 21, p. 447-456.

KRAMER, MS. (1998), « Socio-economic determinants of intrauterine growth retardation », *European Journal of Clinical Nutrition*, January, 52, p. 529-33.

KRIEGER, N. (1994). « Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spyder? » *Social Science and Medecine* 29, 887-903.

KRIEGER, N. (2001). « Theories for social epidemiology in the 21<sup>st</sup> century: an ecosocial perspective », *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-77.

KRISTENSON, M.; Eriksen, H.R.; Sluiter, J.K. ; Starke, D. ; Ursin, H. (2004). « Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health ». *Social Science and Medicine*, vol. 58, Number 8, p. 1511-1522.

KUH, D. L.. J.; Ben-Shlomo, Y. (Eds.). (1997). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.

LANTZ, PM.; Lynch, JW.; House, JS.; Lepowski, JM.; Mero, RP.; Musick, MA.; Williams, DR. (2001), "Socioeconomic disparities in health in a longitudinal study of US adults : the role of health-risk behaviours", *Social science and medicine*, vol. 53, no 1, pp. 29-40.

LEDUC, a. ; Cadieux, A. (1993). Qu'est-il possible de conclure des écrits sur l'efficacité à court et à long termes de l'intervention précoce auprès des élèves en difficulté d'apprentissage et d'adaptation et des élèves handicapés? *Comportement humain*, 7, 41-62.

Leon, D. A., D. Vagero et P. O. Olausson (1992). « Social class differences in infant mortality in Sweden, comparison with England and Wales », *British Medical Journal*, vol. 305, no 6855, p. 687-691.

Lundberg, O. (1997), "Childhood conditions, sense of coherence, social class, and adult ill health", *Social science and medicine*, vol. 44, no. 6, p. 821-831.

Lundberg, o.; Peck, MN. (1994), « Sense of coherence, social structure and health; Evidence form a population survey in Sweden », *European journal of public health*, vol. 4, p. 252-257.

LUNDBERG, O.; Fritzell, J. (1994), « Income distribution, income change and health : on the importance of absolute and relative income for health status in Sweden » *Economic change, social welfare and health in Europe*, OMS, vol. 54, p. 37-58.

LUNDBERG, O. (1993), « The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood », *Social Science and Medicine*, vol 36, no 8, pp. 1047-52.

LYNCH, J. W.; Davey Smith, G.; Kaplan, G. A.; House, J. S. (2000). « Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions », *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.

LYNCH, J. W.; Kaplan, G. A.; Pamuk, E. R.; Cohen, R. D., Balfour, J. L., Yen, L. H. (1998). « Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States », *American Journal of Public Health*, 88, 1074-1080.

LYNCH, J. W.; Kaplan, G.A.; Shema, S.J. (1997), « Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological and social functioning », *New England journal of medicine*, vol. 337, no 26, p. 1889-1895.

LYNCH, J. W.; Kaplan, G.A.; Salonen, J.T. (1997), « Why do poor people behave poorly? Variations in adult health behaviour and psychosocial characteristics, by stage of socioeconomic life course », *Social science and medicine*, vol. 44, no 6 p. 809-819.

LYNCH, J. W.; Kaplan, G.A.; Cohen, R.D.; Tuomilehto, J.; Salonen, J.T. (1996), « Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction? », *American Journal of Epidemiology*, Vol. 144, no 10. p. 934-942.

LINK, B. G.; Phelan, J. C. (1996). « Review: why are some people healthy and others not? », *American Journal of Public Health*, 86, 598-599.

MACKENBACH, J. P.; Bakker, M. J.; Kunst, A. E.; Diderichsen, F. (2002). «Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview », In : Mackenbach J. P., Bakker M. J., eds, *Reducing inequalities in health. A European perspective*, London, New York, Routledge, 3-24.

MANSON, N.O.; Rastman, L.; Eriksson, K.F.; Israelsson, B. (1998), « Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-age men », *International journal of Epidemiology*, vol. 27, no 6, p. 1019-1025.

MAO, Y.; Hu, J.; Ugnat, A. M.; Semenciw, R.; Finchman, S. (2001). « Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada », *International Journal of Epidemiology*, 30, 809-817.

MARKS, NF. (1996), « Socioeconomic status, gender, and health at midlife : evidence from the Wisconsin longitudinal study », *Research in the sociology of health care*, ed. Krtonenfeld, Greenwich, p 135-152.

MARMOT, M. G. (2001). « Inequalities in health », *New England Journal of Medicine*, 345, 134-136.

MARMOT, M. G.; Siegrist, J. (2004). « Health inequalities and the psychosocial environment. Preface. » *Social Science and Medicine*, vol., 58, no 8, April, p. 1461.

MARMOT, M. G.; Rose, G.; Shipley, M.; Hamilton, PJ. (1978), « Employment grade and coronary heart disease in British civil servants », *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 32, no 4, pp. 244-49.

MARMOT, M. G.; Kogevinas, M.; Elston, MA. (1987). « Social/Economic Status and Disease », *Annual Review of Public Health*, vol. 8, p. 111-135-.

MARMOT, M. G.; Theorell, T. (1988). « Social Class and Cardiovascular Disease : The Contribution of Work », *International Journal of Health Services*, vol. 18, no. 4, p. 659-674.

MARMOT, M. G.; Smith, GD.; Stansfeld, S.; Patel, C.; North, F.; Head, J.; White, I.; Brunner, E.; Feeney, A. (1991), « Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study », *The Lancet*, vol. 337, no 8754, p. 1387-1393.

MARMOT, M. G; Shipley, M.; Brunner, E.; Hemingway, H. (2001). « Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 301-307.

MARMOT, M. G.; Ryff, CD.; Bompas, LL.; Shipley, M.; Marks, NF. (1997), « Social inequalities in health : next questions and converging evidence », *Social science and medicine*, vol 44, no 6, pp. 901-910.

MARMOT, M. G.; Wilkinson, RG. (dir.), (1999). *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.

MARMOT, M. G. (2002) « The influence of income on health : Views of an Epidemiologist. Does money really matter or is it a marker for something else? », *Health affairs*, p. 31-46.

MARTIKAINEN, P.; Stansfeld, S.; Hemingway, H.; Marmot, MG. (1999), « Determinants of socio-economic differences in change in physical and mental functioning », *Social science and medicine*, vol. 49, no 4, 499-507.

McCAIN, M. N., et J. F. MUSTARD (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux. Étude sur la petite enfance, rapport final*, Publications Ontario.

McDONOUGH, P.; Duncan, GJ.; Williams, D.; House, J. (1997), « Income dynamics and adult mortality in the United-States, 1972 through 1989 », *American Journal of Public Health*, vol. 87, no 9, p. 1476-1483.

McEWEN, B. S. (1998). « Protective and damaging effects of stress mediators: allostatis and allostatic load », *New England Journal of medicine*, 338, 171-179.

McSherry, WC.; Holm, JE. (1994) "Sense of coherence: its effects on psychological and physiological process prior to, during, and after a stressful situation", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 50, no 4, p. 476-487.

MENAHM, G. (1994). *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), Paris, 221 p.

MENCHIK, PL. (1993), « Economic status as a determinant of mortality among Black and White older men : does poverty kill? », *Population studies*, vol. 47, no 3, p. 427-436.

MENEC, VH.; CHIPPERFIELD, JG. (1997), "Remaining active in later life: The role of locus of control in seniors' leisure activity participation, health and life satisfaction", *Journal of Aging and Health*, vol. 9, no 1, p. 105-125.

MUELLER, A. (2002), « Education, income inequality and mortality : a multiple regression analysis », *British Medical Journal*, 324, 23-25.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1998), *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook*, Maryland, NCHS.

OCDE (1995) *Les enfants à risque*, Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, Paris, 159 p.

OLSEN, J., et G. Frische (1993). « Social differences in reproductive health, a study on birth weight, stillbirths and congenital malformations in Denmark », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 21, no 2, p. 90-97.

OSLER, M.; Prescott, E.; Gronback, M.; Christensen, U.; Due, P.; Engholm, G. (2002) « Income inequality, individual income and mortality in Danish adults: analysis of pooled data from two cohort studies », *British Medical Journal*, 324, 13-16.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*.

PALACIO-QUINTIN, E.; Coderre R. (1999). *Les services de garde à l'enfance. Influence des différents types de garde sur le développement de l'enfant*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, avril, 125 p.

PAMPALON, R.; Raymond, G. (2003). « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, société et solidarité*, no 1, p. 191-208.

PAMPALON, R.; Raymond, G. (2000). « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, 21 (3), p. 113-122.

PAQUET, G.; Hamel, D. (2003). « Condition socioéconomiques et santé. Section II Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 2, no. 3, p. 57-100.

PAQUET, G.; Girard, M.; Dubois L. (2001), « Condition de vie, santé et développement. Section II Inégalités sociales et devenir des enfants », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 1, no. 3.

PAQUET, G. (1998), « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, vol. 27, no. 1, pp. 75-106.

PAQUET, G. (1990), *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, Québec, IQRC, 131 p.

PEACOCK, J. L., J. M. Bland et H. R. Anderson (1995). « Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine », *British Medical Journal*, vol. 311, no 7004, p. 531-535.

PIERCE, N. (1996). « Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health », *American Journal of Public Health*, 86, 678-683.

POWER, C.,; Hertzman, C. (1997). « Social and biological pathways linking early life and adult disease ». *British Medical Bulletin*, 53, 210-221.

POWER, C.; Matthews, S.; Manor, O. (1996). « Inequalities in self-rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? » *British Medical Journal*, 313, 449-453.

PRESSER, H. (1988). « Place of child and medicated respiratory illness among young American children », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 50, p. 995-1005.

RAHKONEN, O.; LAHELMA, HUUKKA, M. (1997), « Past or present? Childhood living conditions and current socio-economic status as determinants of adult health », *Social Science and Medicine*, vol. 44, no. 3, pp. 327-336.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (RRSSS) – Montréal-Centre (1998), *Les inégalités sociales de la santé, Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*, Montréal, 1998.

ROLLS, E.T. (2000) « The orbitofrontal cortex and reward ». *Cerebral Cortex*, 10, 284-294.

ROSE, G. (1985). « Sick individuals and sick populations », *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, p. 32-33.

SANTÉ QUÉBEC (1988), *Et la santé, ça va? : rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Québec, MSSS, Gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC, (1995) *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, (3 volumes), Montréal, MSSS, Gouvernement du Québec.

SAPOLSKY, BM. (1992), *Stress, the aging brain, and the mechanism of neuron death*, The MIT press.

SCHWEINHART, L. J.; Weikart, D. P. (1993). Success by Empowerment: The HighScope Perry Preschool Study Through Age 27, Public Policy Report, *Young Children*, 49 (1), p. 54-58.

SÉGIN, L.; Xu, Q.; Potvin, L.; Zunzunegui, M. V.; Frohlich, K. L.; Dumas, C. (2003). « Conditions socioéconomiques et santé », Section I – Pauvreté et santé des enfants québécois », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 3.

SEN, A. (2002). « Health perception versus observation », *British Medical Journal*, vol. 324, no 7342, p. 860-861.

SHIBUYA, K.; Hashimoto, H.; Yano, E. (2002). « Individual income, income distribution and self-rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample, *British Medical Journal*, 324, 16-19.

SHUTZ, R. (1976), « Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 33, no 5, p. 563-573.

SIEGRIST, J. (2000). « Place, social exchange and health: proposed sociological framework », *Social Science and Medicine*, 51, 1283-1293.

SIEGRIST, J.; Graham, H.;Mackenbach, J.; Marmot, M.; Theorell, T. (1998). « Social variations in health expectancy in Europe », *European Sciences Foundation*.

Siegrist, J.; Marmot, M. (2004). « Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges .» *Social Science and Medicine*, vol., 58, no 8, April, 1463-1473.

SLAVIN, R. E.; Karweit, N. L.; Wasik, B. A. (1994). *Preventing Early School Failure*, Boston : Allyn and Bacon.

SLAVIN, R. E.; Madden, N. A.; Karweit, N. L.; Dolan, L. J.; Wasik, B. A. (1994). «Success for All: A Comprehensive Approach to Prevention and Early Intervention ». In Slavin, R. E.; Karweit, N. L.; Wasik, B. A. (Eds), *Preventing Early School Failure*, Boston : Allyn and Bacon, p. 175-205.

SPITZ, H. H. (1986). « Early intervention and compensatory education ». In H. H. Spitz (Ed), *The raising of intelligence: A selected history of attempts to raise retarded intelligence*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, p.59-114.

STARFIELD, B.; Shapiro, S.; Weiss, J.; Liang, KY.; Ra, K.; Paige, D.; Wang, XB. (1991), « Race, family income and low birth weight », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, no 10, p. 1167-1174.

STARKE, D. (2000). [www.univie.ac.at/oengk/5-donf-pub-likationen.html](http://www.univie.ac.at/oengk/5-donf-pub-likationen.html).

STURM, R.; Gresenz, C. R. (2002). « Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders : national survey in USA, » *British Medical Journal*, 324, 20-23.

SYME, L. S. (1998). « Social and Economic Disparities in Health : Thoughts about Intervention », *The Milbank Quarterly*, vol. 76, no. 3, p. 493-505.

SYME, L. S.; Frohlich, K. L. (2002). « The contribution of social epidemiology: ten new books », *Epidemiology*, 13, 110-112.

TAHLIN, M. (1989), « The Value and Costs of Work : a Study of the Consequences of Wage Labour for the Individual » *European sociological review*, 1989, vol. 5, no. 2, p. 115-31.

THIEDE, M.; Traub, S. (1997), « Mutual influence of health and poverty. Evidence from the German panel data », *Social science and medicine*, vol. 45, no. 6, p. 867-877.

TREMBLAY, R. E.; Boulerice, B.; Harden, P. W.; Mcduff, P.; Pérusse, P.; Pihl, R. O; Zoccolillo, M. (1996). « Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence? », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, no 89-550-mpf au catalogue (Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes [Canada]), 1205-6855, no 1, p. 145-157.

TREMBLAY, R. E.; Japel, C.; Côté, S. (2003). « Première étude exhaustive sur la qualité des services de garde – Les petits Québécois sont-ils bien gardés? » *Le Devoir*, 10 septembre.

VAN DE MHEEN, HD.; Stronks, K.; Mackenbach, JP. (1998), « A life course perspective on socio-economic inequalities in health », dans *The sociology of health inequalities*, Oxford, Blackwell.

VILLEDIEU, Y. (2002), *Un jour la santé*, Montréal, Boréal, 320 p.

WADSWORTH, M. (1999). « Early life ». In M. Marmot, and R. Wilkinson (Eds), *Social determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press, p. 44-63.

WADSWORTH, M. (1991) *The imprint of time. Childhood, History, and Adult Life*, Clarendon Press - Oxford, p. 64-92.

WASIK, B. A.; Karweit, N. L. (1994). Off to a good start : Effects of birth to three interventions on early school success. In Slavin, R. E.; Karweit, N. L.; Wasik, B. A. (Eds), *Preventing Early School Failure*, Boston : Allyn and Bacon, p. 13-57.

WERNER, EE. (1992), "The children of Kauai : Resiliency and recovery in  
WILKINSON, RG. (1996), *Unhealthy societies; the affliction of inequality*, Londres, Rutledge.

WILKINS, R.; Berthelot, J.; Ng, E. (2002). « Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 ». *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 13, Statistique Canada, no 82-003 au catalogue.

WILKINSON, RG. (1996), *Unhealthy societies; the affliction of inequality*, Londres, Rutledge.

WILKINSON, RG. (1997) « Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? » *BMJ*, 314: pp. 591-595.

WILLMS, D. J., et M. Shields (1996). *A measure of socio-economic status for the National Longitudinal Survey of Children*, Document de travail préparé pour les utilisateurs des microdonnées du premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Atlantic Center for Policy Research in Education, Université du Nouveau-Brunswick et Statistique Canada.

WOLFSON, M.; Rowe, G.; Gentelman, JF; Tomiak, M. (1993), « Careers earnings and death : a longitudinal analysis of older Canadian men », *Journal of Gerontology*, vol. 48, no. 4, S167-S179.

**ANNEXE I**

NOUVELLE ÉDITION

SOUS LA DIRECTION DE

Vincent Lemieux • Pierre Bergeron  
Clermont Bégin • Gérard Bélanger

Le **S**YSTÈME  
de **S**SANTÉ  
au **S**QUÉBEC

ORGANISATIONS,  
ACTEURS  
ET ENJEUX

Les Presses de l'Université Laval

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise de son Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

Mise en pages : Diane Trottier  
Maquette de couverture : Chantal Santerre

ISBN 2-7637-7806-2  
Tous droits réservés. Imprimé au Canada  
© Les Presses de l'Université Laval, 2003

Distribution de livres Univers  
845, rue Marie-Victorin  
Saint-Nicolas (Québec)  
Canada G7A 3S8  
Tél. (418) 831-7474 ou 1 800 859-7474  
Télec. (418) 831-4021  
<http://www.ulaval.ca/pul>

## CHAPITRE 3

# LES FACTEURS SOCIAUX DE LA SANTÉ

---

*Ginette Paquet  
Benoît Tellier*

## INTRODUCTION

Aider chercheurs et planificateurs à améliorer les politiques publiques afin qu'elles ne visent pas seulement la réduction des conséquences des problèmes de santé : voilà le but d'un chapitre traitant des déterminants sociaux de la santé au sein du présent ouvrage. Plusieurs politiques peuvent en effet favoriser la mise en place de conditions favorables à la santé et, en même temps, de conditions favorables au développement social et économique du Québec. Ce chapitre fera donc sommairement le point sur l'influence des principaux facteurs sociaux sur la santé en insistant sur l'apport des grandes enquêtes de population à travers le monde à la mesure et à la compréhension du phénomène<sup>1</sup>.

La première section du chapitre esquisse un des sentiers inéluctables que devront emprunter les pays industrialisés pour améliorer leurs indica-

---

1. Le présent chapitre est un résumé partiel du rapport que nous avons préparé pour le projet d'Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL). L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a confié le mandat à une équipe multidisciplinaire de chercheurs, placée sous la gouverne de monsieur Paul Bernard de l'Université de Montréal, de façonner ce projet d'enquête. Les différents rapports thématiques de l'ESSIL seront publiés en 2003 dans un ouvrage collectif. La famille, les réseaux sociaux, l'éducation/culture, le travail/revenu/patrimoine, l'usage du temps, la santé mentale, ainsi que la santé physique constitueront les sept thématiques développées.

teurs de santé collective : la réduction des inégalités sociales de santé. La seconde section dresse un bref bilan des enseignements sur les déterminants sociaux de la santé émanant des grandes enquêtes de population, surtout longitudinales. La troisième section présente un aperçu de ce que nous apprennent ces enquêtes de population à propos des facteurs médiateurs. Enfin, la conclusion illustre l'apport possible d'une meilleure compréhension de l'influence des facteurs sociaux à plusieurs politiques publiques du Québec.

## LA SANTÉ DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS : LE CHEMIN À PARCOURIR

L'augmentation de la longévité humaine dans la grande majorité des pays industrialisés singularise l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle. Par exemple, au cours du dernier quart de siècle seulement, les Québécois ont gagné près de six années d'espérance de vie à la naissance et les Québécoises un peu plus de quatre ans<sup>2</sup>. De sorte qu'en 1998, au Québec, l'espérance de vie à la naissance d'un garçon était de soixante-quinze années, alors que pour une fille elle était de quatre-vingt-un ans. En fait, non seulement nous vivons plus vieux, mais nous nous portons mieux. La médecine et les systèmes de soins ont certes contribué à ces progrès. Mais on sait aussi que le revenu par habitant, les inégalités de revenu entre habitants d'un même pays et la scolarisation des femmes, entre autres, sont fortement associés au niveau de santé. Or, on ne retrouve pas la même association entre la santé d'une population et certains éléments des systèmes de soins tels que les médecins, le nombre de lits d'hôpitaux ou les dépenses de santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette absence de relation est particulièrement évidente dans les pays riches (OMS, 2000b).

Somme toute, sous plusieurs aspects, notre état de santé collectif est bien meilleur qu'il y a vingt-cinq ans. Cependant, ce n'est pas vrai pour tous. Par exemple, au Québec, les hommes plus favorisés vivent environ neuf années de plus que les plus désavantagés, alors que chez les femmes l'écart est d'environ trois ans (Pampalon *et al.*, 2000). De même, à Montréal, entre le groupe de revenu le plus faible et le groupe de revenu

---

2. Pour un bilan de la santé des Québécois, voir le chapitre précédent de R. Choinière et P. Tousignant, « L'état de santé de la population québécoise, les principaux facteurs de risque et les services de santé ».

le plus élevé, certaines différences à l'avantage des derniers étaient considérables en 1998 : en particulier pour les grossesses chez les adolescentes de 15-19 ans, pour le suicide, pour les décès par cancer du poumon, pour les naissances de bébés de faible poids, pour les décès par maladies cardiaques et pour le taux d'hospitalisations (RRSSS Montréal-Centre, 1998). Autre illustration, l'étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec établit un lien positif entre la position sociale des familles et la santé des bébés de cinq mois. On trouve notamment des écarts importants pour les nuits passées à l'hôpital : seulement 9 % des enfants de familles relativement favorisées ont déjà séjourné au moins une nuit en milieu hospitalier, comparativement à 18 % pour les enfants de familles de plus faible position sociale (Paquet *et al.*, 2001).

Dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS précise que l'écart entre riches et pauvres se creuse davantage, si l'on distingue, à l'intérieur de l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé et les années avec incapacité. En d'autres mots, les personnes pauvres meurent non seulement plus jeunes que les autres, mais elles passent une plus grande partie de leur vie avec une incapacité. Comme l'affirme Villedieu dans son dernier livre : « que nous n'ayons pas réussi à combler ces écarts – et que de plus, ils aillent en augmentant – est un des échecs les plus affligeants de nos sociétés d'opulence » (Villedieu, 2002 : 128).

En définitive, un pays ne peut affirmer bien s'occuper de la santé de sa population uniquement en lui fournissant des services et des soins de santé, même s'ils sont de très grande qualité. Pas plus qu'une société ne peut imputer aux individus l'entière responsabilité de leurs habitudes de vie, et par conséquent de leur état de santé. La santé d'une population dépendrait d'un ensemble de facteurs parmi lesquels l'environnement social serait aussi fondamental que l'environnement physique, le bagage génétique et le système de soins.

Pourtant, depuis cinquante ans les États ont misé abondamment sur les services et les soins de santé. On croyait sans doute que l'introduction des régimes d'assurance maladie, sans barrière financière, éliminerait les inégalités sociales de santé. Or, dans plusieurs pays, l'écart de mortalité entre les classes sociales inférieures et supérieures s'est accru depuis la Deuxième Guerre mondiale. Dans une récente réflexion critique, l'Organisation mondiale de la santé déclarait qu'il faut reformuler les objectifs des politiques de santé, actuellement exprimés en moyennes générales pour toute la société, « de manière à viser précisément la situation parmi les plus

pauvres et les différences entre riches et pauvres. Ainsi, les taux de mortalité infantile parmi les pauvres ou les différences de mortalité infantile entre riches et pauvres seraient des indicateurs plus utiles que les taux moyens de mortalité infantile dans l'ensemble de la population » (Gwatkin, 2000).

La réduction des inégalités sociales de santé et de mortalité dans les pays industrialisés pose d'importantes questions de planification et de recherche. Sans prétention à l'exhaustivité, les pages qui suivent visent à montrer comment les principales études longitudinales disponibles un peu partout dans le monde peuvent aider chercheurs et planificateurs à trouver des pistes d'intervention pour réduire les différences sociales de santé et de mortalité. Ignorer cet important défi serait de courte vue, puisqu'il nous faudra diminuer les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale.

## CE QUE NOUS APPRENNENT LES GRANDES ENQUÊTES DE POPULATION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Examinons maintenant ce qu'apportent à la mesure et à la compréhension de l'influence des facteurs sociaux sur la santé les conclusions de grandes enquêtes de population à travers le monde, principalement longitudinales. Attenant à ce survol international des connaissances, nous présenterons les données disponibles au Canada et au Québec sur la question.

### **Les données internationales sur la relation entre état de santé et statut socioéconomique**

S'il existe un intérêt croissant, à l'échelle internationale, autour de la recherche portant sur la relation entre l'état de santé et le statut socioéconomique, les méthodes et les mesures utilisées par chacune d'entre elles varient considérablement. Parmi ces différences, mentionnons que les études européennes tendent à effectuer plus souvent leurs analyses sous l'angle de la classe sociale, du statut d'emploi ou du niveau d'éducation tandis que c'est le revenu qui tend à définir le statut socioéconomique d'un individu dans la perspective nord-américaine.

### **Revenu et santé dans une perspective longitudinale**

Les résultats d'enquêtes longitudinales ont permis d'approfondir nos connaissances sur la dynamique des revenus et la santé. Si tout porte à croire que le revenu a un impact important sur la santé, la relation causale inverse est tout aussi plausible (ce que les Américains nomment « *reversal causality* » et les Britanniques « *health selection effect* »). Soulignons que les études longitudinales disponibles tendent toutes à accorder une importance relative assez modeste à la causalité inverse : elle expliquerait environ 10 à 15 % de la variance avec des méthodes de calcul qui tendent à surestimer cette importance.

Chez nos voisins du Sud, les travaux de Duncan (Duncan, 1996) et ceux de McDonough, Duncan, Williams et House (McDonough *et al.*, 1997), en utilisant les données longitudinales du *Panel Survey of Income Dynamic* (PSID), apportent un éclairage précieux et un certain nombre de réponses à ces différentes questions pour la société américaine. En bref, ces travaux indiquent que les revenus dans la population américaine sont très volatiles, et par le fait même les grandes moyennes nationales de revenus des ménages tendent à sous-estimer lourdement à la fois l'importance de la fluctuation des revenus et le nombre de ménages qui connaîtront au moins un épisode temporaire de « pauvreté ». Tout laisse croire que la relation entre le revenu et la santé serait sous-estimée par l'utilisation de données transversales. De plus, c'est la persistance dans le temps d'un bas revenu qui est le plus fortement associée à une augmentation du taux de mortalité. Par ailleurs, la prise en compte de l'instabilité des revenus permet de constater des écarts importants de mortalité entre les individus de revenus moyens, ce qui pourrait indiquer des cheminements de santé différenciés à l'intérieur des classes moyennes en fonction de la précarité ou de la stabilité d'emploi. Ces deux relations persistent en tenant compte de l'état de santé « initial », ce qui tend fortement à invalider une interprétation qui ne serait fondée que sur l'hypothèse de la causalité inverse.

Des résultats largement concordants ont été obtenus dans les enquêtes longitudinales suivantes : en Angleterre avec le *British Household Panel Survey* (BHPS) (Benzeval *et al.*, 2001), en Suède avec le *Swedish Level of Living Survey* (LNU) (Tahlin, 1989) et le *Survey of Swedish Living Standards* (Lundberg *et al.*, 1994), en Allemagne avec le *German Socioeconomic Panel* (Thiede *et al.*, 1997), aux États-Unis avec le *NLS Older Men* (Menchik, 1993) et l'*Alameda County Study* (Lynch *et al.*, 1997).

Mentionnons une dernière contribution. Si toutes les études longitudinales sur la relation entre le revenu et la santé que nous avons explorées concluent à l'existence d'un gradient social de santé selon le revenu, la plupart montrent aussi que la magnitude de cette relation n'est pas distribuée également dans la société : la relation entre le revenu et l'état de santé est comparativement plus forte et plus déterminante aux plus bas échelons de revenu. Tout se passe comme si la pauvreté, et surtout la pauvreté persistante, avait un effet comparatif plus massif sur la santé, tandis que l'état de santé du reste de la société se distribuerait suivant un gradient social beaucoup plus linéaire. Ainsi, les privations matérielles et la pauvreté absolue ne permettent pas de comprendre la distribution sociale de la santé, de la mort et de la maladie dans la majeure partie de la population qui a accès à un revenu la mettant à l'abri de la pauvreté absolue. Par contre, tout porte à croire que cette pauvreté absolue (avec tout ce qu'elle implique en termes de privations, de conditions de logement, de nutrition, etc.) joue un rôle dans l'accentuation de la relation entre le revenu et la santé aux plus bas échelons de revenu.

#### ***D'autres indicateurs du statut socioéconomique***

Des relations entre l'état de santé et le statut socioéconomique (SSE) ont également été observées en prenant pour indicateur du SSE le niveau d'éducation ou le statut de l'emploi occupé. De manière générale, les résultats démontrent que la relation entre le SSE et l'état de santé suit un gradient social, où chaque classe sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité ou de limitations fonctionnelles plus avantageux que la classe de niveau inférieur. Encore ici cette relation a été observée dans des populations différentes, dans des pays différents, et à l'aide d'indicateurs différents.

Plusieurs recherches britanniques sont maintenant devenues classiques dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Parmi elles figurent en bonne place les études de Marmot et de ses collaborateurs sur des cohortes de fonctionnaires britanniques, mieux connues sous le nom de « Whitehall Study ». À partir de 1967, les chercheurs ont suivi une cohorte d'environ 17 000 « cols blancs » masculins britanniques (Marmot *et al.*, 1978 ; Smith *et al.*, 1990). Le résultat principal de l'étude est certainement la découverte d'un gradient social clair et linéaire de morbidité et de mortalité (en général, et selon une série de causes spécifiques) chez les employés en fonction de leur position d'emploi dans la hiérarchie

ploi se sont avérées progressives et sans point de rupture : les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles qui se trouvaient à l'échelon inférieur, même si ces dernières se situaient à un niveau plus élevé que le reste de la population à l'étude en ce qui concerne le revenu et le rang social.

Ce gradient a été établi en tenant compte de la consommation de tabac, de l'obésité, de la pratique d'une activité physique de loisir, de la pression sanguine et du taux de cholestérol. La prise en compte de ces facteurs expliquait moins de 25 % de la variation de la mortalité selon le SSE. Les chercheurs de Whitehall ont été les premiers à montrer que la variance de l'état de santé selon le statut socioéconomique ne s'expliquait pas d'abord par les habitudes de vie liées à la santé. Le gradient ne pouvait pas non plus être expliqué par la pauvreté d'une partie de l'échantillon, puisque tous les membres de l'échantillon étaient des cols blancs, pour la plupart avec la sécurité d'emploi et un salaire relativement élevé. En d'autres mots, aucun répondant – à toutes fins utiles – ne vivait une situation de pauvreté absolue. Ces chercheurs ouvraient ainsi des pistes de réflexion vers la prise en compte d'une série de variables qui pourraient expliquer les mécanismes par lesquels s'opère la production des inégalités sociales de santé, comme le sentiment d'avoir un contrôle sur son travail, le soutien social, l'estime de soi. Puisque cette étude est longitudinale, les chercheurs de Whitehall ont pu également démontrer que la relation causale allait dans le sens du statut socioéconomique vers la santé. En d'autres mots, c'est davantage la position sociale qui tend à déterminer la santé, plutôt que l'inverse. Un suivi supplémentaire de la cohorte à l'âge de la retraite a également pu montrer que le SSE contribuait à expliquer les écarts dans la dégradation de la santé fonctionnelle physique et mentale accompagnant parfois le vieillissement (Martikainen *et al.*, 1999).

Nous devons donc aux premiers travaux de Whitehall cette compréhension nouvelle : la relation entre le statut socioéconomique et la santé n'est pas uniquement attribuable à une extrême privation au bas de l'échelle sociale (Marmot *et al.*, 1987; Marmot et Wilkinson, 1999). Dans la foulée de ces travaux, on a observé, dans les pays où l'on parvient à mesurer des différences sociales de santé, un gradient similaire. Ce gradient a été observé dans la majorité des pays industrialisés, mais avec une amplitude variable et des méthodes de recherche hétérogènes (Marmot *et al.*, 1987; Marmot *et al.*, 1988; Marmot *et al.*, 1999; Syme, 1998).

Cette volonté de comprendre plus avant les mécanismes sous-tendant

à la reprise de l'enquête en 1985, avec une nouvelle cohorte d'environ 10 000 répondants des deux sexes de 35 à 55 ans et, surtout, avec un questionnaire qui ciblait une variété de mécanismes pouvant participer à la production et à la reproduction des inégalités de santé (Marmot *et al.*, 1991). Les résultats ont confirmé l'existence d'une relation graduée et significativement forte entre le SSE et la santé perçue, la dépression, le bien-être psychologique, l'absence au travail pour cause de maladie, ainsi qu'avec la morbidité liée aux maladies cardiovasculaires. De plus, ces résultats ont attiré l'attention sur l'importance des indicateurs psychosociaux dans l'explication du gradient, comme le sentiment de contrôler sa destinée. Nous reviendrons plus loin sur ce dernier facteur.

Des résultats très similaires ont été obtenus avec la *Wisconsin Longitudinal Study* (WLS), une enquête de cohorte américaine composée d'hommes et de femmes diplômés des « high schools » au Wisconsin en 1957 (questionnés en 1957 et suivis entre l'âge de 18 et 54 ans). Un gradient social de santé a été trouvé en fonction du SSE (mesuré par l'occupation la plus récente). Des inégalités graduées ont été observées pour la santé perçue, les limitations d'activités dues à un problème de santé, la dépression et le bien-être psychologique (Marks, 1996; Marmot *et al.*, 1997). Mentionnons ici rapidement que des enquêtes suédoises, finlandaise, écossaise et trois cohortes britanniques ont chacune participé au décryptage d'inégalités sociales de santé similaires.

En résumé, au niveau international, les études longitudinales qui traitent des rapports entre statut socioéconomique et santé attirent notre attention sur les éléments suivants :

- Il existe un gradient social de santé, de morbidité et de mortalité dans plusieurs sociétés, et ce, indépendamment de la définition du SSE (niveau de scolarité, revenu, emploi).
- La causalité va largement dans le sens de la position sociale vers la santé ; la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important.
- La volatilité des revenus, les différents profils de pauvreté (temporaire, persistante), les pertes de revenu, les changements de statut d'emploi (etc.) sont des phénomènes importants et répandus qui ont un effet sur la relation entre le statut socioéconomique et l'état de santé.
- Les habitudes de vie liées à la santé expliquent généralement une part modeste de la variance observée.
- Le statut socioéconomique a des effets à long terme sur la santé.

### Les données canadiennes sur les inégalités sociales de santé

À notre connaissance, seuls les résultats de deux études d'importance ont été publiés à partir de données longitudinales sur la relation entre revenu et santé au Canada; toutes deux n'incluaient pas d'échantillon québécois. Utilisant des données de l'*Ontario Longitudinal Study of Aging* (OLSA, de 1959 à 1978), Hirdes et ses collègues (Hirdes *et al.*, 1986) ont pu mesurer l'effet du revenu sur la santé perçue dans un échantillon de 2 000 hommes âgés de 45 ans au départ de l'enquête. Si le revenu, le niveau d'éducation et l'usage du tabac étaient tous reliés à la santé perçue, seul le revenu s'est avéré significativement lié à la santé perçue en tenant compte des deux autres variables. Cela indique que la relation entre revenu et santé est en partie indépendante de l'usage de la cigarette. Les chercheurs ont aussi relevé l'importance de la dynamique du revenu: les changements de revenu sont significativement liés à des changements de la santé perçue, et ce, de manière plus prononcée en ce qui concerne les pertes de revenu. Enfin, l'analyse montre que la relation causale va pour une très large proportion dans le sens du revenu vers la santé. Une analyse de même type a été effectuée pour la mortalité (Hirdes et Forbes, 1989), mais concluait à une moindre influence des changements de revenu.

Wolfson, Rowe, Gentelman et Tomiak (1993) ont analysé les fichiers administratifs du plan de pension canadien (excluant le Québec) de près de 500 000 hommes, recueillant une information complète sur les salaires sur une période de 10 à 20 ans (de 45 à 65 ans), et la mortalité entre l'âge de 65 et 74 ans. L'étude montre l'existence d'un gradient social de mortalité en fonction du revenu, gradient qui traverse toute la société, même si la relation est plus prononcée au bas de l'échelle des revenus. Pour reprendre les termes des auteurs, chaque dollar supplémentaire de salaire a un effet positif sur la longévité, mais l'effet protecteur du revenu diminue à mesure que le salaire s'élève. La relation observée est très importante – son effet sur la longévité est de même importance, par exemple, que celui des cancers: « *the elimination of cancer would have roughly the same impact on mortality for this group as bringing the mortality experience of the bottom 80 percent up to the average of the top 20 percent* » (*Ibid.*: 170).

Bien que moins étoffées, ces études semblent confirmer en partie les phénomènes observés en Grande-Bretagne, aux États-Unis et dans le reste de l'Europe dont il a été question précédemment; les inégalités sociales de

santé paraissent se distribuer de manière graduée dans la population canadienne.

### **Les données québécoises sur les inégalités sociales de santé**

La grande majorité des analyses effectuées au Québec se sont appuyées, jusqu'à maintenant, sur des données transversales ou écologiques. Des analyses longitudinales sur ce sujet seront publiées en 2003, à partir des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ). Mais par des études transversales ou écologiques, on sait notamment qu'il y a un lien positif entre l'espérance de vie et le statut socioéconomique, que la distribution de celle-ci est fonction de la richesse ou non des quartiers montréalais (RRSSS Montréal-Centre, 1998) ; que les milieux défavorisés au Québec sont par ailleurs plus touchés par les limitations d'activités et les incapacités (ISQ, 2000) ; que la mortalité et l'hospitalisation liées aux traumatismes intentionnels (suicide, homicide) et non intentionnels (accidents) sont fortement liées à la défavorisation matérielle (Hamel *et al.*, 2002). De plus, les habitudes de vie nocives pour la santé (tabagisme, sédentarité, excès de poids) se concentrent fortement dans les groupes sociaux défavorisés et on y découvre une utilisation des services de santé différente : surhospitalisation, surconsommation de médicaments, mais sous-représentation dans la consultation de spécialistes, de dentistes et de services de prévention. Enfin, des analyses ont mis en lumière un gradient social de santé perçue et de détresse psychologique qui persiste, même en tenant compte de l'effet des habitudes de vie nocives pour la santé (Ferland *et al.*, 1995).

Mais pour tous ces résultats, on ne peut parler que d'associations statistiques significatives, et non de relations causales, étant donné le caractère transversal des données. On ne connaît pas le sens des relations ni leur enchaînement temporel. De plus, comme nous l'a enseigné Duncan, tout laisse croire que ces résultats sous-estiment la relation entre le statut socioéconomique et la santé. Si le Québec dispose de données transversales de qualité, comme d'analyses écologiques enviables, nous ne pouvons que constater le déficit de connaissances que représente l'absence d'une enquête longitudinale générale représentative de la population, attentive aux différentes facettes des parcours de vie des Québécois.

## CE QUE NOUS APPRENNENT LES GRANDES ENQUÊTES DE POPULATION SUR LES FACTEURS MÉDIATEURS

Comme nous l'avons vu, la production et la reproduction des inégalités sociales devant la santé, la maladie et la mort concernent toute la stratification sociale, et ne peuvent être expliquées par un schème d'interprétation qui n'évoquerait que le dénuement matériel comme facteur explicatif. Au-dessus d'un certain seuil de revenu où la pauvreté ne peut plus être invoquée, il faut plutôt se tourner vers un « quelque chose de sous-jacent » qui médiatise la relation entre le statut socioéconomique et la santé. Quelque chose semble exercer une puissante influence sur la santé. Ce quelque chose est directement en relation avec la situation hiérarchique et exerce une influence sur tous – et pas uniquement sur les minorités défavorisées (Evans *et al.*, 1996).

Progressivement, le champ de la recherche sur les inégalités de santé s'est orienté vers l'identification de mécanismes sociaux, psychologiques, comportementaux et parfois biologiques susceptibles d'être impliqués dans la production de ces disparités de santé. Bien que des centaines d'études, d'essais, de livres ou d'articles portent sur ces mécanismes, nous tenterons ici de dégager un certain nombre de tendances dominantes. Parmi celles-ci nous retenons :

- la relation souvent inverse entre le statut socioéconomique et certaines habitudes de vie ayant un impact négatif sur la santé (la sédentarité, une mauvaise alimentation, le tabagisme, etc.) ;
- les effets à long terme sur la santé des conditions de vie et des expériences vécues pendant la petite enfance ;
- le rôle protecteur de certains facteurs psychosociaux comme le sentiment de contrôler sa destinée ou le sens de la cohérence (aussi nommé « sentiment de cohésion » dans certaines traductions) ;
- enfin, l'impact de l'univers familial et plus largement de l'appartenance ou du sentiment d'appartenance à des réseaux sociaux, voire à une communauté.

### **Les habitudes de vie liées à la santé**

Il est bien connu qu'un nombre important de comportements et d'habitudes de vie ont un impact important sur le développement de l'état de

santé d'un individu. Ainsi, l'usage de la cigarette, la consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues (incluant la surconsommation de médicaments), l'absence d'activité physique (sédentarité) ou une mauvaise alimentation (la carence ou la consommation abusive de lipides ou de sucres) sont des facteurs de risque pour un nombre important de maladies et de problèmes de santé.

L'importance de la détermination sociale et de la « distribution » inégale de ces comportements ne fait pas de doute. Pour la plupart de ces habitudes de vie, on observe une relation significative – souvent graduée – avec l'une ou l'autre des multiples dimensions du statut socioéconomique. D'une manière générale, plus on s'élève dans la hiérarchie sociale (que ce soit sous l'angle du niveau d'éducation, du revenu ou de l'emploi), plus les comportements des individus tendent à se conformer aux exigences du maintien d'un bon état de santé. Encore ici, de nombreuses données viennent étayer cette réalité (Lynch *et al.*, 1997; National Center for Health Statistics, 1998).

Dans cette situation, il est clair que la répartition sociale inégale des comportements nocifs pour la santé participe de la (re)production des inégalités sociales de santé. Cependant, une approche qui expliquerait la plus grande prévalence des problèmes de santé et de mortalité précoce dans les milieux économiques moins favorisés comme étant principalement le résultat d'une concentration de comportements à risque serait erronée. Plusieurs travaux (particulièrement les recherches longitudinales qui peuvent prendre en compte l'effet à long terme des comportements) indiquent que ces « facteurs individuels de risque » n'expliquent que partiellement les écarts sociaux de santé (Smith *et al.*, 1990; Lynch *et al.*, 1996; Manson *et al.*, 1998).

Par ailleurs, d'autres chercheurs ont analysé les habitudes de vie comme un des éléments médiateurs dans la structuration des inégalités de santé (Lantz *et al.*, 2001) (non pas comme cause simple et directe, mais comme contribution partielle à l'explication). Utilisant des données longitudinales représentatives de la population américaine (couvrant une période d'un peu plus de sept ans), ils en arrivent à la conclusion que ces habitudes participent de manière modeste à la production des inégalités de santé. Par exemple, le risque relatif d'un faible niveau de scolarité (avec pour référence le niveau le plus élevé) sur les limitations d'activités était de 2,96. En tenant compte de l'effet des habitudes de vie (tabac, alcool, inactivité

physique, surplus de poids<sup>3</sup>), ce risque chutait à 2,21. Dans un ordre d'idées similaire, le risque relatif des bas revenus (avec pour référence le revenu le plus élevé) sur la santé perçue comme autre que très bonne ou excellente est de 2,16 sans tenir compte de l'effet des habitudes de vie et de 2,07 en contrôlant leur effet.

Être en bonne santé ne relève donc pas uniquement des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.), bien que ces dernières suivent aussi en gradient le statut socioéconomique. En fait, même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale serait augmentée, mais le gradient de l'état de santé entre les classes sociales persisterait (Marmot *et al.*, 1987; Marmot *et al.*, 1988; Marmot *et al.*, 1999; Syme 1998). Malgré leur importance comme facteurs de risque pour certaines maladies, les habitudes de vie liées à la santé sont simplement l'un des mécanismes par lesquels se structurent et se reproduisent les inégalités de santé. Ce constat, important du point de vue de la recherche comme de la planification des politiques sociales, s'applique-t-il au Québec? Faute de données longitudinales, il est impossible de l'affirmer avec certitude.

### **L'importance de la petite enfance**

Les relations fondamentales entre les conditions de vie durant l'enfance et l'apprentissage, les difficultés d'adaptation sociale et la vulnérabilité aux problèmes de santé à l'âge adulte commencent à être mieux connues. Par exemple, il semble que pendant une « période cruciale » de la petite enfance, la présence ou l'absence d'un soutien adéquat soient déterminante dans le développement du système nerveux central à un moment de la vie où le cerveau est particulièrement malléable et où le cortex cérébral se développe le plus rapidement. En retour, ce développement est lui-même fortement impliqué dans l'action des systèmes immunitaire et endocrinien et en particulier en ce qui concerne leur capacité de réagir adéquatement aux « stress ». Bref, cette période serait le moment privilégié de la constitution du système de défense de l'organisme contre les multiples agressions qui forment à des degrés divers le lot commun d'une vie humaine dans un environnement social. Cela indique la présence d'un effet cumulatif de

---

3. Le poids corporel n'est assurément pas une habitude de vie ou un comportement. Par contre, il est très étroitement relié au mode de vie – alimentation, activité physique, consommation d'alcool. Pour cette raison, il n'est pas rare de voir le poids corporel ou l'indice de masse corporelle utilisé

on commence à identifier les facteurs prédictifs (Eming Young, 1995; Keating *et al.*, 1993; McCain *et al.*, 1999; Paquet, 1998; Syme, 1998). Comme les enfants ne naissent pas dans des ménages disposant d'un accès égal à ces ressources (monétaires, scolaires, affectives, sociales...) et comme ces désavantages semblent être interreliés, on peut aisément reconnaître que la petite enfance est susceptible de participer à la (re)production des inégalités sociales de santé. Plusieurs enquêtes longitudinales viennent confirmer cet effet du statut socioéconomique de la famille sur la santé des enfants, mais surtout sur les parcours sanitaires à long terme des individus et, par conséquent, sur la distribution des maladies, des maux et de la santé dans une population.

Par exemple, des chercheurs américains (Starfield *et al.*, 1991) ont montré que, pour les familles à faible revenu, la prise en compte du profil de pauvreté (persistante ou temporaire) était particulièrement révélatrice. Ils mettent en lumière des écarts importants dans l'incidence des naissances à faible poids selon que la pauvreté est mesurée par sa persistance sur plusieurs années ou simplement par le revenu pendant l'année de la grossesse. Des études britanniques incontournables ont été menées à l'aide de données provenant d'enquêtes de cohortes de naissances. Parmi celles-ci, les travaux de Barker et de ses collaborateurs (Barker *et al.*, 2001; Barker, 1997) sont exemplaires. Leurs recherches ont d'abord réaffirmé la relation observable entre le poids à la naissance et les risques de mourir de maladies cardiovasculaires beaucoup plus tard à l'âge adulte. La mort « précoce » due aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte serait donc en partie explicable par une variable biologique – la sous-nutrition prénatale. Par ailleurs, une analyse multivariée plus fine permet de montrer l'interaction entre les conditions de l'enfance et celles de l'âge adulte, ainsi qu'entre des variables de nature biologique et socioéconomique. Ainsi, si le poids à la naissance est prédictif des maladies cardiovasculaires, les hommes de faible poids à la naissance seront plus vulnérables à un statut socioéconomique désavantageux à l'âge adulte. Les autres tendent à mieux supporter les effets négatifs de mauvaises conditions socioéconomiques. L'analyse de ces données longitudinales montre l'interaction entre le biologique et le social.

Par ailleurs, une recherche américaine (Duncan *et al.*, 1994) utilisant des données longitudinales de l'*Infant Health and Development Program* a pu montrer que le revenu des familles était fortement lié au développement cognitif et à la présence de problèmes comportementaux chez des enfants de 5 ans. Ainsi, le revenu familial s'est révélé très fortement corrélé aux résultats d'un test de QI (enfants de 5 ans) ainsi qu'à la présence de pro-

blèmes de comportement. De plus, la pauvreté persistante s'est révélée deux fois plus influente sur le résultat du test de QI et de 60 à 80 % plus influente sur les problèmes de comportement que la pauvreté temporaire.

Voici une autre illustration, à partir d'une enquête de cohorte d'hommes écossais, du rôle des conditions socioéconomiques désavantageuses dans l'enfance et à l'âge adulte comme causes spécifiques de mortalité à l'âge adulte. Smith et ses collaborateurs (1998), après avoir tracé un portrait des déterminants de la mortalité à l'âge adulte, concluent que les conditions socioéconomiques pendant l'enfance sont fortement liées à la mortalité par accident, par cancer du poumon, et qu'elles entrent (conjointement avec les conditions socioéconomiques à l'âge adulte) dans l'étiologie des maladies respiratoires et des maladies cardiovasculaires. Dans une autre étude, Smith *et al.* (1997) analysent l'influence du SSE sur la mortalité durant l'enfance, au premier emploi et au moment de la dernière vague de l'enquête (les répondants ayant alors 35 à 64 ans). Chacun de ces moments avait son importance dans l'explication de la mortalité prématurée.

Un dernier exemple : l'enquête longitudinale néerlandaise (*Longitudinal Study of Socio-economic Health Differences*) a été conçue et planifiée dans le but d'examiner l'effet du SSE sur la santé dans la perspective d'un parcours de vie, et selon l'hypothèse que les désavantages liés à un bas SSE s'accumulent tout au long de la vie (Van de Mheen *et al.*, 1998). Les résultats de l'étude tendent à confirmer cette hypothèse. Ainsi, le SSE durant l'enfance semble expliquer environ 10 % des inégalités de santé à l'âge adulte (santé perçue et maladies chroniques), cet effet étant indépendant des conditions économiques à l'âge adulte. Cette relation ne s'explique que partiellement par la présence plus importante, chez les familles à faible SSE, de comportements nocifs pour la santé. Par contre, une large part de la variance peut être expliquée par des indicateurs de la personnalité et des facteurs culturels ; l'effet du SSE dans l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte est ainsi réduit de moitié.

En somme, le SSE dans l'enfance a un effet indépendant sur la santé à l'âge adulte, cette relation s'articulant en partie à travers des mécanismes psychosociaux et, dans une moindre mesure, par l'adoption de comportements nocifs pour la santé. Ces résultats témoignent de la précarisation précoce d'une partie des membres de la société, vulnérabilité qui semble avoir des effets sur la santé tout au long de la vie. Néanmoins, il n'y a rien dans cette situation de fatal ou d'inéluctable. C'est ce qu'indique la réussite de certains programmes de stimulation précoce et d'éducation préscolaire

en milieu défavorisé. Le succès de ces programmes repose sur l'identification rigoureuse de facteurs dits protecteurs, favorisant la résilience et, par le fait même, l'égalité des chances de réussite (Paquet, 1998). L'identification de tels facteurs protecteurs au Québec contribuerait de toute évidence au développement de pistes fécondes pour l'intervention préventive.

## **Le rôle des facteurs psychosociaux**

### ***Le sentiment de contrôler sa destinée***

Une des approches de plus en plus documentée des mécanismes qui sous-tendent les inégalités sociales de santé tient dans l'exploration des facteurs psychosociaux. C'est à certains auteurs-clés que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur cette dimension, et en premier lieu à Marmot et à ses collègues lors des travaux de Whitehall, à Wilkinson (1996) pour leur exploration des effets sanitaires des inégalités sociales et à Antonovsky (1987) pour ses travaux sur le sens de la cohérence. Selon ces chercheurs, dans les sociétés industrielles avancées, la position sociale d'un individu ne définit pas d'abord la capacité matérielle de satisfaire des besoins de base (sauf pour une frange de la population tout en bas de la hiérarchie sociale), mais s'articule plutôt à la capacité de participer pleinement à la vie sociale et d'avoir un contrôle sur sa propre destinée. Ainsi, les conditions du maintien d'une bonne santé, comme les causes les plus générales de sa dégradation, pourraient trouver une part importante de leur explication dans un ensemble de facteurs psychosociaux. C'est dans cet esprit que plusieurs travaux ont avancé l'hypothèse que les inégalités sociales de santé seraient liées de près à des inégalités dans le sentiment d'avoir une emprise sur sa destinée, à des inégalités dans le sentiment de participer pleinement à la vie sociale, à une inégale répartition du sentiment que sa propre vie est compréhensible ou contrôlable.

Le sentiment de contrôler sa destinée est un indicateur psychosocial qui a montré son utilité dans l'explication du gradient social de santé. On le présente généralement comme une variable médiatrice, qui explique une large part de la relation entre inégalité socioéconomique et inégalité de santé (Bosma *et al.*, 1997). Bien qu'il soit défini de multiples manières, le sentiment de contrôle renvoie à l'idée d'être maître de sa destinée. À l'opposé se trouve le sentiment que le monde est largement « déterminé » par le hasard, ou encore par le pouvoir des autres (*powerful others*), c'est-à-dire que ce sont les autres qui détiennent le contrôle de notre destinée person-

Le sentiment de contrôler sa vie est un facteur prédictif de la santé physique et mentale (Shutz, 1976), de l'utilisation des services de santé (Krause, 1988), de la mortalité chez les personnes âgées (Menec *et al.*, 1997), en plus d'être relié à des habitudes de vie associées à la santé comme l'alimentation ou la pratique d'une activité physique de loisir. Bref, non seulement il s'impose comme une variable médiatrice dans l'explication du gradient social de la santé, mais il constitue aussi une indication de la résilience tout autant que de la capacité d'adaptation à l'environnement social et physique. Dans le contexte de l'environnement de travail, les travaux de Whitehall II ont montré que le sentiment d'avoir peu de contrôle sur son travail était un puissant indicateur de l'incidence de maladies cardiaques, et que la prise en compte de ce facteur permettait d'expliquer une large part de la variation des maladies cardiaques entre les classes sociales. Ce sentiment expliquait davantage les différences sociales dans l'incidence des maladies cardiaques que la prise en compte des facteurs de risque classiques (cholestérol, pression sanguine, tabac, indice de masse corporelle, pratique d'une activité physique de loisir). De plus, le sentiment de contrôler sa destinée est étroitement lié à l'environnement social d'un individu ; il est par le fait même susceptible de se transformer suivant les circonstances de la vie. Des travaux effectués auprès de la population russe indiquent qu'un effondrement du sentiment de contrôler sa destinée serait associé à la chute catastrophique de l'espérance de vie qui a sévi pendant les années 90 dans ce pays (Bobak *et al.*, 1998). En ce sens, ces travaux prennent leur distance avec l'interprétation du contrôle ou de la « mastery » comme d'un indicateur de la personnalité.

Par quels mécanismes le social et le psychosocial interagissent-ils avec le biologique ? On soupçonne de plus en plus le rôle médiateur que joue le système nerveux avec les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. (Sapolsky, 1992). Les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui sont ressentis d'une manière personnelle et qui durent longtemps. Le stress perçu par l'hypothalamus agirait sur l'hypophyse, qui à son tour agit sur les glandes surrénales qui élèvent le niveau de glucocorticoïdes. Ce serait l'élévation continue du niveau de glucocorticoïdes qui serait dommageable. Les effets seraient nombreux, notamment sur la digestion, sur l'énergie vitale et sur la tension artérielle. Certains effets sont connus depuis moins longtemps : ceux sur le système immunitaire et sur la mort neuronale entraînant un vieillissement prématuré. Or, les études de Marmot l'ont démontré, plus les individus sont situés au sommet de la hiérarchie sociale, plus ils arrivent facilement à diminuer le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu.

### **Le sens de la cohérence**

Dans un esprit similaire, les travaux d'Antonovsky sur le sens de la cohérence avaient pour objet de décrire et de comprendre le processus de résistance des individus aux sources de stress dans leur environnement. Antonovsky a développé le concept de sens de la cohérence, voulant décrire la capacité des individus de *comprendre* (compréhensibilité), de *gérer ou contrôler* (*manageability*) et de *donner une signification « motivante »* (*meaningfulness*) à une situation. Ce concept s'inscrit au cœur de l'approche salutogénique défendue par Antonovsky, où le centre d'attention n'est pas tant l'étiologie spécifique des différentes maladies que ce qui, de manière générale, permet à l'individu de se maintenir en bonne santé. Ce détournement du regard amène Antonovsky à s'intéresser aux ressources psychosociales favorisant la résilience et la résistance au stress. Ainsi, un individu qui a développé un sens de la cohérence solide serait plus apte à affronter les sources de maladies liées au stress.

Si l'objet de la recherche d'Antonovsky est la bonne santé, rien n'empêche de considérer un faible sens de la cohérence comme un facteur favorisant la maladie. Pour Antonovsky lui-même, le sens de la cohérence est un concept social : un environnement social et économique stable avec des normes et des valeurs elles-mêmes stables et reconnaissables favorise le développement du sens de la cohérence (Antonovsky, 1987). Le sens de la cohérence serait étroitement lié à l'intégration sociale et aux conditions d'existence. Par voie de conséquence, l'hypothèse qu'une inégale répartition du sens de la cohérence entre les classes sociales puisse participer à l'explication des inégalités de santé est tentante. C'est ce qu'ont exploré des chercheurs associés au *Level of Living Survey* suédois, et leurs résultats tendent à confirmer cette hypothèse (Lundberg et Peck, 1994). Ainsi, les ouvriers et les paysans sont plus susceptibles que les autres d'avoir un sens de la cohérence faible. De plus, les personnes qui ont connu des difficultés économiques ou celles qui ont connu une dégradation de leur situation socioéconomique sont aussi beaucoup plus nombreuses à avoir un faible sens de la cohérence. Globalement, le sens de la cohérence est distribué entre les classes sociales de manière graduée. Les chercheurs concluent que le sens de la cohérence est fortement influencé par la position sociale des individus. Dans la seconde partie de leur analyse, ils montrent que, même en annulant l'effet de l'âge, du sexe, de la classe sociale, des conditions de vie difficiles et de la dégradation des conditions de vie, le sens de la cohérence continuait d'avoir un effet significatif et important sur l'incidence des maladies circulatoires et sur certains troubles mentaux.

logiques. D'autres travaux témoignent également de la pertinence du sens de la cohérence comme déterminant de la santé (Lundberg, 1997; McSherry et Holm, 1994).

## **Santé et relations sociales**

### ***Capital social et cohésion sociale***

Un intérêt récent en sociologie de la santé s'est structuré autour des notions de capital social et de cohésion sociale. L'expression cohésion sociale est relativement claire dans sa signification, référant aux ouvrages classiques d'Émile Durkheim sur le suicide et sur les formes de solidarité sociale. Par cohésion sociale, on entend généralement les formes de solidarité communautaire et sociale en mesure de maintenir vivant un tissu social et d'empêcher l'exclusion d'une partie des membres de la société. Les sociétés à forte cohésion sociale favorisent le partage de la richesse, on y observe un attachement réel aux valeurs d'entraide et de solidarité, elles encouragent et soutiennent la participation sociale dans tous les domaines de la vie collective.

Le concept de capital social, plus récent, est aussi plus flou, difficile à définir dans la multiplicité des usages parfois contradictoires que l'on en fait. Par exemple, des auteurs aussi radicalement divergents que F. Fukuyama et P. Bourdieu sont tous deux fréquemment cités dans ce domaine de recherche, l'un pour ses travaux récents sur la confiance et l'autre pour avoir été le premier à utiliser le concept de capital social. Quoiqu'il en soit, on s'entend généralement pour dire que le capital social est constitué de l'ensemble des relations, des normes et des compétences structurant une communauté ou un groupe qui ne sont pas strictement marchandes ou bureaucratiques. En ce sens, et à l'échelle communautaire, les recherches sur le capital social vont accorder une importance décisive à l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires, à la présence d'installations publiques dans une localité (bibliothèques, piscines, parcs, etc.), au *membership* des organismes civiques, religieux ou bénévoles, mais aussi au sentiment de confiance, d'obligation réciproque et d'entraide qui se noue au cœur des liens entre les membres d'une communauté. Le capital social est aussi envisagé comme une ressource qu'un individu peut « posséder » et dont il peut user : réseaux d'amis ou de connaissances, savoir-faire social, influence sociale par le biais de l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires.

Des recherches devenues classiques dans le domaine de la sociologie de la santé ont récemment été réinterprétées en termes de capital social ou de cohésion sociale<sup>4</sup>. Ainsi, une recherche longitudinale américaine, l'*Alameda County Study*, effectuée dans les années 60 et 70, a montré que les personnes mariées, celles qui avaient de nombreux amis et connaissances, qui s'impliquaient dans des organisations (formelles ou informelles) ou qui adhéraient à un groupe religieux, avaient généralement un taux de mortalité inférieur à celui des personnes davantage isolées, et ce, même en tenant compte de l'effet du SSE et des habitudes de vie nocives pour la santé (chez les hommes, la différence était du simple au double) (Berkman *et al.*, 1979).

Une étude de cohorte américaine, « les enfants de Kauai<sup>5</sup> » (Werner, 1992), vient apporter elle aussi des informations sur l'importance de la qualité des relations sociales et communautaires dans le parcours de vie des individus. Cette enquête longitudinale a d'abord documenté les effets « dévastateurs » de la pauvreté sur le développement des enfants, en particulier concernant les désordres d'apprentissage, les problèmes de santé mentale, la présence de comportements « antisociaux ». Elle a aussi montré que ces différents problèmes se traduisaient par des atteintes à l'état de santé à l'âge adulte. Mais, surtout, l'enquête s'est penchée sur un sous-groupe de jeunes de milieux très pauvres, qui, tout en présentant un nombre considérable de facteurs de risque, ont connu un développement normal et harmonieux. Les chercheurs se sont penchés en fait sur un groupe de jeunes « résilients ». Derrière cette capacité de surmonter une origine sociale désavantageuse, ces jeunes avaient, entre autres, comme point commun de pouvoir compter sur la présence et le soutien d'un adulte significatif à l'extérieur de la famille qui semblait agir comme « *gate-keeper* ».

Plus récemment, les travaux de Wilkinson ont eux aussi été marquants. Dans un livre qui fait date (Wilkinson, 1996), comparant des indicateurs de santé entre plusieurs pays, Wilkinson arrive à montrer qu'au-dessus d'un certain seuil de développement économique, ce n'est plus le PNB par

---

4. Mentionnons que pour plusieurs des chercheurs dans le domaine de la santé auxquels nous nous référons, ces notions sont à toutes fins utiles utilisées comme des synonymes. Il faut pourtant les différencier conceptuellement, puisque des petits groupes peuvent avoir un « capital social » tout en ayant un effet déstructurant sur la cohésion sociale (par exemple : les groupes de motards criminalisés).

5. Enquête de cohorte commencée en 1955 sur le développement des enfants nés sur l'île de Kauai, Hawaï. L'enquête suivit les enfants (ou leurs parents) à partir de la grossesse de la mère jusqu'à ce que les « enfants » aient 32 ans.

habitant qui est significativement lié à l'état de santé de la population, mais l'ampleur des inégalités sociales à l'intérieur même du pays. Pour Wilkinson, cette relation entre inégalités et santé s'opère précisément à travers la cohésion sociale. Autrement dit, la fragmentation du tissu social, l'exclusion, la méfiance dans les relations sociales, l'absence d'entraide qui marqueraient les régions fortement inégalitaires se traduiraient, chez les individus, par des dispositions psychiques (dépression, stress, détresse), relationnelles (isolement, méfiance) et comportementales (alcool, délinquance, criminalité) nocives pour la santé. Bref, la désaffiliation sociale qui marque davantage les pays inégalitaires serait accompagnée d'une dégradation de la santé de la population. Inversement, les sociétés en bonne santé semblent présenter une caractéristique commune : leur cohésion sociale. Elles se caractérisent par une vie communautaire intense. L'individualisme et les valeurs du marché sont tempérés par diverses dispositions facilitant les rapports sociaux. On y constate peu de violence et davantage de compassion. Ces sociétés se distinguent aussi par la présence d'un capital social élevé chez les individus qui la composent. Dans un même esprit, d'autres chercheurs ont montré, aux États-Unis, que le niveau de confiance et de réciprocité qui prévaut dans un État est fortement corrélé à l'état de santé de sa population (Kawachi *et al.*, 1999).

Parmi les recherches ayant marqué le domaine qui nous intéresse ici, plusieurs études sont écologiques. Ces dernières, pour pertinentes et intéressantes qu'elles soient, sont confrontées aux mêmes limites que les recherches transversales : l'établissement du sens des relations y est extrêmement difficile, sinon aléatoire. Par exemple, certaines communautés possèdent-elles moins de capital social parce qu'elles comportent une plus grande proportion de personnes malades ? Ou bien ces communautés sont-elles en moins bonne santé parce qu'elles sont faiblement dotées en capital social ?

### **Réseaux sociaux**

L'intérêt porté aux interactions sociales et à leur possible rôle dans la santé se manifeste au niveau microsocial dans le repérage, la quantification et la qualification des réseaux sociaux dans lesquels les individus s'inscrivent. À ce titre, le réseau lui-même, avec son nombre de personnes, sa stabilité, les ressources émotionnelles, instrumentales ou informationnelles qu'il fait circuler, mais aussi le soutien social qu'il peut contribuer à générer sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé. Des données américaines, britanniques, canadiennes, québécoises et suédoises montrent que la

perception du soutien social (disponibilité de personnes pouvant donner un soutien émotionnel et instrumental) varie en fonction du statut socioéconomique. Ce soutien semble également opérer un certain effet sur la santé, en particulier un effet protecteur chez les individus soumis à des sources importantes de stress (c'est ce dont semble témoigner l'étude sur les enfants de Kauai). Certaines recherches montrent également la présence d'une relation entre la taille du réseau social auquel appartient un individu et certains indicateurs de la santé (mortalité et maladie) (voir les synthèses de House *et al.*, 1988, et de Seeman, 1996).

La dimension négative des relations sociales a souvent été négligée. Pourtant, l'existence de conflits fréquents dans la vie quotidienne est communément reconnue comme une source majeure de stress et d'insatisfaction. Des liens existeraient entre un bas statut socioéconomique et la présence plus importante de conflits dans le réseau social (Shuster *et al.*, 1990). Une relation de même type a aussi été mise en lumière chez des adolescents : ceux issus de familles plus défavorisées avaient des relations plus conflictuelles avec leurs pairs (Bolger *et al.*, 1995). D'une manière globale, et à l'exception de l'univers familial, la dimension négative des relations sociales a été très peu étudiée dans son rapport avec la santé, et encore moins avec les inégalités de santé.

### **La famille**

Les transformations fondamentales survenues dans l'univers des trajectoires conjugales et familiales des Québécois sont connues : unions hors mariage, ruptures précoces d'union, familles monoparentales, familles recomposées. Autant de phénomènes qui vont en s'amplifiant, au Québec plus que partout ailleurs en Amérique du Nord. Si ces transformations sont aisément observables, leurs impacts sanitaires, pour les parents comme pour les enfants, sont beaucoup moins connus. Nous ne ferons ici que souligner à grands traits – en prenant la rupture d'union comme illustration – que l'univers familial est susceptible d'être tout à la fois un déterminant de la santé et un élément médiateur dans la relation entre le SSE et la santé.

En ce qui concerne les enfants, un certain nombre de résultats attirent l'attention sur des effets à long terme du divorce de ses parents sur la trajectoire de vie d'un individu. Des analyses britanniques effectuées à partir des enquêtes de cohorte (la *National Child Development Study* (cohorte de 58) et la « *Cohorte de 1970* ») et du BHPS semblent indiquer un effet

négalif du divorce des parents sur la trajectoire de vie de leur descendance. Ce phénomène serait associé à de moins bons résultats scolaires, à des troubles du comportement plus importants pendant l'enfance, à une situation économique moins avantageuse à l'âge adulte, et à une histoire conjugale plus fragmentée.

Parmi ces différents travaux, ceux de Kathleen Kiernan (1997) utilisant des données de la *National Child Development Study* offrent un aperçu intéressant du type d'analyse que permet une enquête de cohorte longitudinale. En premier lieu, la chercheure montre que les personnes ayant vécu le divorce ou la rupture d'union de leurs parents sont désavantagées à l'âge adulte du point de vue de la réussite économique et scolaire, elles sont moins nombreuses à accéder à la propriété et elles connaissent des trajectoires familiales et conjugales plus complexes. On a vu précédemment que ces trajectoires de vie plus difficiles se traduisent, à un âge plus avancé, par des difficultés de santé plus lourdes ou plus nombreuses et par un taux de mortalité plus élevé. Par contre, nous dit l'auteure, une part importante de ces différences s'expliquent par des facteurs qui précèdent la séparation des parents. La prise en compte des difficultés financières des parents et des difficultés comportementales des enfants (à l'âge de 7 ans) atténue grandement la variance observée.

Dans le même esprit, des analyses longitudinales des données de l'ELDEQ montrent que parmi les déterminants d'une séparation précoce des parents figure en bonne place le faible revenu (Marcil-Gratton *et al.*, 2002). Il n'est donc pas aisé de déterminer l'effet indépendant de la rupture d'union des parents sur la trajectoire de vie d'un individu. Plusieurs facteurs interagissent autour de l'événement, le précédant ou en découlant, qui influent chacun à leur manière sur cette trajectoire. En dehors du divorce ou d'une rupture d'union, la dynamique conjugale et familiale d'un ménage a également une influence importante sur le parcours de vie et l'état de santé des enfants. Des données transversales de l'ELDEQ indiquent en ce sens que, pour les bébés de cinq mois de milieux favorisés, le fait de vivre dans une famille dysfonctionnelle leur ferait « perdre » leurs avantages sanitaires (Paquet *et al.*, 2001). Plusieurs questions demeurent cependant ouvertes devant ces associations. Par exemple, dans le cas de la monoparentalité, l'effet négatif sur la santé observé au Québec est-il attribuable à la pauvreté, ou existe-t-il un effet indépendant et additionnel de la monoparentalité sur l'état de santé ?

## CONCLUSION

Depuis le début des années 1980, une attention croissante est portée au fait qu'un vaste éventail de politiques publiques peut être considéré à partir de l'influence qu'elles exercent sur la santé des populations. À l'instar de plusieurs pays, le Québec devrait faire le point sur les véritables moyens de favoriser l'égalité des chances sur le plan social et sanitaire. Nos politiques publiques auraient besoin d'être examinées afin de savoir en quoi elles améliorent ou, au contraire, défavorisent la santé de la population. Or, comme nous venons de le voir, comparativement à plusieurs pays, chercheurs et planificateurs du Québec disposent de peu de données pour bien documenter les causes, l'ampleur et les liens entre plusieurs problèmes sociaux, économiques et de santé auxquels notre société est confrontée.

Pour améliorer substantiellement la compréhension des déterminants sociaux de la santé au Québec, nous avons besoin de données longitudinales et intégrées. Même si, dans le secteur de la santé, ce ne sont pas les données cliniques, épidémiologiques ou administratives qui manquent véritablement, la majorité d'entre elles ne concernent pas les déterminants sociaux de la santé. De plus, le caractère transversal ou sectoriel des études freine le développement de la connaissance sur les déterminants sociaux de la santé. D'ailleurs, en matière de développement des connaissances, la Politique de la santé et du bien-être affirme que « *certaines champs demeurent encore inexplorés ou sous-développés. C'est le cas notamment de la recherche qui porte sur les déterminants de la santé et du bien-être et sur les groupes vulnérables* » (MSSS, 1992: 181).

Le moment semble donc indiqué d'élaborer un instrument de recherche et de planification intersectoriel et longitudinal qui repoussera les limites de notre connaissance en répondant à plusieurs questions actuellement sans réponses. Nous possédons au Québec un système de santé sans barrières financières, des mécanismes fiscaux de redistribution de la richesse, des programmes de sécurité du revenu. Comment cette situation globale touche-t-elle le rapport entre revenu et santé? Jusqu'à quel point le statut socioéconomique influe-t-il sur l'état de santé? De même, il nous serait fort difficile au Québec de répondre sérieusement à plusieurs autres questions: Quelle est la durée moyenne de la pauvreté? Les inégalités socioéconomiques après impôts et revenus de transfert sont-elles vraiment en augmentation? Quels sont les principaux facteurs sociaux ou familiaux qui favorisent la sortie de la pauvreté? Le climat familial connu pendant

l'enfance prédit-il davantage de problèmes de santé physique, psychologique et d'adaptation sociale à l'âge adulte que les privations financières? Quels sont les facteurs explicatifs et les conséquences de la concentration grandissante d'habitudes de vie nocives pour la santé observée parmi la population de faible statut socioéconomique (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité)? La fréquentation des centres de la petite enfance permet-elle d'accroître l'égalité des chances de réussite des enfants et des parents, sur les plans tant scolaire et socioéconomique que sanitaire? Et bien d'autres...

En favorisant l'élaboration de politiques publiques reposant sur une solide connaissance des différents facteurs influençant les parcours de vie des citoyens, l'État québécois, avec ses principaux partenaires, pourrait instaurer une véritable égalité des chances de réussite. Certes, la manière la plus efficace de réduire les inégalités sanitaires est de réduire les inégalités dans la société. D'ailleurs, la diminution des inégalités sociales ne devrait-elle pas constituer un objectif prioritaire des actions de santé publique? Rappelons-le : ignorer cet important défi serait de courte vue, puisque dans les pays industrialisés il faudra diminuer les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale. Mais constater les inégalités sociales de santé n'est pas suffisant. Dans ce chapitre, nous avons voulu aller au-delà du constat et proposer des pistes d'interprétation et d'intervention préventive. En ce sens, nous avons résumé les principales conclusions de grandes enquêtes de population à travers le monde, surtout longitudinales, en espérant qu'elles ouvriront des pistes pour l'action. Par sa contribution à la compréhension des déterminants sociaux de la santé, ce chapitre veut ainsi épauler chercheurs et planificateurs du Québec dans l'élaboration de véritables moyens de favoriser l'égalité des chances sur le plan social et sanitaire pour les adultes de demain.

**ANNEXE II**

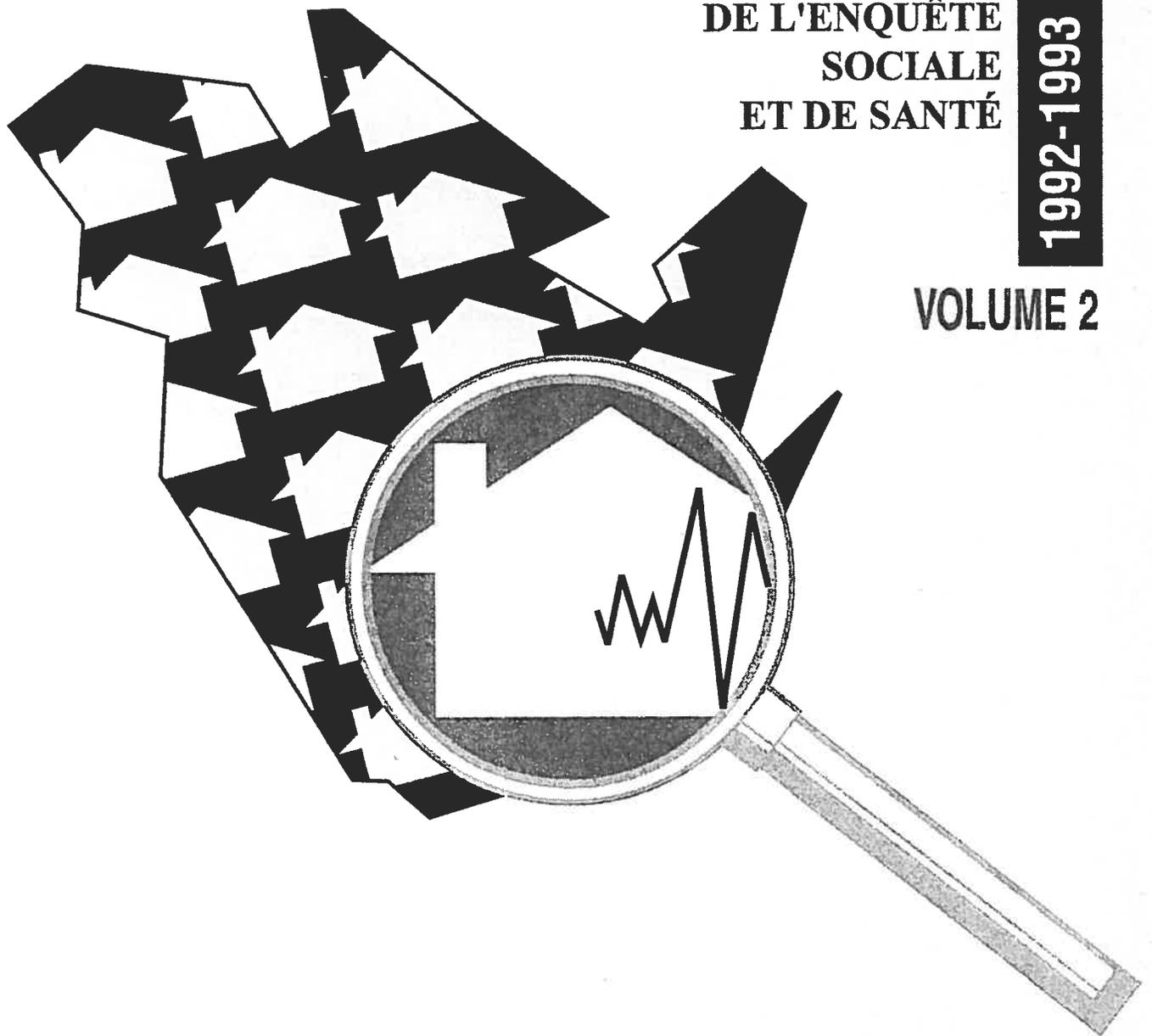
# SANTÉ QUÉBEC

ASPECTS SOCIAUX  
RELIÉS À LA SANTÉ

RAPPORT  
DE L'ENQUÊTE  
SOCIALE  
ET DE SANTÉ

1992-1993

VOLUME 2



Québec 

# SANTÉ QUÉBEC

## ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

### Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Volume 2

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été réalisée par Santé Québec grâce au financement conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Régies régionales de la santé et des services sociaux.

Direction de l'enquête : **Daniel Tremblay**  
avec le concours de **Carmen Bellerose** et de **Claudette Lavallée**

Coordination de l'édition : **Claudette Lavallée** et **Carmen Bellerose**

Production : **Communications Pierre Morin - Groupe 2000 neuf**

Révision linguistique : **Communications Essema**

Les commentaires et demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés à :

**Santé Québec**  
600, boul. René-Lévesque Ouest, 10<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec)  
H3B 1N4  
Téléphone : (514) 873-4749  
Télécopieur : (514) 864-9919

ou  
aux auteurs des chapitres.

On peut obtenir des exemplaires du rapport au coût de 40 \$ pour le volume 1, de 30 \$ chacun pour les volumes 2 et 3, ou de 85 \$ [+ taxes] pour l'ensemble, en s'adressant à Santé Québec.

Citation suggérée : **Santé Québec; Lavallée, C.; Bellerose, C.; Camirand, J.; Caris, P.**  
(sous la direction de) (1995). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Dépôt légal : **Bibliothèque nationale du Québec, 1995**  
**Bibliothèque nationale du Canada, 1995**

© Tous droits réservés Santé Québec, 1995

ISBN : 2-551-13572-9

*Marc Ferland, Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec*

*Ginette Paquet  
Ministère de la Santé et des Services sociaux*

avec la collaboration de

*France Lapointe  
Bureau de la statistique du Québec*

## 5.0 Introduction

Depuis plus de vingt ans, une constante se dégage de nombreux travaux québécois, dont ceux de l'enquête Santé Québec 1987 : celle de la persistance d'écarts importants en matière de santé et de bien-être entre les mieux nantis et les plus démunis. Dans l'ensemble, la situation sociosanitaire des Québécoises et des Québécois s'est certainement améliorée. Tous n'ont cependant pas profité de ces gains, et le statut socioéconomique s'avère toujours un déterminant majeur de l'état de santé et de bien-être de la population. La persistance et l'importance de cette relation entre le niveau socioéconomique et l'état de santé et de bien-être révèlent, dans une certaine mesure, le succès mitigé de plusieurs programmes visant à réduire ces inégalités. Les Québécois ayant un faible niveau d'instruction et de revenu présentent plus de problèmes de santé, de problèmes d'intégration sociale et de décès prématurés que les autres.

La persistance de ces inégalités justifie l'intérêt d'étudier les relations entre le statut socioéconomique et la santé des Québécois, dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. C'est précisément le but du présent chapitre, qui comporte deux grands objectifs.

Le premier vise à améliorer et à diversifier la façon de mesurer le statut socioéconomique, afin de dépasser les limites de la première enquête de Santé Québec en 1987. Dans le cadre de celle-ci et d'autres enquêtes, le statut socioéconomique était défini par le revenu déclaré et la scolarité, ou par des indices dérivés de ces deux mesures. Les aspects pris en compte par le revenu déclaré et la scolarité ne concernent cependant que quelques-unes des facettes de la stratification sociale, en plus de présenter certaines limites. Ainsi, lors de l'analyse des résultats de l'enquête de 1987, il était impossible de différencier les personnes âgées de 65 ans et

plus les unes des autres; elles formaient un ensemble homogène sur le plan socioéconomique. De plus, les questions sur le revenu familial ou personnel suscitent habituellement de nombreux refus de répondre, ce qui limite les possibilités d'analyse. Afin de mieux refléter l'inégale répartition de la richesse collective québécoise, on utilisera ces deux mesures habituelles de stratification sociale, en plus d'en présenter de nouvelles : la perception de sa situation financière, la durée de la pauvreté, le patrimoine du ménage et l'exclusion du marché du travail. Du point de vue méthodologique, cela permettra l'examen des relations entre ces différents indicateurs, de leur spécificité et de leur utilité respective.

Le second objectif est de préciser la nature du lien entre le statut socioéconomique et la santé des Québécois. Plus précisément, il s'agit d'examiner si les écarts de santé s'observent entre chacun des niveaux de la hiérarchie sociale – on parlera alors de gradients sociaux de santé – ou s'ils ne font la distinction qu'entre les riches et les pauvres. La description de ces gradients sociaux devrait permettre de mieux comprendre la manière dont la situation sociale est liée à l'état de santé et au bien-être de la population.

Deux composantes de la santé et du bien-être de la population québécoise serviront à l'étude des liens entre le statut socioéconomique et la santé, soit la perception qu'ont les individus de leur état de santé et leur niveau de détresse psychologique. Parce que l'état de santé n'est pas exclusivement déterminé par le statut socioéconomique, l'analyse fera état des liens entre le statut socioéconomique et certains facteurs de risque ou de protection généralement associés à la santé. Finalement, les relations entre le statut socioéconomique et l'état de santé seront réexaminées en tenant compte des facteurs de confusion possibles, dans le cadre d'analyses multivariées.

## **5.1** État des connaissances

### **5.1.1** Persistance des inégalités sociales de santé

On étudie depuis longtemps le rapport entre un mauvais état de santé et l'appartenance aux couches défavorisées de la population. Des différences d'état de santé entre divers groupes socioéconomiques ont été rapportées périodiquement depuis le début du siècle dernier. Bien que les premiers constats aient été basés sur des études de la mortalité, des conclusions similaires s'accumulent en ce qui a trait à la morbidité.

Dans la plupart des pays industrialisés, on observe des inégalités sociales marquées de l'état de santé des populations, qui se mesurent en espérance de vie, en mortalité, en incapacité et en incidence ou prévalence de maladies spécifiques. Ces écarts sont liés en partie aux facteurs sociaux, économiques et culturels, puisque dans la plupart des sociétés modernes, l'instauration de systèmes publics de santé a diminué les contraintes financières et amélioré l'accès aux services de santé. Malgré cela, comme par le passé (Morris, 1959), les personnes riches vivent encore plus longtemps et en meilleure santé que les personnes pauvres (Smith *et al.*, 1990). Ces écarts sont particulièrement prononcés pendant la période périnatale et à l'âge adulte, entre 35 et 55 ans (House *et al.*, 1990). Bien que l'évolution de la technologie et de la

connaissance des facteurs de risque ait amélioré la capacité de prévention et de traitement des maladies, cela n'a pas pour autant permis de réduire les disparités de santé entre les classes sociales.

Selon les études les plus récentes, la relation entre le statut socioéconomique et la santé ne serait pas uniquement attribuable à une extrême privation au bas de l'échelle sociale. On observe, en effet, dans plusieurs pays que les différences de santé entre les classes sociales sont progressives et ne présentent pas de point de rupture (ICRA, 1991). Les personnes appartenant à une couche socioéconomique supérieure sont, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles qui se trouvent à l'échelon précédent, même si ces dernières occupent un échelon plus élevé que le reste de la population pour ce qui est du revenu et du rang social (Curtis *et al.*, 1989). On parlera alors de gradient social de santé.

Plusieurs travaux de recherche effectués au Canada et au Québec ont démontré l'existence d'écarts de santé et de gradients entre les classes sociales. Ainsi, une étude canadienne a montré que pendant les douze années qui précèdent la retraite, plus le revenu d'un homme est élevé, plus grandes sont ses chances de vivre longtemps (Wolfson *et al.*, 1991). En milieu urbain, les Canadiens de quartiers plus riches peuvent espérer jouir en moyenne de douze années de vie en bonne santé de plus que les personnes de quartiers pauvres (Wilkins *et al.*, 1990).

Au Québec, comme l'ont démontré divers travaux (Ferland et Paquet, 1994), dont l'enquête Santé Québec 1987 (Colin *et al.*, 1989), on constate encore des disparités importantes, en dépit d'une baisse notable des indices de mortalité et de morbidité. À Montréal, par exemple, un écart de dix ans sépare l'espérance de vie des populations de quartiers favorisés et défavorisés (Choinière, 1991). L'écart entre riches et pauvres atteindrait 14,4 ans pour l'espérance de vie en bonne santé, qui tient compte de la durée et de la qualité de vie (Wilkins, 1986).

Au Canada et au Québec, des différences selon le statut socioéconomique subsistent en ce qui concerne l'état de santé déclaré, l'accès aux ressources, et certaines connaissances et croyances reliées à la santé. Il en est de même pour certains facteurs de risque. Ainsi, à l'instar de l'usage du tabac, la prévalence de l'inactivité physique diminue à mesure que l'éducation augmente; l'embonpoint, par ailleurs, montre un lien moins marqué avec l'éducation. Entre 1985 et 1991, seul l'écart de la prévalence de l'inactivité physique durant les loisirs aurait diminué entre les groupes socioéconomiques; dans le cas de l'usage du tabac, l'écart se serait accru, alors que pour l'embonpoint, il aurait augmenté chez les hommes seulement (Manga, 1993).

L'analyse de la relation entre le revenu et la santé révèle que la santé s'améliore lorsque le revenu augmente, peu importe les habitudes de vie (Warren, 1994). De fait, cette relation existe aussi bien chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, chez ceux qui font de l'exercice régulièrement que chez les inactifs, et chez ceux qui ont une éducation postsecondaire que chez les moins instruits. Quant à la scolarité, elle semble liée à la santé principalement de deux façons : d'une part, elle atténuerait certains effets de la pauvreté sur la santé, sans pour autant les éliminer; d'autre part, elle aurait un effet distinct sur la santé, ce qui expliquerait que les personnes plus scolarisées ont une meilleure santé, peu importe leur revenu et leurs habitudes de vie.

On a également étudié les effets du chômage sur la santé. Une synthèse des travaux de recherche, réalisée sous la direction de l'Organisation mondiale de la Santé, conclut «qu'un taux élevé de chômage et l'instabilité économique entraînent une augmentation significative des problèmes de santé mentale et ont des effets nuisibles non seulement sur la santé physique des chômeurs, mais également sur celle de leur famille et de la collectivité» (Westcott *et al.*, 1985).

En somme, si les principales causes de maladie ont changé d'une époque à l'autre, les écarts de mortalité et de morbidité entre les classes socioéconomiques paraissent, quant à eux, assez stables sur une longue période. Cela suppose que des facteurs sous-jacents influencent la prédisposition aux maladies et agissent durant des décennies, même au fil de plusieurs générations. Des facteurs de risque généraux sont donc en cause, qui vont au-delà des facteurs de risque individuels (Hertzman *et al.*, 1990).

### 5.1.2 Mobilité sociale sélective

On pourrait soutenir que le lien entre une mauvaise santé et la pauvreté est de causalité inverse, c'est-à-dire que les différences entre les classes sociales s'expliqueraient par le fait que les personnes malades deviennent pauvres par suite de leurs problèmes de santé, et non parce que les personnes pauvres sont davantage malades. En d'autres mots, la maladie serait à l'origine d'une mobilité sociale descendante, et la santé, la source d'une mobilité sociale ascendante dans une population donnée, ce qui expliquerait les taux plus élevés de morbidité et de mortalité parmi les classes sociales défavorisées.

La mobilité sociale sélective, en dépit de son lien avec la santé, n'est pas la principale source d'explication des différences de classe en matière de santé (Power *et al.*, 1991). En fait, selon plusieurs études longitudinales (Wilkinson *et al.*, 1986), la mobilité sociale survenant au cours de la vie d'un individu contribue peu aux disparités des taux de mortalité entre les classes sociales. Bien que la mobilité sociale descendante consécutive à un mauvais état de santé existe, les personnes affectées sont trop peu nombreuses pour avoir une influence majeure sur le portrait global.

Une étude britannique portant sur une cohorte de naissance de 1946 s'est intéressée à la mobilité sociale sélective. On n'y souligne aucune influence notable de la maladie dans l'enfance ayant pu causer une mobilité sociale descendante au début de l'âge adulte et, en définitive, des inégalités sur le plan de la santé et de la mortalité. Les experts britanniques soutiennent que les différences de santé associées aux disparités socioéconomiques sont davantage sous-évaluées, à cause de la nature hétérogène de la classification des emplois, que surévaluées en raison d'une mobilité sociale sélective (Wilkinson *et al.*, 1986; ICRA, 1991). Les différences d'espérance de vie entre les classes sont donc, selon eux, plus grandes que les données de mortalité ne le suggèrent. Ils estiment en outre que ces différences ont augmenté au Royaume-Uni depuis 1951 et que les écarts entre les classes se sont accrus un peu plus rapidement pour les causes de décès dont on sait que le taux de mortalité est lié à l'accès aux soins de santé.

### 5.1.3 Répartition de la richesse collective

On reconnaît aisément l'existence de corrélations entre le produit national brut par habitant et des mesures de l'état de santé comme l'espérance de vie. Il faudrait également examiner les liens entre le degré d'équité de la distribution du produit national et la santé (Wilkinson, 1992), car les données disponibles suggèrent que la répartition de la richesse collective a un effet important sur l'espérance de vie (Wilkinson *et al.*, 1986). Les populations des pays et des régions prospères qui atteignent une équité raisonnable de la distribution du revenu vivent plus longtemps et montrent de plus faibles écarts de santé selon leur statut socioéconomique (Keating et Fraser Mustard, 1993).

Au Japon, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue, entre 1955 et 1986, de 63,6 à 75,2 ans pour les hommes, et de 67,8 à 80,9 ans pour les femmes (Marmot et Smith, 1989). La part du produit national brut que le Japon consacre au système de santé est pourtant l'une des plus basses parmi les pays développés. Ce pays, qui a connu la plus forte croissance économique au cours des dernières décennies, est aussi celui où les écarts de revenus entre riches et pauvres sont les plus faibles.

Quelle est la richesse collective au Québec et au Canada, et surtout, comment celle-ci est-elle répartie? Le niveau de vie du Québécois moyen se situait, en 1990, au 7<sup>e</sup> rang des pays industrialisés, derrière celui des États-Unis, de la Suisse, du reste du Canada, du Luxembourg, de l'Allemagne et du Japon, mais devant celui de la France, de la Suède, de l'Italie et de la Grande-Bretagne (Crémieux *et al.*, 1994). Cette même étude indique aussi une augmentation importante des inégalités de revenu depuis une quinzaine d'années dans la plupart des pays industrialisés. Le phénomène est particulièrement marqué chez nos voisins du sud, et le Canada n'a pas échappé au courant. D'après les données disponibles, le quintile (20 %) le plus riche des familles canadiennes s'est accaparé de 90 % de l'augmentation du revenu moyen au cours des années 80. La forte hausse des taux d'intérêt et des revenus de propriétés depuis 1980 est une explication importante de la hausse des inégalités de revenu, de même que les gains salariaux. Au Canada, l'inégalité croissante des salaires découlerait principalement de la répartition disproportionnée des heures travaillées plutôt que des taux de salaires horaires (contrairement aux États-Unis). La polarisation accrue des heures travaillées ne dépendrait pas tant de l'augmentation du travail à temps partiel que de la hausse remarquable de la proportion de salariés travaillant plus de 40 heures par semaine.

Malgré une prospérité relative, le Québec ne semble pas échapper à la tendance générale à l'augmentation des écarts de revenu. Ce survol des connaissances rappelle la persistance du lien entre le statut socioéconomique et la santé, et souligne que les habitudes de vie ou la mobilité sociale sélective ne sauraient à elles seules expliquer les inégalités de santé. Ces dernières persistent et affecteraient non pas une minorité de personnes de classes défavorisées, mais l'ensemble de la population. Elles prennent alors la forme d'un gradient social de santé.

**5.2.1 Description des variables****Nouvelles variables du statut socioéconomique**

Dans nombre d'études et d'enquêtes, on utilise la suffisance de revenu, basée sur le revenu déclaré, pour définir le statut socioéconomique. Au Québec et au Canada, comme dans les autres pays industrialisés, l'insuffisance de revenu est relative, puisqu'elle est définie par rapport au niveau de bien-être d'un milieu social donné (Langlois, 1987; Piachaud, 1987). Être pauvre signifie un manque d'accès à des biens et à des services de base, ainsi qu'à des possibilités qui sont communément accessibles aux groupes plus favorisés de la population. Cette approche est celle utilisée par Statistique Canada pour l'élaboration des indices de suffisance de revenu (Spector, 1992; Wolfson et Evans, 1992).

Malgré son intérêt, le niveau de revenu mesure uniquement la pauvreté pécuniaire. Il faut tenir compte d'autres aspects pour avoir une idée plus juste et plus complète du statut socioéconomique. Quatre nouvelles variables ont été élaborées dans le cadre de la présente enquête : la perception de sa situation financière, la durée de la pauvreté, le patrimoine du ménage et l'exclusion du marché du travail.

**Perception de sa situation financière**

Certains affirment que les variables déduites de la perception de sa situation financière sont aussi valides, sinon plus, que les mesures basées sur les revenus déclarés (Hagenaars, 1992; Van Praag *et al.*, 1982). D'autres soutiennent qu'on ne peut juger convenablement de la pauvreté que grâce à une connaissance personnelle, c'est-à-dire autrement que par l'intermédiaire des relevés statistiques (Dufresne, 1994).

Pour la présente enquête, on a conçu une variable de la perception subjective de la situation financière personnelle. Elle est élaborée à partir des réponses obtenues auprès des personnes de 15 ans et plus à la question suivante (QAA190) : «Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?»

- «Je me considère à l'aise financièrement»
- «Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille»
- «Je me considère pauvre»
- «Je me considère très pauvre»

Cette nouvelle variable, contrairement aux mesures élaborées uniquement à partir des revenus déclarés, devrait prendre en compte certains éléments comme l'endettement, l'entraide, le troc, le travail au noir et l'évasion fiscale.

### **Durée de la pauvreté**

Certaines données tendent à accréditer la thèse voulant qu'il existe, au Québec, des variations importantes sur le plan de la santé entre différentes catégories de personnes pauvres, en insistant sur les particularités de la vie en milieu d'extrême pauvreté (Colin *et al.*, 1992). Dans la présente enquête, une nouvelle question portant sur la durée de la pauvreté permettra de comparer l'état de santé des personnes qui vivent dans une situation de pauvreté chronique à celles des individus pauvres dont la situation est plus transitoire.

La durée de la pauvreté est estimée par les répondants qui ont déclaré être pauvres ou très pauvres à la question sur la perception de la situation financière personnelle. La question sur la durée de cette situation se lit comme suit : «Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation?» (QAA191)

- «Moins d'un an»
- «Entre 1 et 4 ans»
- «5 ans et plus»

### **Patrimoine du ménage**

Afin de mieux cerner la répartition inégale de la richesse collective au Québec, on a élaboré un indice pour estimer le patrimoine d'un ménage à partir de la combinaison des réponses aux questions (QAA186 et QAA189) relatives au statut résidentiel (propriétaire ou locataire du logement habité) ainsi qu'aux revenus de placement (obligations d'épargne, REÉR, certificats de dépôt, actions).

Le patrimoine du ménage est considéré comme supérieur si le ménage compte, parmi ses membres de 15 ans et plus, au moins une personne qui est propriétaire et au moins une personne qui a des revenus de placement. Un patrimoine moyen correspond aux ménages satisfaisant à une seule de ces conditions, alors qu'un patrimoine inférieur signifie qu'aucun membre ne répond à aucune de ces conditions. Tous les individus d'un même ménage ont un classement identique. Ajoutons que les ménages ayant un patrimoine supérieur ne sont pas nécessairement tous très fortunés, puisqu'on ignore la valeur des propriétés et de l'épargne qu'ils détiennent, ainsi que leur niveau d'endettement.

### **Exclusion du marché du travail**

L'indice d'exclusion du marché du travail a été élaboré dans le but de déterminer et de décrire les liens entre l'exclusion du marché du travail au Québec et la santé. Le niveau d'exclusion au cours de l'année ayant précédé l'enquête ne s'applique qu'aux individus âgés de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi. L'information est obtenue auprès de la personne de référence du ménage et combine les données tirées de trois questions (QRI147, 148 et 149). On distingue trois niveaux d'exclusion : les personnes n'ayant pas travaillé pendant l'année ayant précédé l'enquête; les personnes qui ont connu au moins une interruption de travail, variant de un jour à onze mois, consécutifs ou non, excluant les vacances; les personnes qui ont travaillé toute l'année, peu importe le nombre d'emplois.

L'analyse ne tient pas compte des personnes qui n'ont jamais occupé d'emploi. Ces dernières représentent 12 % de l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans et sont en majorité des jeunes de 15-24 ans (63 %) et des femmes (65 %) (tableau A.5.1).

Toutes les nouvelles variables socioéconomiques utilisées dans ce chapitre ont un taux de non-réponse partielle inférieur à 5 %. Les nouvelles variables seront comparées à deux mesures du statut socioéconomique, le niveau de revenu et la scolarité relative, qui ont été présentées dans le volume 1 du présent rapport.

### **Variables de santé**

La perception de sa santé et le niveau de détresse psychologique ont été retenues comme variables de santé parce qu'elles mesurent des aspects globaux de la santé physique et mentale de la population québécoise. Ces deux indicateurs sont décrits en détail dans le volume 1.

De nombreuses études (Weinberger *et al.*, 1986; Kaplan et Camacho, 1983; Mossey et Shapiro, 1982; Atkinson *et al.*, 1980) ont déjà démontré que l'état de santé déclaré représente un très bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité, en plus d'être associé à l'utilisation des soins de santé. La perception de sa santé distingue les personnes qui sont insatisfaites de leur santé, soit celles qui perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise, de celles qui en sont satisfaites et qui perçoivent leur santé comme excellente, bonne ou très bonne.

L'indice de détresse psychologique procure une appréciation de l'état de santé mentale des Québécois ne vivant pas en institution, bien qu'il ne permette pas de connaître la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population (Prévillé *et al.*, 1992). Il tient compte de symptômes associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité.

### **Variables liées à la santé**

Plusieurs modèles ou cadres conceptuels ont été proposés pour expliquer le rôle des facteurs associés à la santé et au bien-être (Bloomberg *et al.*, 1994). Malgré leurs différences, ils tiennent tous compte de plusieurs facteurs simultanément, ce qui est conforme à une approche holistique ou multifactorielle de la santé. Bien qu'ils intègrent tous la composante socioéconomique, ces modèles ne permettent pas d'en mesurer, de façon précise, le poids relatif, tout en admettant qu'il joue un rôle important. Les analyses multivariées montrent que la prise en considération d'autres variables que le statut socioéconomique permet d'expliquer une part plus importante de la variance (Dutton et Levine, 1989; Haan *et al.*, 1989); ces autres variables interagissent pour amplifier ou atténuer la relation.

Les variables retenues pour l'analyse comme étant potentiellement associées à la santé sont l'âge, le sexe, le type de ménage, l'origine ethnique à laquelle la personne s'identifie, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle, l'indice de soutien social et l'espoir de voir sa situation financière s'améliorer (QAA192). Cette dernière, une nouvelle question de l'enquête, est analysée uniquement pour les personnes qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres (QAA190). On dit qu'elles sont pessimistes, si elles ne croient pas à un changement ou si elles prévoient une détérioration de leur situation financière, et optimistes, si elles croient que leur situation va s'améliorer.

## 5.2.2 Plan d'analyse

Les analyses retenues comportent plusieurs étapes. Premièrement, des analyses bivariées ont été effectuées pour connaître les caractéristiques démographiques associées aux quatre nouvelles variables et pour cerner leur spécificité par rapport à d'autres indicateurs socioéconomiques.

Les analyses suivantes ont porté sur les liens entre les nouvelles variables socioéconomiques et la santé. Cette étape débute par l'analyse des croisements bivariés entre ces variables et les deux variables de santé, soit la perception de l'état de santé et le niveau de détresse psychologique. En plus de s'intéresser à la vérification d'associations significatives entre les mesures du statut socioéconomique et de l'état de santé, le présent chapitre examine si les relations observées prennent la forme d'un gradient. Sont ensuite analysés les liens entre les nouvelles variables socioéconomiques et certains facteurs susceptibles d'influer sur la relation avec la santé.

En dernier lieu, une série d'analyses multivariées a été réalisée pour tenir compte de l'influence des facteurs de confusion possibles sur les relations entre le statut socioéconomique et la santé. L'annexe du présent chapitre présente la description détaillée des tests de gradient et des analyses multivariées.

### Test sur la présence d'un gradient

L'existence d'un gradient de santé a été déterminée à l'aide de tests statistiques, en présence d'une association significative entre une variable de santé et une variable socioéconomique. Ces tests visent à déterminer si la valeur observée dans chacune des catégories de la variable socioéconomique est significativement supérieure ou inférieure à celles des catégories adjacentes. On dira qu'un gradient est complet lorsque l'association est significative et que toutes les catégories adjacentes sont significativement différentes. Le gradient sera considéré comme présent, mais partiel, si l'association est significative et qu'il existe une différence entre au moins deux catégories.

### Analyses multivariées

Plusieurs facteurs, outre les facteurs socioéconomiques, sont liés à la santé et à la détresse psychologique, et certains d'entre eux sont susceptibles d'avoir un effet de confusion sur le lien entre la situation financière et la santé. C'est dans le but de contrôler cet effet que l'on effectue des analyses multivariées. Il s'agit de voir si les relations entre la santé et la situation financière, observées dans les analyses bivariées, demeurent une fois qu'on a pris en compte l'effet de confusion de certaines variables. Par exemple, si le lien entre la santé et le patrimoine n'est que la manifestation d'une relation entre la santé et l'âge, celui-ci constitue alors un facteur de confusion.

La régression logistique a servi aux analyses multivariées. Plusieurs modèles ont été élaborés, dont les deux variables de santé constituent les variables dépendantes. Certains modèles examinent les liens entre les variables socioéconomiques et la perception de sa santé, en présence des facteurs potentiels de confusion; d'autres analysent de la même manière les liens entre ces variables et le niveau de détresse psychologique.

Les résultats des analyses de régression sont présentés sous la forme de rapports de cotes. Seuls sont fournis les rapports de cotes des mesures socioéconomiques liées significativement aux variables dépendantes, une fois les effets de confusion contrôlés. Les rapports de cotes ne peuvent être interprétés ici comme des estimations valables de «risques relatifs». En effet, l'analyse multivariée n'avait pas pour but de dégager le meilleur modèle pour l'explication des variables de santé, ni les meilleures estimations des rapports de cotes associés aux mesures de la situation socioéconomique (par exemple, seules les interactions doubles comportant l'âge ou le sexe ont été testées); elle visait à vérifier si le lien entre les variables socioéconomiques et la santé persiste, une fois que certains facteurs de confusion ont été pris en compte.

Une fois les modèles construits, la présence de gradients complets ou partiels dans les variables socioéconomiques a été vérifiée par une procédure équivalente à celle utilisée dans les analyses bivariées.

Enfin, rappelons que dans le cadre d'une étude transversale comme l'Enquête sociale et de santé, la mise en évidence d'une relation ne renseigne pas sur les liens de causalité entre les variables examinées, même en contrôlant les facteurs de confusion.

Les résultats qui suivent présentent d'abord les nouvelles variables socioéconomiques et leur répartition dans la population selon certaines caractéristiques démographiques, puis une comparaison de ces variables avec des mesures plus classiques du statut socioéconomique. L'analyse porte ensuite sur les liens entre ces indicateurs et les variables de santé ainsi qu'avec certains facteurs de confusion possibles. L'analyse multivariée visant à contrôler l'effet de ces facteurs clôt la section.

## **5.3 Résultats**

### **5.3.1 Variations des nouvelles mesures du statut socioéconomique selon certaines caractéristiques démographiques**

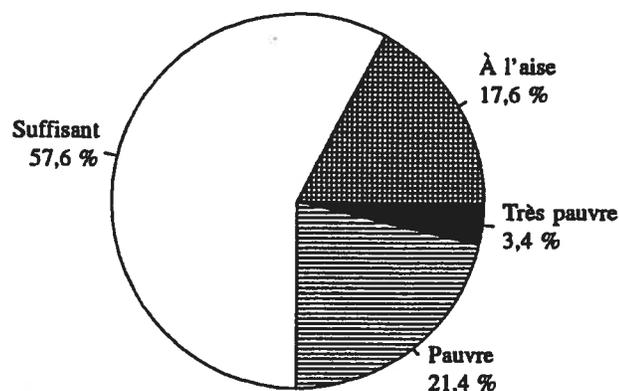
#### **Perception de sa situation financière**

Au Québec, 18 % de la population s'estime à l'aise financièrement par rapport aux gens du même âge; 58 % estime que ses revenus sont suffisants pour répondre à ses besoins fondamentaux ou à ceux de sa famille, tandis que 21 % s'estime pauvre et 3 % très pauvre (graphique 5.1).

Il y a peu de différence entre les hommes et les femmes quant à la perception de leur situation financière (tableau 5.1). Ce résultat surprend et suggère que les femmes pourraient avoir tenu compte de l'apport financier de leur conjoint. Par ailleurs, la perception de sa situation financière varie peu selon l'âge. Cela n'est pas étonnant, puisque la formulation de la question comporte une référence à l'âge. Les 15-24 ans forment le groupe d'âge qui s'estime le plus à l'aise (26 %), suivis des personnes de 65 ans et plus (19 %).

## Graphique 5.1

Perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



## Tableau 5.1

Perception de sa situation financière selon certaines caractéristiques démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Perception de sa situation financière			
	À l'aise %	Suffisant %	Pauvre %	Très pauvre %
<b>Sexe</b>				
Hommes	18,7	57,4	20,4	3,6
Femmes	16,5	57,9	22,3	3,3
<b>Groupe d'âge</b>				
15-24 ans	25,6	49,2	20,9	4,4
25-44 ans	15,4	59,6	21,7	3,3
45-64 ans	15,8	58,5	21,7	4,1
65 ans et plus	18,9	59,7	20,2	1,2*
<b>Type de ménage</b>				
Personne seule	18,7	51,4	24,7	5,2*
Couple sans enfants	19,0	59,8	18,8	2,5*
Monoparental	12,8	45,2	35,4	6,7*
Couple avec enfants	17,5	60,9	18,9	2,8
Autres	16,0	48,8	29,4	5,8*
<b>Origine ethnique perçue</b>				
Francophone	16,6	58,9	21,1	3,4
Anglophone	24,8	54,6	18,7	1,9**
Autres	22,8	50,4	21,2	5,5**
<b>Total</b>				
%	17,6	57,6	21,4	3,4
Pe	963 213	3 158 923	1 171 624	188 514

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les personnes vivant dans des familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses à se considérer comme pauvres ou très pauvres (42 %), suivies des personnes vivant seules (30 %), tandis que les couples avec ou sans enfants occupent le dernier rang (21 %). En contrepartie, seulement 13 % des personnes vivant dans une famille monoparentale s'estiment à l'aise, comparativement aux personnes vivant seules ou en couple avec ou sans enfants (19 % respectivement).

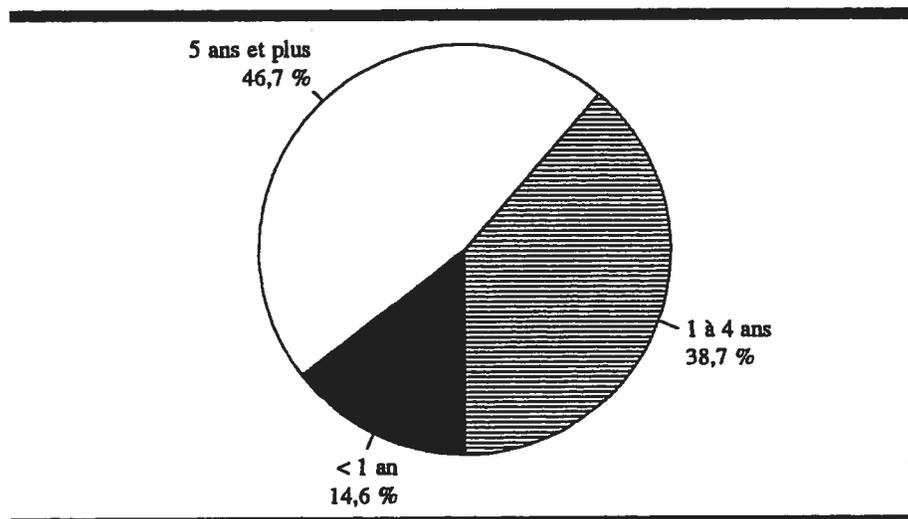
La perception des Québécois de leur situation financière varie selon l'origine ethnique perçue, en particulier la proportion de ceux qui s'estiment à l'aise. Les Québécois se disant francophones se distinguent et sont en proportion moins nombreux à se déclarer à l'aise financièrement (17 %), en comparaison avec ceux qui se disent anglophones ou autres (25 % et 23 %).

### Durée de la pauvreté

Au Québec, 15 % des personnes qui s'estiment pauvres ou très pauvres sont dans une situation de pauvreté depuis moins d'un an, 39 %, depuis une période allant de un à quatre ans, et près de la moitié (47 %), depuis cinq ans et plus (graphique 5.2).

### Graphique 5.2

Durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993



Il n'y a pas de différence significative quant à la durée de la pauvreté selon le sexe (tableau 5.2). Par ailleurs, c'est lorsque la pauvreté est récente (moins d'un an) ou de longue durée (5 ans et plus) que les variations selon le groupe d'âge s'avèrent les plus grandes. La proportion de personnes vivant depuis peu dans des conditions de pauvreté diminue avec l'âge, passant de 31 % chez les 15-24 ans à 4 % parmi les personnes de 65 ans et plus. À l'inverse, la proportion de personnes pauvres depuis cinq ans et plus augmente progressivement avec l'âge, passant de 23 % chez les 15-24 ans à 81 % chez les 65 ans et plus. Notons que cette variation selon l'âge est importante et pourrait influencer l'interprétation des liens entre la durée de la pauvreté et la santé.

**Tableau 5.2**

**Durée de la pauvreté selon certaines caractéristiques démographiques,  
population de 15 ans et plus se considérant  
comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993**

Caractéristiques	Durée de la pauvreté		
	Moins d'un an %	1-4 ans %	5 ans et plus %
<b>Sexe</b>			
Hommes	15,1	41,0	43,9
Femmes	14,3	36,5	49,2
<b>Groupe d'âge</b>			
15-24 ans	30,7	46,2	23,1
25-44 ans	15,4	46,5	38,2
45-64 ans	8,1	30,1	61,8
65 ans et plus	3,6**	15,6	80,8
<b>Type de ménage</b>			
Personne seule	10,2	37,9	52,0
Couple sans enfants	11,6	34,0	54,4
Monoparental	12,3	40,6	47,2
Couple avec enfants	17,8	40,3	41,9
Autres	20,3*	41,8	37,9
<b>Origine ethnique perçue</b>			
Francophone	15,0	37,2	47,8
Anglophone	15,9*	42,3	41,9
Autres	13,1*	56,0	31,0
<b>Total</b>			
%	14,6	38,7	46,7
Pe	196 077	517 480	625 153

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La durée de la pauvreté perçue chez les personnes pauvres varie également selon le type de ménage. On compte, en proportion, plus de personnes pauvres depuis cinq ans et plus parmi les personnes vivant seules (52 %) et chez les couples sans enfants (54 %) que dans les autres types de ménages. L'âge pourrait en partie expliquer ce résultat.

La durée de la pauvreté perçue diffère aussi selon l'origine ethnique perçue. Les personnes d'une autre origine vivent une situation de pauvreté prolongée (cinq ans et plus) dans une moins grande proportion que les francophones (31 % c. 48 %).

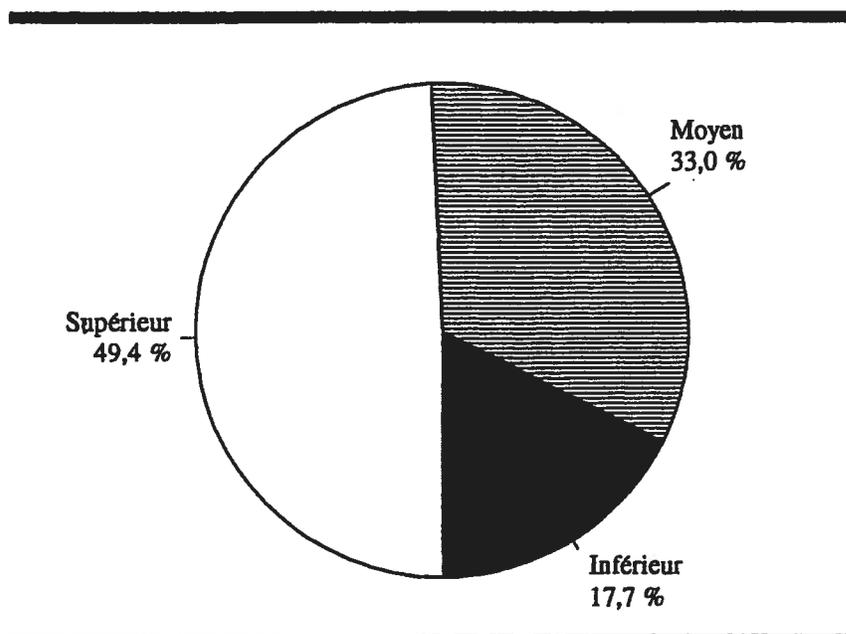
### **Patrimoine du ménage**

Comme le montre le graphique 5.3, environ une personne de 15 ans et plus sur six (18 %) vit dans un ménage dont les membres sont locataires et n'ont aucun revenu de placement (patrimoine inférieur). Le tiers (33 %) vit dans un ménage où au moins une personne a des revenus

de placement ou une propriété, et la moitié (49 %), dans un ménage comptant au moins un propriétaire et une personne ayant des revenus de placement (patrimoine supérieur).

### Graphique 5.3

Patrimoine du ménage, population de 15 ans et plus,  
Québec 1992-1993



Les hommes sont plus nombreux que les femmes (51 % c. 48 %) à déclarer un patrimoine supérieur (tableau 5.3). Cette différence plutôt modeste peut s'expliquer par la nature de la variable utilisée, qui mesure la situation de tous les membres du ménage, incluant ceux du conjoint et de la conjointe. La situation patrimoniale des femmes est ainsi assimilée à celle des hommes.

Les personnes de 45-64 ans forment le groupe d'âge ayant le patrimoine le plus important, 60 % d'entre elles se situant au niveau supérieur, tandis que la plus faible proportion (39 %) se trouve parmi les 65 ans et plus. L'interprétation des résultats, pour les plus jeunes en particulier, dont 48 % vivent dans un ménage ayant un patrimoine supérieur, doit être faite en tenant compte du fait que le patrimoine reflète la situation financière de l'ensemble du ménage.

Les personnes seules et les familles monoparentales sont les plus défavorisées en matière de patrimoine : on y trouve respectivement 43 % et 29 % de personnes ayant un patrimoine inférieur. À l'inverse, les personnes vivant en couple, avec ou sans enfants, sont nettement moins nombreuses à présenter un patrimoine inférieur (9 % et 16 %).

Les Québécois s'identifiant à un autre groupe ethnique se distinguent à la fois des francophones et des anglophones, et sont plus nombreux à avoir un patrimoine inférieur (24 % c. 17 % et 13 %).

**Tableau 5.3**

Patrimoine du ménage selon certaines caractéristiques démographiques,  
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Patrimoine du ménage		
	Supérieur %	Moyen %	Inférieur %
<b>Sexe</b>			
Hommes	51,1	32,1	16,8
Femmes	47,7	33,8	18,5
<b>Groupe d'âge</b>			
15-24 ans	47,6	33,6	18,8
25-44 ans	46,5	33,3	20,2
45-64 ans	59,8	29,0	11,3
65 ans et plus	39,1	39,7	21,2
<b>Type de ménage</b>			
Personne seule	17,7	39,4	42,9
Couple sans enfants	48,9	35,2	16,0
Monoparental	34,5	36,1	29,4
Couple avec enfants	62,0	29,4	8,6
Autres	24,8	36,9	38,3
<b>Origine ethnique perçue</b>			
Francophone	50,0	33,0	17,0
Anglophone	56,6	30,1	13,3
Autres	44,7	31,3	24,0
<b>Total</b>			
%	49,4	33,0	17,7
Pe	2 744 408	1 832 452	982 425

### Exclusion du marché du travail

La majorité des personnes ayant déjà occupé un emploi (63 %) ont travaillé durant toute l'année ayant précédé l'enquête (graphique 5.4). Les autres se divisent à peu près également entre ceux qui ont connu au moins une interruption de travail (17 %) et ceux qui n'ont pas travaillé pendant cette période (20 %).

Moins de femmes que d'hommes ont, en proportion, occupé un emploi toute l'année ayant précédé l'enquête (56 % c. 69 %) (tableau 5.4). Le niveau d'exclusion de l'emploi varie fortement selon l'âge. Les 15-24 ans sont très nombreux à avoir connu au moins une interruption de travail au cours de l'année ayant précédé l'enquête (43 %), alors que les 25-44 ans comptent la plus forte proportion de personnes ayant travaillé toute l'année (69 %). La proportion de personnes n'ayant pas travaillé au cours de l'année ayant précédé l'enquête est de 11 % chez les 15-24 ans et augmente avec l'âge; cette proportion est la plus importante chez les 45-64 ans (30 %).

### Graphique 5.4

Exclusion du marché de travail, population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993

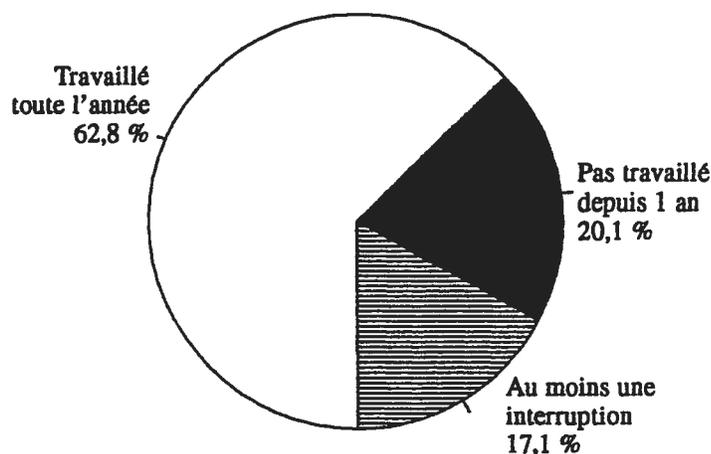


Tableau 5.4

Exclusion du marché du travail selon certaines caractéristiques démographiques, population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Exclusion du marché du travail		
	N'a pas travaillé depuis un an %	Au moins une interruption %	A travaillé toute l'année %
<b>Sexe</b>			
Hommes	14,1	17,1	68,8
Femmes	26,6	17,1	56,3
<b>Groupe d'âge</b>			
15-24 ans	10,9	43,4	45,7
25-44 ans	16,2	15,0	68,9
45-64 ans	30,4	10,3	59,3
<b>Type de ménage</b>			
Personne seule	26,9	15,9	57,1
Couple sans enfants	22,6	14,8	62,6
Monoparental	28,3	20,7	51,1
Couple avec enfants	16,5	17,3	66,2
Autres	18,3	24,6	57,1
<b>Origine ethnique perçue</b>			
Francophone	19,5	17,4	63,1
Anglophone	19,8	12,3	67,9
Autres	21,7	19,3	59,0
<b>Total</b>	<b>20,1</b>	<b>17,1</b>	<b>62,8</b>
	<b>Pe</b>	<b>737 487</b>	<b>2 707 818</b>

Les personnes vivant dans des familles monoparentales sont, quant à elles, les moins nombreuses à avoir travaillé toute l'année (51 %), la proportion la plus élevée étant chez les couples avec enfants (66 %). Les Québécois se déclarant anglophones se distinguent à la fois des francophones et des autres par leur plus grande proportion à avoir travaillé toute l'année (68 % c. 63 % et 59 %).

### **5.3.2 Comparaison des mesures du statut socioéconomique**

Cette section a pour but de comparer les différentes mesures du statut socioéconomique afin d'en vérifier les composantes propres. Dans un premier temps, les nouvelles variables sont comparées aux deux mesures plus classiques que sont le niveau de revenu et la scolarité relative, présentées, rappelons-le, dans le volume 1. Les nouvelles variables sont ensuite comparées entre elles.

#### **Perception de sa situation financière**

Le tableau 5.5 montre un certain écart entre la perception individuelle de sa situation financière et le niveau de revenu du ménage. Ainsi, 41 % des personnes qui ont été classées parmi les très pauvres selon le revenu qu'elles ont déclaré pour leur ménage s'estiment à l'aise ou considèrent que leurs revenus sont suffisants. La proportion de personnes qui s'estiment à l'aise ou qui considèrent avoir des revenus suffisants passe de 54 % chez les personnes classées parmi les pauvres à 91 % chez celles considérées comme ayant un revenu supérieur. La concordance de ces deux mesures est donc élevée pour les personnes ayant des revenus supérieurs, mais faible chez les personnes pauvres.

Les résultats présentés précédemment sur le patrimoine des personnes de 45 ans et plus expliquent, en partie, la discordance entre ces deux mesures de la situation financière. Les personnes un peu plus âgées déclarent souvent de faibles revenus sous la forme de salaires ou de pensions, alors qu'elles disposent d'un patrimoine important, d'une maison et d'épargne. Dans une famille, l'écart entre la perception des jeunes (de 15 ans et plus) de leur situation financière et celle de leurs parents constitue une autre explication possible. Nombre de jeunes ont peu ou pas de revenus, mais bénéficient de l'aisance financière de leurs parents. L'entraide, le travail au noir, le troc et la sous-déclaration des revenus constituent peut-être d'autres explications. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte le patrimoine et le niveau de revenu du ménage dans l'évaluation de la situation financière personnelle.

Par ailleurs, la perception qu'ont les individus de leur situation financière s'améliore avec leur scolarité relative. Toutefois, ces différences ne sont significatives qu'aux extrêmes : seulement 12 % des Québécois ayant la plus faible scolarité s'estiment à l'aise financièrement contre 31 % chez les plus scolarisés. Les personnes se considérant comme pauvres et très pauvres sont beaucoup plus nombreuses à se trouver parmi les Québécois ayant une faible scolarité (32 % et 6 %) que parmi les plus scolarisés (11 % et 2 %).

**Tableau 5.5**

Perception de sa situation financière selon différentes mesures  
socioéconomiques, population de 15 ans et plus,  
Québec 1992-1993

Caractéristiques	Perception de sa situation financière			
	À l'aise %	Suffisant %	Pauvre %	Très pauvre %
<b>Niveau de revenu</b>				
Très pauvre	8,2	33,1	45,6	13,1
Pauvre	8,4	45,8	38,6	7,2
Moyen inférieur	11,9	61,5	23,6	3,0
Moyen supérieur	19,3	64,8	14,4	1,6*
Supérieur	39,1	51,4	8,2	1,3**
<b>Scolarité relative</b>				
Plus faible	11,7	51,0	31,5	5,8
Faible	11,7	59,5	24,9	3,9
Moyenne	16,0	60,5	20,8	2,7
Élevée	17,5	61,9	18,1	2,6
Plus élevée	30,6	56,0	11,4	2,0*

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Ces résultats montrent qu'il y a suffisamment de différence entre la perception de sa situation financière et les deux mesures traditionnelles du statut socioéconomique (scolarité relative et niveau de revenu) pour affirmer que la première prend en compte de nouvelles composantes, même si ces mesures vont dans la même direction. De plus, cette nouvelle variable permet de recueillir l'information recherchée auprès de chaque individu de 15 ans et plus alors que le revenu déclaré est obtenu d'une tierce personne, répondante du ménage. Par ailleurs, dans la présente enquête, l'information sur le revenu est manquante ou incomplète en ce qui concerne près de 30 % des ménages, et il a fallu procéder à l'imputation, ce qui réduit la précision de la mesure. La perception de sa situation financière, par ailleurs, ne compte que 3 % de non-réponse partielle, et les possibilités d'analyse s'en trouvent enrichies.

### Durée de la pauvreté

Il n'y a pas de lien significatif entre la durée de la pauvreté perçue et le niveau de revenu des personnes appartenant à des ménages pauvres ou très pauvres. La durée de la pauvreté perçue varie cependant selon la scolarité relative (tableau 5.6). Ainsi, les proportions de personnes faiblement scolarisées augmentent avec la durée de la pauvreté, passant de 13 % à 54 %. Le fait que le niveau de revenu et la scolarité relative s'écartent des variations de la durée de la pauvreté justifie l'intérêt de cette nouvelle variable.

**Tableau 5.6**

Durée de la pauvreté selon différentes mesures socioéconomiques,  
population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre,  
Québec 1992-1993

Caractéristiques	Durée de la pauvreté		
	Moins d'un an %	1-4 ans %	5 ans et plus %
<b>Scolarité relative</b>			
Plus faible	12,6	33,6	53,7
Faible	14,2	38,4	47,4
Moyenne	16,0	38,4	45,6
Élevée	15,6	43,8	40,7
Plus élevée	17,6	45,9	36,4
<b>Perception de sa situation financière</b>			
Très pauvre	10,0	36,9	53,2
Pauvre	15,4	39,0	45,7

On a en outre voulu savoir si les personnes qui se considèrent comme pauvres sont dans cette situation depuis moins ou plus longtemps que celles qui s'estiment très pauvres. Les résultats montrent que la durée de la pauvreté est en effet associée à la sévérité de la pauvreté perçue : parmi les personnes qui s'estiment très pauvres, un plus grand nombre (53 %) sont dans cette situation depuis plus de cinq ans comparativement aux personnes pauvres (46 %).

### **Patrimoine du ménage**

Les trois quarts des personnes classées parmi celles ayant un revenu supérieur ont aussi un patrimoine supérieur, alors que seulement 18 % des personnes pauvres et très pauvres ensemble ont un tel patrimoine (tableau 5.7). À l'inverse, 44 % des personnes pauvres et très pauvres ont un patrimoine inférieur comparativement à seulement 8 % des personnes ayant un niveau de revenu moyen supérieur et supérieur ensemble.

La majorité des personnes ayant une scolarité relative plus élevée possèdent également un patrimoine supérieur (59 %). Parmi les personnes les plus faiblement scolarisées, plus du tiers (35 %) ont quand même un patrimoine supérieur. Le patrimoine du ménage semble donc moins étroitement lié au niveau de scolarité relative.

Finalement, la majorité des personnes s'estimant à l'aise (66 %) possèdent un patrimoine supérieur. Environ le quart (28 %) des personnes se considérant comme pauvres et très pau-

vres possèdent aussi un patrimoine supérieur. L'endettement lié à l'achat d'une maison explique probablement en partie ce dernier résultat. Une autre explication possible réside dans le nombre important de personnes pauvres de milieu rural qui sont propriétaires.

**Tableau 5.7**

Patrimoine du ménage selon différentes mesures socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Patrimoine du ménage		
	Supérieur %	Moyen %	Inférieur %
<b>Niveau de revenu</b>			
Très pauvre	10,5	29,8	59,7
Pauvre	22,3	43,7	34,0
Moyen inférieur	43,6	38,2	18,2
Moyen supérieur	60,7	30,6	8,6
Supérieur	74,8	19,9	5,3*
<b>Scolarité relative</b>			
Plus faible	35,3	38,5	26,2
Faible	46,2	33,8	20,0
Moyenne	50,5	33,3	16,2
Élevée	56,3	29,7	14,0
Plus élevée	58,8	29,6	11,6
<b>Perception de sa situation financière</b>			
Très pauvre	22,1	38,5	39,4
Pauvre	29,3	38,1	32,6
Suffisant	53,9	32,2	13,9
À l'aise	65,5	26,7	7,8

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Le patrimoine du ménage mesure-t-il les mêmes composantes que le niveau de revenu, la scolarité relative et la perception de sa situation financière? Dans les trois cas, les relations vont dans le sens prévu : les groupes occupant les échelons socioéconomiques élevés comptent plus de ménages ayant un patrimoine supérieur que ceux des échelons inférieurs. Comme le niveau de revenu, la scolarité et la perception de sa situation financière n'expliquent pas entièrement les différences de patrimoine du ménage observées, il paraît intéressant d'utiliser cette nouvelle variable. Ajoutons que le patrimoine a l'avantage lui aussi de susciter très peu de non-réponse (2,0 %).

## Exclusion du marché du travail

Le tableau 5.8 montre que l'exclusion du marché du travail est associée au niveau de revenu. La proportion de personnes ayant travaillé toute l'année augmente de façon continue avec le

**Tableau 5.8**

Exclusion du marché du travail selon différentes mesures socioéconomiques, population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Exclusion du marché du travail		
	N'a pas travaillé depuis un an %	Au moins une interruption %	A travaillé toute l'année %
<b>Niveau de revenu</b>			
Très pauvre	62,5	25,9	11,6
Pauvre	41,7	25,4	32,9
Moyen inférieur	21,2	20,5	58,2
Moyen supérieur	12,4	14,0	73,6
Supérieur	7,4	10,1	82,5
<b>Scolarité relative</b>			
Plus faible	31,5	19,1	49,4
Faible	21,7	17,9	60,4
Moyenne	20,8	16,5	62,7
Élevée	15,8	16,3	67,9
Plus élevée	11,5	15,8	72,7
<b>Perception de sa situation financière</b>			
Très pauvre	52,1	25,0	23,0
Pauvre	31,6	24,3	44,2
Suffisant	15,6	14,9	69,6
À l'aise	12,5	14,2	73,2
<b>Durée de la pauvreté<sup>1</sup></b>			
5 ans et plus	38,3	16,7	45,0
1-4 ans	34,8	24,7	40,5
Moins d'un an	22,1	44,6	33,3
<b>Patrimoine du ménage</b>			
Inférieur	33,1	24,1	42,9
Moyen	19,1	19,9	61,1
Supérieur	15,9	13,0	71,1

<sup>1</sup> Population se considérant comme pauvre ou très pauvre.

niveau de revenu, passant de 12 % chez les personnes très pauvres à 83 % chez celles qui ont un revenu supérieur. Il y a, d'autre part, un lien entre la scolarité et le fait d'avoir travaillé ou non dans l'année ayant précédé l'enquête. Plus la scolarité relative est élevée, moins l'exclusion du marché du travail est probable. En fait, 49 % des Québécois ayant la plus faible scolarité relative ont travaillé toute l'année, alors que cette proportion passe à 73 % chez les plus scolarisés.

La proportion de ceux qui ont travaillé toute l'année diminue aussi avec une détérioration de la perception de la situation financière. Ainsi, 73 % des Québécois s'estimant à l'aise financièrement ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête, comparativement à 44 % de ceux qui se considèrent comme pauvres et seulement 23 %, comme très pauvres.

Il en va de même pour le lien entre le patrimoine du ménage et le fait d'avoir connu ou non une interruption de travail au cours de l'année ayant précédé l'enquête. La majorité (71 %) des personnes vivant dans un ménage ayant un patrimoine supérieur ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête. Cette proportion diminue progressivement, à mesure que le patrimoine s'amenuise, et s'établit à 43 % parmi les personnes ayant un patrimoine inférieur.

Le fait que l'exclusion du marché du travail semble mesurer une composante particulière de la situation financière des Québécois de même que l'excellent taux de réponse (non-réponse de seulement 0,5 %) justifient le maintien de cette variable pour les analyses subséquentes.

### **5.3.3 Liens entre la santé, certains facteurs liés à la santé et les nouvelles mesures du statut socioéconomique**

Cette section examine les liens entre les nouvelles mesures du statut socioéconomique et deux composantes de l'état de santé des Québécois : la perception qu'ils ont de leur état de santé et leur niveau de détresse psychologique. Elle analyse aussi les liens entre ces nouvelles mesures et certains facteurs associés à l'état de santé susceptibles d'avoir un effet de confusion. On conclura qu'un facteur aura un tel effet s'il présente un lien significatif avec une des variables socioéconomiques d'intérêt, et l'on verra si ces relations mettent en évidence la présence de gradients sociaux de santé.

#### **Perception de sa situation financière**

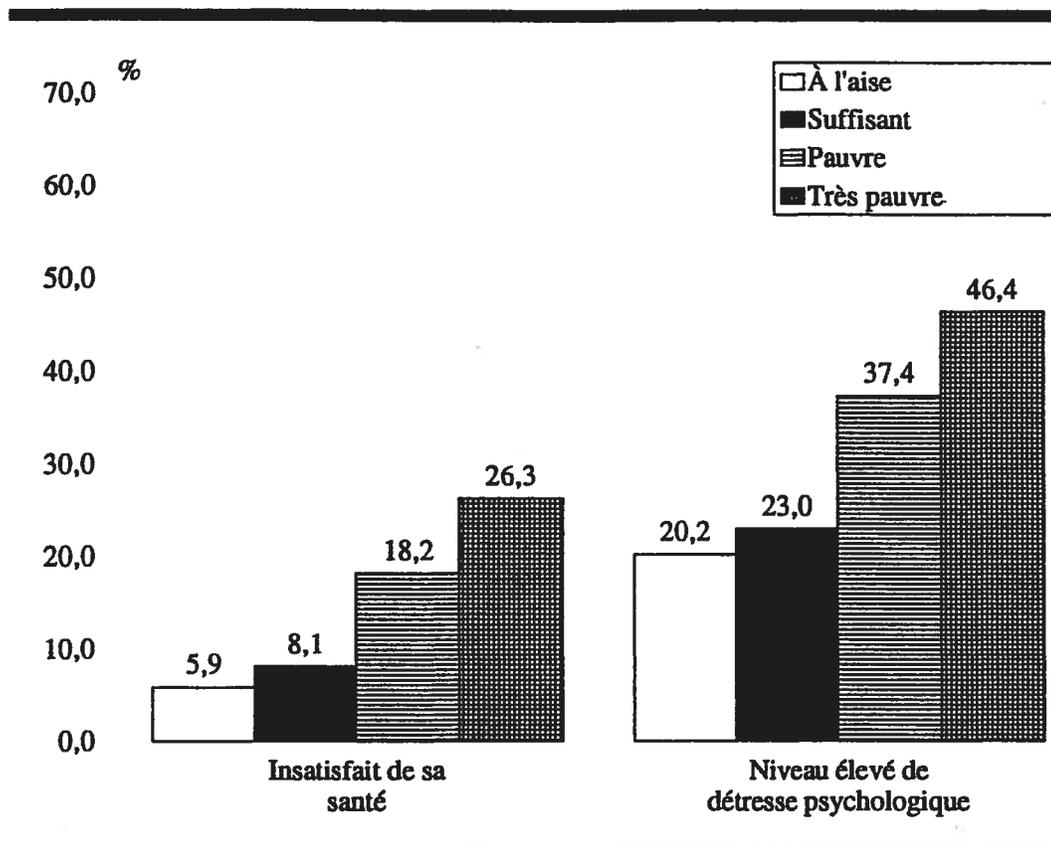
Comme l'illustre le graphique 5.5, plus les Québécois ont une mauvaise perception de leur situation financière, plus augmente la proportion de personnes insatisfaites de leur santé. Cette proportion augmente graduellement, passant de 6 % parmi les Québécois qui s'estiment à l'aise, à 26 % parmi ceux qui se considèrent comme très pauvres. Cette augmentation présente ici la forme d'un gradient complet car toutes les catégories de la perception de sa situation financière comportent des pourcentages significativement différents les uns des autres.

De même, plus les Québécois s'estiment en mauvaise situation financière, plus s'accroît la proportion d'entre eux qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique. Le cinquième (20 %) des personnes qui se déclarent à l'aise présentent un niveau élevé de détresse

psychologique, et cette proportion passe successivement à 23 %, à 37 % puis à 47 % chez les personnes se considérant comme très pauvres. Cette relation se présente ici aussi sous la forme d'un gradient complet.

### Graphique 5.5

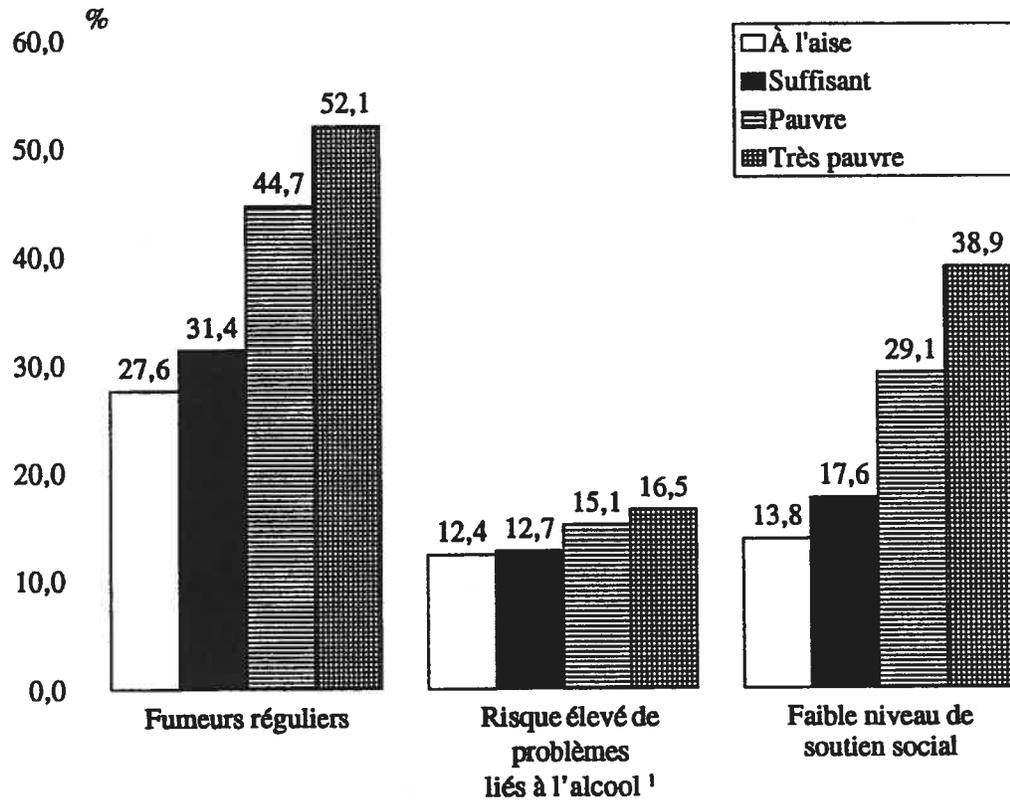
Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



Tous les facteurs susceptibles d'avoir des effets de confusion sont significativement associés à la perception de sa situation financière, à l'exception de l'indice de masse corporelle (graphique 5.6). Ainsi, plus les Québécois se disent en mauvaise situation financière, plus ils comptent de fumeurs. On trouve 46 % de fumeurs réguliers parmi ceux qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres, contre 30 % chez ceux qui s'estiment à l'aise ou qui déclarent avoir des revenus suffisants. La proportion de buveurs présentant un risque élevé de problèmes liés à l'alcool augmente aussi avec la détérioration de la perception de sa situation financière (12 % à 17 %), de même que la proportion de personnes qui ont un faible niveau de soutien social (14 % à 39 %).

## Graphique 5.6

Facteurs liés à la santé selon la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



<sup>1</sup> Chez les buveurs seulement.

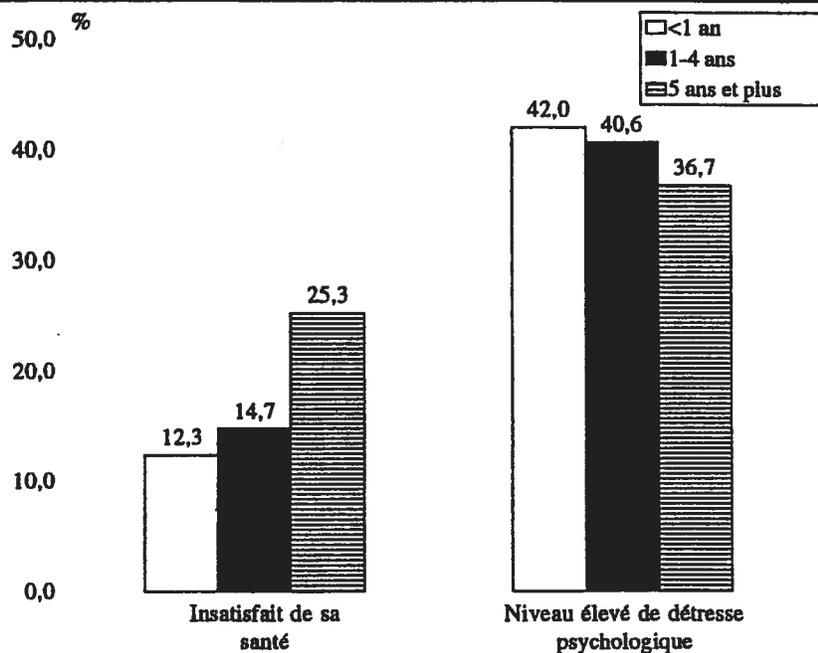
### Durée de la pauvreté

La perception qu'ont de leur santé les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres est associée à la durée de la pauvreté (graphique 5.7). On trouve une plus grande proportion de personnes insatisfaites de leur santé parmi les Québécois qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres depuis 5 ans et plus que chez ceux qui le sont depuis moins longtemps (25 % c. 14 %). On n'observe aucune relation significative entre la durée de la pauvreté et le niveau de détresse psychologique.

Chez les personnes pauvres ou très pauvres, tous les facteurs de confusion possibles analysés sont associés à la durée de la pauvreté perçue, à l'exception du niveau de soutien social (graphique 5.8). Aux facteurs examinés, on a ajouté le pessimisme de voir leur situation financière s'améliorer chez les personnes pauvres ou très pauvres.

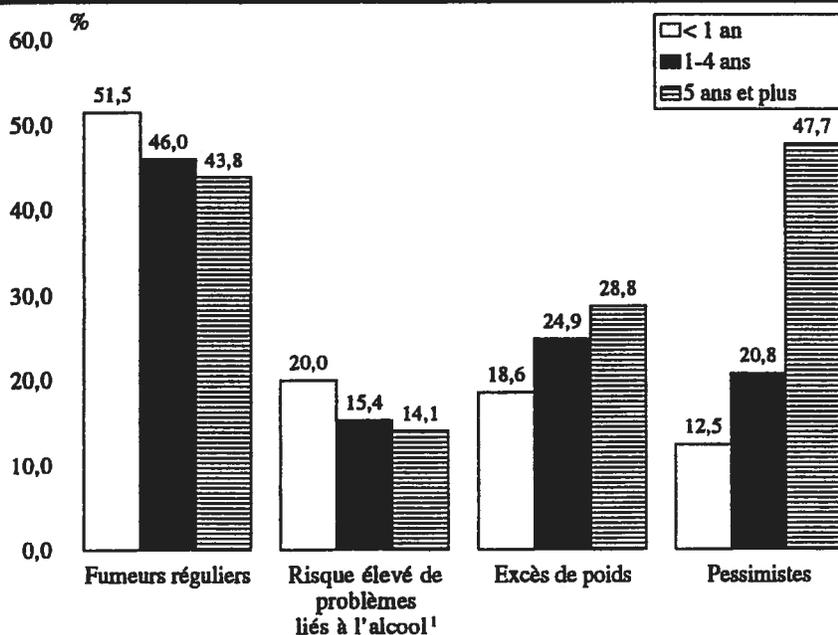
### Graphique 5.7

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993



### Graphique 5.8

Facteurs liés à la santé selon la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993



<sup>1</sup> Chez les buveurs seulement.

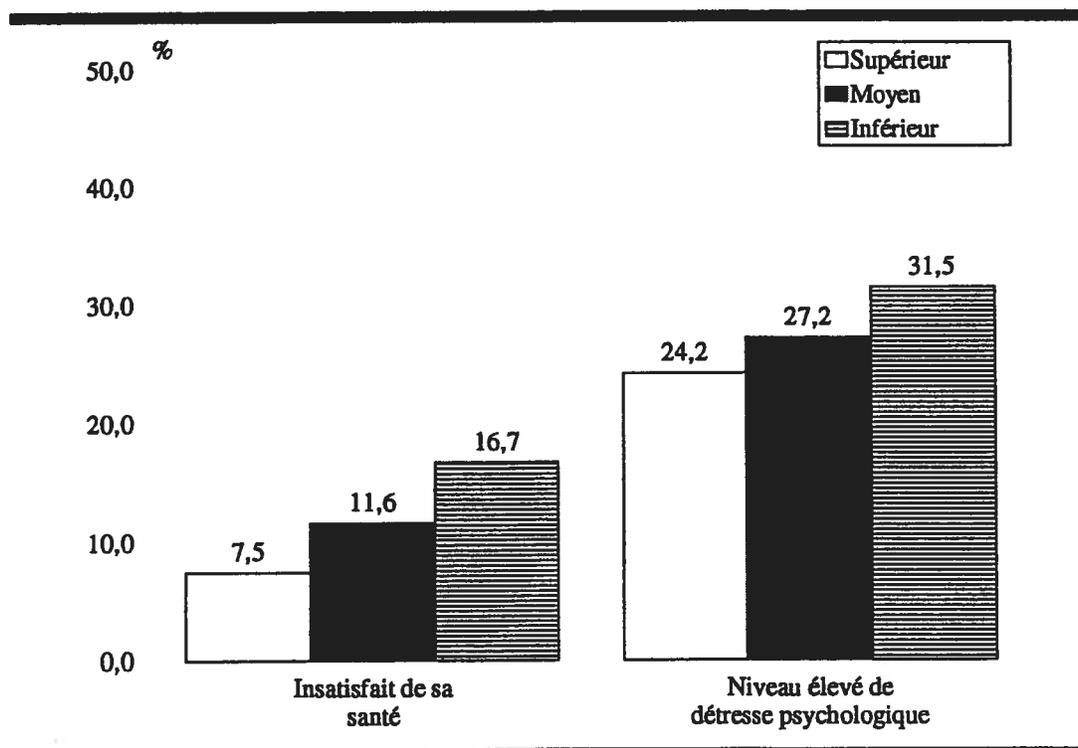
Les résultats montrent que plus la pauvreté se prolonge, moins il y a de fumeurs et de buveurs à risque. L'indice de masse corporelle varie également selon la durée de la pauvreté : la proportion de personnes ayant un excès de poids passe de 19 % parmi les personnes pauvres depuis moins d'un an, à 29 % chez celles qui le sont depuis 5 ans et plus. Par ailleurs, plus la pauvreté dure, plus les personnes sont pessimistes quant à l'amélioration de leur situation financière. Ainsi, 13 % des personnes se considérant comme pauvres depuis moins d'un an sont pessimistes quant à leur situation financière, alors que près de la moitié (48 %) des individus pauvres depuis 5 ans et plus le sont.

### Patrimoine du ménage

On observe une relation en forme de gradient complet entre la santé perçue et les différents niveaux de patrimoine du ménage : plus le patrimoine est faible, plus nombreuses sont les personnes insatisfaites de leur santé (graphique 5.9). On trouve 8 % des personnes insatisfaites de leur santé chez les personnes ayant un patrimoine supérieur, et respectivement 12 % et 17 % chez celles ayant un patrimoine moyen et inférieur.

**Graphique 5.9**

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon le patrimoine du ménage, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



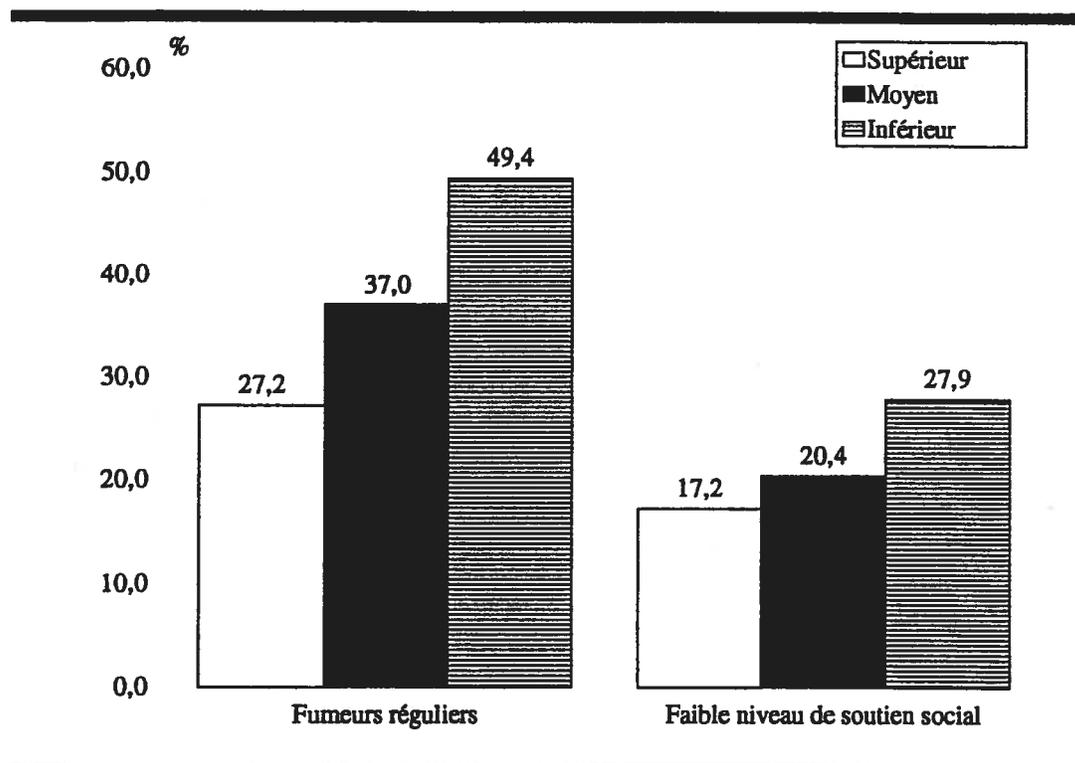
La proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique augmente avec la diminution du patrimoine du ménage et présente également la forme d'un gradient complet. Le plus faible pourcentage de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique

s'observe parmi les personnes vivant dans un ménage ayant un patrimoine supérieur (24 %); cette proportion augmente à 27 % (patrimoine moyen) et atteint 32 % parmi les personnes ayant un patrimoine inférieur.

Parmi les facteurs étudiés, l'usage du tabac et le niveau de soutien social sont significativement associés au patrimoine du ménage (graphique 5.10). La proportion de fumeurs réguliers augmente à mesure que le patrimoine du ménage diminue; elle passe de 27 % chez les personnes jouissant d'un patrimoine supérieur à 37 %, puis à 49 % chez les personnes ayant un patrimoine inférieur. On trouve, d'autre part, une plus forte proportion d'individus ayant un faible niveau de soutien social chez ceux dont le patrimoine est inférieur en comparaison avec ceux de niveau supérieur (28 % c. 17 %).

**Graphique 5.10**

Facteurs liés à la santé selon le patrimoine du ménage, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

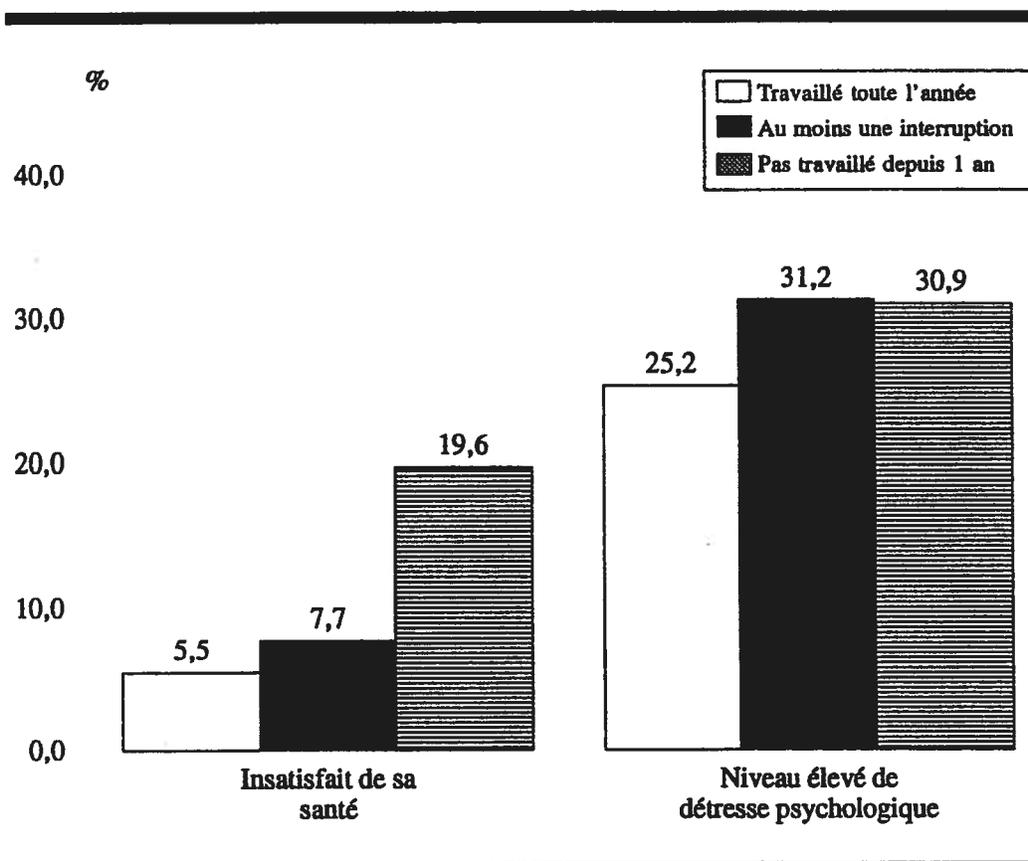


### Exclusion du marché du travail

Le graphique 5.11 illustre le lien entre la santé et l'exclusion du marché du travail chez les personnes de 15 à 64 ans qui ont déjà occupé un emploi. La proportion de personnes insatisfaites de leur santé est la plus faible chez les personnes qui ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête (6 %). Cette proportion s'accroît à 8 % chez les personnes ayant connu au moins une interruption de travail et atteint 20 % chez celles qui n'ont pas travaillé au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Cette augmentation présente un gradient complet.

### Graphique 5.11

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon l'exclusion du marché du travail, population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993

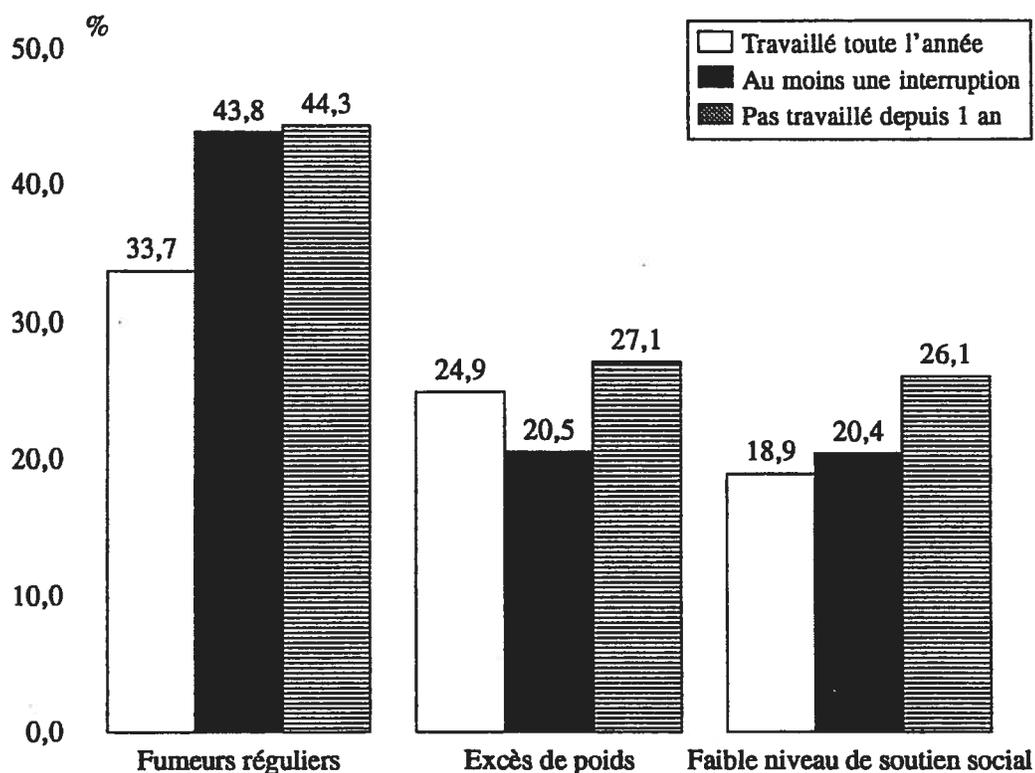


Par ailleurs, les personnes qui ont connu au moins une interruption de travail ou n'ont pas travaillé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête présentent un niveau élevé de détresse psychologique (31 %) dans une plus forte proportion que celles qui ont travaillé toute l'année (25 %). L'occupation d'un emploi pendant toute l'année ayant précédé l'enquête est donc associée à une meilleure santé psychologique.

Les quatre facteurs considérés présentent des relations significatives avec le niveau d'exclusion du marché du travail. Pour trois de ces facteurs, c'est parmi les personnes qui n'ont pas travaillé au cours de l'année de référence qu'on retrouve les plus fortes proportions d'individus présentant des indicateurs de risque pour la santé (graphique 5.12). Ainsi, on trouve 44 % de fumeurs, 27 % des individus présentant un excès de poids et 26 % de personnes ayant un faible soutien social dans ce groupe. Un risque élevé de problèmes liés à la consommation d'alcool n'est pas lié significativement au niveau d'exclusion du marché du travail.

### Graphique 5.12

Facteurs liés à la santé selon l'exclusion du marché du travail,  
population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi,  
Québec 1992-1993



#### 5.3.4 Analyse multivariée des liens entre la santé et le statut socioéconomique

Les analyses multivariées présentées ici permettent de réexaminer les liens entre les différentes mesures du statut socioéconomique et les deux composantes de la santé, soit la santé perçue et le niveau de détresse psychologique, tout en effectuant un contrôle des effets de confusion possibles. L'inclusion de variables de confusion dans chacun des modèles s'appuie sur les résultats des analyses bivariées et des considérations théoriques relevant du domaine sociosanitaire. La présence de gradients de santé est aussi revue à la lumière de ces nouvelles analyses.

##### Perception de sa santé

La première analyse multivariée porte sur les liens entre la perception de sa santé et les différentes mesures du statut socioéconomique, compte tenu de la présence des facteurs de confusion dans le modèle. Le modèle d'analyse permet plus précisément d'étudier la variation de la

probabilité d'être insatisfait de sa santé en fonction simultanément de la perception de sa situation financière, du patrimoine du ménage et du niveau de revenu, tout en effectuant un contrôle des facteurs de confusion.

Les variables de confusion retenues sont l'usage du tabac, la scolarité relative, le niveau de soutien social, l'indice de masse corporelle, l'âge, le niveau d'exclusion du marché du travail et l'interaction entre ces deux dernières variables. Les autres variables testées (le sexe, le type de ménage et le risque de problèmes liés à l'alcool) n'étaient pas significatives et n'avaient pas non plus d'effet sur l'estimation des paramètres associés à la perception de sa situation financière ou au patrimoine; elles n'ont par conséquent pas été considérées comme des variables de confusion.

Les résultats de ces analyses montrent que deux des variables du statut socioéconomique demeurent associées à la perception de l'état de santé, lorsqu'on contrôle l'effet des variables de confusion : la perception de sa situation financière et le patrimoine du ménage. On ne détecte toutefois plus de lien entre le niveau de revenu et la mauvaise santé perçue, lorsque les autres variables (de confusion ou socioéconomiques) sont prises en compte.

Le tableau 5.9 présente les rapports de cotes associés à la perception de la situation financière et au patrimoine du ménage. Comme le montrent ceux-ci, l'insatisfaction quant à sa santé augmente à mesure que se dégrade la perception de sa situation financière (de 1,00 à 3,46), même lorsqu'on tient compte des effets de confusion. De plus, les tests confirment la présence d'un gradient.

**Tableau 5.9**

Analyse multivariée des liens entre la santé perçue  
et le niveau socioéconomique, population de 15 ans et plus,  
Québec 1992-1993

Variables indépendantes principales	Rapports de cotes <sup>1</sup> et intervalles de confiance à 99 %	
<b>Perception de sa situation financière</b>		
À l'aise	1,00	---
Suffisant	1,30	[1,01 - 1,68]
Pauvre	2,51	[1,89 - 3,33]
Très pauvre	3,46	[2,35 - 5,09]
<b>Patrimoine du ménage</b>		
Supérieur	1,00	---
Moyen	1,22	[1,01 - 1,50]
Inférieur	1,40	[1,11 - 1,77]

<sup>1</sup> Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de la présence des variables suivantes dans le modèle : exclusion du marché du travail, âge, scolarité relative, usage du tabac, indice de masse corporelle, niveau de soutien social (Tableau A.5.2).

--- Catégorie de référence.

Par ailleurs, comme le montrent les rapports de cotes, l'insatisfaction quant à sa santé est plus fréquente chez ceux dont le patrimoine est moyen (RC=1,22) ou inférieur (RC=1,40) que chez ceux ayant un patrimoine supérieur (catégorie de référence), quels que soient l'âge, la scolarité, le niveau de soutien social, l'indice de masse corporelle, le niveau d'exclusion du marché du travail, et qu'il s'agisse ou non de fumeurs réguliers. Précisons ici que les rapports de cotes des niveaux moyen et inférieur de patrimoine ne sont pas significativement différents.

Ce modèle d'analyse multivariée du lien entre la santé perçue et le niveau socioéconomique confirme la pertinence des mesures de perception de sa situation financière et du patrimoine du ménage, puisque ces deux variables demeurent associées à la perception de la santé même lorsque l'effet des variables de confusion est contrôlé. Les résultats indiquent par contre que le niveau de revenu n'est plus utile à l'explication de la santé perçue, une fois que l'on connaît la situation financière perçue et le patrimoine.

Un deuxième modèle d'analyse a été élaboré afin d'examiner les liens entre la perception de sa santé et la durée de la pauvreté (modèle non présenté). Étant donné la définition de la variable «durée de la pauvreté», seules les personnes pauvres ou très pauvres sont considérées dans ces analyses. Les résultats montrent que l'insatisfaction quant à son état de santé n'est plus associée à la durée de la pauvreté, lorsque les facteurs de confusion retenus sont pris en compte. La présence des variables de confusion dans le modèle mène en effet à l'exclusion de la durée de la pauvreté du modèle.

Le troisième modèle analysé examine la relation entre l'exclusion du marché du travail, chez les 15 à 64 ans, et la perception de leur état de santé. Ce modèle ne s'applique qu'à ce groupe d'âge et inclut, à titre de comparaison, les personnes qui n'ont jamais travaillé. Les résultats révèlent la persistance d'un lien significatif avec la santé perçue, même lorsque la situation financière perçue, l'usage du tabac, le niveau de soutien social, la scolarité relative, l'indice de masse corporelle et l'âge sont contrôlés (tableau 5.10).

**Tableau 5.10**

Analyse multivariée des liens entre la santé perçue et l'exclusion du marché du travail, population de 15 à 64 ans, Québec 1992-1993

Variable indépendante principale	Rapports de cotes <sup>1</sup> et intervalles de confiance à 99 %	
<b>Exclusion du marché du travail</b>		
A travaillé toute l'année	1,00	---
Jamais travaillé	1,88	[1,38 - 2,56]
Pas travaillé depuis un an	2,59	[2,10 - 3,18]
Au moins une interruption	1,25	[0,94 - 1,65]

<sup>1</sup> Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de la présence des variables suivantes dans le modèle : perception de sa situation financière, âge, scolarité relative, usage du tabac, indice de masse corporelle, niveau de soutien social (Tableau A.5.3).

--- Catégorie de référence.

La relation entre la santé perçue et le niveau d'exclusion du marché du travail ne prend plus cependant la forme d'un gradient complet, mais d'un gradient partiel. Ainsi, le rapport de cotes des personnes ayant connu au moins une interruption de travail (RC=1,25) ne diffère pas significativement de celui des personnes qui ont travaillé toute l'année (catégorie de référence). Le test de gradient montre par contre que parmi les personnes n'ayant pas travaillé depuis un an, on compte quand même plus d'insatisfaits quant à leur santé qu'on en trouve chez ceux qui ont connu au moins une interruption au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

### Détresse psychologique

Des modèles multivariés ont aussi été conçus dans le but d'analyser la relation entre la détresse psychologique et les différentes mesures du statut socioéconomique en présence de facteurs de confusion possibles.

Le premier modèle (tableau 5.11) montre que la probabilité d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique est associée à la perception de sa situation financière lorsque des facteurs de confusion comme l'usage du tabac, le niveau de soutien social, le type de ménage, l'âge et le sexe sont contrôlés. Cet indicateur socioéconomique est le seul à demeurer statistiquement lié au niveau de détresse psychologique dans ce modèle. Ainsi, plus la perception de sa situation financière est mauvaise, plus la probabilité d'avoir un indice de détresse psychologique élevé est grande, comme le montre l'augmentation des rapports de cotes. Ce résultat confirme ceux des analyses bivariées.

Le gradient complet qu'avaient révélé les analyses bivariées devient un gradient partiel, lorsqu'on contrôle l'effet de facteurs de confusion. Ainsi, le rapport de cotes des personnes qui considèrent que leur situation financière leur permet de subvenir à leurs besoins (RC=1,09) ne diffère plus significativement de celui des personnes qui s'estiment à l'aise (catégorie de référence), lorsque sont prises en compte les autres variables du modèle.

**Tableau 5.11**

Analyse multivariée des liens entre la détresse psychologique et le niveau socioéconomique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Variable indépendante principale	Rapports de cotes <sup>1</sup> et intervalles de confiance à 99 %
Perception de sa situation financière	
À l'aise	1,00 ---
Suffisant	1,09 [0,91 - 1,31]
Pauvre	1,84 [1,50 - 2,26]
Très pauvre	2,41 [1,82 - 3,20]

<sup>1</sup> Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de la présence des variables suivantes dans le modèle : âge, sexe, type de ménage, usage du tabac, niveau de soutien social (tableau A.5.4).

--- Catégorie de référence.

Deux autres modèles multivariés ont été conçus en vue d'étudier la détresse psychologique. Le premier visait à examiner son lien avec la durée de la pauvreté chez les personnes pauvres ou très pauvres; le second, sa relation avec l'exclusion du marché du travail chez les personnes de 15 à 64 ans.

Les résultats montrent qu'une fois le potentiel de confusion de certaines variables pris en compte, aucune des deux variables indépendantes principales n'est significativement liée à la détresse psychologique (données non présentées). On avait d'ailleurs déjà noté, lors des analyses bivariées, la même absence de lien entre la durée de la pauvreté perçue et le niveau de détresse psychologique. Le recours à la régression logistique visait alors davantage à vérifier la persistance du lien entre la détresse psychologique et le niveau d'exclusion du marché du travail. Dans ce cas, il semble que ce lien puisse mieux s'expliquer par d'autres relations du modèle. Le niveau d'exclusion du marché du travail n'ajoute, par exemple, aucune information supplémentaire à la situation financière perçue pour «expliquer» le niveau de l'indice de détresse psychologique, puisque dans un modèle comportant uniquement ces deux indicateurs, la mesure de la situation financière perçue est la seule à rester significative.

## **5.4** Conclusions

### **5.4.1** Synthèse et pistes de recherche

Au terme de cette étude des liens entre le statut socioéconomique et la santé, il semble utile d'en rappeler les deux grands objectifs : améliorer la mesure du statut socioéconomique, puis déterminer si cette relation existe à plusieurs niveaux de la hiérarchie sociale québécoise.

Quatre nouvelles mesures, soit la perception de sa situation financière, le patrimoine du ménage, l'exclusion du marché du travail et la durée de la pauvreté perçue, ont été examinées et comparées à deux mesures traditionnelles, le niveau de revenu déclaré et la scolarité relative. Parmi ces nouvelles mesures, les trois premières s'avèrent très utiles pour l'étude des liens entre le statut socioéconomique et la santé. Tout en illustrant des phénomènes d'ampleur équivalente à celles des indicateurs plus traditionnels, elles considèrent toutefois un plus grand nombre de facettes de la répartition inégale de la richesse collective au Québec.

Les résultats permettent de mieux comprendre les liens entre ces mesures et la santé, comme l'illustrent la perception de sa santé et la détresse psychologique, et de mieux décrire les inégalités en matière de santé au Québec. Ainsi, les résultats montrent qu'à mesure que s'améliore la perception de leur situation financière ou le patrimoine des ménages québécois, la santé physique et psychologique de leurs membres, devient également meilleure. De plus, cette amélioration se fait sentir de façon générale à chaque échelon de ces deux mesures socioéconomiques. La relation entre la santé et ces deux indicateurs n'est donc pas attribuable uniquement à une extrême privation au bas de l'échelle sociale. Précisons toutefois qu'en général, la démarcation semble plus grande entre les personnes pauvres et celles qui considèrent leurs revenus comme suffisants qu'entre les individus pauvres et très pauvres. La mise en évidence de ces gradients sociosanitaires est conforme aux conclusions émanant de plusieurs études américaines et britanniques sur le sujet (ICRA, 1991).

La probabilité d'être insatisfait de sa santé demeure étroitement liée au patrimoine du ménage et à la perception de sa situation financière, même lorsque sont pris en compte les effets de l'âge, du sexe, du niveau de soutien social, de l'exclusion du marché du travail, de la scolarité relative, du type de ménage, de l'usage du tabac et de l'indice de masse corporelle. C'est donc dire qu'en répartissant également tous ces facteurs parmi les différents niveaux socioéconomiques de la population, on observe malgré tout des différences quant à la santé, à l'avantage des personnes ayant une meilleure situation financière. Par ailleurs, le niveau de revenu, le sexe et le type de ménage n'expliquent plus les différences observées de la perception de sa santé, lorsque l'on considère la situation financière des individus et le patrimoine de leur ménage. Ainsi, au Québec, les liens entre la santé et le niveau socioéconomique s'expliquent mieux par la perception de la situation financière et le patrimoine des ménages que par le niveau de revenu, le sexe ou le type de ménage.

La probabilité d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique augmente aussi de pair avec une mauvaise perception de sa situation financière, même en considérant les effets des mêmes facteurs de confusion. Par ailleurs, le niveau de revenu et le patrimoine du ménage n'expliquent pas les différences de niveau de détresse psychologique observées.

Les résultats montrent que la durée de la pauvreté contribue peu à l'explication des différences en matière de santé chez les personnes pauvres ou très pauvres. La relation entre la satisfaction à l'égard de sa santé et la durée de la pauvreté disparaît lorsque l'on tient compte de l'effet des facteurs de confusion, et l'on n'observe aucune relation significative entre la durée de la pauvreté et la détresse psychologique.

D'autre part, l'analyse de la durée de la pauvreté a mis en relief les difficultés que pose l'étude de ce sujet dans le cadre d'une enquête transversale comme celle-ci. Ces difficultés tiennent en partie à l'effet de confusion qu'exerce l'âge dans la relation entre cette variable et la santé. L'analyse de ces liens, dans le cadre d'une étude transversale, requerrait sans doute un outil de collecte de données plus élaboré, capable de réduire au minimum les biais de mémoire et, surtout, de décrire les antécédents financiers des individus et non seulement leur situation financière actuelle.

Le niveau d'exclusion du marché du travail s'est avéré fort intéressant pour l'analyse de la relation avec la santé perçue et la détresse psychologique. D'une part, l'insatisfaction quant à sa santé augmente de pair avec le niveau d'exclusion du marché du travail et présente la forme d'un gradient de santé. Les écarts de santé les plus marqués s'observent entre les personnes n'ayant pas travaillé pendant toute l'année et celles qui ont connu une interruption de travail pendant cette période. D'autre part, le niveau d'exclusion du marché du travail divise la population en deux groupes quant à la détresse psychologique. Le premier se compose des personnes qui ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête et présente le niveau de détresse psychologique le plus bas; le second, formé des individus qui ont connu au moins une interruption de travail ou n'ont pas travaillé toute l'année, présente des niveaux plus élevés de détresse.

La relation entre l'exclusion du marché du travail et la satisfaction à l'égard de la santé persiste, même si l'on considère les effets de l'âge, du sexe, de la perception de sa situation

financière, de la scolarité relative, de l'usage du tabac, du niveau de soutien social et de l'indice de masse corporelle. Peu importe ces facteurs, plus les Québécois ont été exclus du marché du travail, moins ils sont susceptibles d'être en bonne santé. De plus, les personnes qui ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête sont les moins susceptibles de présenter un niveau élevé de détresse psychologique. Toutefois, si l'on prend en compte la situation financière perçue, la relation entre l'exclusion du marché du travail et la détresse psychologique disparaît. Cela suggère que, pour comprendre les effets de l'exclusion du marché du travail sur la santé mentale, il faut considérer la situation financière des personnes exclues.

Ces résultats confirment l'intérêt des analyses multivariées pour mieux préciser le rôle respectif des différents déterminants sociaux de la santé.

#### **5.4.2 Éléments de réflexion pour la planification**

Que nous indique la présence au Québec de ces gradients sociaux de la santé? D'abord, que les déterminants sociaux de la santé et du bien-être ne jouent pas un rôle uniquement pour une minorité de personnes très défavorisées, mais que la situation socioéconomique agit sur l'ensemble de la population, quel que soit son statut.

Les résultats des analyses multivariées montrent, par ailleurs, que les différences de santé, à l'avantage des personnes ayant une meilleure situation financière, s'observent indépendamment des autres facteurs étudiés ici. On ne peut en conséquence attribuer la mauvaise santé des personnes pauvres aux seuls faits qu'elles fument, qu'elles sont plus touchées par l'obésité, qu'elles ont un moins bon soutien social ou qu'elles sont moins scolarisées, il faut également considérer leur situation financière.

Même si nous en savons peu sur la manière dont le milieu social agit sur la santé, plusieurs hypothèses fort intéressantes ont été proposées pour expliquer la vulnérabilité liée à certaines situations sociales, en particulier le fait que plus l'on est défavorisé financièrement, plus diminuerait le sentiment d'emprise sur sa destinée ou sur ses conditions de vie. En augmentant le stress et en affaiblissant le système de défense, ce sentiment d'impuissance favoriserait l'apparition de problèmes de santé auxquels l'individu est prédisposé. Les capacités d'adaptation développées pendant l'enfance seraient, par conséquent, d'importants déterminants de la santé et du bien-être psychologique à l'âge adulte (Keating et Mustard, 1993).

Des investissements accrus devraient être consacrés à la compréhension de l'influence des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être des populations. En effet, tout indique que les principaux gains de santé espérés au Québec, comme dans les pays industrialisés, résulteront probablement d'une meilleure compréhension de cette relation.

«Une compréhension complète de la relation entre la situation sociale, la capacité de faire face aux situations, le stress qui y est relié et la santé nécessitera des recherches au niveau plus général de la population plutôt que de l'étiologie de maladies spécifiques» (ICRA, 1991).

Comme le soulignait récemment l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1991) :

«C'est en analysant les raisons de cette vulnérabilité et en élaborant des stratégies pour transformer ces situations que l'on parviendra à éliminer certains des obstacles majeurs au développement social, économique et politique. Les groupes vulnérables constituent eux-mêmes une ressource humaine que la plupart des stratégies de développement économique n'ont fait que marginaliser.»

En somme, ce chapitre ne peut qu'abonder dans le même sens que la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992), qui soutient que les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité du milieu social et, en général, à une répartition plus équitable de la richesse collective. Elle affirme aussi que la réduction des inégalités sociales de santé, de mortalité et de bien-être constitue un défi important. Comme l'affirment nombre d'experts, dont Marmot, Wilkinson, Power et Syme, c'est par la réduction des inégalités qu'on peut espérer augmenter l'espérance de vie dans les pays industrialisés (*The Economist*, 1994). Selon ces spécialistes, les pays qui ne parviendront pas à comprendre les déterminants de la croissance économique et la relation entre l'économie et la santé ou le bien-être de leur population devront faire face à des exigences accablantes en matière de sécurité, et déployer une foule de mesures pour endiguer le crime et la violence.

La réduction des inégalités sociales de santé physique et mentale commande non seulement d'adapter les services aux besoins des personnes défavorisées, mais de déborder le cadre strict du système de services afin de concevoir des mesures sociales capables d'affecter la santé et le bien-être de la population. Deux types de mesures seront nécessaires : des politiques visant à réduire tant les inégalités sociales et économiques que les effets de ces inégalités sur la santé et le bien-être.

## 5.5 Références bibliographiques

- ATKINSON, T.; BLISHEN, B.; MURRAY, M. (1980). *Physical Status and Perceived Health Quality*, Toronto, Institute for Behavioural Research, York University.
- CHOINIÈRE, R. (1991). «Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-1988 : études écologiques des liens avec les conditions économiques, sociales et culturelles», *Les cahiers québécois de démographie*, vol. 20, no 1, pp 117-146.
- COLIN, C.; OUELLET, F.; BOYER, G.; MARTIN, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Éditions Saint-Martin, Montréal, 259 p.
- CRÉMIEUX, J.Y.; FORTIN, P.; AUDENRODE, M.V. (1994). *L'évolution macro-économique et la question budgétaire au Québec*, Conseil de la santé et du bien-être, p 5.
- DUFRESNE, J. (1994). «La pauvreté vue des gouvernements centraux», Dossier, *L'agora*, pp 16-18.
- DUTTON, D.B.; LEVINE, S. (1989). "Socio-economic Status and Health : Overview Methodological Critique and Reformulation", dans *Pathways to Health, the Role of Social Factors*, Bunker, J.P. Gombay, D.S.; Kehrer, B.H. (eds), The Henry J. Kaiser Family Foundation Calif., pp 29-69.

FERLAND, M.; PAQUET, G. (1994). L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être, dans Lemieux, V.; Bergeron, P.; Bélanger, G., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, pp 53-72.

HAAN, M.N.; KAPLAN, G.A.; SYME, S.L. (1989). "Socio-economic Status and Health : Old Observations and New Thoughts", dans Bunker, J.P. Gomby, D.S.; Kehrer, B.H. (eds) *Pathways to Health, the Role of Social Factors*, The Henry J. Kaiser Family Foundation Calif, pp 76-138.

HAGENAARS, A.J.M. (1992). "The Definition and Measurement of Poverty", dans Osberg, Lars (ed.), *Economic Inequality and Poverty International Perspectives*, pp 134-156.

HERTZMAN, C.; FRANK, J.; EVANS, R. (1990). *Heterogeneities in Health Status*. Canadian Institute for Advanced Research, Internal document 3C, Toronto.

HOSMER, D.W. et LEMESHOW S. (1989). *Applied Logistic Regression*, John Wiley & Sons, New York, p 67.

HOUSE, J.S. *et al.* (1990). "Age, Socio-Economic Status, and Health", *Milbank Quarterly*, vol. 68, no 3, pp 384-411.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES (1991). *Les déterminants de la santé*, Publication numéro 5, Toronto.

KAPLAN, G.A.; CAMACHO, T. (1983). "Perceived health and mortality : a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort", *American Journal of Epidemiology*, vol. 117, pp 292-304.

KEATING, D.P.; FRASER MUSTARD, J. (1993). «Facteurs socioéconomiques et développement humain», dans *La sécurité des familles en période d'insécurité*, Forum national sur la sécurité des familles, Ottawa, pp 101-123.

LANGLOIS, S. (1987). «Les seuils de pauvreté», dans Gauthier, Madeleine (sous la direction de) *Les nouveaux visages de la pauvreté*, IQRC, pp 199-220.

MANGA, P. (1993). «Les inégalités socioéconomiques», dans *Enquête promotion de la santé Canada 1990 : rapport technique*, Santé et Bien-être social Canada, cat. H39-263 2-1990F, pp 285-298.

MARMOT, M.G.; SMITH, G.D. (1989). "Why are the Japanese Living Longer?" *British Medical Journal*, vol. 299, pp 1547-1551.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, Québec.

MORRIS, J.N. (1959), "Health and Social Class", *Lancet*, February 7, pp 303-305.

MOSSEY, J.M.; SHAPIRO, E. (1982). "Self-rated health : a predictor of mortality among the elderly", *American Journal of Public Health*, vol. 72, pp 800-808.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1991). *Santé et réformes économiques; La santé, condition du développement économique*, Suisse, p 64.

PIACHAUD, D. (1987). "Problems in the Definition and Measurement of Poverty", *Journal of Social Policy*, vol. 16, no 2, pp 147-164.

POWER, C.; MANOR, O.; FOX, J. (1991). *Health and Class : the Early Years*, Chapman and Hall, London, pp 62-74.

PRÉVILLE, M.; BOYER, R.; POTVIN, L.; PERRAULT, C.; LÉGARÉ, G. (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 p.

SHAH, B.V.; FOLSOM, R.E.; HARRELL, F.E.; DILLARD, C.N. (1984). *Survey Data Analysis Software for Logistic Regression*, Rapport de projet RTI.

SMITH, G.D.; BARTLEY, M.; BLANE, D. (1990). "The black report on socio-economic inequalities on health ten years on", *British Medical Journal*, vol. 301, pp 373-377.

SPECTOR, A. (1992). «La mesure de faible revenu au Canada», *Tendances sociales canadiennes*, vol. 25, pp 8-10.

THE ECONOMIST (1994). Editorial, November 5th, pp 13-14, 19-21.

VAN PRAAG, B.M.S.; SPIT, J.S.; VAN DE STADT, H. (1982). "A Comparison between the Food Ratio Poverty Line and the Leyden Poverty Line", *Review of Economics and Statistics*, vol. 64, no 4, pp 691-694.

WARREN, R. (1994). *Richesse et santé, Santé et richesse*, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, L'imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 41 p.

WEINBERGER, M. *et al.* (1986). "Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants", *American Journal of Public Health*, vol. 76, pp 457-459.

WESTCOTT, G. *et al.* (1985). *Health Policy Implications of Unemployment*, Copenhagen, World Health Organization, p 3.

WILKINS, R. (1986). "Health Expectancy by Local Area in Montréal : A Summary of Findings", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 77, pp 216-220.

WILKINS, R.; ADAMS, O.; BRANCKER, A. (1990). «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, pp 137-174.

WILKINSON, R.G. (1992). "Income Distribution and Life Expectancy", *British Medical Journal*, vol. 304, pp 165-168.

WILKINSON, R.G. (1986). "Socio-economic differences in mortality : interpreting the data on their size and trends", dans Wilkinson, G., *Class and Health Research and Longitudinal Data*, New-York, Tavistock Publications, pp 1-20.

WILKINSON, R.G. *et al.* (1986). *Class and health*, for the Economic and social research council, Tavistock publications, London and New York, 223 p.

WOLFSON, M.C.; EVANS, J.M. (1992). *Seuils de faible revenu de Statistique Canada. Problèmes et possibilités méthodologiques*, (Document de travail), 89 p.

WOLFSON, M. *et al.* (1991). *Career Earnings and Death, A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men*, Canadian Institute for Advanced Research, Population Health Working Paper 12, Toronto.

---

## TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

---

**Tableau A.5.1**

Personnes ayant déjà occupé un emploi ou non selon le sexe ou l'âge,  
population de 15 ans à 64 ans, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Ayant déjà occupé un emploi	
	Non %	Oui %
<b>Sexe</b>		
Hommes	35,2	52,1
Femmes	64,8	47,9
<b>Groupe d'âge</b>		
15-24 ans	63,1	12,8
25-44 ans	13,5	55,1
45-64 ans	23,4	32,1

**Tableau A.5.2**

Modèle de régression logistique sélectionné pour l'analyse des liens entre la santé perçue et le niveau socioéconomique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Variables <sup>1</sup>	Coefficients
<b>Constante</b>	<b>- 4,03</b>
<b>Perception de sa situation financière</b>	
À l'aise	-
Suffisant	0,26
Pauvre	0,92
Très pauvre	1,24
<b>Patrimoine du ménage</b>	
Supérieur	-
Moyen	0,20
Inférieur	0,34
<b>Scolarité relative</b>	
Plus élevée	-
Inconnu	0,10
Plus faible (1er quintile)	0,52
2,3 ou 4ième quintile	0,11
<b>Usage du tabac</b>	
Non-fumeur	-
Inconnu	- 0,05
Ancien fumeur	0,11
Fumeur	0,28
<b>Soutien social</b>	
Élevé	-
Inconnu	0,58
Faible (1er quintile)	0,81
2ième quintile	0,29
3 et 4ième quintile	0,21
<b>Indice de masse corporelle</b>	
Poids santé	-
Inconnu	0,22
Poids insuffisant	0,47
Surplus de poids	0,40
<b>Groupe d'âge</b>	
15-24 ans	-
25-44 ans	- 0,25
45-64 ans	0,09
65 ans et plus	4,79
<b>Exclusion du marché du travail</b>	
A travaillé toute l'année	-
Inconnu	- 3,33
N'a jamais travaillé	- 0,09
N'a pas travaillé depuis un an	- 0,39
Au moins une interruption	- 0,24
<b>Age x Exclusion du marché du travail</b>	
25-44 ans	-
Inconnu	3,44
N'a jamais travaillé	0,70
N'a pas travaillé depuis un an	0,89
Au moins une interruption	0,20
45-64 ans	-
Inconnu	4,03
N'a jamais travaillé	1,02
N'a pas travaillé depuis un an	1,74
Au moins une interruption	0,66

<sup>1</sup> p < 0,01

- Catégorie de référence.

Note Les variables suivantes n'ont pas été retenues dans le modèle soit parce qu'elles étaient non significatives ou qu'elles ne présentaient pas d'effet de confusion : niveau de revenu, sexe, type de ménage, risque de problèmes liés à la consommation d'alcool.

**Tableau A.5.3**

Modèle de régression logistique sélectionné pour l'analyse des liens  
entre la santé perçue et l'exclusion du marché du travail,  
population de 15 à 64 ans, Québec 1992-1993

Variables <sup>1</sup>	Coefficients
<b>Constante</b>	<b>- 4,34</b>
<b>Exclusion du marché du travail</b>	
A travaillé toute l'année	-
N'a jamais travaillé	0,63
N'a pas travaillé depuis un an	0,95
Au moins une interruption	0,22
<b>Perception de sa situation financière</b>	
À l'aise	-
Inconnu	0,44
Suffisant	0,14
Pauvre	0,88
Très pauvre	1,22
<b>Scolarité relative</b>	
Plus élevée	-
Inconnu	- 0,34
Plus faible (1er quintile)	0,38
2,3 et 4ième quintile	- 0,02
<b>Groupe d'âge</b>	
15-24 ans	-
25-44 ans	0,20
45-64 ans	0,88
<b>Usage du tabac</b>	
Non-fumeur	-
Inconnu	0,03
Ancien fumeur	0,14
Fumeur	0,36
<b>Soutien social</b>	
Élevé	-
Inconnu	0,91
Faible (1er quintile)	0,77
2ième quintile	0,23
3 et 4ième quintile	0,21
<b>Indice de masse corporelle</b>	
Poids santé	-
Inconnu	0,22
Poids insuffisant	0,40
Surplus de poids	0,49

<sup>1</sup> p < 0,01

- Catégorie de référence.

Note Les variables suivantes n'ont pas été retenues dans le modèle soit parce qu'elles étaient non significatives ou qu'elles ne présentaient pas d'effet de confusion : niveau de revenu, sexe, type de famille, risque de problèmes liés à la consommation d'alcool.

**Tableau A.5.4**

Modèle de régression logistique sélectionné pour l'analyse des liens  
entre la détresse psychologique et le niveau économique,  
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Variables <sup>1</sup>	Coefficients
<b>Constante</b>	<b>- 3,35</b>
<b>Perception de sa situation financière</b>	
À l'aise	-
Suffisant	0,09
Pauvre	0,61
Très pauvre	0,88
<b>Usage du tabac</b>	
Non-fumeur	-
Inconnu	0,38
Ancien fumeur	0,26
Fumeur	0,33
<b>Soutien social</b>	
Élevé	-
Inconnu	0,83
Faible (1er quintile)	1,66
2ième quintile	1,04
3 et 4ième quintile	0,60
<b>Groupe d'âge</b>	
15-24 ans	1,22
25-44 ans	0,65
45-64 ans	0,43
65 ans et plus	-
<b>Sexe</b>	
Hommes	-
Femmes	0,57
<b>Type de ménage</b>	
Couple avec ou sans enfants	-
Seul	0,14
Monoparental	0,32
Autres	0,10

<sup>1</sup> p < 0,01

- Catégorie de référence.

Note Les variables suivantes n'ont pas été retenues dans le modèle soit parce qu'elles étaient non significatives ou qu'elles ne présentaient pas d'effet de confusion : niveau de revenu, patrimoine de ménage, scolarité relative, exclusion du marché du travail, risque de problèmes liés à la consommation d'alcool.

---

# COMPLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES

---

# Compléments méthodologiques

---

## 1. Test concernant la présence d'un gradient

Dans les analyses bivariées, la présence d'un gradient a été vérifiée à l'aide du test suivant :

$$H_0 : P_k = P_{k+1} \text{ pour au moins un } k$$

contre  $H_1 : P_1 < P_2 < \dots < P_c$  correspondant à un gradient complet

$$\text{seuil } \alpha \leq \frac{(c-1)}{2} \%$$

Il est important de préciser ici que le seuil associé aux conclusions sur la présence de gradients varie en fonction du nombre de catégories de la mesure socioéconomique utilisée. Plus précisément, dans le cas des croisements avec des variables de santé dichotomiques, le seuil est inférieur ou égal à  $(c-1)/2$  %, où  $c$  représente le nombre de catégories de la mesure socioéconomique. Par exemple, si le nombre de catégories est de 5, le seuil global de tests simultanés est alors plus petit ou égal à 2 % et non pas à 1 %. En conséquence, le seuil pour lequel on observe la présence d'un gradient dans les variables de santé dichotomiques (détresse psychologique et santé perçue) est inférieur ou égal à 1,5 % dans le cas de la mesure de la perception de sa situation financière, et au plus à 1 % dans le cas des autres nouvelles mesures socioéconomiques.

Dans les analyses multivariées, la présence d'un gradient a été vérifiée à l'aide d'une méthode équivalente à celle qui avait servi aux analyses bivariées.

## 2. Méthodes des analyses multivariées

Cette section plus technique présente les choix qui ont été faits sur le plan de la modélisation, notamment pour la sélection des variables indépendantes et les catégories considérées pour chacune d'elles.

Les analyses multivariées sont fondées sur plusieurs modèles de régression logistique. Les tableaux A.5.2, A.5.3 et A.5.4 présentent les modèles retenus.

### Les variables indépendantes et de confusion

Les variables indépendantes considérées dans les modèles se regroupent en deux catégories : les variables indépendantes principales et les variables de confusion. La première catégorie est constituée des indicateurs du statut socioéconomique, la seconde, des facteurs potentiellement liés à la santé.

**Tableau A.5.5**

Variables utilisées pour les analyses multivariées,  
Enquête sociale et de santé 1992-1993

Variables socioéconomiques	Variables de confusion
<b>Perception de sa situation financière</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'aise</li> <li>• Suffisant</li> <li>• Pauvre</li> <li>• Très pauvre</li> </ul>	<b>Groupe d'âge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15-24 ans</li> <li>• 25-44 ans</li> <li>• 45-64 ans</li> <li>• 65 ans et plus</li> </ul>
<b>Durée de la pauvreté perçue</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté récente (moins d'un an)</li> <li>• Pauvreté de durée moyenne (un an à quatre ans)</li> <li>• Pauvreté de longue durée (5 ans et plus)</li> </ul>	<b>Sexe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes</li> <li>• Femmes</li> </ul>
<b>Patrimoine du ménage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supérieur (propriétaire et revenus de placement)</li> <li>• Moyen (une des deux conditions)</li> <li>• Inférieur (aucune des deux conditions)</li> </ul>	<b>Type de ménage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne seule</li> <li>• Couple sans enfants</li> <li>• Famille monoparentale</li> <li>• Couple avec enfants</li> <li>• Autre type de ménage</li> </ul>
<b>Exclusion du marché du travail</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'a pas travaillé depuis un an</li> <li>• Au moins une interruption</li> <li>• A travaillé toute l'année</li> </ul>	<b>Origine ethnique perçue</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Canadien/qubécois francophone</li> <li>• Canadien/qubécois anglophone</li> <li>• Autres</li> </ul>
<b>Scolarité relative</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus faible</li> <li>• Faible</li> <li>• Moyenne</li> <li>• Élevée</li> <li>• Plus élevée</li> </ul>	<b>Risque de problèmes liés à la consommation d'alcool (CAGE)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque nul</li> <li>• Risque faible</li> <li>• Risque élevé</li> </ul>
<b>Niveau de revenu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Très pauvre</li> <li>• Pauvre</li> <li>• Moyen inférieur</li> <li>• Moyen supérieur</li> <li>• Supérieur</li> </ul>	<b>Indice de masse corporelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids insuffisant</li> <li>• Poids santé et début d'excès de poids</li> <li>• Surplus de poids</li> </ul>
<b>Variables de santé et de bien-être</b>	<b>Indice de soutien social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible</li> <li>• Élevé</li> </ul>
<b>Indice de détresse psychologique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible</li> <li>• Élevé</li> </ul>	<b>Usage du tabac</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'a jamais fumé</li> <li>• Ancien fumeur</li> <li>• Fumeur (occasionnel et régulier)</li> </ul>
<b>Perception de sa santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfait (excellente, très bonne et bonne)</li> <li>• Non satisfait (moyenne et mauvaise)</li> </ul>	<b>Espoir de voir sa situation financière se modifier</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimiste (s'améliorera dans un proche avenir et s'améliorera, mais ne sait pas quand)</li> <li>• Pessimiste (ne crois pas à un changement et prévoit une détérioration)</li> </ul>

Pour les deux modèles s'intéressant au niveau socioéconomique, les variables indépendantes principales sont la perception de sa situation financière, le patrimoine accumulé et le niveau de revenu du ménage. La durée de la pauvreté perçue et le niveau d'exclusion du marché du travail servent de variables indépendantes principales aux deux autres modèles.

En plus des variables de confusion énumérées dans la section des résultats, le niveau d'exclusion du marché du travail a été contrôlé, dans le cas des individus pour lesquels il était connu, dans les deux modèles liant la santé perçue ou l'indice de détresse psychologique au niveau socioéconomique. De la même façon, le patrimoine accumulé du ménage a servi de variable de confusion aux deux régressions logistiques comprenant la durée de la pauvreté et le niveau d'exclusion.

Le choix des variables indépendantes, principales ou de confusion, devant être «testées» pour l'obtention de modèles finaux s'appuie sur les résultats des analyses bivariées et sur des considérations théoriques relevant davantage du domaine sociosanitaire. Ainsi, certaines variables ne présentant pas nécessairement de lien significatif avec la santé perçue ou l'indice de détresse psychologique lors des analyses bivariées ont quand même été considérées dans les premières étapes de l'élaboration des modèles, pour en vérifier le potentiel de confusion, notamment dans des termes d'interaction.

### **Catégories considérées pour les variables de confusion**

Dans chaque modèle, tous les individus pour lesquels on connaissait la variable dépendante et les variables indépendantes principales ont été utilisés aux fins d'analyse. Pour toutes les variables de confusion, on a ajouté une catégorie correspondant aux observations manquantes.

Par ailleurs, pour certaines variables de confusion, certaines catégories ont été regroupées. C'est le cas des deuxième, troisième et quatrième quintiles (faible, moyenne et élevée) de la scolarité relative, pour lesquels les proportions de gens insatisfaits de leur état de santé sont à peu près comparables. La détresse psychologique des personnes possédant l'un ou l'autre de ces niveaux de scolarité relative est également très semblable. La troisième et la quatrième catégorie de l'indice de soutien social ont été regroupées pour les mêmes raisons.

### **Niveau de revenu**

Aux différents stades de la modélisation, tous les tests effectués à l'aide du niveau de revenu comportaient deux étapes. Compte tenu du taux élevé de données imputées au niveau de revenu (près de 30 %), les essais comportant cette variable utilisaient, dans un premier temps, seulement les individus pour lesquels on connaissait le revenu; on procédait par la suite avec toutes les observations (connues ou imputées). Ces méthodes ont, dans tous les cas, fournit des résultats similaires, la variable n'étant retenue dans aucun modèle.

### **Mode de sélection des variables indépendantes et tests utilisés**

Le mode d'élaboration de modèles utilisé correspond à un processus itératif d'inclusion et d'exclusion de variables indépendantes. Il comprend deux grandes étapes : la sélection de variables simples et la sélection de termes d'interaction.

Pour chacune des régressions logistiques, un modèle complet incluant toutes les variables indépendantes est d'abord ajusté. Le logiciel SUDAAN, version 6.0, sert à cette fin. Ce logiciel permet de procéder au test de signification associé à chaque variable en tenant compte du plan de sondage complexe de l'Enquête sociale et de santé. Les tests utilisés sont le test F de Wald et le test F ajusté incluant la correction de Satterthwaite (Shah *et al.*, 1984).

Pour les étapes intermédiaires de sélection de variables seules, le seuil des tests est fixé à 5 %. Les variables non significatives à ce seuil sont écartées du modèle. Les autres mesures demeurent pour que soit vérifié leur potentiel de confusion, seules ou en interaction avec l'âge ou le sexe. C'est ici qu'on s'intéresse au potentiel de confusion de la relation entre la santé (santé perçue ou indice de détresse psychologique) et les variables socioéconomiques. Une mesure associée à la santé et aux indicateurs socioéconomiques est dite de confusion si sa présence dans le modèle produit un changement significatif sur les paramètres correspondant à ces indicateurs (Hosmer et Lemeshow, 1989).

La dernière étape consiste à sélectionner des termes d'interaction et présente certaines particularités. Rappelons d'abord qu'il y a interaction entre deux variables indépendantes lorsque l'association entre une variable indépendante et la variable dépendante est fonction de l'autre variable indépendante. Si, par exemple, la proportion de personnes insatisfaites de leur état de santé augmente avec l'âge chez les hommes, mais diminue en fonction de l'âge chez les femmes, c'est qu'une interaction existe entre l'âge et le sexe pour la santé perçue. Étant donné l'objectif poursuivi ici, seules des interactions doubles comprenant l'âge ou le sexe ont été testées. Encore ici, c'est l'effet de confusion de telles interactions qui est vérifié.

À la dernière étape du mode de sélection, seules des variables ou des interactions significatives à un seuil de 1 % ou présentant un effet de confusion sont conservées dans le modèle.

### **Analyse des résidus**

Une analyse descriptive des résidus est aussi effectuée. Elle consiste à comparer les écarts entre les valeurs observées pour une variable dépendante et celles qui sont «prédites» par le modèle. Pour chaque régression, il s'agit de la validation statistique du modèle élaboré, qui vise principalement ici à déterminer si les résidus ne se distribuent pas de façon systématique dans les niveaux des variables indépendantes principales que renferme encore le modèle.

***ANNEXE III***

**PROJET D'ENQUÊTE  
SOCIOÉCONOMIQUE ET DE SANTÉ  
INTÉGRÉE ET LONGITUDINALE  
(ESSIL)**

**LA SANTÉ PHYSIQUE**

**RAPPORT PRÉPARÉ PAR**

**GINETTE PAQUET  
ET  
BENOIT TELLIER**

**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC**

**Version finale**

**Avril 2003**

**TABLE DES MATIÈRES**

INTRODUCTION.....	4
1. LA SANTÉ DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS.....	6
1.1 Le chemin parcouru.....	6
1.2 Le chemin à parcourir.....	7
2. CE QUE NOUS APPRENNENT LES GRANDES ENQUÊTES DE POPULATION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ.....	10
2.1 À l'échelle internationale.....	10
2.1.1 Revenu et santé dans une perspective longitudinale.....	11
2.1.2 D'autres indicateurs de statut socioéconomique.....	13
2.2 La connaissance sur les inégalités sociales de santé au Canada.....	16
2.3 La connaissance sur les inégalités sociales de santé au Québec.....	18
3. CE QUE NOUS APPRENNENT LES GRANDES ENQUÊTES DE POPULATION SUR LES FACTEURS MÉDIATEURS.....	19
3.1 Les habitudes de vie liées à la santé.....	20
3.2 L'importance de la petite enfance.....	21
3.2.1 La mortalité infantile.....	22
3.2.2 La prématurité et le petit poids à la naissance.....	23
3.2.3 SSE et développement des bébés et des enfants.....	23
3.2.4 SSE dans l'enfance et santé à l'âge adulte.....	24
3.2.5 Contribution de l'enfance à la compréhension du gradient social de santé.....	25
3.3 Le rôle des facteurs psychosociaux.....	26
3.3.1 Le sentiment de contrôler sa destinée.....	26
3.3.2 Le sens de la cohérence.....	28
3.4 Santé et relations sociales.....	29
3.4.1 Capital social et cohésion sociale.....	29
3.4.2 Réseaux sociaux.....	32
3.4.3 La famille.....	32
4. LES INDICATEURS PROPOSÉS POUR L'ESSIL.....	35
4.1 Des indicateurs du statut socioéconomique.....	35
4.2 Des indicateurs sanitaires (santé, maladie, accidents, limitations et incapacités, utilisation des services de santé).....	36
4.2.1 La santé perçue (ou santé déclarée).....	36
4.2.2 La morbidité.....	38
4.2.2.1 Les maux et les maladies.....	39
4.2.2.2 Les accidents.....	43
4.2.2.3 L'alitement.....	43
4.2.3 Les incapacités et les limitations d'activités.....	44
4.2.4 Les services de santé.....	49

4.2.4.1 La mesure de l'utilisation des services de santé.....	49
4.2.4.2 L'hospitalisation.....	50
4.2.4.3 Coûts et assurance privée de santé.....	51
4.3 Quelques indicateurs concernant les mécanismes médiateurs.....	52
4.3.1 Les habitudes de vie en lien avec la santé.....	52
4.3.2 Alimentation et insécurité alimentaire.....	53
4.3.3 D'autres indicateurs pour les enfants.....	56
4.3.4 Indicateurs psychosociaux.....	57
<b>EN GUISE DE CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>L'ESSIL ET LES POLITIQUES PUBLIQUES OU L'ANTIDOTE AUX ANECDOTES DES MÉDIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>
ANNEXE 1 Échelles de statut socio-économique subjectif.....	72
ANNEXE 2 Maux et maladies.....	74
ANNEXE 3 Comparaison ESSIL - EQSTREME, maux et maladies.....	79
ANNEXE 4 Comparaison ESSIL - EQSTREME, accidents.....	81
ANNEXE 5 Comparaison ESSIL - EQSTREME, allègement.....	82
ANNEXE 6 Incapacités et limitations d'activités.....	83
ANNEXE 7 Coûts de santé.....	94
ANNEXE 8 Comparaison ESSIL - EQSTREME, activité physique de loisir.....	100
ANNEXE 9 Insécurité alimentaire.....	101
ANNEXE 10 Indicateurs psychosociaux.....	103
ANNEXE 11 Cohésion sociale.....	111

## INTRODUCTION

Le présent rapport a pour but de montrer comment l'ESSIL aidera chercheurs et planificateurs à améliorer les politiques publiques afin qu'elles ne visent pas seulement à réduire les conséquences des problèmes sociaux et de santé. Plusieurs politiques peuvent en effet favoriser la mise en place de conditions favorables à la santé et au bien-être et, en même temps, de conditions favorables au développement social et économique du Québec.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, une lecture de la Politique de la santé et du bien-être du Québec nous révèle à quel point l'ESSIL peut apporter un éclairage précieux en fournissant des données inexistantes sur les causes, les liens, la durée, les conséquences et la séquence de plusieurs problèmes sociaux et de santé. Les caractères longitudinaux et intersectoriels de l'Enquête permettront de documenter de façon inégale les enjeux, de même que plusieurs objectifs et stratégies mises de l'avant dans la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) publiée en 1992 par le Gouvernement du Québec. Quelques exemples tirés de cette politique illustrent l'apport possible de L'ESSIL à la planification et à l'évaluation dans le secteur de la santé et des services sociaux.

En matière de développement des connaissances, la Politique affirme que « certains champs demeurent encore inexplorés ou sous-développés. C'est le cas notamment de la recherche qui porte sur les déterminants de la santé et du bien-être et sur les groupes vulnérables » (Gouvernement du Québec, 1992, p. 181). Pour parer à ces lacunes, la Politique comporte les engagements suivants :

*Le ministre entend*

- Développer la recherche sur les facteurs de protection et de promotion de la santé et du bien-être, ainsi que sur la situation des groupes vulnérables. (Gouvernement du Québec, 1992, p. 181)
- Intensifier et diffuser la recherche permettant d'améliorer la compréhension de la problématique des groupes vulnérables, de leurs problèmes sociaux et de leurs problèmes de santé. (Gouvernement du Québec, 1992, p. 167)
- Développer des indicateurs fiables de l'état de santé et de bien-être de la population et des communautés qui la composent et ce, particulièrement dans le domaine social. (Gouvernement du Québec, 1992, p. 180)

Les cinq grandes priorités d'action retenues pour atteindre les objectifs de la PSBE sont (p. 170) :

- Le renforcement du milieu familial
- Le renforcement du milieu scolaire
- Le développement et le renforcement des réseaux sociaux
- L'accès au travail
- La réduction de la pauvreté.

*Ces champs d'action relèvent en bonne partie de secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux. Même si plusieurs de ces priorités sont déjà partagées par d'autres acteurs gouvernementaux, elles ne doivent pas être abordées de manière sectorielle. Pour être efficace, l'action doit être coordonnée au niveau gouvernemental et trouver ses applications à tous les échelons d'intervention.* (Gouvernement du Québec, 1992, p. 170)

Revenons à l'objectif général du présent rapport : cerner comment l'ESSIL pourrait être utile aux chercheurs et aux planificateurs du secteur de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, dans le premier chapitre, nous verrons brièvement le chemin parcouru dans les pays industrialisés et celui restant en matière de santé collective. En deuxième partie, nous dresserons un bref bilan des enseignements sur les déterminants sociaux de la santé émanant des grandes enquêtes de population. La troisième section présentera un aperçu de ce que nous apprennent les grandes enquêtes de population à propos des facteurs médiateurs. Puis, le quatrième chapitre présentera les indicateurs proposés pour l'ESSIL. Enfin, la conclusion illustrera la contribution possible de l'ESSIL à plusieurs politiques publiques du Québec, ou en d'autres mots, pourquoi l'ESSIL pourrait devenir un antidote aux anecdotes des médias.

## 1. LA SANTÉ DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS

### 1.1 LE CHEMIN PARCOURU

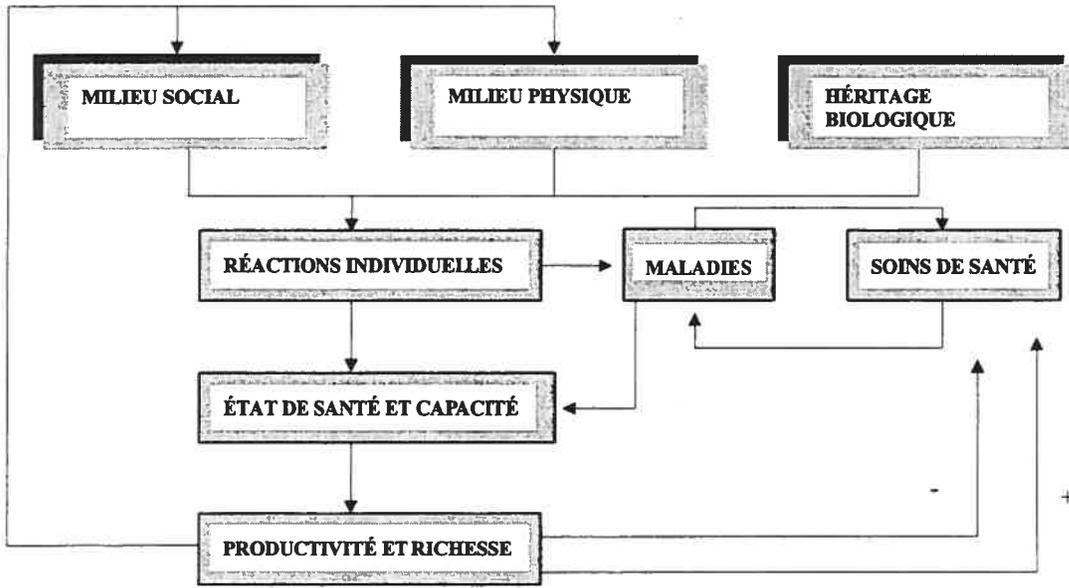
L'augmentation de la longévité humaine dans la grande majorité des pays industrialisés singularise l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle. Prenons le cas du Québec pour illustrer ce phénomène. Au cours du dernier quart de siècle seulement, les hommes ont gagné près de 6 années d'espérance de vie à la naissance et les femmes un peu plus de 4 ans. De sorte qu'en 1998, l'espérance de vie à la naissance d'un Québécois était de 75,3 années, alors que pour une Québécoise, elle était de 81 ans. Cette augmentation constante de la longévité s'explique d'abord par une colossale diminution de la mortalité infantile dans nos sociétés, puisque le décès d'un bébé ou d'un enfant influence plus fortement la durée de vie moyenne d'une population que celui d'une personne âgée. La deuxième explication se situe du côté cardiaque. Il y a vingt-cinq ans, les maladies de l'appareil circulatoire, comme l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral, étaient responsables de près de la moitié des décès. De nos jours, la proportion n'est plus que du tiers. Au Québec, ces maladies causaient chaque année la mort de presque 500 personnes par tranche de 100 000 habitants, elles en tuent maintenant moins de 240 (MSSS, 2001). Autre progrès d'importance, pour les enfants et les jeunes adultes, la mortalité par accident et causes violentes a diminué. Ce déclin global des décès par accident s'explique par des routes québécoises devenues nettement moins meurtrières.

En fait, non seulement nous vivons plus vieux, mais nous nous portons mieux. L'Enquête sociale et de santé de 1998, effectuée par l'Institut de la statistique du Québec, montrait par exemple que 89 % des québécois évaluaient leur état de santé comme bon, très bon ou excellent. Cette évaluation était pour ainsi dire restée la même depuis 1987, à l'exception des personnes de 45-64 ans et aussi de celles de 65 ans et plus qui étaient plus nombreuses à déclarer une santé excellente (ISQ, 2000). Les données de Statistique Canada vont dans le même sens, la prévalence des maladies chroniques a diminué chez les Canadiens âgés de 45-64 ans. De même, depuis 20 ans, la proportion des personnes âgées de 65 à 74 ans qui déclarent une limitation d'activité s'est amoindrie (Statistique Canada, 2001).

La médecine et les systèmes de soins ont certes contribué à ces progrès. Mais on sait aussi que le revenu par habitant, les inégalités de revenu entre habitants d'un même pays ou la scolarisation des femmes, entre autres, sont fortement associés au niveau de santé. Or, on ne retrouve pas la même association entre la santé d'une population et certains éléments des systèmes de soins tels que les médecins, le nombre de lits d'hôpitaux ou les dépenses de santé. Selon l'OMS, cette absence de relation est particulièrement évidente dans les pays riches (OMS, 2000).

Il est aussi probable que dans les pays développés, les gains de santé les plus substantiels s'avèrent derrière nous. On observe depuis le début des années 1990, un affaiblissement dans l'augmentation de l'espérance de vie. Au Québec, les femmes n'ont quasi rien gagné en matière d'espérance de vie depuis une dizaine d'années. Les hommes ont continué de voir leur espérance de vie progresser au cours de la dernière décennie, mais

## MODÈLE DES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS



Ce modèle a été développé par l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA).

plus lentement qu'auparavant. Cette stagnation s'expliquerait par l'augmentation spectaculaire de la mortalité liée au cancer, et plus particulièrement au cancer du poumon (MSSS, 2001). Inquiétantes aussi sont les augmentations de prévalences de problèmes de santé dont les conséquences peuvent être sérieuses : le diabète, l'asthme et les allergies. Ces problèmes pèsent de plus en plus lourd dans notre bilan de santé. La santé mentale représente possiblement un autre point faible de notre état de santé collectif. Mais nous ne l'aborderons pas ici, puisque la santé mentale est l'objet d'un rapport distinct sous la direction d'Alain Drapeau.

### 1.2 LE CHEMIN À PARCOURIR

Somme toute, dans les pays riches, sous plusieurs aspects, l'état de santé collectif est bien meilleur qu'il y a vingt-cinq ans. Cependant, ce n'est pas vrai pour tous. Par exemple, à Montréal, pour l'espérance de vie à la naissance, il y a près de 11 années de différence entre la zone la plus favorisée et la zone la plus défavorisée. Toujours à Montréal, entre le groupe de revenu le plus faible et le groupe de revenu le plus élevé, certaines différences à l'avantage des derniers étaient considérables en 1998 : en particulier pour les grossesses chez les adolescentes de 15-19 ans, pour le suicide, pour les décès par cancer du poumon, pour les naissances de bébés de faible poids, pour les décès par maladies cardiaques et pour le taux d'hospitalisations (RRSS-Montréal-Centre, 1998). Autre illustration, l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec montre un lien positif entre la position sociale des familles et la santé des bébés de 5 mois. Par exemple, on trouve des écarts importants pour les nuits passées à l'hôpital : seulement, 9 % des enfants de familles relativement favorisées ont déjà séjourné au moins une nuit en milieu hospitalier, comparativement à 18 % parmi les familles de plus faible position sociale.

Dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS précise que l'écart entre riches et pauvres se creuse davantage, si l'on sépare, à l'intérieur de l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé et les années avec incapacité. En d'autres mots, les personnes pauvres meurent non seulement plus jeunes que les autres, mais elles passent une plus grande partie de leur vie avec une incapacité. Comme l'affirme Y. Villedieu dans son dernier livre : « *que nous n'ayons pas réussi à combler ces écarts - et que de plus, ils aillent en augmentant - est un des échecs les plus affligeants de nos sociétés d'opulence* » (Villedieu, 2002, p. 128).

En définitive, un pays ne peut affirmer bien s'occuper de la santé de sa population uniquement en lui fournissant des services et des soins de santé, même s'ils sont de très grande qualité. Pas plus qu'une société ne peut imputer aux individus l'entière responsabilité de leurs habitudes de vie, et par conséquent, de leur état de santé. La santé d'une population dépendrait d'un ensemble de facteurs parmi lesquels l'environnement social serait aussi fondamental que l'environnement physique, le bagage génétique et le système de soins. Cette perspective a été développée principalement par les chercheurs suivants, Marmot, Smith, Townsend, Davey-Smith, Rose, Wilkinson, Kaplan, Lynch, Power, Kawachi, Wolfson et par l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Voir le schéma symétrique à la page suivante

Pourtant, depuis cinquante ans les états ont misé abondamment sur les services et les soins de santé. On croyait sans doute que l'introduction des régimes d'assurance maladie, sans barrière financière, éliminerait les inégalités sociales de santé. Or, dans plusieurs pays, l'écart de mortalité entre les classes sociales inférieures et supérieures s'est accru depuis la Deuxième guerre mondiale. Dans une récente réflexion critique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare qu'il faut reformuler les objectifs des politiques de santé, actuellement exprimés en moyennes générales pour toute la société :

*De manière à viser précisément la situation parmi les plus pauvres et les différences entre riches et pauvres. Ainsi, les taux de mortalité infantile parmi les pauvres ou les différences de mortalité infantile entre riches et pauvres seraient des indicateurs plus utiles que les taux moyens de mortalité infantile dans l'ensemble de la population.* (Gwatkin, 2000)

La réduction des inégalités sociales de santé et de mortalité dans les pays industrialisés pose d'importantes questions de recherche à la communauté scientifique. Or, dans le champ de la santé, c'est précisément sur ce thème que L'ESSIL sera la plus féconde. En effet, par ses aspects longitudinaux et intégrés, l'ESSIL offre une occasion remarquable d'améliorer substantiellement la compréhension des déterminants sociaux de la santé au Québec. À l'évidence, dans le secteur de la santé, ce ne sont pas les études cliniques, épidémiologiques ou populationnelles qui manquent. Mais la grande majorité d'entre elles s'intéressent aux aspects biologiques, médicaux ou hospitaliers de la maladie, et seules quelques unes s'attardent aux déterminants sociaux de la santé. De plus, les caractères transversaux ou sectoriels de ces études freinent le développement de la connaissance sur les déterminants sociaux de la santé. Sans prétention à l'exhaustivité, les pages qui suivent visent à démontrer comment l'ESSIL aidera chercheurs et planificateurs à trouver les bonnes pistes d'intervention pour réduire les différences sociales de santé et de mortalité. Comme nous le verrons plus loin, ignorer cet important défi serait de courte vue, puisque dans les pays industrialisés il faudra diminuer les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale.

## 2. CE QUE NOUS APPRENNENT LES GRANDES ENQUÊTES DE POPULATION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Des différences de santé entre les groupes socioéconomiques ont été rapportées régulièrement depuis le début du dernier siècle (Power et autres, 1991). Bien que les premiers rapports étaient basés sur la mortalité, la même tendance émane des enquêtes de santé pour la morbidité. Examinons maintenant ce qu'apportent à la mesure et à la compréhension du phénomène les grandes enquêtes de population, surtout longitudinales.

### 2.1 À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE

S'il existe un intérêt croissant, à l'échelle internationale, autour des recherches portant sur la relation entre l'état de santé et le statut socioéconomique, les méthodes et les mesures utilisées par chacune d'entre elles varient considérablement. Parmi ces différences, mentionnons que les études européennes tendent à effectuer plus souvent leurs analyses sous l'angle de classe sociale, du statut d'emploi ou du niveau d'éducation, tandis que c'est assurément le revenu qui tend à définir le statut socioéconomique d'un individu dans la perspective nord-américaine.

L'usage du revenu comme indicateur unique de position socioéconomique pose tout de même problème, tout autant que l'absence d'information sur le revenu pour de nombreuses recherches européennes. Plusieurs auteurs, du côté de la recherche sociologique, caractérisent la position sociale d'un ménage par un niveau de ressources correspondant lui-même à un ensemble de privations ou de possibilités d'ordre matériel, social et culturel (Bertaux, 1977 ; Bourdieu, 1980 ; Paquet, 1989). La position sociale ne devrait pas être définie par un simple critère, mais par le croisement d'une multitude de ressources et de handicaps cumulés. L'observation du seul revenu ne permet pas de repérer adéquatement des catégories fragilisées, cumulant des handicaps nombreux. Le revenu à lui seul ne suffit pas non plus à définir la puissance sociale de certains individus ou familles dans l'organisation sociale. Il serait par conséquent essentiel d'établir la position sociale des individus non pas selon une échelle unique, mais dans un espace aux dimensions multiples (Chauvel, 2000). En d'autres termes, le revenu représente un moyen insuffisant pour capturer les conditions de vie qui occasionnent des différences de santé. L'éducation, de même que le métier exercé sont souvent de meilleurs indicateurs des facteurs sociaux liés à la position sociale qui affectent la santé. Néanmoins, le revenu peut être utilisé comme une mesure de la position sociale, à la condition d'utiliser des mesures de revenus relatifs et non pas de revenus absolus. En fait, au-dessus du seuil de pauvreté, le revenu demeure un prédicteur de santé ou de maladie parce qu'il mesure la place qu'occupe une personne dans la hiérarchie sociale, plutôt que l'argent qu'elle possède. Alors qu'au bas de l'échelle sociale, les revenus individuels affectent la santé à travers les privations matérielles et les restrictions de participation sociale de même que les possibilités d'exercer du contrôle sur sa vie.

### 2.1.1 Revenu et santé dans une perspective longitudinale

Ces nuances étant faites, les enquêtes longitudinales ont ceci de particulier : elles attirent l'attention sur la dynamique des revenus sur plusieurs années plutôt que sur une mesure (et une compréhension) statique de ces derniers. À l'échelle internationale, des résultats d'enquêtes longitudinales ont approfondi la connaissance de la relation entre la dynamique des revenus et la santé. L'usage de données longitudinales illustre, par contraste, les limites inhérentes à l'utilisation presque exclusive de données transversales, situation qui prévaut actuellement au Québec.

D'une part, les analyses fondées sur des données transversales ne peuvent pas établir avec force le sens (la direction) de la relation causale entre santé et revenu. Si tout porte à croire que le revenu a un impact important sur la santé, la relation causale inverse est tout aussi plausible (ce que les Américains nomment « reversal causality » et les Britanniques le « health selection effect »). En fait, les données transversales ne peuvent pas établir avec exactitude la part de la relation observée entre le revenu et la santé attribuable à l'effet de mauvaises conditions de santé (incapacités, maladies chroniques, blessures graves, etc.) sur l'intégration au marché du travail et conséquemment la possibilité de jouir d'un revenu d'emploi. Il est entendu que l'établissement de relations causales est toujours une opération complexe et sujette à critiques. Par contre, nul ne contestera que la possibilité, avec les enquêtes longitudinales, d'établir des séquences et des enchaînements temporels clairs rend plus aisée la distinction des causes et des conséquences. En ce qui concerne la causalité inverse, les données longitudinales disponibles tendent toutes (sans exception à notre connaissance) à accorder une importance relative assez modeste au phénomène (de l'ordre de 10 à 15 % de la variance avec des méthodes de calcul qui tendent à surestimer cette importance). Pour le Québec, il est présentement impossible d'établir la part attribuable à la causalité inverse dans l'association observée entre le revenu et la santé. D'une part, l'usage exclusif de données transversales empêche d'établir le sens des relations. D'autre part, les résultats de recherches variant d'un pays à l'autre, il est impossible de déduire la situation spécifique du Québec. Car nous possédons un système de santé sans véritables barrières financières, des mécanismes fiscaux de redistribution de la richesse et des programmes de sécurité du revenu<sup>7</sup>. Comment cette situation globale affecte-t-elle le rapport entre revenu et santé ? Dans quelle proportion, au Québec, la relation entre revenu et santé est-elle la conséquence d'une difficile intégration des « malades » au marché du travail ? Jusqu'à quel point le statut socioéconomique ou le revenu, au Québec, affectent-ils l'état de santé ?

D'autre part, les données transversales, par définition, ne donnent qu'un portrait statique de la relation revenu santé. Par le fait même, la « volatilité » des revenus dans le temps, de même que les changements à longs termes de l'état de santé ou du revenu ne peuvent pas être connus. En opérant de grandes moyennes sur la base de données synchroniques, ces recherches tendent à donner l'image de parcours de vie prévisibles en ce qui concerne le revenu : revenu relativement bas au début de la vie professionnelle, suivi d'une augmentation stable jusqu'à l'âge de la retraite, suivi enfin d'une chute importante au

<sup>7</sup> Du moins, en comparaison des pays où les données longitudinales sont plus nombreuses et plus développées – les États-Unis et la Grande-Bretagne.

moment de la retraite. Dans quelle mesure le parcours de revenu des individus et des ménages québécois correspond-il à ces grandes moyennes ? Dans quelle mesure les revenus des ménages québécois sont-ils stables ou volatiles ? Au Québec, quels sont les impacts sur la santé de l'instabilité des revenus ou de la perte importante de revenu ? Y a-t-il des impacts à longs termes du revenu sur la santé ? Ces questions ne peuvent vraisemblablement trouver réponse qu'à l'aide de données longitudinales.

Chez nos voisins du sud, les travaux de Duncan (Duncan, 1996) et ceux de McDonough, Duncan, Williams et House (McDonough et al., 1997), en utilisant les données longitudinales du *Panel Survey of Income Dynamic* (PSID), apportent un éclairage précieux et un certain nombre de réponses à ces différentes questions pour la société américaine. Duncan insiste sur la diversité des situations de revenus des ménages étudiés dans le PSID. Il met de l'avant des données étonnantes en ce qui concerne la forte proportion de ménages américains ayant connus des modifications importantes de revenus (un revenu qui varie de plus de 5 % (en dollars constants) dans un sens ou dans l'autre). En excluant les hommes de 46-55 ans et les retraités, environ 40 % des individus vont connaître une de ces situations, et, encore plus étonnant, plus de 25 % des personnes âgées. Duncan tente aussi de mesurer la prévalence, entre 1969 et 1979, de changements économiques négatifs très importants (qu'il définit comme un revenu qui chute de 50 % et plus en une année). De manière générale, environ 1/3 de la population américaine expérimentera cette situation à une reprise durant cette période (et pour 87 % de celle-ci, le revenu de ménage tombera sous la barre des 25 000 \$). Bref, cette étude indique que les revenus dans la population américaine sont très volatiles, et par le fait même, les grandes moyennes nationales de revenus des ménages tendent à sous-estimer lourdement à la fois l'importance de la fluctuation des revenus et le nombre de ménages qui connaîtront au moins un épisode temporaire de « pauvreté ». Tout laisse croire, en ce sens, que la relation entre le revenu et la santé serait sous-estimée par l'utilisation de données transversales.

Tenant compte de cette dynamique des revenus, McDonough, Duncan, Williams et House (op. cit.) arrivent à la conclusion qu'il existe une relation inverse significative et forte entre la mortalité et le revenu, ceci étant vrai pour toute la hiérarchie des revenus. Par contre, c'est la persistance dans le temps de bas revenu qui est la plus fortement associée à une augmentation du taux de mortalité. Par ailleurs, la prise en compte de l'instabilité des revenus permet d'illuminer des différences importantes de mortalité entre les individus de revenus moyens, ce qui pourrait indiquer des cheminements de santé différents à l'intérieur des classes moyennes en fonction de la précarité ou de la stabilité d'emploi. De plus, ces deux relations persistent en tenant compte de l'état de santé « initial », ce qui tend fortement à invalider une interprétation qui ne serait fondée que sur l'hypothèse de causalité inverse.

Dans un même esprit, une recherche britannique fondée sur les données du British Household Panel Survey (BHPS) (Benzeval et Judge, 2001) s'est intéressée à la relation entre la dynamique des revenus et l'état de santé (santé perçue et limitations d'activités). Les auteurs vont eux aussi conclure à l'existence d'une relation inverse forte entre le revenu et la santé, et ce, pour tous les échelons de revenu. La prise en compte de la

dynamique des revenus sur plusieurs années leur permet de montrer un effet plus fort du revenu sur la santé perçue et sur les maladies chroniques limitatives, ce qui étaye l'hypothèse que les données transversales sous-estiment l'ampleur de la relation entre le revenu et la santé. Enfin, la persistance de bas revenus (et non seulement la prévalence) exacerbe la relation entre revenu et santé : les risques de la « pauvreté » pour la santé diminuent à mesure que décroît le nombre d'épisodes de bas revenu. Enfin, une relation significative s'établit entre des changements négatifs du revenu (décroissance et chute importante) et certains indicateurs de morbidité (santé perçue et maladies chroniques limitatives)

Des résultats largement concordants ont été obtenus à partir des enquêtes longitudinales suivantes : en Suède à partir du Swedish Level of Living Survey (LNU) (Tahlin, 1989) et du Survey of Swedish Living standards (Lundberg et Fritzell, 1994), en Allemagne utilisant le German Socioeconomic Panel (Thiede et Traub, 1997), aux États-Unis avec le NLS older man (Menchik, 1993) et la Alameda County Study (Lynch, Kaplan, Shema, 1997).

Soulignons une dernière contribution de ces différentes recherches. Si toutes les recherches longitudinales sur la relation revenu santé que nous avons explorées aboutissent à la conclusion qu'il existe un gradient social de santé selon le revenu, la plupart montrent aussi que la magnitude de cette relation n'est pas distribuée également à travers la société : la relation entre le revenu et l'état de santé est comparativement plus forte et plus déterminante aux plus bas échelons de revenu. Tout se passe comme si la pauvreté, et surtout la pauvreté persistante avait un effet comparatif plus massif sur la santé, tandis que l'état de santé du reste de la société se distribuerait suivant un gradient social beaucoup plus linéaire. Ainsi, les privations matérielles et la pauvreté absolue ne permettent pas de comprendre la distribution sociale de la santé, de la mort et de la maladie pour la majeure partie de la population qui a accès à un revenu la mettant à l'abri de la pauvreté absolue. Par contre, tout porte à croire que cette pauvreté absolue (avec tout ce qu'elle implique en termes de privations, de condition de logement, de nutrition, etc.) joue un rôle dans l'accentuation de la relation revenu santé aux plus bas échelons de revenu. Aussi, la construction du questionnaire santé de l'ESSIL devra tenir compte de cette nuance en prenant acte d'une diversité de mécanismes pouvant présider ou être impliqués dans la distribution sociale de la maladie, de la mort ou de la bonne santé. Le caractère intégré de l'enquête n'est pas sans entraîner un optimisme quant aux possibilités d'analyses approfondies et de compréhensions fines des mécanismes en question.

#### 2.1.2 D' autres indicateurs de statut socioéconomique

Des relations entre l'état de santé et le statut socioéconomique ont également été observées en prenant pour indicateur du SSE le niveau d'éducation ou le statut de l'emploi occupé. De manière générale, les résultats illustrent que la relation entre le SSE et l'état de santé suit un gradient social, où chaque classe sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité, de santé perçue ou de limitations fonctionnelles plus avantageux que la classe de niveau inférieur. Encore ici cette relation a été observée dans des populations différentes, dans des pays différents, et à l'aide d'indicateurs différents.

Plusieurs recherches britanniques sont maintenant devenues des classiques dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Parmi celles-ci figurent en bonne place les recherches de Marmot et ses collaborateurs sur des cohortes de fonctionnaires britanniques, mieux connues sous le nom de « Whitehall study ». À partir de 1967, les chercheurs ont suivi une cohorte d'environ 17 000 « cols blancs » masculins britanniques. Le résultat principal de la recherche est certainement la découverte d'un gradient social clair et linéaire de mortalité (en général, et selon une série de causes spécifiques) entre les employés en fonction de leur position d'emploi dans la hiérarchie occupationnelle. Les différences de santé entre les différents statuts d'emploi se sont avérées progressives et sans point de rupture : les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles qui se trouvaient à l'échelon précédent, même si ces dernières se situaient à un niveau plus élevé que le reste de la population à l'étude en termes de revenu et de rang social.

Ce gradient a été établi en tenant compte de la consommation de tabac, de l'obésité, de la pratique d'une activité physique de loisir, de la pression sanguine et du niveau de cholestérol. La prise en compte de ces facteurs expliquait moins de 25% de la variation de la mortalité selon le SSE. Les chercheurs de Whitehall ont été les premiers à montrer que les variations de l'état de santé selon le statut socioéconomique ne s'expliquaient pas d'abord par les habitudes de vie liées à la santé. Le gradient ne pouvait pas non plus être expliqué par la pauvreté d'une partie de l'échantillon, puisque tous les membres de l'échantillon sont des cols blancs, pour la plupart avec une sécurité d'emploi et un salaire relativement élevé. En d'autres termes, aucun répondant – à toute fin pratique – ne subissait une situation de pauvreté absolue. Étant donnée la nature de leur échantillon et de leurs résultats d'analyse, les auteurs ouvraient des pistes de réflexion vers la prise en compte d'une série de variables qui pourraient expliquer les mécanismes à travers lesquels s'opèrent la production des inégalités sociales de santé, comme le sentiment d'avoir du contrôle sur son travail, le support social, l'estime de soi. Puisque cette recherche est longitudinale, les chercheurs de Whitehall ont pu également démontrer que la relation causale impliquée allait largement du statut socioéconomique vers la santé. En d'autres termes, c'est la position sociale qui tend à déterminer la santé, et non l'inverse<sup>3</sup>. Un suivi supplémentaire de la cohorte à l'âge de la retraite a également pu montrer que le SSE participait à l'explication des écarts de dégradation de la santé fonctionnelle physique et mentale (Martikainen et al., 1999) accompagnant parfois le vieillissement.

Nous devons donc aux premiers travaux de Whitehall cette compréhension nouvelle : la relation entre le statut socioéconomique et la santé n'est pas uniquement attribuable à une extrême privation au bas de l'échelle sociale (Marmot et autres, 1987; Marmot et Wilkinson, 1999). Dans la foulée de ces travaux, on a observé, dans tous les pays où l'on parvient à mesurer des différences sociales de santé, un gradient similaire. Ce gradient a été observé dans la vaste majorité des pays industrialisés, mais avec une amplitude variable et des méthodes de recherche hétérogènes (Ferland et autres, 1995; Marmot et autres, 1987; Marmot et Theorell, 1988; Marmot et Wilkinson, 1999; Syme, 1998)

<sup>3</sup> Voir entre autres Marmot et al., 1978; Davey Smith et al., 1990.

Cette volonté de comprendre plus avant les mécanismes sous-tendant les inégalités de santé découvertes dans Whitehall a donné lieu à la reprise de l'enquête en 1985, avec une nouvelle cohorte d'environ 10 000 répondants des deux sexes de 35 à 55 ans et surtout, avec un questionnaire qui entend cibler une variété de mécanismes pouvant participer à la production et à la reproduction des inégalités de santé (Marmot et al., 1991). Les données disponibles ont confirmé l'existence d'une relation graduée et significativement forte entre le SSE et la santé perçue, la dépression, le bien-être psychologique, l'absence au travail pour cause de maladie, ainsi qu'avec la morbidité liée aux maladies cardiovasculaires. De plus, elles attirent également l'attention vers l'importance d'indicateurs psychosociaux dans l'explication du gradient, comme le sentiment de contrôler sa destinée, mais nous reviendrons plus loin sur cette facette du problème.

Des résultats très similaires ont été obtenus à partir de la *Wisconsin Longitudinal Study* (WLS), une enquête de cohorte américaine composée d'hommes et de femmes diplômés des « high schools » au Wisconsin en 1957 (suivi entre l'âge de 18 et 54 ans). Un gradient social de santé a été trouvé en fonction du SSE (mesuré par l'occupation la plus récente). Des inégalités graduées ont été illustrées pour la santé perçue, les limitations d'activités dues à un problème de santé, la dépression et le bien-être psychologique (Marks, 1996 et Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley et Marks, 1997). À l'image de Whitehall, cette recherche est fondée sur une cohorte relativement privilégiée, puisque ceux qui n'ont pas terminé leur « high school » en sont par définition exclus. Mentionnons tout de même que les données du WLS ont été corroborées par les résultats du *National Survey of Families and Households*, une grande enquête transversale américaine ayant une représentativité nationale (pour une synthèse, voir Marmot et al., 1997). Des recherches longitudinales et de cohorte écossaise, suédoise, finlandaise, et britannique ont aussi contribué à illustrer ces inégalités. Mentionnons ici rapidement que des enquêtes suédoise, finlandaise, écossaise et trois cohortes britanniques ont chacune participé au décryptage d'inégalités sociales de santé similaires.

À l'échelle internationale, les études longitudinales qui traitent des rapports entre la position sociale et la santé attirent donc notre attention vers les éléments suivants :

- Il existe un gradient social de santé, de morbidité et de mortalité dans plusieurs sociétés, et ce indépendamment de la définition du SSE (niveau de scolarité, revenu, emploi)
- Les habitudes de vie liées à la santé expliquent généralement une modeste part de la variance observée;
- La causalité va largement du statut social vers la santé, la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important;
- La volatilité des revenus, les différents profils de pauvreté (temporaire, persistante), les pertes de revenus, les changements de statut d'emploi sont des phénomènes importants et répandus qui ont un effet sur l'état de santé.
- Le statut socioéconomique a des effets à très longs termes sur la santé (nous verrons encore mieux ces effets, plus loin, lorsque nous traiterons de la petite enfance).

Vérifions maintenant si, au Québec et au Canada, les données actuellement disponibles permettent de tirer de telles conclusions.

## 2.2 LA CONNAISSANCE SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU CANADA

La principale source de données longitudinales canadiennes sur l'évolution de l'état de santé sera sans conteste la composante longitudinale de l'Enquête nationale sur la Santé de la population (ENSP). L'enquête se donne pour but de fournir des données sur l'état de santé de la population canadienne, sur son utilisation des services de santé et sur l'influence sanitaire de facteurs économiques, sociaux, démographiques, professionnels, comportementaux et environnementaux dans une perspective dynamique. Débutée en 1994-1995, l'Enquête recueille ses données auprès des ménages de l'échantillon longitudinal sur une base biennale. Elle est coordonnée avec un volet transversal plus volumineux. Le volet longitudinal de l'enquête compte environ 15 000 membres « actifs ». Au Québec, plus spécifiquement, l'échantillon d'origine comptait 3 000 répondants. Sur ceux-ci, 2 393 ont fourni une information complète aux quatre cycles de l'enquête. Le volet longitudinal de l'enquête devrait durer une vingtaine d'années, selon les responsables. Comme facteurs sociaux, l'enquête introduit l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le groupe ethnique, le revenu et la situation professionnelle. Le questionnaire de base de l'Enquête accorde cependant une grande place aux facteurs individuels affectant l'état de santé. Chaque vague consacre une partie du questionnaire à un sujet « vedette ». Mentionnons enfin qu'à notre connaissance, aucune synthèse sur les inégalités sociales de santé tirée de l'Enquête sur la santé de la population en fonction du caractère longitudinal de celle-ci n'est encore disponible.

L'ELNEJ, l'enquête longitudinale nationale sur les jeunes et les enfants, une enquête de cohorte, fournit des données sur un peu moins de 20 000 enfants canadiens. Elle constitue par le fait même une source importante de données longitudinales à l'échelle canadienne, et cette fois dans une approche non sectorielle. L'enquête traite de multiples aspects de la vie des enfants et de leur famille : aspects démographiques, socioéconomiques, sanitaires, développement, comportements, réseaux sociaux, scolarité, alphabétisme, loisir, dynamique familiale. Des articles intéressants ont déjà été publiés sur la complexité des dynamiques familiales contemporaines au Canada ou sur le parcours scolaire et préscolaire des enfants canadiens. Toutefois, faute de puissance statistique suffisante, il est presque impossible de faire des analyses sur les inégalités socio-sanitaires des enfants québécois, la prévalence des maladies et des problèmes de santé étant trop faible chez ces derniers.

Le Canada dispose de peu de données analysées sur la relation entre la dynamique des revenus et la santé. Néanmoins, des données récentes de Statistique Canada permettent d'évaluer la dynamique des revenus grâce à l'Enquête [longitudinale] sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), recueillant des données à l'aide de panels longitudinaux de 6 ans. Ainsi, la population à faible revenu est changeante : entre 92 et 97, si 7.7 % de la population connaît une seule année sous le seuil de faible revenu, entre 3 et 3.9 % y

restent 3, 4 ou 5 ans. Par ailleurs, il existe un mouvement important de circulation entre les quintiles de revenu, « en 1997, environ le tiers de la population ne se trouvait pas dans le même quintile de revenu qu'en 1996. (...) parmi ces personnes, 8 sur 10 se retrouvaient dans le quintile suivant ou précédent. Par conséquent, 1,8 million de personnes ont avancé ou reculé d'au moins deux quintiles » (Cotton et al., 1999, p. 49). Devant l'importance de ces changements de revenus, les résultats tendent à indiquer qu'une analyse longitudinale de l'impact de la dynamique des revenus sur l'état de santé serait pertinente et permettrait de mieux mesurer l'ampleur réelle de la relation.

À notre connaissance, les résultats de deux recherches d'importance ont été publiés à partir de données longitudinales sur la relation entre revenu et santé au Canada, toutes deux n'incluant pas d'échantillon du Québec. Utilisant des données du Ontario Longitudinal Study of Aging (OLSA, de 1959 à 1978), Hirdes et ses collègues (Hirdes et al., 1986) ont pu mesurer l'effet du revenu sur la santé perçue d'un échantillon de 2000 hommes ayant 45 ans au départ de l'enquête. Si le revenu, le niveau d'éducation et l'usage du tabac étaient tous reliés à la santé perçue, seul le revenu s'est avéré significativement lié à la santé perçue en tenant compte des deux autres variables (ce qui indique que la relation entre revenu et santé est en partie indépendante de l'usage de la cigarette). Les auteurs ont aussi relevé l'importance de la dynamique du revenu : les changements de revenus sont significativement liés à des changements de la santé perçue, et ce de manière plus prononcée en ce qui concerne les pertes de revenu. Enfin, l'analyse montre que la relation causale va pour une très large proportion du revenu vers la santé. Une analyse de même type a été effectuée pour la mortalité (Hirdes et Forbes, 1989), mais concluait à une moindre influence des changements de revenus.

Wolfson, Rowe, Gentelman et Tomiak (1993) ont analysé les fichiers administratifs du plan de pension canadien (excluant le Québec) de près de 500 000 hommes, recueillant une information complète sur les salaires pendant une vingtaine d'années (de 45 à 65 ans), et la mortalité entre l'âge de 65 et 74 ans. Les auteurs soulignent à juste titre que ces données ont l'avantage de la représentativité numérique, mais qu'elles sont par contre pauvres en ce qui concerne la richesse et la diversité des variables. Quoi qu'il en soit, la recherche a pour principal résultat de montrer l'existence d'un gradient social de mortalité en fonction du revenu, gradient qui traverse toute la société, même si la relation revenu santé est plus prononcée au bas de l'échelle des revenus. Pour paraphraser les auteurs, chaque dollar supplémentaire de salaire a un effet positif sur la longévité, mais l'effet protecteur du revenu diminue à mesure que les salaires s'élèvent. La relation observée par Wolfson et al. est statistiquement très importante – son effet sur la longévité est de même importance, par exemple, que celui des cancers : « the elimination of cancer would have roughly the same impact on mortality for this group as bringing the mortality experience of the bottom 80 percent up to the average of the top 20 percent » (idem, p. S170).

Bien que moins étoffées, ces études semblent confirmer en partie les phénomènes observés en Grande Bretagne, aux États-Unis et dans le reste de L'Europe dont il a été question précédemment; les inégalités sociales de santé paraissent se distribuer de manière graduée dans la population canadienne. De plus, le Canada semble avoir pris, en

partie, le virage longitudinal qui s'impose de plus en plus à l'échelle internationale. Par contre, et de manière assez surprenante, le Canada ne s'est pas doté d'une enquête longitudinale composée d'un panel de ménages (contrairement à la Suède, à la Grande Bretagne, aux États-Unis, à l'Australie, à la Belgique, à la Suisse, à l'Allemagne, entre autres), mais d'enquêtes sectorielles, ce qui est à la fois coûteux et limitatif quant aux possibilités d'analyses complètes sur les parcours de vie des Canadiens.

### 2.3 LA CONNAISSANCE SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

Toutes les analyses qui ont été effectuées au Québec concernant les inégalités sociales de santé se sont appuyées, jusqu'à maintenant, sur des données transversales et en particulier sur les résultats des enquêtes sociales et de santé pilotées par l'ISQ en 1987, 1992-93 et 1998. De premiers résultats longitudinaux ont été publiés avec la sortie du volume II de l'ELDEQ, alors que ceux relatifs à l'influence de la position sociale de la famille sur les santé des tout-petits seront diffusés en 2003.

À partir de données transversales, on sait, entre autres, qu'il y a un lien positif entre l'espérance de vie et le statut socioéconomique (Paquet, 1994), ou encore qu'elle se répartit suivant la richesse ou non des quartiers montréalais (RRSSS-Montréal-Centre, 1998) ; que les milieux défavorisés, au Québec, connaissent deux fois plus de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, et de cancers (sauf du sein) (Colin, 1990) ; que les membres de ces groupes sociaux sont par ailleurs plus touchés par les limitations d'activités et les incapacités (ISQ, 2000) ; que la mortalité et l'hospitalisation liées aux traumatismes intentionnels (suicide, homicide) et non intentionnels (accidents) sont fortement liées à la défavorisation matérielle (Hamel et Pampalon, 2002). Les habitudes de vie nocives pour la santé se concentrent plus fortement dans ces groupes sociaux et on y découvre une utilisation des services de santé différente : une sous-représentation dans la consultation de dentistes, de spécialistes et de services de prévention, entre autres. Enfin, des analyses ont mis en lumière un gradient social de santé perçue et de détresse psychologique associé à la perception de la situation financière, au patrimoine du ménage et à l'exclusion du marché du travail. Cette relation persiste même en tenant compte de l'effet d'habitudes de vie nocives pour la santé. (Ferland et autres, 1995).

Mais pour tous ces résultats, on ne peut parler que d'associations statistiques significatives, et non de relations causales, étant donné le caractère transversal des données. On ne connaît pas le sens des relations, leur enchaînement temporel, que seule une enquête longitudinale peut fournir. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, tout laisse croire que ces résultats sous-estiment la relation entre le statut socioéconomique et la santé, les effets sanitaires à longs termes d'un statut socioéconomique désavantageux ainsi que les conséquences particulières de la dynamique des revenus ne pouvant être prise en compte. Si le Québec dispose de données transversales de qualité en matière de santé et de déterminants sociaux de la santé, comme d'analyses écologiques enviables (nous n'avons qu'à penser à l'étude de RRSSS-Montréal centre (voir RRSSS-Montréal-Centre, 1998, ou les travaux de Pampalon à l'INSPQ), nous ne pouvons que constater le déficit de connaissances que représente l'absence d'une enquête longitudinale générale représentative de la population, attentive

aux différentes facettes des parcours de vie des Québécois. Par contre, les données disponibles à partir des vagues successives des Enquêtes sociales et de santé nous indiquent également les promesses d'une enquête dont le design, le choix des indicateurs et la logique globale soit orientés vers l'exploration des déterminants sociaux et économiques de la santé. L'absence d'enquête longitudinale générale, au Québec, ne vient qu'amplifier l'écart qui se creuse, dans le domaine de la santé, entre l'abondance de données expérimentales de nature bio chimique ou bio physique et le peu de données générales et fiables sur la mesure et l'explication des disparités sociales de santé. L'ESSIL pourrait participer à combler cette lacune de connaissances.

### 3. CE QUE NOUS APPRENNENT LES GRANDES ENQUÊTES DE POPULATION SUR LES FACTEURS MÉDIATEURS

Comme nous l'avons vu, la production et la reproduction des inégalités sociales devant la santé, la maladie et la mort concernent toute la stratification sociale, et ne peuvent être expliquées par un schéma d'interprétation qui n'évoquerait que le dénuement matériel comme facteur explicatif. Au-dessus d'un certain seuil de revenu où la pauvreté ne peut plus être invoquée, il faut plutôt se retourner vers un « *Quelle chose de sous-jacent* »<sup>4</sup> qui médiatise la relation entre le statut socioéconomique et la santé.

Progressivement, le champ de la recherche sur les inégalités de santé s'est orienté vers l'identification de mécanismes sociaux, psychologiques, comportementaux et parfois biologiques susceptibles d'être impliqués dans la production de ces disparités de santé. Bien que des centaines de recherches, d'essais, de livres ou d'articles portent sur ces mécanismes, nous tenterons ici de dégager un certain nombre de tendances dominantes susceptibles d'éclairer la présente problématique de même que le choix des indicateurs à retenir dans le projet de l'ESSIL. Parmi ces éléments médiateurs, retenons :

- La relation souvent inverse entre le statut socioéconomique et certaines habitudes de vie ayant des impacts négatifs sur la santé (l'absence de pratique d'activités physiques, une mauvaise alimentation, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, etc.) ;
- les effets à longs termes sur la santé des conditions de vie et des expériences vécues pendant la petite enfance ;
- le rôle protecteur de certains facteurs psychosociaux comme le sentiment de contrôler sa destinée ou le sens de la cohérence (aussi nommé « sentiment de cohésion » dans certaines traductions) ;
- enfin, l'impact de l'univers familial et plus largement de l'appartenance (et/ou du sentiment d'appartenance) à des réseaux sociaux (voire à une communauté).

<sup>4</sup> « Quelque chose semble exercer une puissante influence sur la santé. Ce quelque chose est directement en relation avec la situation hiérarchique elle-même et exerce une influence sur tout le monde – et pas uniquement sur les minorités défavorisées », Evans, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, cité par Villedieu, 2002.

### 3.1 LES HABITUDES DE VIE LIÉES À LA SANTÉ

Il est bien connu qu'un nombre important de comportements et d'habitudes de vie ont un impact important sur le développement de l'état de santé d'un individu. Ainsi, l'usage de la cigarette, la consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues (incluant la surconsommation de médicaments), l'absence de pratique d'une activité physique (sédentarité) ou une mauvaise alimentation (la carence ou la consommation abusive de lipides ou de sucres) sont des facteurs de risques pour un nombre important de maladies et de problèmes de santé.

L'importance de la détermination sociale et de la « distribution » inégale de ces comportements ne fait pas de doute. Pour la plupart de ces habitudes de vie, on observe une relation significative – souvent graduée – avec l'une ou l'autre des multiples dimensions du statut socioéconomique. D'une manière générale, plus on s'éleve dans la hiérarchie sociale (que ce soit sous l'angle du niveau d'éducation, du revenu ou de l'emploi) et plus les comportements des individus tendent à se conformer aux exigences du maintien d'un bon état de santé. Encore ici, de nombreuses données viennent étayer cette réalité (Lynch, Kaplan, Salonen, 1997, National center for health statistics, 1998). Au Québec, plus un milieu est défavorisé et plus il comptera de fumeurs réguliers, de personnes en excès de poids, de gens qui s'enivrent par l'alcool, d'individu évaluant négativement leurs habitudes alimentaires, de consommateurs excessifs de médicaments, de personnes sédentaires (Paquet, 1989; Paquet, 1994, Ferland et autres, 1995).

Devant cette situation, il est clair que la répartition sociale inégale des comportements nocifs pour la santé participe de la (re) production des inégalités sociales de santé. Cependant, une approche qui expliquerait la plus grande prévalence de problème de santé et de mortalité précoce dans les milieux économiques moins favorisés comme étant principalement le résultat d'une concentration de comportements à risques serait erronée. Plusieurs travaux (particulièrement les recherches longitudinales qui peuvent prendre en compte l'effet à long terme des comportements) laissent entendre que ces « facteurs individuels de risque » n'expliquent que partiellement les écarts sociaux de santé. Des enquêtes longitudinales sont arrivées à la conclusion que ces habitudes de vie ne comptaient que pour une proportion modeste dans la différenciation socioéconomique de la mortalité ou des incapacités (Davey Smith, Shipley, Rose, 1990; Lynch, Kaplan, Cohen, Tuomilehto, Salonen, 1996; Manson, Rastaman, Eriksson, Israelson, 1998); la prise en compte de ces facteurs n'explique qu'une partie de la variance observée.

Par ailleurs, d'autres chercheurs ont analysé les habitudes de vie comme un des éléments médiateurs dans la structuration des inégalités de santé (Lantz et al, 2001) (non pas comme cause simple et directe, mais comme contribution partielle à l'explication). Utilisant des données longitudinales représentatives de la population américaine (couvrant une période d'un peu plus de 7 ans), ils en arrivent à la conclusion que ces habitudes participent de manière modeste à la production des inégalités de santé. Par exemple, le risque relatif d'un faible niveau de scolarité (avec pour référence le niveau le plus élevé) sur les limitations d'activités était de 2,96. En tenant compte de l'effet des

habitudes de vie (tabac, alcool, inactivité physique, surplus de poids<sup>3</sup>), ce risque chutait à 2,21. Dans un ordre d'idée similaire, le risque relatif de bas revenus (avec pour référence le revenu le plus élevé) sur la santé perçue comme autre que très bonne ou excellente est de 2,16 sans tenir compte de l'effet des habitudes de vie et de 2,07 en contrôlant leur effet.

Par conséquent, d'après des études longitudinales effectuées dans d'autres pays, nous savons qu'être en bonne santé ne relève pas uniquement des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.), bien que ces dernières suivent aussi en gradient le statut socioéconomique. En fait, même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale serait augmentée, mais le gradient de l'état de santé entre les classes sociales persisterait (Marmot, et autres, 1987; Marmot et Theorell, 1988; Marmot et Wilkinson, 1999; Syme, 1998). Malgré leur importance comme facteurs de risques pour certaines maladies, les habitudes de vie liées à la santé sont simplement l'un des mécanismes à travers lesquels se structurent et se reproduisent les inégalités de santé. Ce constat important pour la recherche comme pour la planification des politiques sociales s'applique-t-il au Québec? Faute de données longitudinales, il est impossible de l'affirmer avec certitude.

### 3.2. L'IMPORTANCE DE LA PETITE ENFANCE

Les relations fondamentales entre les conditions de vie durant l'enfance et l'apprentissage, les difficultés d'adaptation sociale et la vulnérabilité aux problèmes de santé à l'âge adulte commencent à être mieux connues. Par exemple, il semble que pendant une « période cruciale » de la petite enfance, la présence ou l'absence d'un soutien adéquat soient déterminantes dans le développement du système nerveux central à un moment où la vie où le cerveau est particulièrement malléable et où le cortex cérébral se développe le plus rapidement. En retour, ce développement est lui-même fortement impliqué dans l'action des systèmes immunitaire et endocrinien et en particulier en ce qui concerne leur capacité de réagir adéquatement aux « stress ». Bref, cette période serait le moment privilégié de constitution du système de défense de l'organisme contre les multiples agressions qui forment à des degrés divers le lot commun d'une vie humaine dans un environnement social.

Un développement psychique, cognitif et social inadéquat durant la petite enfance influence aussi grandement la trajectoire éducative, sociale et professionnelle d'un individu, favorisant un parcours plus vulnérable, des freins multiples à la mobilité sociale, bref, des parcours plus désavantageux, risquant de s'amplifier à chacune des étapes tourmentées d'une vie (entrée à l'école, constitution d'un réseau d'amitié, entrée sur le marché du travail, mise en couple, naissance d'un enfant, retraite, etc.), parcours qui, on l'a vu, marquent de leurs empreintes sur la santé physique des individus. Par exemple, le

<sup>3</sup> Le poids corporel n'est assurément pas une habitude de vie ou un comportement. Par contre, il est très étroitement relié au mode de vie – alimentation, activité physique, consommation d'alcool. Pour cette raison, il n'est pas rare de voir le poids corporel ou l'indice de masse corporelle utilisé comme un indicateur indirect d'habitudes de vie. C'est d'ailleurs ce que nous allons nous mêmes suggérer ultérieurement.

niveau d'instruction atteint serait étroitement lié à la situation sociale et affective connue dans l'enfance et ces deux facteurs contribueraient à expliquer une large part des problèmes sociaux et de santé vécus à l'âge adulte. Cela indique la présence d'un effet cumulatif dont on commence à identifier les facteurs prédictifs (Eming Young, 2002; Keating et Mustard, 1993; McCain et Mustard, 1999; Paquet, 1998; Syme, 1998). Comme les enfants ne naissent pas dans des ménages disposant d'un accès égal à ces ressources (monétaires, scolaires, affectives, sociales) et comme ces désavantages semblent être interreliés, on peut aisément reconnaître que la petite enfance est susceptible de participer à la (re)production des inégalités sociales de santé. Plusieurs enquêtes longitudinales viennent confirmer cet effet du statut socioéconomique de la famille sur la santé des enfants, mais surtout sur leurs parcours sanitaires à longs termes des individus (et par le fait même, sur la distribution des maladies, des maux et de la santé dans une population).

#### 3.2.1 La mortalité infantile

Pendant une longue période, le seul indicateur de santé des nourrissons était la mortalité infantile, souvent utilisé non en tant qu'indicateur de santé, mais comme indicateur de développement d'un pays, d'une région ou d'un quartier. Plusieurs études ont montré que la mortalité périnatale et infantile variait de manière importante en fonction du statut socioéconomique (SSE) du père, de la mère ou du couple, traçant souvent un gradient. Des données britanniques (Botting, 1997), françaises (Kaminski et al., 2000), et suédoises (Leon et al., 1992), entre autres, convergent sur cette question. Lorsque l'information est disponible, il semble que des différences de SSE soient notables pour toutes les causes principales de décès (malformations, prématurité, infection) (Olsen et Frische, 1993). Ce gradient apparaît malgré une baisse importante et stable, dans tous les pays industrialisés, de la mortalité infantile. Au Québec, la mortalité périnatale, néonatale et infantile a diminué considérablement depuis les 25 dernières années. Malgré cela, un article récent montre que la mortalité fœtale et infantile demeure étroitement liée au niveau de scolarité de la mère (Chen, Fair, Wilkins, Cyr et al., 1998). Toute volonté d'intervenir sur cette mortalité spécifique devrait tenir compte des inégalités sociales. En effet, au Québec, « Si les taux de mortalité pour chaque niveau de scolarité étaient aussi faibles que pour le niveau de scolarité le plus élevé, le nombre de morts fœtales et infantiles diminuerait d'environ 20 % ». (Chen, Fair, Wilkins, Cyr et al., 1998)

### 3.2.2 La prématurité et le petit poids à la naissance

Plus fréquentes sont les situations où un enfant est né prématurément ou avec un poids insuffisant. Des données de divers pays européens concluent à l'existence d'un gradient social de prématurité et d'hypotrophie, que le SSE soit défini par le niveau d'éducation de la mère ou par la catégorie professionnelle des parents (Berkowitz et Papiermik, 1993). Ainsi, dans une enquête longitudinale sur des femmes enceintes à Londres, il est apparu que l'appartenance à une classe sociale défavorisée, un faible niveau de scolarité et un bas revenu sont tous associés à une augmentation du risque de naissance prématurée (Peacock et al. 1995). Des chercheurs américains (Starfield, Shapiro, Weiss et al, 1991) ont aussi montré que, pour les familles à faible revenu, la prise en compte du profil de pauvreté (persistant ou temporaire) était particulièrement révélatrice à cet égard. Ainsi, ils mettent en lumière des différences importantes d'incidence de naissances à faible poids selon que la pauvreté soit mesurée par sa persistance sur plusieurs années ou simplement par le revenu mesuré pendant l'année de la grossesse.

Des recherches britanniques importantes sur cette question ont été menées à l'aide de données provenant d'enquêtes de cohortes de naissances. Parmi ceux-ci, les travaux de Barker (Barker et al., 2001, Barker, 1997) sont exemplaires. Leurs recherches ont d'abord réaffirmé la relation entre le poids à la naissance et les risques de mourir de maladies cardio-vasculaires beaucoup plus tard à l'âge adulte. La mort « précoce » due aux maladies cardio-vasculaires à l'âge adulte serait donc en partie explicable par une variable biologique – la sous-nutrition prénatale. Par ailleurs, une analyse multivariée plus fine permet d'illustrer l'interaction entre les conditions de l'enfance et de l'âge adulte, ainsi qu'entre des variables de nature biologique et socio-économique. Ainsi, si le poids à la naissance est prédictif des maladies cardio-vasculaires, les hommes de faible poids à la naissance seront plus vulnérables à un statut socio-économique désavantageux à l'âge adulte. Les autres tendent à être plus « résilients » quant aux effets négatifs de mauvaises conditions socioéconomiques. L'analyse de ces données longitudinales illustre l'interaction entre le biologique et le social, et elle donne une vision assez nuancée du rôle prédictif de la petite enfance pour l'état de santé à l'âge adulte.

### 3.2.3 SSE et développement des bébés et des enfants

Une recherche américaine (Duncan et al., 1994) utilisant des données longitudinales de la *Infant Health and Development Program* a pu montrer que le revenu des familles était fortement lié au développement cognitif et à la présence de problèmes comportementaux chez des enfants de 5 ans. Ainsi, le revenu familial s'est révélé très fortement corrélé aux résultats d'un test de QI (enfants de 5 ans) ainsi qu'à la présence de problèmes de comportements. Par ailleurs, la pauvreté persistante s'est révélée deux fois plus influente sur le résultat au QI, et de 60 à 80 % plus influente sur les problèmes de comportements que la pauvreté transitoire.

Selon des analyses effectuées au Québec à partir des données de la première vague de l'ÉLDEQ (Paquet, Girard et Dubois, 2001), une relation avec le SSE est apparue pour la santé perçue, l'hospitalisation et la présence de problèmes de santé depuis la naissance

pour des bébés de 5 mois. De plus, plus la position sociale de la famille diminue et plus deviennent répandus la monoparentalité, le dysfonctionnement familial, le tabagisme, l'absence d'allaitement ou l'arrêt prématuré de l'allaitement. Par ailleurs, même en tenant compte de ces facteurs, les bébés appartenant à des familles de faible position sociale présentent trois fois plus de risque d'avoir une santé évaluée comme non excellente en comparaison des nourrissons de milieux très favorisés. Notons que l'allaitement maternel pendant au moins 4 mois s'est révélé être un facteur protecteur pour la santé des bébés. Néanmoins, compte tenu du caractère transversal de ces analyses, il faudra attendre la publication des résultats des analyses longitudinales de l'ÉLDEQ pour avoir au Québec des certitudes sur les relations observées.

### 3.2.4 SSE dans l'enfance et santé à l'âge adulte

À l'échelle internationale, plusieurs études montrent l'influence des conditions de vie durant l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte. Ces recherches révèlent que les adultes ayant vécu leur enfance dans de piètres conditions sociales et économiques sont beaucoup plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé que les autres. Ce constat s'applique notamment aux maladies cardiaques, à l'embonpoint, à la mortalité et à la morbidité des adultes.

Par exemple, dans une analyse des données d'une enquête de cohorte d'hommes écossais, voulant montrer le rôle respectif des conditions socioéconomiques désavantageuses dans l'enfance et celles à l'âge adulte comme causes spécifiques de mortalité à l'âge adulte, Davey Smith, Hart, Blane et Hole (1998) ont tracé un portrait des déterminants de la mortalité à l'âge adulte. Leurs recherches concluent que les conditions socioéconomiques pendant l'enfance sont fortement liées à la mortalité par accident, par cancer du poumon, et qu'elles entrent conjointement avec les conditions socioéconomiques à l'âge adulte dans l'étiologie des maladies respiratoires et des maladies cardiovasculaires. Dans une autre recherche, les auteurs insistent sur l'utilité de connaître le SSE des individus durant toute leur vie, en débutant par celui de leur famille pendant l'enfance. Dans une recherche de cohorte écossaise, Davey Smith, Hart, Blane, Gillis et Hawthorne (1997) analysent l'influence du SSE sur la mortalité durant l'enfance, au premier emploi et au moment de la dernière vague de l'enquête (les répondants ayant alors 35 à 64 ans). Chacun de ces moments avait son importance dans l'explication de la mortalité prématurée. Conséquemment, les études doivent tenter de recueillir des informations sur le SSE dès l'enfance si elles entendent mesurer dans toute son ampleur sa relation à la mortalité, à la morbidité et à l'état de santé.

Une recherche longitudinale néerlandaise (Longitudinal Study of socio-economic health differences) a été conçue et planifiée dans le but de répondre aux enjeux soulevés par le SSE sur la santé dans la perspective d'un parcours de vie, et selon l'hypothèse que les désavantages liés à un bas SSE s'accumulent tout au long de la vie (Van de Mheen et al., 1998). Les résultats de l'étude tendent à confirmer cette hypothèse. Ainsi, le SSE durant l'enfance semble expliquer environ 10 % des inégalités de santé à l'âge adulte (santé perçue et maladies chroniques), cet effet étant statistiquement indépendant des conditions économiques à l'âge adulte. Parmi les personnes ayant grandi dans une famille

économiquement défavorisée, celles qui à l'âge adulte occuperont toujours une position socioéconomique désavantageuse seront plus lourdement affectées en ce qui a trait à la morbidité, la mortalité et l'évaluation négative de leur santé. Cette relation ne s'explique que partiellement par la présence plus importante, chez les familles à faible SSE, de comportements nocifs pour la santé. Par contre, une large part de la variance peut être expliquée en tenant compte d'indicateurs de personnalité et de facteurs culturels. Tenant compte de ces variables, l'effet du SSE de l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte se réduit de moitié. En d'autres mots, il existe un effet indépendant du SSE durant l'enfance sur la santé à l'âge adulte, cette relation semblant s'articuler en partie à travers des mécanismes psychosociaux et, dans une moindre mesure, par l'adoption de comportements nocifs pour la santé.

### 3.2.5 Contribution de l'enfance à la compréhension du gradient social de santé

Un étude utilisant des données du PSID et du *National Health Survey* américain a aussi révélé que l'étude de l'enfance était d'une grande importance dans la compréhension des « origines » du gradient social de mortalité, de morbidité et de santé à l'âge adulte (Case et al., 2001). Ainsi, les auteurs révèlent d'abord que l'état de santé (perçue par les parents) des enfants est relié positivement au revenu des ménages dans lesquels ils grandissent, et cette relation a tendance à s'amplifier avec le temps, l'écart s'élargissant. Le revenu qui est ici pris en compte est le revenu moyen sur plusieurs années (que seule une enquête longitudinale peut fournir). Ainsi, même en tenant compte de l'effet d'un ensemble important de variables potentiellement confondantes (âge des parents, taille de la famille, type de famille, présence du père dans le foyer, présence de la mère dans le foyer, sexe, « race », quel(s) parent(s) répondait au sondage, niveau d'éducation des parents), le fait de doubler le revenu familial est associé avec une augmentation de la probabilité qu'un enfant soit en très bonne ou excellente santé de 4,0 % (entre 0 et 3 ans), de 4,9 % (entre 4 et 8 ans), de 5,9 % (entre 9 et 12 ans) et de 7,2 % (entre 13 et 17 ans). Il semble qu'une bonne partie de cette relation s'explique par la prévalence plus élevée de maladies chroniques dans les foyers les moins fortunés, mais aussi par la plus faible capacité de récupération des enfants de milieux défavorisés. Ainsi, non seulement la probabilité de développer un problème de santé chronique est inversement reliée à la richesse du ménage (à partir d'un indicateur de 14 maux associés à l'enfance), mais pour deux enfants ayant des problèmes de santé chronique, celui d'un milieu plus défavorisé passera plus de journées au lit et sera plus souvent hospitalisé. Bref, il semble que les effets du SSE sur la santé des enfants soient cumulatifs, et que le SSE d'un ménage puisse agir comme une projection devant les conditions de l'environnement qui affectent le corps et nuisent au maintien d'une bonne santé.

Ces résultats témoignent de la précarisation précoce d'une partie des membres de la société, vulnérabilité qui semble avoir des effets sur la santé tout au long de la vie. Une partie de l'explication des inégalités sociales de santé vient de l'accumulation, au fil d'une vie, de désavantages de natures diverses. Cependant, il n'y a rien dans cette situation de fatal ou d'inébranlable. C'est ce qu'indique la réussite de certains programmes de stimulation précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé. Le succès de ces programmes repose sur une identification rigoureuse de facteurs dits

protecteurs, favorisant la résilience, et par le fait même, l'égalité des chances de réussite (Paquet, 1998; Eming Young, 2002). L'ESSIL pourra, sans conteste, contribuer à l'identification de facteurs protecteurs au Québec qui deviendront d'importantes pistes pour l'intervention préventive.

## 3.3 LE RÔLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

### 3.3.1 Le sentiment de contrôler sa destinée

Une des approches de plus en plus documentées des mécanismes qui sous-tendent les inégalités de santé tient dans l'exploration de facteurs psychosociaux. C'est à certains auteurs-clés que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur cette dimension, et en premier lieu à Marmot avec les travaux de Whitehall, à Wilkinson (1996) pour son exploration des effets des inégalités sociales sur la santé ou à Antonovsky (1987) pour ses travaux sur le sens de la cohérence. Selon ces auteurs, dans les sociétés industrielles avancées, la position sociale d'un individu ne définit pas d'abord une capacité matérielle d'assurer des besoins de base (sauf pour une frange de la population tout en bas de la hiérarchie sociale), mais s'articule davantage à une capacité de participer pleinement à la vie sociale et d'avoir un contrôle sur sa propre destinée. Ainsi les conditions du maintien d'une bonne santé, comme les causes les plus générales de sa dégradation pourraient trouver une part de leur explication, chez l'individu, dans un ensemble de facteurs psychosociaux. C'est dans cet esprit que plusieurs travaux ont avancé l'hypothèse que les inégalités sociales de santé s'articuleraient de près à des inégalités dans le sentiment d'avoir une emprise sur sa destinée, à des inégalités sur le sentiment de participer pleinement à la vie sociale, à une inégale répartition du sentiment que sa propre vie est compréhensible ou contrôlable.

Le sentiment de contrôler sa destinée est un des indicateurs psychosociaux qui a montré son utilité dans l'explication du gradient social de santé. Le sentiment de contrôle est ainsi généralement présenté comme une variable médiatrice, expliquant une large part de la relation entre inégalité socioéconomique et inégalité de santé (Bosma et al., 1997). Bien qu'il soit défini de multiples manières, le sentiment de contrôle renvoie à l'idée d'être maître de sa destinée. À l'opposé du sentiment de contrôle se trouve le sentiment que le monde est largement « déterminé » par le hasard, ou encore l'impression que d'autres « powerful others » détiennent le contrôle d'une destinée personnelle.

Le sentiment de contrôle a été utilisé dans des recherches portant sur la santé. Il s'est avéré être un prédicteur de la santé physique et mentale (Shutz, 1976), de l'utilisation des services de santé (Krause, 1988), de la mortalité chez les personnes âgées (Menec et Chipperfield, 1997), en plus d'être relié à des habitudes de vie en lien avec la santé comme l'alimentation ou la pratique d'activité physique de loisir. Bref, non seulement le sens du contrôle s'impose comme variable médiatrice dans l'explication du gradient social de la santé, mais elle permet aussi de dégager une indication de la résilience tout autant que de la capacité d'adaptation à l'environnement social et physique. Dans le contexte de l'environnement de travail, les travaux de Whitehall II ont montré que le

### 3.3.2 Le sens de la cohérence

Dans un esprit similaire, les travaux de Antonovsky sur le sens de la cohérence se sont donné pour projet de décrire et de comprendre le processus de résistance des individus aux sources de stress dans leur environnement. Antonovsky a développé le concept de sens de la cohérence, voulant décrire la capacité des individus de *comprendre* (compréhensibilité), de *gérer ou contrôler* (manageability), et de *donner une signification* (« *meaningfulness* ») à une situation. Ce concept s'inscrit au cœur de l'approche salutogénique défendue par Antonovsky, où le centre d'attention n'est pas tant l'étiologie spécifique des différentes maladies, mais ce qui, de manière générale, permet à un individu de maintenir une bonne santé. Ce détournement de regard amène Antonovsky à s'intéresser aux ressources psychosociales favorisant la résilience et la résistance au stress. Ainsi, un individu qui a développé un sens de la cohérence solide serait plus apte à affronter les sources de maladies liées au stress.

Si l'intérêt de recherche d'Antonovsky est la bonne santé, rien n'empêche de considérer qu'un faible sens de la cohérence peut être analysé comme un facteur favorisant ou facilitant la maladie. Pour Antonovsky lui-même, le sens de la cohérence est un concept social : un environnement social et économique stable avec des normes et des valeurs elles-mêmes stables et identifiables favorisent le développement du sens de la cohérence (Antonovsky, 1987). Le sens de la cohérence serait étroitement lié à l'intégration sociale et aux conditions d'existence. Par voie de conséquence, l'hypothèse qu'une inégale répartition du sens de la cohérence entre les classes sociales puisse participer à l'explication des inégalités de santé est tentante. C'est ce qu'ont exploré des chercheurs associés au *Level of Living Survey* suédois, et leurs résultats tendent à confirmer cette hypothèse (Lundberg et Peck, 1994). Ainsi, les ouvriers et les paysans étaient plus susceptibles que les autres d'avoir un sens de la cohérence faible. De plus, les personnes qui rapportent avoir connu des difficultés économiques ou celles qui ont connu une dégradation de leur situation socioéconomique sont aussi beaucoup plus nombreuses à avoir un faible sens de la cohérence. De manière globale, le sens de la cohérence se distribue entre les classes sociales de façon graduée. Ils en concluent que le sens de la cohérence est fortement influencé par la position sociale des individus. Dans une seconde partie de leur analyse, ils montrent que même en annulant l'effet de l'âge, du sexe, de la classe sociale, des conditions de vie difficiles, de la dégradation des conditions de vie, le sentiment de cohérence continuait d'avoir un effet significatif et important sur l'incidence de maladies circulatoires et sur certains troubles mentaux ou psychologiques. D'autres travaux témoignent également de la pertinence du sens de la cohérence comme déterminant de la santé (Lundberg, 1997, McSherry et Holm, 1994).

Ces deux indicateurs nous semblent particulièrement intéressants dans leur capacité de contribuer à la compréhension des inégalités sociales de santé. Pour les politiques publiques, est-il possible de favoriser, de développer et de renforcer ces « dispositions intérieures » ? Les données disponibles pointent deux grands axes : d'une part, intervenir pendant la petite enfance et, d'autre part, soutenir la cohésion sociale afin de favoriser le développement du sentiment de contrôle sur la destinée, tant individuel que communautaire.

sentiment d'avoir peu de contrôle sur son travail était un puissant prédicteur de l'incidence de maladies cardiaques, et que la prise en compte de ce facteur permettait d'expliquer une large part de la variation des maladies cardiaques entre les classes sociales. Ce sentiment expliquait une part beaucoup plus importante des inégalités dans l'incidence de maladies cardiaques que la prise en compte des facteurs de risques classiques (cholestérol, pression sanguine, tabac, indice de masse corporelle, pratique d'une activité physique de loisir). Ces différentes recherches sur la relation entre inégalité, contrôle et santé indiquent que le sentiment de contrôler sa destinée est étroitement lié à l'environnement social d'un individu ; il est par le fait même susceptible de se transformer suivant les circonstances de la vie. Des travaux sur la Russie indiquent qu'un effondrement du sentiment de contrôler sa destinée serait impliqué dans la chute catastrophique de l'espérance de vie qui a sévit pendant les années 90 (Bobak et al., 1998). En ce sens, ces travaux prennent une distance face à une interprétation du contrôle ou de la « *mastery* » comme indicateur de personnalité.

Ces découvertes sur la relation entre le sentiment de contrôler sa destinée et l'état de santé ouvrent des pistes de réflexion sur les mécanismes à travers lesquels le social interagit avec le biologique. La persistance, au fil des décennies, d'un gradient social de santé nous place en effet sur la piste des moyens qu'utilise une personne pour affronter le stress de la vie. Ces moyens sont étroitement liés au sentiment de contrôle, un facteur qui, comme nous l'avons vu, varie selon le statut socioéconomique. Et lorsque l'on détient peu de prise sur certaines obligations constantes ou que l'on arrive difficilement à relever les défis de la vie et du travail (*powerlessness*), on éprouve du stress et on peut connaître une dépression correspondante du système de défense de l'organisme. Peu importe le problème de santé auquel on est prédisposé, l'expression de cette maladie dépendrait de notre capacité à nous acquitter de nos tâches quotidiennes, du sentiment d'avoir du contrôle sur sa destinée.

Par quels mécanismes le social et le psychosocial interagissent-ils avec le biologique ? On soupçonne de plus en plus le rôle médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. (Sapolsky, 1992). Les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui sont ressentis d'une manière personnelle et qui durent longtemps. Le stress perçu par l'hypothalamus agit sur l'hypophyse, qui à son tour agit sur les glandes surrénales qui élèvent le niveau de glucocorticoïdes. Ce serait précisément l'élévation continue du niveau de glucocorticoïdes qui serait dommageable. Les effets seraient nombreux, notamment sur la digestion, sur l'énergie vitale et sur la tension artérielle. Certains effets sont connus depuis moins longtemps : ceux sur le système immunitaire et sur la mort neuronale entraînant un vieillissement prématuré et éventuellement la mort. Or, les études de Marmot l'ont démontré, plus l'on est situé au sommet de la hiérarchie sociale, plus on arrive facilement à diminuer le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu.

### 3.4 SANTÉ ET RELATIONS SOCIALES

#### 3.4.1 Capital social et cohésion sociale

Un intérêt récent, en sociologie de la santé, s'est structuré autour des notions de capital social et de cohésion sociale. Le terme de cohésion sociale est relativement clair dans sa signification, référant aux ouvrages classiques de Émile Durkheim sur le suicide et sur les formes de solidarité sociale. Par cohésion sociale on entend généralement les formes de solidarité communautaire et sociale en mesure de maintenir vivant un tissu social et d'empêcher l'exclusion d'une part des membres de la société. Les sociétés à forte cohésion sociale favorisent le partage de la richesse, on y observe un attachement réel aux valeurs d'entraide et de solidarité, elles encouragent et soutiennent la participation sociale dans tous les domaines de la vie collective.

Le concept de capital social, plus récent, est aussi plus flou, difficile à définir dans la multiplicité des usages parfois contradictoires que l'on en fait. Par exemple des auteurs aussi radicalement divergents que F. Fukuyama et P. Bourdieu sont tous deux fréquemment cités dans ce domaine de recherche, l'un pour ces travaux récents sur la confiance et l'autre pour être à l'origine de l'utilisation du concept de capital social. Quoi qu'il en soit, on s'entend généralement pour dire que le capital social réfère à l'ensemble des relations, de normes et de compétences structurant une communauté ou un groupe qui ne sont pas strictement marchands ou bureaucratiques. En ce sens, et à ce niveau communautaire, les recherches sur le capital social vont accorder une importance décisive à l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires, à la présence d'installations publiques dans une localité (bibliothèques, piscines, parcs, etc.), au « *membership* » des organismes civiques, religieux ou bénévoles, mais aussi au sentiment de confiance, d'obligation réciproque et d'entraide qui se noue au cœur des liens entre les membres d'une communauté. Le capital social est aussi envisagé comme une ressource qu'un individu peut « posséder » et dont il peut user : réseaux d'amis ou de connaissances, savoir-faire social, influence sociale par le biais de l'adhésion à des organisations civiques ou communautaires.

Des recherches devenues classiques dans le domaine de la sociologie de la santé ont récemment été interprétées ou réinterprétées en terme de capital social ou de cohésion sociale<sup>6</sup>. Ainsi, une recherche longitudinale américaine, la *Alameda County Study*, effectuée dans les années 60 et 70 a montré que les personnes mariées, celles qui avaient de nombreux amis et connaissances, qui s'impliquaient dans des organisations (formelles ou informelles) ou qui s'engageaient dans un groupe religieux, avaient généralement un taux de mortalité inférieur aux personnes davantage isolées, et ce même en tenant compte de l'effet du SSE et des habitudes de vie nocives pour la santé (pour les hommes, la différence était du simple au double) (Berkman et Syme, 1979).

<sup>6</sup> Mentionnons au passage que pour plusieurs des chercheurs dans le domaine de la santé auxquels nous référons, ces notions sont à toutes fins pratiques utilisées comme des synonymes. Il faut par ailleurs les différencier conceptuellement, puisque des petits groupes peuvent avoir du « capital social » tout en ayant un effet déstructurant sur la cohésion sociale (par exemple les groupes de molarés criminalisés)

Une autre étude américaine devenue classique portait sur la petite communauté italo-américaine de Roseto en Pennsylvanie. Cette communauté présentait un taux d'attaques cardiaques de 50 % inférieurs à la moyenne nationale, et ce, avec une prévalence comparable au niveau des principaux facteurs de risques (obésité, pratique d'exercice physique ou consommation de tabac). On a interprété ce phénomène comme étant le résultat de la densité du tissu de relations sociales qui marquait cette communauté, à travers des traditions familiales et religieuses très fortes, et, inversement, un niveau d'isolement social très bas. Il semble donc que la cohésion sociale soit en jeu dans cette santé cardiaque surprenante.

Enfin, une enquête de cohorte américaine, « les enfants de Kauai<sup>7</sup> » (Werner, 1992), vient apporter elle aussi des informations sur l'importance de la qualité des relations sociales et communautaires dans le parcours de vie des individus. L'enquête a d'abord documenté les effets « dévastateurs » de la pauvreté sur le développement des enfants, en particulier concernant les désordres d'apprentissage, les problèmes de santé mentale, la présence de comportements « antisociaux ». Elle a aussi montré que ces différents problèmes se traduisaient par des atteintes sur l'état de santé à l'âge adulte. Mais, surtout, l'enquête s'est penchée sur un sous-groupe de jeunes de milieu très pauvres, qui, tout en présentant un nombre considérable de facteurs de risque, ont connu un développement normal et harmonieux (bref, les chercheurs qui menèrent cette enquête se sont penchés sur un groupe de jeunes « résilients »). Derrière cette capacité de surmonter une origine sociale désavantageuse, ces jeunes avaient entre autres comme point commun de pouvoir compter sur la présence et le soutien d'un adulte significatif à l'extérieur de la famille qui semblait agir comme « *gate-keeper* ».

Plus récemment, les travaux de Wilkinson ont eux aussi été marquants. Dans un livre qui a fait date (Wilkinson, 1996), comparant des indicateurs de santé entre plusieurs pays, Wilkinson arrive à montrer qu'au-dessus d'un certain seuil de développement économique, ce n'est plus le PNB par habitant qui est significativement lié à l'état de santé de la population, mais l'ampleur des inégalités sociales à l'intérieur même de ce pays. Pour Wilkinson, cette relation entre inégalités et santé s'opère précisément à travers la cohésion sociale. Autrement dit, la fragmentation du tissu social, l'exclusion, la méfiance dans les relations sociales, l'absence d'entraide qui marquent les régions fortement inégalitaires se traduiraient, chez les individus, par des dispositions psychiques (dépression, stress, détresse), relationnelles (isolement, méfiance) et comportementales (alcool, délinquance, criminalité) nocives pour la santé. Bref, la désaffiliation sociale qui marque davantage les régions inégalitaires serait accompagnée par une dégradation de la santé de la population. Inversement, les sociétés en bonne santé semblent avoir une caractéristique commune : leur cohésion sociale. Elles se caractérisent par une vie communautaire intense. L'individualisme et les valeurs du marché sont tempérez par diverses dispositions facilitant les rapports sociaux. On y constate peu de violence et

<sup>7</sup> Enquête de cohorte débutée en 1955 sur le développement des enfants nés sur l'île de Kauai, Hawaï. L'enquête questionna les enfants (ou leur parents) à partir de la grossesse de la mère jusqu'à ce que les « enfants » aient 32 ans

davantage de compassion. Ces sociétés se distinguent aussi par la présence d'un grand capital social chez les individus qui la composent. Dans un même esprit, des auteurs ont pu montrer, à l'intérieur même des États-Unis, que le niveau de confiance et de réciprocité qui prévaut dans un état est fortement corrélé à son état de santé (Kawachi, Kennedy et Glass, 1999).

Autre exemple en quelque sorte incontournable pour ce courant de recherche est le Japon. L'espérance de vie à la naissance est passée, entre 1955 et 1986, de 63,6 à 75,2 ans pour les hommes, et de 67,8 à 80,9 ans pour les femmes. Afin de saisir l'ampleur du changement, soulignons qu'une telle amélioration supposerait, au Royaume-Uni notamment, l'élimination de tous les décès attribuables aux maladies cardio-vasculaires et à la plupart des cancers. La part du produit national brut que le Japon consacre au système de santé est pourtant l'une des plus basses parmi les pays développés. Si on reconnaît assez aisément l'existence de corrélations entre le produit national brut (PNB) par habitant et les mesures de l'état de santé comme l'espérance de vie, la confrontation des indicateurs du Japon et des USA nous indique que d'autres caractéristiques sociales jouent également un rôle crucial.

Les recherches qui ont marqué le domaine qui nous intéresse ici sont pour la plupart des recherches écologiques, qui s'intéressaient aux caractéristiques des communautés et des localités. Mentionnons que les recherches écologiques, pour pertinentes et intéressantes qu'elles soient, sont confrontées aux mêmes limites que les recherches transversales : l'établissement du sens des relations y est extrêmement difficile, et parfois hasardeux. Il est également difficile de distinguer les caractéristiques communautaires des caractéristiques individuelles. Est-ce que les gens d'un quartier s'appauvrissent, ou est-ce que certains quartiers, par la présence plus importante de services communautaires, deviennent des pôles attractifs pour les groupes les moins favorisés ? Si les recherches écologiques sont indispensables pour établir des particularités communautaires et régionales qui ne transigent pas nécessairement par des caractéristiques individuelles repérables par le biais d'un questionnaire, seules études longitudinales peuvent établir des enchaînements d'événements et de facteurs en les situant dans le temps chez les mêmes individus, rendant l'établissement de relation causale (ainsi que le sens de ces relations : qu'est-ce qui arrive avant ? Qu'est-ce qui arrive après ?) plus crédible.

Parmi les dimensions du « capital social » ou de la cohésion sociale qui sont susceptibles d'être cueillies directement auprès des individus, mentionnons les valeurs (individualisme par opposition à communautaire), le soutien social et les réseaux sociaux (sur lesquels nous revenons plus bas) font déjà partie de l'ESSIL (voir les autres chapitres). En plus de ceux-ci, le sentiment de confiance envers les autres, la perception du niveau d'entraide dans son milieu, la perception de la sécurité de son quartier ou le sentiment d'appartenance à sa communauté locale sont autant de manières indirectes de mesurer la « cohésion sociale ». Ainsi, des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2001 de Statistique Canada montrent qu'un sentiment peu prononcé d'appartenance à sa collectivité locale est associé à l'existence de problèmes de santé chronique et à des comportements plus nocifs pour la santé. Ce sentiment est lui-même inégalement distribué suivant le revenu (Ross, 2002). Le caractère transversal de

l'enquête ne permet toutefois pas d'établir si ce sentiment peut être considéré comme une cause de dégradation de la santé, comme un facteur médiateur ou comme une conséquence d'un faible revenu.

### 3.4.2 Réseaux sociaux

Par ailleurs, l'attention marquée autour des interactions sociales et de leur éventuel rôle sur la santé et les inégalités de santé peut être observée à un niveau microsocial dans le repérage, la quantification et la qualification des réseaux sociaux dans lesquels les individus s'inscrivent. À ce titre, le réseau lui-même, avec son nombre de personnes, sa stabilité, les ressources émotionnelles, instrumentales ou informationnelles qu'il fait circuler, mais aussi le soutien social qu'il peut contribuer à générer sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé. Des données américaines, britanniques, canadiennes, québécoises et suédoises montrent que la perception du support social (disponibilité de personnes pouvant donner soutien émotionnel et instrumental) varie en fonction du statut socioéconomique. Ce soutien semble également opérer un certain effet sur la santé, en particulier un effet protecteur pour les individus devant affronter des sources importantes de stress (c'est ce dont semble témoigner la recherche sur les enfants de Kauai). Certaines recherches semblent également témoigner d'une relation entre la taille du réseau social d'un individu et certains indicateurs de santé (mortalité et maladie) (voir les synthèses de House et al. 1988 et de Seeman, 1996). Mais encore une fois, le caractère longitudinal de l'ESSIL lui permettra de mettre en relief le sens des relations et des interrelations impliquées. À titre d'exemple, il sera possible de savoir si l'isolement social au Québec est davantage un déterminant, une conséquence ou encore un facteur médiateur de la maladie.

La dimension négative des relations sociales a plus souvent été négligée. Pourtant, l'existence de conflits fréquents dans la vie quotidienne est communément reconnue comme une source majeure de stress et d'insatisfaction. Il semble exister des liens entre un bas statut socioéconomique et une présence plus importante de conflits dans le réseau social (Schuster et al., 1990). Une relation de même type a aussi été mise en lumière chez des adolescents, ceux étant originaires de familles plus défavorisées avaient des relations plus conflictuelles avec leurs pairs (Bolger et al., 1995). D'une manière globale, et à l'exception de l'univers familial, la dimension négative des relations sociales a été très peu étudiée dans ses relations avec la santé, et encore moins avec les inégalités de santé. Conséquemment, nous souscrivons entièrement à la perspective développée dans l'ESSIL par Johanne Charbonneau et Martin Turcotte. Une perspective qui tient compte de la dimension négative des réseaux et qui puisse suivre de près leur évolution sera certainement d'un grand intérêt pour l'analyse des déterminants sociaux, de l'état de santé. Il s'agit certainement d'un des lieux où l'ESSIL est susceptible d'être innovateur.

### 3.4.3 La famille

Les transformations fondamentales qui s'imposent à l'univers des trajectoires conjugales et familiales des Québécois sont reconnues : unions hors mariage, ruptures précoces d'unions, familles monoparentales, familles recomposées. Autant de phénomènes qui

vont en s'amplifiant, au Québec plus que partout ailleurs en Amérique du Nord. Selon les données transversales des Enquêtes sociales et de santé (ISQ, 2000), parmi les ménages avec enfant(s), la proportion de familles biparentales intactes (non recomposées) est passée de 80,9 % en 1987 à 69,4 % en 1998. Pour la même période, la proportion de familles monoparentales dirigées par une femme est passée de 11,7 % à 16,8 %, et dirigée par un homme de 1,8 % à 3,5 %. Si ces transformations sont aisément reconnues, leurs impacts sanitaires, pour les parents comme pour les enfants, sont beaucoup moins connus. Un rapport distinct effectué sous la direction de Johanne Charbonneau se penche beaucoup plus en détail sur l'enjeu des dynamiques familiales. Nous ferons ici que souligner à grands traits – en prenant la rupture d'union comme illustration – que l'univers familial est susceptible d'être tout à la fois un déterminant de la santé et un élément médiateur dans la relation entre le SSE et la santé.

Du point de vue des enfants, un certain nombre de résultats attirent l'attention vers des effets à longs termes du divorce des parents sur la trajectoire de vie d'un individu. Des analyses britanniques effectuées à partir des enquêtes de cohortes (la *National Child Development Study* (cohorte de 58) et la « *Cohorte de 1970* ») et du BHPS semblent indiquer un effet négatif du divorce des parents sur la trajectoire de vie de leur descendance. Cet événement serait associé à une moins bonne réussite scolaire, à des troubles de comportements plus importants pendant l'enfance, à une situation économique moins avantageuse à l'âge adulte, et à une histoire conjugale plus fragmentée. Parmi ces différents travaux, ceux de Kathleen Kiernan (1997) avec des données de la *National Child Development Study* offrent une synthèse intéressante du type d'analyse que permet une enquête de panel. En premier lieu, l'auteur montre que les personnes ayant vécu le divorce ou la dissolution d'union de leurs parents sont désavantagées à l'âge adulte, du point de vue de la réussite économique et scolaire, ils accèdent moins à la propriété et ils connaissent des trajectoires familiales et conjugales plus complexes. On a vu précédemment que ces trajectoires de vie plus difficiles se traduisent, à un âge plus avancé, par des difficultés de santé plus lourdes ou plus nombreuses et par un taux de mortalité plus important. Par contre, nous dit l'auteur, une part importante de ces différences s'expliquent par des facteurs sous-jacents qui précèdent l'événement de la séparation des parents. La prise en compte des difficultés financières des parents et des difficultés de comportementales des enfants (à l'âge de 7 ans) atténuent grandement la variance observée. Par ailleurs, l'événement du divorce semble avoir un effet important et indépendant sur l'histoire conjugale et familiale ultérieure des « enfants » – les « enfants du divorce » se marient moins, divorcent et se séparent plus et plus tôt. Dans un même esprit, des travaux effectués à partir des données longitudinales de l'ÉLDEQ montrent que parmi les déterminants d'une rupture parentale précoce figure en bonne place le faible revenu (Marci-Gratton et al., 2002). Il n'est donc pas facile d'identifier l'effet indépendant de la brisure d'union des parents sur la trajectoire de vie d'un individu. Plusieurs facteurs interagissent autour de l'événement, le précèdent ou en découlent, qui affectent chacun à leur manière cette trajectoire. En dehors du divorce ou d'une dissolution d'union, la dynamique conjugale et familiale d'un ménage est également d'importance dans le parcours de vie et l'état de santé des enfants. Des données transversales de l'ÉLDEQ indiquent en ce sens que, pour les bébés de 5

mois de milieu favorisés, le fait de vivre dans une famille dysfonctionnelle leur faisait « perdre » leurs avantages sanitaires (Paquet, Girard, Dubois, 2001).

En ce qui concerne les adultes, les données de l'ESS98 témoignent, pour les personnes qui ont des enfants, d'une association entre le fait d'appartenir à une famille monoparentale ou reconstituée et certains indicateurs liés à la santé. On retrouvera dans ce type de familles plus de fumeurs et une moins bonne perception de son état de santé. Ajoutons que chez les familles monoparentales, on retrouvera une consommation de médicaments plus importante, une plus grande prévalence d'insécurité alimentaire, et on notera la présence plus fréquente de problèmes de santé multiples (ISQ, 2000). Plusieurs questions demeurent cependant ouvertes devant ces associations. Essentiellement, il manque à ces données transversales une capacité de situer dans le temps les séquences à travers lesquelles des différents facteurs. Plus précisément, il faudrait être capable de distinguer l'effet des caractéristiques de la famille antérieures au divorce ou à la rupture d'union (dynamique conjugale, dynamique familiale, insécurité financière, etc.), l'effet du divorce ou de la séparation en eux-mêmes en tant qu'événement, et l'effet des conséquences du divorce (appauvrissement, insécurité, isolement, etc.) dans le parcours de vie de chacun des membres du ménage. Par exemple, dans le cas de la monoparentalité, l'effet sur la santé observé au Québec est-il attribuable à la pauvreté, ou existe-t-il un effet indépendant et additionnel de la monoparentalité sur l'état de santé ? Pour conclure, les variations significatives révélées par l'Enquête sociale et de santé 1998 mériteraient maintenant une explication qui mesure mieux l'enchaînement temporel des facteurs et leurs effets respectifs, entre autres sous l'angle de la santé.

#### 4. LES INDICATEURS PROPOSÉS POUR L'ESSIL

##### 4.1. DES INDICATEURS DU STATUT SOCIOÉCONOMIQUE

Pour l'essentiel, il sera possible de construire des indicateurs de statut socioéconomique avec des questions déjà proposées pour le questionnaire de l'ESSIL. Par exemple, un des indicateurs de statut socioéconomique utilisé dans l'ELNEJ et l'ELDEQ, l'indice développé par Williams et Shields (1996), est une combinaison de mesures décrivant le prestige professionnel, le niveau d'éducation et la position économique des membres d'un ménage. Nous pourrions par conséquent déjà miser sur les questions sur le niveau de scolarité atteint, la profession occupée et le revenu pour construire un indicateur intéressant et valide de statut socioéconomique.

Par ailleurs, la littérature que nous avons explorée pour les besoins de ce rapport attire souvent l'attention vers l'importance de l'univers des perceptions des individus. Entre le statut socioéconomique mesuré objectivement et ses conséquences en terme de maladies et de problèmes de santé, un grand nombre d'auteurs attirent l'attention vers une série de médiations de nature subjective. C'est dans ce contexte que le *MacArthur Psychosocial Working Group* a développé des indicateurs de perception subjective de la position socioéconomique<sup>9</sup>. Le groupe a développé deux échelles : la première (SSE subjectif) demande aux répondants, devant un dessin d'échelle, de situer leur position dans la hiérarchie sociale ; la deuxième (SSE communautaire subjectif) demande aux répondants de situer leur position dans leur communauté locale (quartier, village). L'usage de ces échelles permet de faire des comparaisons qui semblent riches de renseignements : comparer le statut socioéconomique défini objectivement et subjectivement, comment la position perçue d'un individu dans la société globale avec celle qu'il a le sentiment d'occuper dans sa propre communauté. Couplée à un schéma événementiel, cette échelle pourrait également être d'une grande utilité (et non seulement pour la santé) : comment le chômage ou la retraite affectent-ils la perception de la place d'un individu dans sa société ou dans sa communauté ? Le passage de l'école vers le marché du travail est-il ressenti comme une mobilité sociale ascendante, descendante ? Y a-t-il une transmission intergénérationnelle de la perception de sa place dans la société ? Y a-t-il des écarts significatifs, chez les mêmes individus, entre leur SSE perçue et leur SSE communautaire ?

Ces échelles ont déjà été utilisées dans d'autres enquêtes. Ainsi, pour un échantillon de 157 femmes en santé, l'échelle de SSE subjectif s'est avérée plus fortement liée à la santé mentale et physique que le niveau d'éducation ou le revenu (Adler et al., 2000). Incluses dans la phase 5 du Whitehall II, les échelles, en plus d'être associées à une mauvaise santé perçue et à la dépression, offraient des résultats qui se structuraient encore davantage selon un gradient. Enfin, on a utilisé les échelles chez un groupe de volontaires en bonne santé (Sheldon Cohen's group). Ces derniers étaient ensuite exposés à un rhino virus. Les personnes qui étaient au bas de l'échelle subjective de SSE avaient deux fois et

<sup>9</sup> Voir « annexe 1 - échelle de statut socioéconomique subjectif ».

demie plus de risque d'être infectées, et ceux au bas de l'échelle communautaire environ 4 fois plus de risque d'être infectées par le virus<sup>9</sup>.

##### Proposition pour ESSIL

Nous suggérons d'inclure cet indicateur dans le QAA à tous les 4 ans. Peut-être faudrait-il songer à l'accrocher à certains schèmes événementiels (perte d'emploi, passage à la retraite, etc.).

#### 4.2. DES INDICATEURS SANITAIRES (SANTÉ, MALADIE, ACCIDENTS, LIMITATIONS ET INCAPACITÉS, UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ)

##### 4.2.1 La santé perçue (ou santé déclarée)

La perception qu'a un individu de sa propre santé est en quelque sorte l'indicateur de base de la section santé du questionnaire. C'est une variable d'une validité et d'une fiabilité étonnante, sans parler de la facilité avec laquelle elle est cueillie (une seule question). Selon plusieurs chercheurs, l'auto-évaluation de la santé s'avère souvent aussi fiable que des mesures en apparence beaucoup plus objectives de l'état de santé comme les incapacités ou le nombre de problèmes de santé chronique. Il semble même que « sur de longues périodes, l'auto-évaluation de la santé demeure plus stable que les évaluations faites par les médecins » (la citation est tirée de Shield et Shooshari, 2001). Les auteurs font alors référence à l'étude de Maddox et Douglass, 1973). Pour ne prendre qu'un exemple particulièrement révélateur, Kaplan et d'autres (Kaplan et al., 1996) ont analysé les propriétés spécifiques de la perception de la santé chez 2512 hommes finlandais d'âge différent (entre 42 et 60 ans). Cette recherche, la *Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study*, avait un caractère longitudinal (suivi de 5 ans). Surtout, elle a recueilli un grand nombre d'informations sur l'état de santé des répondants, leurs habitudes de vie, et un certain nombre de facteurs de risques « objectifs » (densité des lipides, pression sanguine, fonction pulmonaire). Kaplan et ses collègues ont montré que la santé perçue était fortement associée à un ensemble important d'indicateurs plus objectifs de la santé : « objectifs », autres maladies... En tenant compte de tous ces facteurs, la santé perçue offre un reflet fidèle et synthétique de la santé des répondants. Plusieurs autres enquêtes longitudinales ont déjà démontré le pouvoir prédictif de la santé perçue. Cette mesure serait prédictive de l'incidence de problèmes de santé chroniques (Kaplan et al., 1996), du rétablissement après la maladie (Wilcox et al., 1996), de la détérioration fonctionnelle (Idler et al., 2000), de l'utilisation des services médicaux, et même de la mortalité (Kaplan et al., 1996). Enfin, mentionnons pour terminer que la santé perçue est un des rares indicateurs de la santé, et non de problèmes de santé ou de maladie. Elle permet, par le fait même, un ensemble d'analyses sur les conditions sociales, économiques et psychosociales favorisant la bonne santé (et non seulement l'absence de maladie).

<sup>9</sup> Pour cet indicateur, nous avons suivi la synthèse proposée par Nancy Adler sur le site internet du *McArthur Network on SES and Health* à l'adresse suivante : [www.maces.uic.edu](http://www.maces.uic.edu)

#### Les déterminants de la santé perçue

Comme nous l'avons déjà vu, l'auto-évaluation de la santé est bien évidemment liée de manière significative à l'état de santé du répondant, à son âge, et à ses habitudes de vie liées à la santé, mais la structure des déterminants de la santé perçue est plus large. Cet indicateur synthétique de l'état de santé est aussi particulièrement sensible aux déterminants sociaux de la santé. Ainsi, les données canadiennes et québécoises disponibles (à notre connaissance) montrent une relation forte et significative entre le statut socioéconomique et la santé perçue. Cette relation a d'ailleurs été étudiée un peu partout dans le monde, révélant une relation chaque fois similaire. Ces résultats sont d'autant plus surprenants que des recherches qualitatives comme quantitatives indiquent que les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées auraient tendance à « surestimer » positivement leur état de santé, ou à en avoir une vue plus partielle qui se centrerait sur les aspects directement fonctionnels du corps. Dans un esprit similaire, Amartya Sen (Sen, 2002) signait récemment un éditorial du *British Medical Journal* où il invitait à interpréter avec prudence des résultats de santé fondés sur la perception des individus (du moins, dans le contexte de l'Inde contemporaine) : en Inde, Bihar, une province très pauvre, très peu scolarisée et avec une espérance de vie très limitée avait un état de santé perçue – et de loin – supérieur à Kerala, une province beaucoup plus riche, plus scolarisée et disposant d'une espérance de vie nettement plus avantageuse. Ainsi, si la santé perçue peut éventuellement induire une distorsion dans les écarts de santé entre les classes sociales, tout porte à croire que cette distorsion conduit à sous-estimer, et non à surestimer ces écarts.

L'utilisation de la variable dans de grandes enquêtes :

Il s'agit d'une variable classique. Nous la retrouvons autant dans plusieurs grandes enquêtes longitudinales (HILDA, PSID, PSBH, Panel Suisse des ménages, BHPS, GSOEP, LNU) que dans des enquêtes transversales sur la santé de la population (tant dans l'enquête de Santé Québec (1998) que dans celles de Statistique Canada (Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, ENSP) et dans d'autres enquêtes sociales et de santé à travers le monde). Généralement, la fréquence est annuelle lorsqu'il s'agit d'enquêtes longitudinales. Parfois, il est aussi demandé aux répondants d'évaluer leur propre état de santé par rapport à leur état de santé un an auparavant (cette question est intégrée dans le SF-36, par le fait même elle se retrouve dans le HILDA et dans le BHPS). Il s'agit alors de voir la perception de l'évolution de l'état de santé. Enfin, la question peut se retrouver tout autant dans un QAA que dans un QRI. L'introduction de cet indicateur dans un QAA engendre une plus grande part d'attrition, et cette dernière est généralement plus importante aux bas échelons de la hiérarchie sociale. Sans oublier qu'une partie de la population éprouve de grandes difficultés à lire. Conséquemment, et devant l'importance de l'indicateur, l'introduction de la santé perçue dans un QAA pose des problèmes importants.

#### Proposition pour l'ESSIL :

- Pour les répondants primaires, nous proposons d'inclure la santé perçue dans le tronçon commun du QRI.
- Pour les enfants de moins de 16 ans, demander au parent de répondre pour son ou ses enfants.
- Comme pour certaines grandes enquêtes de population, et malgré le fait que le répondant de l'ESSIL n'est pas nécessairement la personne qui connaît le mieux les autres membres du ménage, nous avons opté pour introduire la santé perçue comme indicateur recueilli par procuration pour les autres membres du ménage.

#### Harmonisation avec EQSTREME

La santé perçue est introduite dans le QAA de l'EQSTREME. Elle est incluse dans une indicateur plus global, le SF-12, ce qui rend son déplacement plus difficile. Par contre, pour les raisons mentionnées plus haut, nous favorisons grandement l'introduction de la santé perçue dans le QRI, ne voulant pas subir une trop forte attrition, et surtout, ne voulant pas « écarter » certains groupes sociaux alors même que c'est l'écart entre ces groupes qui forme la problématique de la santé physique dans l'ESSIL.

#### 4.2.2 La morbidité<sup>10</sup>

La connaissance de la prévalence et de l'incidence des maladies et des maux chez les répondants a une grande importance pour les futures analyses qui pourraient être effectuées à partir des données de l'ESSIL. Si le gradient social de morbidité générale est assez stable, les maladies et les maux n'ont pas tous le même effet, ni ne se répartissent de la même manière à l'intérieur de la société. De plus, les principales maladies qui affectent la population changent au fil du temps (on meurt beaucoup moins aujourd'hui de maladies infectieuses, par exemple). Une information de qualité sur les maladies ou les maux spécifiques apporte par le fait même un éclairage nuancé sur leur répartition dans la société, et sur les déterminants parfois différents de ceux-ci. De plus, le caractère longitudinal de l'ESSIL lui permet d'être attentif aux changements de la configuration sociale des maladies et aux effets à long terme de ces changements. Par exemple, nous savons que l'asthme est en croissance fulgurante chez les jeunes (selon l'Institut de la Statistique du Québec, la prévalence de l'asthme chez les 0-14 ans est passée de 3,4 % à 7 % entre 1987 et 1998). Mais nous ne disposons pas actuellement d'une information générale sur la part de cette augmentation qui pourrait être attribuée à des déterminants sociaux, économiques ou psychologiques. De plus, étant donné la relative soudaineté du phénomène et le caractère transversal de la plupart des données disponibles, nous ne connaissons pas non plus les effets à long terme de cette maladie sur le parcours de vie sanitaire d'un individu, sur son utilisation des services de santé, sur son parcours scolaire, etc. Des considérations similaires sont soulevées par l'augmentation des cas de diabète, ou par l'augmentation (en nombre absolu) des maladies liées de près au vieillissement de la population. Il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt, pour les politiques publiques,

<sup>10</sup> Voir « annexe 2 - maux et maladies »

d'une connaissance approfondie des déterminants des principales causes de mortalité : maladies cardiaques, cancers, maladies respiratoires. Il semble donc indispensable, dans le projet de l'ESSIL, de recueillir des informations spécifiques sur les maux, les maladies et les traumatismes qui affectent la population québécoise.

Nous avons déjà largement démontré dans ce rapport, nous semble-t-il, l'apport des études longitudinales de population sur une compréhension approfondie du phénomène de la maladie. Les enquêtes longitudinales et intégrées, comme l'ESSIL, peuvent approfondir notre compréhension de l'étiologie sociale, économique et psychologique des maladies, comme elles peuvent nous donner des indications précieuses sur les facteurs susceptibles de favoriser la résilience aux maladies. Les travaux de Marmot et ses collègues dans le projet de Whitehall I et II ont montré, parmi d'autres, que si les recherches longitudinales de population ne peuvent pas fournir une information aussi précise que les recherches cliniques sur les mécanismes biologiques qui conduisent à la maladie, elles ont par contre l'avantage d'attirer l'attention vers une variété de déterminants des maladies (avec Whitehall, les déterminants généralement admis des maladies cardio-vasculaires se sont considérablement diversifiés). Bref, elles élargissent le spectre analytique tout en permettant de mieux cibler les facteurs clés pour orienter les politiques de prévention.

En plus de demander aux répondants de déclarer s'ils souffrent ou non d'une série de maux ou de maladies, il existe d'autres indicateurs précieux associés de près à la morbidité ou à la susceptibilité et à la sensibilité d'un individu devant les « agressions » du monde extérieur sur son corps et sa santé. Ainsi, les traumatismes (accidents, tentatives de suicide), bien qu'ils ne soient pas à proprement parler des maladies, sont souvent source d'atteintes graves et durables à l'état de santé d'un individu, et parfois cause de mortalité. Pendant l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte, il s'agit d'une cause très importante de mortalité, surtout chez les garçons et les jeunes hommes. De plus, comme en témoigne le projet de l'EQSTREME, les accidents de travail représentent à eux seuls un enjeu social, économique et politique de premier plan.

Le nombre de journées d'alitement (obligation de garder le lit à cause d'un problème de santé) qu'un individu subi sur une certaine période de temps est aussi retenu comme indicateurs de « morbidité ». Cet indicateur est très intéressant dans la mesure où il est très économique – une seule question – mais surtout parce qu'il donne une indication précieuse sur la « fragilité » ou non d'un individu sur le plan sanitaire, fragilité qui est susceptible de se traduire par une plus grande vulnérabilité devant la maladie. À l'échelle d'une population, certains groupes sociaux ou certains « types d'individus » sont plus susceptibles que les autres d'être affectés par les infections, les microbes, les virus, les bactéries, etc., qui circulent dans l'environnement, et cette susceptibilité est elle-même étroitement liée aux inégalités sociales.

#### 4.2.2.1 Les maux et les maladies

Il existe plusieurs manières de recueillir l'information au sujet des maux et des maladies dont peuvent souffrir les répondants :

- On peut d'abord demander simplement au répondant s'il souffre ou non d'une série de problèmes de santé et de maladie. La liste de maux et de maladies peut varier considérablement, mais en temps questionnaire, l'opération est relativement peu coûteuse lorsqu'elle ne passe pas par la procuration – le répondant étant généralement peu hésitant sur ses propres problèmes de santé. Par contre, la liste de maladies et de maux doit être claire et compréhensible pour les répondants. Il est possible d'effectuer des regroupements, mais dans la mesure où ceux-ci convergent avec les représentations des répondants, et non simplement avec un classement scientifique ou analytique des maladies. Il faut éviter un trop grand regroupement de maladies et de maux – en quelques grandes catégories, cette stratégie pouvant finalement être plus coûteuse en termes de temps et de fiabilité des résultats parce que le répondant devra faire une opération mentale abstraite où on lui demande de classer sa maladie dans une catégorie générale.

Cette méthode offre plusieurs avantages. Surtout, elle permet de s'assurer qu'une grande variété de maladies et de problèmes de santé sera déclarée. Une question trop générale sur les maladies impliquerait une sous-déclaration de problèmes de santé moins graves, non menaçants pour la vie ou dont les symptômes sont plus discrets (par exemple, les maux de têtes sévères et fréquents). De plus, elle permet aussi de questionner certains maux qui ne sont pas nécessairement associés à un diagnostic médical (comme les allergies par exemple). Ainsi, cette méthode nous semble offrir un avantage comparatif par rapport à une méthode assez répandue qui consiste à ne demander que les maladies diagnostiquées par un professionnel de la santé (d'autant plus que la fréquentation des médecins spécialistes est particulièrement négligée entre les groupes sociaux). Le *Level of Living Survey* suédois et les enquêtes sociales et de santé de l'ISQ offrent des exemples de cette manière de faire.

- Une autre méthode répandue consiste à demander au répondant si un professionnel de la santé a déjà diagnostiqué chez lui un certain nombre de problèmes de santé. Le passage par le diagnostic du médecin est souvent perçu comme l'assurance d'une objectivité supérieure de l'information. De plus, les maladies diagnostiquées sont généralement plus graves que les maux et problèmes de santé non diagnostiqués (puisque elles impliquent le fardeau de la consultation). Enfin, l'avantage le plus important à considérer, dans l'optique de l'ESSIL, est que l'information sur les maladies diagnostiquées est plus susceptible d'être recueillie par procuration. Ces limites conduisent l'équipe de l'EQSTREME, lorsqu'il s'agit de questionner les répondants sur les maladies cardiovasculaires, à demander aux répondants des informations sur des symptômes de maladies cardiaques, et non seulement sur le diagnostic médical afin de ne pas sous-estimer la prévalence. Le PSID offre un exemple de cette approche.

- Enfin, certaines enquêtes ne demandent aux répondants que s'ils souffrent d'un problème de santé ou d'une maladie qui limite leurs activités quotidiennes normales (travail, famille, travaux ménagers, activités de loisir). Dans ce cas, l'intérêt n'est plus du côté de l'étiologie sociale, économique ou psychosociale des maladies, mais plutôt

du côté de la qualité de vie et de la santé fonctionnelle des répondants. Le PSBH belge offre un exemple de cette approche. Si cette manière de faire est très économique temps requis, elle est aussi très limitée au niveau de l'information et éventuellement de l'analyse. Généralement, les maux et maladies forment une partie de la section santé du questionnaire, les limitations d'activités et les incapacités une autre partie.

#### Proposition pour l'ESSIL :

- Puisque EQSTREME questionne les maux et les maladies à tous les 4 ans pour les 16-65 ans sur le marché du travail, et dans la mesure où le tronc commun de l'ESSIL ouvre la porte à une alternance biennale, nous proposons de questionner les maladies et les maux, en nous inspirant de la liste de maladies de EQSTREME. Pour les répondants de 16 à 65 ans sur le marché du travail, l'ESSIL pourrait se contenter de poser ces questions à tous les 4 ans, mais deux ans après une année d'EQSTREME. Ainsi, il serait possible d'obtenir une information longitudinale de qualité dans une optique relativement économique. Pour les 65 ans et plus, il faudrait poser ces questions aux deux ans. Pour les enfants, étant donné leur importance dans le contexte longitudinal, et tenant compte des études de cohortes britanniques et autres qui révèlent l'importance de la petite enfance pour l'histoire de santé d'un individu, nous proposons de poser annuellement quelques questions sur les maladies des enfants (avec courte liste de maladies inspirée de l'ELDEQ, de l'ELNEJ et de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents).

- Nous avons également choisi d'ajouter une question au sujet de la santé bucco-dentaire. Les retards du Québec en ce domaine, comparativement aux autres provinces canadiennes, notamment, méritent des explications approfondies. En plus de donner des informations sur cette facette de la santé, ces questions nous serviraient également à évaluer des besoins services de santé qui ne sont pas couverts par le Régime d'Assurance maladie du Québec. Le court bloc de questions sur la santé bucco-dentaire comprend une question sur les limites financières d'un individu pour obtenir les services d'un professionnel de la santé dentaire. Nous reviendrons plus loin sur cet enjeu.

#### Harmonisation avec EQSTREME<sup>11</sup>

Deux différences sont visibles entre les questionnaires de l'EQSTREME et celui de l'ESSIL pour la santé physique. L'une de ces divergences est, nous semble-t-il, de moindre importance dans la mesure où l'harmonisation ne semble pas poser de problèmes sérieux. Ainsi, étant donné la population plus diversifiée de l'ESSIL, surtout en terme d'âge, et considérant les différences au niveau des problématiques spécifiques de la santé dans les deux enquêtes, nous avons ajouté ou modifié un certain nombre d'éléments à la liste de maux et de maladies (nous avons séparé « asthme » des autres maladies

<sup>11</sup> Voir « annexe 3 - comparaison ESSIL - EQSTREME, maux et maladies »

respiratoires, nous avons ajouté « autre allergies » après allergies cutanées, et nous avons ajouté les éléments suivants : rhumatisme, périodes de confusion ou de pertes de mémoire fréquentes et importantes, épilepsie, trouble intestinaux, déficience mentale ou intellectuelle)

Par contre, un enjeu plus substantiel découle des différences entre ESSIL et EQSTREME quant à l'importance des problèmes de santé accordée aux troubles cardiaques, à l'hypertension et aux troubles musculo-squelettiques. Les maladies cardiaques occupent un pan entier du questionnaire de l'EQSTREME, où on demande aux répondants si un professionnel de la santé a déjà diagnostiqué chez eux un ensemble de problèmes cardiaques, et si les répondants présentent des symptômes de trouble cardiaque (douleur brusque dans la poitrine). Il sera impossible à l'ESSIL de consacrer un espace aussi important à ce problème dans la section santé du tronc commun. Dans l'optique propre à l'ESSIL, les maladies cardiaques ne sont qu'un des éléments dans la liste de maladies et de maux dont peuvent souffrir les répondants. Cette différence de méthode pose un problème de comparabilité des résultats entre les répondants actifs sur le marché du travail (qui répondent au questionnaire de l'EQSTREME) et les autres. Il serait assurément problématique d'avoir des résultats qui ne soient pas comparables entre ces deux groupes, ce qui limiterait grandement la qualité des données recueillies. Le même problème se pose au niveau des troubles musculo-squelettiques, qui occupent aussi un pan entier du questionnaire de l'EQSTREME, mais qui se réduisent à un seul élément dans une liste de maux et de maladie dans le questionnaire de l'ESSIL. Enfin, en ce qui concerne l'hypertension, l'enjeu concerne sa mesure. L'équipe de chercheurs de l'EQSTREME envisage de mesurer objectivement la tension artérielle des répondants. Dans le cas de l'ESSIL, nous demandons simplement si les répondants souffrent d'hypertension. Encore ici, les résultats ne seront pas comparables (ce problème concerne les éléments suivants de la liste de maladies et de maux proposés pour l'ESSIL : sérieux maux de dos ou de colonne, maladie cardiaque, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, hypertension).

- Il existe un certain nombre de solutions à ce problème. L'une d'elles, la plus réaliste semble-t-il, consiste à conserver « maladies cardiaques, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, sérieux maux de dos ou de colonnes » dans la liste des maux et des maladies auto-déclarées par les répondants, ce qui implique de les ajouter dans la liste de problèmes de santé à la section XXXX du questionnaire d'EQSTREME. Cette solution pose par contre le problème d'une redondance des questions pouvant agacer les répondants (au moment même où tout doit être mis en œuvre pour éviter l'attrition). Une autre solution consisterait à poser les mêmes questions qu'EQSTREME au sujet des troubles musculo-squelettiques et des troubles cardiaques aux répondants primaires non actifs sur le marché du travail. Par contre, cette solution est très coûteuse en temps et en espace questionnaire, et certaines de ces questions perdent une partie de leur intérêt en dehors du contexte des conditions de travail. Enfin, en ce qui concerne l'hypertension, il n'existe que deux solutions : demander à tous les répondants de l'échantillon primaire s'ils souffrent d'hypertension (même ceux pour qui il y aura une prise de tension, et

donc une information objective) ; ou opter pour une mesure objective de tension artérielle chez tous les répondants « primaires ».

#### 4.2.2.2 Les accidents <sup>12</sup>

Étant donné l'importance relative des accidents comme cause de mortalité et de morbidité pendant la première partie de la vie, et aussi parce que le questionnaire d'EQSTREME prévoyait des questions sur les accidents de travail, nous avons opté pour l'inclusion d'une question sur les accidents dans le volet santé de l'ESSIL. Pour formuler notre proposition, nous nous sommes d'abord inspiré de la question d'EQSTREME sur les accidents de travail, en tentant d'en élargir la portée pour connaître la prévalence des accidents en général, pour ensuite spécifier s'il s'agit d'un accident de travail. Cette question implique donc une harmonisation préalable avec l'équipe de l'EQSTREME, car dans le cas d'une entente sur cette formulation, cette information serait recueillie à bien peu de frais. Ainsi, ces questions ne seraient posées qu'à tous les 4 ans pour les 16-65 ans sur le marché du travail, en alternance avec EQSTREME, et à tous les 2 ans pour les répondants de 16 ans et plus non actifs sur le marché du travail. Pour les enfants et les jeunes de moins de 16 ans, nous proposons d'en faire une question biennale.

#### 4.2.2.3 L'alitement <sup>13</sup>

Ici, également, c'est la possibilité d'une harmonisation avec le questionnaire d'EQSTREME qui retient l'attention. Les incapacités temporaires ont des niveaux différents de gravités, qui peuvent aller d'une limitation temporaire à effectuer certaines activités jusqu'à l'obligation de garder le lit toute une journée. Le questionnaire de EQSTREME formule une question qui s'intéresse à un niveau intermédiaire d'intensité, et qui est axé sur le travail : on demande aux répondants s'ils ont manqué une ou plusieurs journées de travail pour des raisons de santé. Cela soulève évidemment un enjeu de comparabilité, dans la mesure où nous questionnerons également des non-travailleurs... De plus, un travailleur peut très bien être « alité » en dehors de ses journées de travail.

Nous proposons donc de questionner les répondants sur le niveau le plus élevé d'incapacités temporaires, à savoir l'obligation de garder le lit (alitement). Cette formulation a l'avantage d'être claire et surtout d'être applicable à des populations hétérogènes (au travail, au foyer, aux études, etc.). La formulation est tirée de l'enquête sociale et de santé 98.

Pour les répondants primaires, la question est annuelle. Elle est intégrée également dans le questionnaire par procuration sur une base biennale. Pour les enfants, nous proposons une fréquence biennale.

<sup>12</sup> Voir « Annexe 4 - comparaison ESSIL - EQSTREME, accidents »  
<sup>13</sup> Voir « Annexe 5 - Comparaison ESSIL - EQSTREME, alitements »

#### 4.2.3 Les incapacités et les limitations d'activités<sup>14</sup>

Depuis la publication au tout début des années 80 des travaux de Wood pour l'OMS sur cet enjeu (OMS, 1980), il est convenu de faire une distinction entre les niveaux biologiques ou fonctionnels (déficiences), fonctionnels (incapacité) et sociaux (handicap) de cette réalité. Dans le cadre d'une enquête comme l'ESSIL, c'est l'incapacité qui constitue l'information cruciale à recueillir. Nous n'aurons que très peu d'information sur des déficiences qui ne se traduiraient pas en incapacités (sinon par certaines maladies déclarées). Quant aux handicaps, ce sera à l'analyse de montrer comment une incapacité, soit une limite à fonctionner normalement dans l'environnement physique et social, peut se traduire par un processus handicapant ou désavantageant, c'est-à-dire par l'impossibilité, pour un individu, de jouer un rôle social considéré comme normal. Si l'incapacité est la réalité qui doit être « mesurée », nous verrons que c'est généralement par le biais des limitations des activités quotidiennes qu'il est saisi et mesuré. Le fait qu'un individu soit sourd, par exemple, n'intéresse pas au premier chef l'ESSIL si un appareil lui permet d'entendre et de fonctionner normalement dans la vie sociale. Par contre, si cette surdité se traduit par une limitation des activités, et qu'en fin de compte elle conduit à l'incapacité de trouver du travail ou à l'isolement social, alors elle acquiert une importance décisive.

La question des incapacités est un enjeu majeur dans la section santé de l'ESSIL. En effet, c'est par cet indicateur que l'on peut mesurer les effets des maladies sur la vie quotidienne des « malades ». C'est aussi par le biais des incapacités et des limitations d'activités que l'on peut mesurer l'effet progressif du vieillissement sur un individu. De plus, c'est à travers ce même indicateur que l'on peut identifier les répondants dont l'état de santé nécessite une aide spéciale ou une assistance. L'enjeu est capital en ce qui concerne les personnes âgées. En effet, au-dessus d'un certain âge, la morbidité perd son effet discriminant et devient un assez piètre indicateur de santé. En effet, nombre de personnes âgées cumulent plusieurs maux ou maladies, mais cela ne nous permet pas d'établir leur état de santé comparatif. Ce sont les incapacités et les limitations de la vie quotidienne, et surtout leur ampleur, qui permettent le mieux de cerner l'état de santé des personnes âgées. Enfin, certains indicateurs globaux de santé dépendent d'une connaissance des incapacités, comme l'espérance de vie en bonne santé.

Dans l'optique qui est la nôtre, il faut également insister sur le fait que les incapacités ne sont pas seulement l'effet naturel du vieillissement ni le résultat automatique d'une déficience ; elles sont également le reflet des inégalités sociales. L'Enquête québécoise sur les Limitations d'activités (1998) conclut que les personnes avec des incapacités ont globalement un profil socioéconomique défavorable, une scolarité moins élevée, des revenus plus faibles, et qu'elles sont plus souvent sans-emploi. Par ailleurs, les personnes qui ont des incapacités modérées ou graves ont un revenu moindre que celle ayant des incapacités légères. Enfin, les ménages avec au moins un enfant comportant des incapacités ont des conditions socioéconomiques moins favorables, un revenu plus faible et ce sont plus souvent des familles monoparentales. Mais seule une enquête longitudinale comme l'ESSIL permettra de préciser le sens de ces relations observées.

<sup>14</sup> Voir « Annexe 6 - Incapacité et limitation d'activités »

Enfin, il faut insister sur le caractère dynamique des incapacités et des limitations d'activités, caractère généralement sous-estimé, sinon méconnu. Des analyses fondées sur les données du BHPS ont déjà attiré l'attention, en Grande Bretagne, sur la dynamique des incapacités pour la population en âge de travailler (Burchardt, 2000). Des données transversales, en Grande Bretagne, estimaient à 10 % la proportion de personnes en âge de travailler souffrant d'incapacités, parmi laquelle près de 75 % seraient engagées dans des trajectoires d'incapacités à longs termes. L'utilisation des données longitudinales du BHPS donne une tout autre image du phénomène : sur une période de 7 ans, si près de 25 % des répondants souffrent à au moins une reprise d'une incapacité, seulement 10 % déclareront souffrir d'une incapacité à chacune des années. Les données transversales sous-estiment le nombre de personnes qui, à un moment ou un autre, souffriront d'incapacités, mais inversement, elles surestiment lourdement la proportion de ces incapacités qui perdurent. Enfin, l'analyse des données du BHPS éclaire également une trajectoire d'incapacités qui accompagne souvent les problèmes de santé mentale, les incapacités intermittentes. Un nombre appréciable de répondants souffrira d'incapacités à plusieurs reprises pendant les 7 années à l'étude, sans pour autant que la présence d'incapacités soit continue. Cette analyse attire l'attention vers l'apport spécifique des enquêtes de panel pour explorer dans une perspective dynamique les trajectoires de santé des individus. Plus fondamentalement, les résultats de cette analyse remettent implicitement en question la pertinence d'une distinction binaire entre aptes et inaptes au travail. Ce qui fait dire à l'auteur : « *policies which fail to distinguish between the different trajectories which disabled people follow are unlikely to be successful* » (Burchardt, 2000, p. 26)

La mesure des incapacités soulève des défis de taille, surtout dans un contexte comme l'ESSIL où l'information doit être recueillie avec une économie de moyens considérable. Voici quelques indicateurs de santé utilisés pour mesurer cette réalité. À la suite de ce bref aperçu, nous enchaînerons avec la proposition pour l'ESSIL. Mais avant de débiter, il faut faire un certain nombre de précisions. Pour fournir des données de qualité sur les incapacités et les limitations d'activités, nous ne pouvons pas uniquement retracer leur prévalence, il faut aussi être en mesure d'évaluer leur niveau de gravité. Par exemple, au Québec, selon l'Enquête sociale et de santé 98, il y a une tendance à la hausse au niveau des incapacités, tendance qui est due en partie au vieillissement de la population. Par contre, même en annulant l'effet du vieillissement, les incapacités augmentent depuis 1998 (en annulant l'effet du vieillissement, la proportion est passée de 11 % en 87 à 15 % en 98). Par ailleurs, ce sont les incapacités légères qui augmentent, alors que les incapacités lourdes demeurent stables sur la même période. La capacité de distinguer les incapacités légères des incapacités lourdes est donc fondamentale. On imagine aisément que sans cette distinction, les résultats de l'enquête auraient eu une allure catastrophique, et cela aurait favorisé par le fait même une approche alarmiste du problème.

### La mesure des incapacités et des limitations d'activités

Nous passerons ici en revue trois indicateurs utilisés largement pour mesurer l'effet des maladies ou du vieillissement. Il ne s'agit pas à proprement parler d'indicateurs d'incapacité, mais d'indicateurs généraux de santé qui accordent une place importante à la dimension fonctionnelle de la santé. Ces indicateurs sont utilisés pour connaître l'état fonctionnel des répondants, avec une attention particulière pour les atteintes à leurs activités quotidiennes et à leur qualité de vie. Ainsi, ces indicateurs nous semblent en mesure de donner une image relativement précise de la manière dont peuvent se matérialiser des incapacités (qu'elles soient causées par la maladie ou par le vieillissement) dans la vie quotidienne et le bien-être des individus. Dans une enquête comme l'ESSIL, c'est cette traduction dans la vie quotidienne qui prime.

#### Le Health Utility Index :

Le health utility index, développé par le McMaster Health Utility Group, est certainement l'un des indices de santé fonctionnelle le plus analysés au Québec, dans la mesure où cet indicateur qui est inclus dans l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités et dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de statistique Canada. Par le fait même, beaucoup de recherches se fondent sur lui. Par contre, il est particulièrement volumineux : il est subdivisé en huit dimensions – vue, ouïe, parole, mobilité, dextérité, état émotif (sentiments), pensée-mémoire, et douleur – qui comportent chacune 5 ou 6 questions. C'est un indicateur de la santé fonctionnelle complet, et qui permet de faire un nombre impressionnant de distinction entre différents états de santé fonctionnelle. Évidemment, son ampleur en terme de questions empêche de l'inclure dans l'ESSIL.

#### Le SF-36

Le SF-36, ou plus précisément le Medical Outcome Study 36-items Short Form, est une mesure générique de la santé qui évalue à la fois le statut fonctionnel et le bien-être, et ce, tant sur les plans physiques que mentale. Il se compose de 8 dimensions : le fonctionnement physique, les limitations de rôle dues à des problèmes de santé, la douleur, l'état de santé général, la vitalité (énergie), le fonctionnement social, les limitations de rôle dues à des problèmes psychologiques ou émotionnels, et la santé mentale (détresse/bien-être psychologique). Cette option ouvre la voie à une grande comparabilité internationale ainsi qu'à un indicateur largement validé dans une multitude de contextes. Cet indicateur a d'ailleurs été (et est) utilisé dans des contextes longitudinaux, et il s'est révélé en mesure de saisir avec finesse l'évolution des situations dans le temps. On le retrouve en particulier dans Whitehall II, dans le BHPS et dans le HILDA. Il a déjà été utilisé pour mesurer l'effet du vieillissement (Martikainen et al, 1999). À l'intérieur du SF-36, une section s'intéresse spécifiquement aux limitations d'activités : on questionne alors les répondants sur 10 activités de la vie quotidienne, leur demandant s'ils sont fortement, un peu ou pas du tout limités dans leur capacité de les exécuter. Relativement brève, cette section nous a semblé très attrayante par son caractère synthétique et la clarté des questions.

Par ailleurs, en considérant le plan de rotation biennale du tronc commun de l'ESSIL, cet indicateur devient assez peu malléable. De plus, le SF-36 est centré sur les aspects les plus subjectifs de la santé (à l'exception des limitations d'activités). Il ne donne que peu d'indications sur les aspects plus objectifs (ou plus précisément, moins sujet à être influencé par l'interprétation individuelle) de cette dernière, ce qui en limite tout de même la portée. Il demeure indispensable de connaître, par exemple, les maladies ou le nombre de journées d'hospitalisation des répondants. C'est pourquoi le BHPS accompagne le SF-36 d'une série d'autres indicateurs plus « durs » comme la morbidité.

#### L'EQ-5D.

L'EQ-5D est lui aussi un indicateur générique de l'état de santé, développé par le groupe EuroQol regroupant dans un même réseau un ensemble de chercheurs européens. Il s'attarde sur 5 dimensions de l'état de santé : la mobilité (capacité de marcher), les soins personnels (s'habiller, se laver), les activités quotidiennes (travail, famille, étude, loisir...), la douleur et l'anxiété. C'est un indicateur synthétique très bref qui donne un portrait général de la santé, et en tout premier lieu de la santé fonctionnelle. L'indicateur a été validé dans des enquêtes de population en Grande Bretagne (Kind et al., 1998) et au Canada (Berthelot et al., 2000). Dans les deux cas, il s'est révélé sensible aux différences de santé en fonction de l'âge, du sexe, de la classe sociale, du niveau d'éducation, de la position économique et de certaines habitudes de vie. Bref, l'indicateur est en mesure de montrer les variations de l'état de santé dans une population. De plus, les résultats de cet indicateur étaient comparables à ceux d'autres indicateurs génériques de santé largement utilisés. Bref, tout porte à croire qu'il s'agit d'un indicateur valide de la santé de la population.

Son intérêt pour l'ESSIL tient bien sûr dans sa brièveté. C'est un indicateur qui ne comporte que 5 questions. L'EQ-5D a aussi l'avantage d'illustrer certains aspects essentiels de la santé fonctionnelle susceptibles d'être affectée tant par les maladies que par le processus du vieillissement : les atteintes à la capacité d'effectuer soi-même ses soins corporels, la réduction de la mobilité, l'expérience de la douleur, ou, plus largement, les limitations des activités de la vie quotidienne. Enfin, et cela est capital, il permet une qualification des incapacités ou des limitations d'activités, puisque pour chaque élément, les répondants doivent évaluer l'ampleur des atteintes attribuables à leur état de santé pour chacun des aspects de l'indicateur.

D'autres portes d'entrée existent pour analyser les incapacités et les limitations d'activités. L'une d'elle, que l'on retrouve dans le questionnaire de l'Enquête sociale et de santé 1998 et dans l'ENSP consiste à demander aux répondants s'ils sont limités dans une série de domaines spécifiques de la vie sociale : à la maison, à l'école ou au travail ; dans les loisirs, dans les transports. Par contre, cette méthode ne permet pas tant de qualifier les incapacités ou les limitations que de les situer dans les sphères de la vie sociale des répondants.

La perte d'indépendance et le besoin d'aide pour mener à bien les activités quotidiennes sont également fréquemment mesurés, et cette fois il s'agit d'une dimension

discriminante qui permet tout à la fois de mesurer l'ampleur des incapacités dans la vie quotidienne et le besoin d'une aide ou de services spécialisés chez les répondants. En ce cas, il faudra harmoniser nos questions avec celles proposées par Johanne Charbonneau et Martin Turcotte sur le recourt à une aide en cas de maladie (volet événementiel de l'ESSIL). Ces questions pourraient éventuellement être déplacées vers le volet limitations d'activités, où elles seraient encore plus pertinentes (puisqu'elles la maladie, même grave, n'implique pas nécessairement le recourt à une aide, alors que sous l'angle des limitations d'activités, même sans maladies, le recourt à une aide est presque obligé).

#### Proposition pour l'ESSIL

Pour le questionnaire de l'ESSIL, nous proposons deux portes d'entrée vers une section du questionnaire qui porte sur les incapacités et les limitations d'activités. L'une d'elle est une question générale tirée de Santé Québec, et qui demande simplement au répondant s'il est limité d'une manière ou d'une autre dans ses activités quotidiennes. Cette question sert de question filtre pour la section sur les incapacités. Pour ceux qui disent être limités, le problème à l'origine est également demandé. L'autre porte d'entrée, plus « démographique » consiste à demander à tous les répondants de 65 ans et plus de répondre à cette section – voulant être sûr de bien mesurer le phénomène du vieillissement. Si nous avons placé la « barre » à 65 ans, c'est que nous ne voulions pas augmenter le fardeau des répondants sur le marché du travail. Inversement, c'est cette même logique qui nous a conduits à inclure deux indicateurs d'incapacité pour les personnes de 65 ans et plus, qui pour la plupart n'auront pas le fardeau des questions sur le travail et qui auront souvent une situation de revenu plus simple.

Cette section comporte deux indicateurs, l'un étant l'EQ-5D, l'autre explorant le besoin d'aide (ou la perte d'indépendance ou d'autonomie). Pour les 65 ans et plus, l'EQ-5D constitue également un filtre pour la section sur le besoin d'aide : les répondants qui ne mentionneront aucune limitation dans l'EQ-5D ne seront pas questionnés sur le besoin d'aide.

En ce qui concerne la procuration, nous conservons la question générale sur les limitations d'activités, la sous-question sur le problème à l'origine des limitations et, dans le cas où une limitation est déclarée, la série de questions sur le besoin d'aide.

Pour les enfants, nous ne conservons que la question générale sur les limitations d'activités. Cependant, nous avons transformé les choix de réponses en vue de permettre une qualification de la lourdeur des limitations (le répondant devra dire si l'enfant est très limité, un peu limité ou pas limité du tout dans ses activités quotidiennes)

Mentionnons enfin qu'il existe, bien entendu, des incapacités qui sont entraînées par des problèmes de santé mentale. Pour cette dimension spécifique, si l'EQ-5D nous semble un assez piètre indicateur, le GHQ (General Health Questionnaire) qu'Aline Drapeau et ses collaborateurs proposaient d'intégrer dans l'ESSIL a été utilisé avec succès comme indicateurs d'incapacités dues à un problème de santé mentale dans des analyses effectuées avec les données du BHPS (Burchardt, 2000).

#### 4.2.4 Les services de santé<sup>15</sup>

Le recours aux soins de santé forme une dimension presque toujours incluse dans la section santé des questionnaires d'enquêtes de population. D'abord, cette situation s'explique par le fait que l'accès aux soins est un des déterminants de la santé. Mais aussi, cet indicateur permet d'évaluer l'accessibilité de différents groupes sociaux aux services de santé. Dans une société comme le Québec qui s'est doté d'un système de soins de santé universel fondé en grande partie sur la gratuité, l'équité dans l'accès devient une préoccupation importante. Si on peut définir l'accès, dans la foulée de l'Institut de médecine des États-Unis, par « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé » (Leclerc et al., 2000, p. 403) l'équité sera à chercher dans la manière dont se répartit cet accès dans la société. En d'autres termes, l'équité implique que « le niveau et le type de services utilisés doivent dépendre avant tout des besoins de la personne et non pas de ses caractéristiques personnelles et de ses conditions sociales » (ISQ, 2000, p. 387).

Si le Québec et le Canada occupent une position avantageuse en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, des iniquités demeurent entre les classes sociales. Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 98 sont à cet égard éloquentes. Si les personnes pauvres et très pauvres ont proportionnellement plus de problèmes de santé et de maladies, le recours aux médecins (généralistes et spécialistes) n'est pas statistiquement plus élevé dans ces groupes. De plus, selon des études canadiennes, il semble que, « à santé égale », les gens à faibles revenus seront moins susceptibles d'utiliser des services médicaux que les individus appartenant aux autres groupes de revenus (Birch et Eyles 1992, Dunlop et al., 2000). Les deux autres enquêtes sociales et de santé avaient pourtant révélé une relation inverse entre l'utilisation des services de santé couverts par l'assurance maladie et le revenu.

##### 4.2.4.1 La mesure de l'utilisation des services de santé

La mesure de l'utilisation des services de santé est une opération délicate. Il semble que les répondants n'aient pas toujours bien en mémoire leur propre fréquentation des services de professionnels de la santé. Par exemple, dans l'Enquête sociale et de santé de l'ISQ de 1998, on a décelé la présence d'un biais de rappel. Précisons que dans le cas de cette enquête, le recours à la cueillette d'informations par procuration alourdissait la possibilité de biais. Par ailleurs, la stratégie de l'enquête pour réduire ce biais de rappel consistait à recueillir l'information pour les deux dernières semaines précédant l'entrevue. Comme l'ESSIL est une enquête longitudinale, et que par conséquent les trajectoires individuelles prennent toutes leur importance, la période de référence de deux semaines nous a semblé très restreinte. En effet, devant l'importance de ces parcours de vie, il nous a paru important, pour les répondants primaires, d'avoir une idée de leur

<sup>15</sup> Pour cette section, seuls les coûts privés de santé présentent un réel défi en terme de définition ou de sélection des questions pertinentes. En ce qui concerne l'utilisation des services de santé et l'hospitalisation, les questions sont largement concordantes d'une enquête à l'autre. Pour la difficile questions des coûts, voir «Annexe 7 Coûts de santé »

fréquentation des services de santé sur une base annuelle. Par contre, devant l'élargissement de la période de référence, nous avons renoncé à inclure cette question dans le questionnaire par procuration sur les autres membres du ménage.

- Pour l'ESSIL, nous suggérons de reprendre une question du PSBH belge, validée pour une période de référence de 12 mois. Quant aux choix de réponses, et pour correspondre de près à la réalité québécoise, nous nous sommes inspirés de l'Enquête sociale et de santé 98. Dans ces choix de réponses, nous devons être attentif à certains grands clivages : médecins spécialistes/médecins généralistes, professionnels dont les frais sont couverts par le régime public d'assurance maladie/professionnels dont les frais sont couverts par le régime public d'assurance médecine « traditionnelle »/médecine alternative. Ces grandes divisions permettront de repérer l'usage social différencié des services de santé entre les classes sociales ou les groupes d'individus.
- Nous suggérons de questionner les répondants primaires sur une base biennale.
- Quant aux enfants, nous avons repris une question de l'ÉLDEQ que nous proposons sur une base biennale.

##### 4.2.4.2 L'hospitalisation

L'hospitalisation pour un problème de santé est également un indicateur précieux d'atteinte à l'état de santé. Elle a le grand avantage d'être un indicateur « dur », assez éloigné de l'univers des perceptions et des valeurs des individus et très près d'une information purement factuelle. Elle indique généralement des problèmes de santé qui ont un certain niveau de gravité. Enfin, l'information peut aisément être recueillie par procuration, puisqu'un épisode d'hospitalisation sera généralement connu par les autres membres du ménage, et suffisamment marquants pour qu'ils puissent s'en souvenir.

Le nombre de journées d'hospitalisation est un indicateur qui se situe à mi-chemin entre la morbidité et l'utilisation des services de santé. Sous l'angle de la morbidité, l'indicateur fournit une information sur tous les individus ayant eu à passer au moins une nuit à l'hôpital en raison de problèmes de santé au cours de l'année. C'est donc un indicateur très général de morbidité qui ne fait que révéler, de manière large, la présence d'un problème de santé suffisamment grave pour impliquer une hospitalisation (à l'exception des accouchements). À ce titre, les membres des sociétés québécoises et canadiennes sont diversement appelées à être hospitalisés dans leur vie, non seulement à cause d'écart d'âge et d'état de santé, mais également en fonction du statut socio-économique. Au Québec, « les personnes les plus faiblement scolarisées sont davantage hospitalisées que celles qui bénéficient d'une scolarité relative plus élevée (...) tout comme celles classées très pauvres et pauvres comparativement aux personnes appartenant aux niveaux de revenu moyens supérieurs et supérieurs » (ISQ, 2000, p. 412). Le taux d'hospitalisation tend d'ailleurs à se distribuer selon un gradient<sup>16</sup>. Nous

<sup>16</sup> Mentionnons que les écarts observés entre les sexes dépendent largement des accouchements

avons déjà indiqué que, selon des résultats de l'ÉLDEQ, les poupons de 5 mois sont déjà inégalement confrontés à la possibilité d'une hospitalisation. Enfin, des données canadiennes de l'Enquête nationale sur la santé de la population (94-95) montrent qu'« en général, la proportion des personnes hospitalisées est inversement liée au niveau de revenu » (Wilkins et Park, 1997). D'autres recherches canadiennes attestent qu'en ce qui concerne l'hospitalisation, « la faiblesse de revenu est un facteur déterminant presque aussi important que la maladie » (tiré de Wilkins et Park, 1997). Les auteurs font référence aux études suivantes : Brown et Goel, 1994 et Béland, Philibert, Thoeuz et al., 1990).

- Pour mesurer les hospitalisations, nous avons repris une question de l'Enquête sociale et de santé 98, qui en plus d'être simple et claire, s'est avérée très fiable malgré le recours à la réponse par procuration. Ainsi, « lorsque l'on compare les données de l'enquête à celles du fichier MED-ÉCHO en tenant compte du nombre de personnes hospitalisées et de l'ensemble des raisons d'hospitalisations, on constate que la mesure du recours à l'hospitalisation déclaré correspond presque parfaitement à celle du recours observé dans le fichier (6,4 % contre 6,5 %) » (ISQ, 2000, p. 411). C'est ce qui nous pousse à inclure cet indicateur dans le questionnaire par procuration.
- Nous proposons donc que cette question soit posée à une fréquence annuelle pour les répondants primaires, et par procuration pour les répondants secondaires et les enfants.

#### 4.2.4.3 Coûts et assurance privée de santé

À la suggestion de A.-P. Contandriopoulos, nous avons intégré un certain nombre de questions visant à identifier les individus confrontés à des limites financières compromettant leur accès à certains services de santé. En effet, à l'exception des services couverts par le régime public de services sociaux et de santé du Québec, l'accessibilité à certains professionnels est largement conditionnée par la capacité financière des ménages. De plus, même pour les services couverts, il existe des frais de transport, de nourriture, etc.

On peut mesurer ces limites directement, en demandant aux répondants s'ils ont renoncé à l'utilisation de services de santé à cause des coûts qui y étaient associés. Elle peut également être mesurée indirectement en questionnant les répondants sur leur accès à une assurance privée de santé qui couvre en partie ou en totalité les frais des services de santé non couverts par la régie de l'assurance maladie. Mentionnons ici que A.-P. Contandriopoulos a fait une suggestion d'indicateur des coûts de santé que nous avons joint en annexe 7.

En ce qui concerne l'assurance privée de santé, nous suggérons l'utilisation d'une question du BHPS qui permet de savoir non seulement si une assurance privée de santé est accessible au répondant, mais aussi si cette assurance est dérivée en son propre nom ou au nom d'un autre membre du ménage. Cette information pourrait s'avérer pertinente en cas de rupture d'union, par exemple. Quant aux services dont les frais sont couverts

par l'assurance, encore ici pour être au plus près de la réalité québécoise, nous reprenons les catégories du questionnaire de l'Enquête sociale et de santé 98.

Quant aux limitations financières à proprement parler, la réalité est plus difficile à cerner. Une option était de reprendre les questions de l'ENSP, où il est demandé si les répondants ont renoncé à des soins de santé alors qu'ils pensaient en avoir besoin. Ensuite, les répondants doivent préciser la raison de ce renoncement, parmi lesquels figurent les coûts. Le questionnaire de Statistique Canada reprenait la même formule pour les soins dentaires et les soins d'un optométriste. Cette stratégie de cueillette s'avère par contre coûteuse en nombre de questions. En nous inspirant du LNU suédois, nous avons plutôt choisi de considérer les soins dentaires comme une indication des limites d'accès à des professionnels de la santé dont les coûts sont directement à la charge des individus. À la suite d'une question sur la santé dentaire, il est alors directement demandé si le répondant a renoncé à faire appel aux services d'un dentiste en raison des coûts engendrés. Bien que largement incomplète, nous croyons que cette information sera suffisamment discriminante pour identifier des accès différents aux services de professionnels de la santé non couverts par le régime public d'assurance-maladie. Couplés aux informations sur l'utilisation des services de santé et sur l'accès à une assurance privée, nous serons en mesure de tracer des trajectoires différentes des individus à l'intérieur ou aux marges du système de soins de santé.

### 4.3 QUELQUES INDICATEURS CONCERNANT LES MÉCANISMES MÉDIATEURS.

#### 4.3.1 Les habitudes de vie en lien avec la santé<sup>17</sup>

Nous avons déjà justifié plus haut l'intérêt de tenir compte de ces habitudes de vie et leur importance éventuelle dans les analyses qui seront produites à l'aide des données de l'ESSIL. En plus du fait que ces habitudes de vie ont leur importance en elles-mêmes, les analyses qui seront effectuées sur les déterminants sociaux de la santé devront tenir compte de l'effet de ces facteurs comme variables confondantes.

#### La mesure des habitudes de vie

Les questions du QAA de l'EQSTREME conviennent très bien en ce qui concerne la consommation d'alcool, de cigarette, le sommeil, et la consommation de médicaments (avec un ajustement mineur). Par contre, d'autres dimensions méritent discussion.

L'équipe d'EQSTREME propose de recueillir le poids, la taille et, pour les hommes, le tour de taille, par des mesures objectives (pèse-personne, galon à mesurer). Comme pour la tension artérielle dont il a été question précédemment, l'alternative est simple : questionner tous les répondants sur leur poids et leur taille, ou mesurés et peser tous les répondants. Il faut simplement éviter d'obtenir des informations qui ne seront pas comparables entre les travailleurs et les non-travailleurs.

<sup>17</sup> Parmi ces habitudes de vie, seule l'activité physique de loisir marque un décalage par rapport au questionnaire d'EQSTREME. Voir « Annexe 8 : comparaison ESSIL – EQSTREME, activité physique. »

En ce qui concerne la pratique d'une activité physique de loisir, le questionnaire d'EQSTREME reprend une question utilisée par l'Institut de la Statistique du Québec dans les « Enquêtes sociales et de santé ». Cette question a été développée par G. Godin de l'Université Laval, à la fin des années 70. Elle reflète des préoccupations du début des années 80 au sujet de l'activité physique de loisir, plus près d'une attention au sujet de l'activité physique à intensité modérée ou élevée. Par ailleurs, les personnes faisant des activités physiques légères (promener son chien, marche rapide, jouer aux quilles) ne se reconnaissent pas dans cette question, et n'ont pas tendance à y répondre de manière positive.

Autre enjeu de taille, la question des activités physiques (surtout de loisir) est très lourdement influencée par le cycle des saisons (l'été étant le moment le plus propice à l'activité, et inversement, l'hiver étant associé à une plus grande sédentarité). La question utilisée dans l'enquête sociale et de santé a été validée pour 3 mois et pour 6 mois et non pour 12 mois. Dans le contexte longitudinal qui est le nôtre, l'évolution des parcours individuels au sujet de l'activité physique acquiert une certaine importance, et on ne peut donc pas simplement s'en remettre à des moyennes générales pour déjouer l'effet des saisons (est-ce que X a diminué ses activités physiques parce qu'il a vécu l'arrivée d'un nouvel enfant ou parce qu'on le questionne en hiver plutôt qu'en été ?).

B. Nolin, de l'INSPQ, a développé un indicateur de l'activité physique qui est actuellement en cours de validation dans une recherche clinique. À l'intérieur de celui-ci, nous retrouvons une question sur l'activité physique de loisir qui vise précisément à éviter ces deux désavantages : la surévaluation de la sédentarité et le biais saisonnier. La question demande aux répondants, pour chacune des saisons, s'ils pratiquent une activité physique de loisir régulièrement, occasionnellement ou rarement (ou jamais). De plus, pour éviter une surévaluation de la sédentarité, la formulation de la question fait explicitement référence à des activités physiques légères et à des activités qui ne sont pas nécessairement associées aux sports et à l'entraînement physique (ex : activités de plein air, danse, marche).

#### **Nous proposons donc, pour l'ESSIL :**

- D'alterner avec EQSTREME, pour les travailleurs, les questions au sujet de la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments et sur le sommeil, de manière à obtenir une information biennale. En ce qui concerne les « inactifs », il s'agira de les questionner sur une base biennale.
- D'uniformiser, avec EQSTREME, le mode de cueillette du poids et de la taille (déclaré par le répondant ou mesuré à l'aide d'un gallon et d'un pese-personne).
- En ce qui concerne la pratique d'une activité physique de loisir, privilégier la formulation proposée par B. Nolin à la question des Enquêtes sociales et de santé retenue par l'équipe de l'EQSTREME.

4.3.2 Alimentation et insécurité alimentaire<sup>18</sup>

Nous n'avons pas intégré l'alimentation à l'intérieur des habitudes de vie dont se préoccupe l'ESSIL. Généralement, dans les grandes enquêtes, cette réalité est saisie par des questions visant à auto-évaluer, entre autres, la fréquence de consommation de fruits et de légumes frais, fibres, etc. Cette méthode comporte un biais de rappel important qui tend systématiquement à surévaluer positivement les pratiques alimentaires. La mesure la plus fiable, mais la moins réaliste pour le projet de l'ESSIL, est un journal alimentaire. Ce dernier serait vraisemblablement trop coûteux. Pour l'instant, nous avons donc abandonné la mesure directe de l'alimentation. L'indice de masse corporelle (IMC) sera l'indicateur indirect de l'alimentation en tant qu'habitude de vie. Bien que le poids des individus ait une composante bio-génétique, il est également très fortement influencé par l'alimentation et la pratique d'activités physiques. De plus, dans une perspective longitudinale, ce sont les transformations de l'IMC et ses déterminants qui nous intéressent.

Par contre, le rapport qui s'établit entre les conditions d'existence et l'alimentation a connu un regain d'intérêt depuis quelques années. De plus en plus de recherches portent sur l'insécurité alimentaire, voulant rendre compte d'une « facette alimentaire » de l'expérience de la pauvreté en s'adaptant au contexte des sociétés industrielles avancées où la faim, bien qu'elle existe, n'est pas très répandue et ne peut pas être la seule dimension retenue pour illustrer le phénomène de la privation alimentaire. Selon la *Life Sciences Research Office of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, l'insécurité alimentaire correspond à « toute situation où l'approvisionnement en aliments nutritionnellement appropriés et sûrs pour la santé est déficient ou lorsque la capacité d'acheter des aliments acceptables par des moyens socialement acceptables est limitée ou incertaine » (cette information est tirée du texte de Cite et Chen, 2001). En d'autres termes, si l'insécurité alimentaire comprend la privation et le manque de nourriture, elle intègre également d'autres dimensions comme l'anxiété devant la capacité de renouveler les ressources alimentaires d'un ménage ou la monotonie (pour des raisons financières) du régime alimentaire.

Bien que l'insécurité alimentaire constitue une facette de l'expérience de la pauvreté, elle révèle toutefois une expérience irréductible à d'autres indicateurs classiques de pauvreté. Ainsi, si toutes les données que nous avons consultées montrent une association étroite entre la pauvreté et l'insécurité alimentaire, aucune n'établit une relation univoque entre les deux phénomènes. Une recherche américaine sur la répartition géographique de l'insécurité alimentaire (Nord et al., 1999) a révélé des phénomènes étonnants. Si, de manière générale, le taux de pauvreté d'un état est étroitement associé à son taux d'insécurité alimentaire, il existe tout de même des exceptions notables. Le Kentucky et le Sud Dakota sont des états où le taux de pauvreté est significativement plus élevé que la moyenne nationale alors que leur taux d'insécurité alimentaire est au-dessous de la moyenne américaine. À l'inverse, les états de Washington et de l'Oregon ont un niveau de pauvreté de plus de 2 pour cent inférieur à la moyenne nationale alors que leur taux d'insécurité alimentaire est bien au-dessus de la moyenne américaine. Dans une même foulée, d'autres chercheurs américains ont montré que si l'insécurité alimentaire était plus fréquente dans les ménages pauvres, moins scolarisés, non-propriétaires de leur logement (etc.), il n'en demeure pas moins que 40 pour cent des ménages en situation d'insécurité

<sup>18</sup> Voir « Annexe 9 - Insécurité alimentaire »

alimentaire ne sont pas des ménages pauvres et seulement 10 pour cent des ménages pauvres affrontent une expérience d'insécurité alimentaire. Par conséquent, si les indicateurs d'insécurité alimentaire entendent mesurer une facette de la pauvreté, cette facette présente son autonomie propre par rapport à des indicateurs purement monétaires de pauvreté. Enfin, des recherches longitudinales (Miller et al., 1994) et qualitatives (Hamelin et al., 2002) ont attiré l'attention sur l'aspect dynamique du phénomène, sur l'importance de la prise en compte des différents patterns de pauvreté et sur la relation entre l'insécurité alimentaire et le sentiment d'une profonde perte de contrôle sur sa destinée.

Trois dimensions de l'insécurité alimentaire ont été introduites dans l'Enquête sociale et de santé 98 : la monotonie du régime alimentaire, la restriction de l'apport alimentaire et l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants (par manque de ressources) (Dubois et autres, 2000). Dans l'ENSP 1998-99, le phénomène est mesuré de manière graduelle, en trois étapes : l'inquiétude devant un manque éventuel d'argent pour la nourriture, les restrictions au niveau de la qualité et de la variété de l'alimentation (monotonie) et, enfin, le manque de nourriture (privation). Dans cette dernière enquête, représentative de la population canadienne, environ 1 personne sur 10 est en situation d'insécurité alimentaire, et si on exclu les personnes qui se sont « seulement » inquiétées du manque de nourriture sans pour autant être forcées à modifier concrètement leur régime alimentaire, la proportion s'élève tout de même à 8 % de la population. Il faut également mentionner que ces données tendent à sous-estimer légèrement le phénomène puisque les populations les plus susceptibles d'être touchées - les sans-abri ou les individus vivant clandestinement sur le territoire par exemple - ne sont généralement pas pris en compte par ce type d'enquête. Si les données de Statistique Canada révèlent elles aussi que l'insécurité alimentaire est associée à la pauvreté, il n'en demeure pas moins qu'environ 14 % des ménages en situation d'insécurité alimentaire touchent un revenu moyen et plus de 3 % un revenu moyen-supérieur ou supérieur.

Enfin, les indices d'insécurité alimentaire sont associés à certains indicateurs de santé. Tant l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada que L'Enquête sociale et de santé 1998 de l'ISO associent l'indice d'insécurité alimentaire à des problèmes de santé. Selon l'enquête de Statistique Canada, « Une telle insécurité est liée de façon significative à un état de santé passable ou mauvais, à l'existence de problèmes de santé chronique multiples, à l'obésité, au sentiment de détresse et de dépression » (CHE et CHEN, 2001). Même en contrôlant dans l'analyse l'effet du statut socioéconomique, l'insécurité alimentaire continuait d'avoir un effet significatif sur la santé. D'autres études révèlent que les enfants sont particulièrement susceptibles d'être touchés par les effets négatifs d'une nutrition inadéquate prolongée. Cette situation peut affecter le développement d'aptitudes intellectuelles, sociales et émotionnelles et est associée à la diminution de la concentration et au mauvais rendement scolaire (Kleinman et al., 1998).

### Proposition pour l'ESSIL

Pour l'ESSIL, nous nous sommes retournés vers les indicateurs les plus brefs de l'insécurité alimentaire. Parmi ceux-ci, les trois questions retenues par Statistique Canada illustrent les trois étapes différentes (et probablement successives) du phénomène, ce qui n'est pas sans avantages dans un contexte longitudinal. De plus, l'utilisation de ces questions dans l'ESSIL permettra des comparaisons avec les données de cette enquête. En plus de ces questions, nous avons ajouté une dernière question sur le recours aux banques alimentaires et aux organismes de charités qui offrent une assistance alimentaire. Nous proposons de poser ces questions aux 4 ans.

#### 4.3.3 D'autres indicateurs pour les enfants

Nous avons déjà mentionné que plusieurs indicateurs sanitaires qui concernent les adultes seront également appliqués aux enfants (santé perçue, maux et maladies, médicaments, accidents, alitement, hospitalisation, utilisation des services sociaux et de santé, incapacités et limitations...). D'autres indicateurs sont importants en ce qui concerne les enfants. Certains de ceux-ci sont événementiels et liés à la naissance et à la première année de vie d'un enfant. D'autres sont rétrospectifs et ils concernent les conditions de vie et le climat familial vécus pendant l'enfance par les répondant primaires de plus de 15 ans.

Ainsi, pour le volet événementiel, la pertinence de questionner le poids à la naissance, le nombre de semaines de gestation, l'allaitement et la durée totale de l'allaitement a déjà été établie dans ce rapport.

Pour le volet rétrospectif, qui devrait se tenir à l'année 4, voici nos recommandations :

Il faudra connaître, pour les répondants primaires qui sont parents, l'âge auquel ils ont eu leur premier enfant. L'âge des parents a un effet important sur le parcours de vie de leurs enfants, (en particulier sur le parcours scolaire, mais par voie de conséquence, sur les parcours professionnels, monétaires et sanitaires), en particulier pour les parents très jeunes.

C'est une évidence : nous ne disposerons pas d'information directe sur l'enfance de nos répondants primaires. Il faudra attendre quelques années avant que s'accumulent tranquillement ces données au fur et à mesure du vieillissement de l'échantillon d'enfants de l'ESSIL. Par contre, il est possible de poser quelques questions rétrospectives sur les conditions de vie vécues durant l'enfance. Certaines recherches ont déjà exploré cette avenue, et les résultats, bien que contradictoires entre eux, témoignent de la pertinence de la démarche. Des questions de ce type ont été introduites dans le *Survey of Living Conditions* de Finlande (Rahonen et al., 1997). On demandait aux répondants si, pendant l'enfance, leur famille avait éprouvé des difficultés économiques<sup>19</sup> et des problèmes

<sup>19</sup> Voici la formulation exacte de la question : « When you think about your childhood (...) did your family have long-lasting economic difficulties ? ».

socioaffectifs<sup>20</sup>. L'analyse, par la suite, montre que les personnes ayant vécu des problèmes économiques durant l'enfance étaient beaucoup plus susceptibles d'évaluer négativement leur état de santé et d'éprouver des problèmes de santé chroniques. Si la présence de problèmes socioaffectifs était elle-même reliée significativement et négativement à l'état de santé, l'analyse multivariée montre que la prise en compte des problèmes économiques annule cette relation.

Des questions similaires ont également été introduites dans le *Level of Living Survey* suédois, une enquête longitudinale (Lundberg, 1993). Pendant l'enfance, le fait d'avoir éprouvé des difficultés économiques, de ne pas avoir grandi avec ses deux parents, ou de vivre dans une famille où il y avait des dissensions importantes<sup>21</sup> marquent tous de leur empreinte la santé à l'âge adulte. Chacune de ces conditions de vie de l'enfance est significativement associée à la présence de maladies ou de problèmes de santé, à la douleur, à la mortalité due aux maladies cardiaques et à la maladie mentale.

Certains chercheurs ont demandé aux répondants d'évaluer chacun de leur parent sur une échelle de 1 à 9 en fonction de qualificatifs clés : juste, équitable, aimant, fort, travaillant, brillant, etc. D'autres enquêtes ont directement questionné les répondants sur la perception d'avoir été aimé de leurs parents lorsqu'ils étaient enfants. Chaque fois, il semble se dégager une relation significative entre ces indicateurs et l'état de santé à l'âge adulte. Parmi ceux-ci, il semble que la dissension familiale et la pauvreté soient particulièrement importantes.

#### 4.3.4 Indicateurs psychosociaux<sup>22</sup>

Nous avons déjà présenté les arguments en faveur de l'introduction du sentiment de contrôler sa destinée et du sens de la cohérence comme indicateurs psychosociaux. Aline Drapeau et ses collaborateurs ont également attiré l'attention vers ces indicateurs dans leur rapport sur la santé mentale.

##### *Sentiment de contrôle*

En ce qui concerne le contrôle, nous suggérons d'utiliser un indicateur développé par Bobak, Pikhart, Hertzman, Rose et Marmot (1998) pour une enquête russe dont nous avons déjà présenté brièvement les résultats. L'indicateur s'était révélé « productif » au niveau de l'analyse tout étant très bref (6 questions). Parmi les nombreux indicateurs du contrôle ou de la maîtrise, celui-ci a certains avantages notaires :

<sup>20</sup> Voici les questions : « When you think about your childhood years, (...) Were there serious conflicts in your family ? Did you fear a member of your family ? »

<sup>21</sup> Voici les questions : « Did your family suffer from economic difficulties during your upbringing ? » « Did you live with both your natural (biological) parents during your home upbringing (up to age 16) ? »

<sup>22</sup> Voir « Annexe 10 - psychosocial »

- Il est construit expressément comme un indicateur psychosocial et non comme un indicateur de personnalité (comme la « mastery » ou le « Rotters locus de contrôle »). En ce sens, il a été mis au point en tenant compte de dimension connexes au contrôle comme l'optimisme.
- Il est très bref (6 questions).
- Il a déjà été utilisé dans une grande enquête de population en Russie, et dans ce contexte, il s'est montré sensible aux variations sociales, et significativement lié à l'état de santé.
- Une traduction est actuellement en cours de validation pour l'ÉLDEQ.

##### *Sens de la cohérence*

Nous avons déjà présenté les travaux réalisés dans la foulée du LNU suédois concernant le sens de la cohérence. Des chercheurs y ont reconstruit un indicateur qui, tout en demeurant fidèle aux concepts-clés d'Antonovsky (comprehensibility, manageability, meaningfulness), ne comporte que trois questions (Lundberg et al., 1994). Bien que nous n'ayons pas suggéré d'introduire cet indicateur pour les trois premières années de l'ESSIL, il nous semble indispensable de le faire connaître aux autres membres de l'équipe. En suivant les analyses suédoises qui se sont appuyées sur son utilisation, tout semble indiquer que, malgré sa brièveté, il permet d'apporter des éclairages précieux sur la dynamique de la santé et de l'inégalité sociale.

##### *Cohésion sociale et capital social*

Vous trouverez en « annexe 11 : cohésion sociale » des suggestions d'indicateurs.

## EN GUISE DE CONCLUSION

### L'ESSIL ET LES POLITIQUES PUBLIQUES OU L' ANTIDOTE AUX ANECDOTES DES MÉDIAS

Depuis le début des années 1980, une attention croissante a été consentie au fait qu'un vaste éventail de politiques publiques peut être considéré à partir de l'influence qu'elles exercent sur la santé des populations. À l'instar de deux percutants rapports Britanniques, en 1980, le *Black report*, et en 1998, le *Acheson report*, le Québec devrait faire le point sur les véritables moyens de favoriser l'égalité des chances sur le plan social et sanitaire. Mais avant toute autre chose, nous avons besoin d'outils pour suivre l'évolution des politiques publiques et leur impact sur la santé.

Les politiques publiques devront être l'objet d'un questionnement cherchant à savoir en quoi elles amélioreraient ou, au contraire, défavoriseraient la santé de la population. Or, au Québec, étonnamment, chercheurs et planificateurs disposent de très peu de données fiables pour bien documenter les causes, l'ampleur, les conséquences et les liens entre plusieurs problèmes sociaux, économiques et de santé auxquels notre société est confrontée. Comme nous venons de l'exposer, les rarissimes enquêtes longitudinales dont nous disposons ainsi que les enquêtes transversales souffrent d'un manque d'intégration en raison de leur caractère très sectoriel. Le moment semble donc indiqué de consacrer des ressources au développement d'un instrument de recherche et de planification nouveau, intersectoriel et longitudinal. L'ESSIL repoussera les limites de notre connaissance scientifique en répondant à plusieurs questions de recherche et de planification actuellement sans réponses. Voici un aperçu de ces questions.

- Quelle est la durée moyenne de la pauvreté au Québec ?
- Les inégalités socioéconomiques sont-elles en augmentation au Québec ?
- Quels sont les principaux facteurs sociaux ou familiaux qui favorisent la sortie de la pauvreté ?
- À pauvreté égale, pourquoi certains individus ou groupes vivent-ils peu de problèmes d'adaptation sociale ou de santé ?
- Le climat familial (présence ou absence de problèmes affectifs) connu pendant l'enfance prédit-il davantage de problèmes de santé physique, psychologique et d'adaptation sociale à l'âge adulte que les privations financières ?
- Quelles sont les principales conséquences de la concentration croissante de la maternité à l'adolescence observée en milieu défavorisé ?
- Qu'est-ce qui caractérise certains jeunes ayant un parcours scolaire réussi, mais qui pourtant étaient à risque d'abandon scolaire précoce en raison de leur milieu social ou familial ?
- Quels sont les véritables déterminants de l'état de santé et de l'adaptation sociale des adultes ?

- Un mauvais état de santé engendre-t-il de la pauvreté et une mobilité sociale descendante ?
- Quels sont les facteurs explicatifs et les conséquences de la concentration grandissante d'habitudes de vie néfastes à la santé observée parmi la population de faible statut socio-économique (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité) ?
- La fréquentation des Centres de la petite enfance permet-elle d'accroître l'égalité des chances de réussite des enfants et des parents, tant au plan scolaire, socio-économique que sanitaire ?
- Quel type de problèmes sociaux et de santé entraîne le travail précaire ?
- Est-ce davantage le fait d'être aux prises avec des problèmes d'adaptation sociale et de santé qui confine par la suite au chômage et à des emplois précaires ?
- Et bien d'autres...

Trouver des réponses à ces questions permettra de consolider les assises de nos politiques publiques. L'ESSIL deviendra l'antidote aux anecdotes présentes dans les médias et qui servent trop souvent de base de décisions pour les politiques publiques. De sorte que planifier des programmes à partir d'une connaissance approfondie des dynamiques socio-économiques, familiales et de santé au sein de la population constituera un excellent gage de succès et d'économies substantielles. Et, plus fondamentalement, l'ESSIL participera au développement social et économique du Québec en favorisant l'élaboration de politiques publiques reposant sur une solide connaissance des différents facteurs influençant les parcours de vie des citoyens. Ainsi, il sera possible d'instaurer une véritable égalité des chances de réussite.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACHESON, D. (1998) *Independent inquiry into inequalities in health*, Londres, Stationery Office (Acheson Report).
- ADLER, NE, Epel, Es., Castellazzo, G., Ickovics, Gr. (2000), « Relationship of subjective and objective social status with psychological and physical functioning », *Health psychology*, vol. 19, no 6, p. 586-92.
- ANTONOVSKY, A (1987) , *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, Jossey-Bass.
- BARKER, DJ., Forsen, T., Utulei, A., Osmond, C., Eriksson, JG (2001). « Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life : longitudinal study », *British Medical Journal*, 323, pp. 1273-76.
- BARKER, DJ. (1997), « Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life », *BMJ*, 53 (1), pp. 96-108.
- BELAND, F.; Philibert, L.; Thoue, Jp., Maheux, B. (1990), « Socio-spatial perspectives on the utilization of emergency hospital services in two urban territories in Quebec », *Social Science and Medicine*, vol. 30, no 1, , p. 53-66.
- BENZEVAL, M.; Judge, K. (2001), « Income and health : the time dimension », *Social science and medicine*, vol. 52, no. 9, pp. 1371-90.
- BERKOWITZ, G. S., et E. Papiemik (1993). « Epidemiology of preterm birth », *Epidemiologic review*, vol. 15, no 2, p. 414-443.
- BERKMAN, LF, Syme, SL. (1979), « Social networks, host resistance, and mortality : a nine-year follow-up study of Alameda County residents » *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, no. 2, p. 186-204.
- BERTAUX, D. (1977). *Destins personnels et structure de classe*, Paris, PUF, 322 p.
- BERTHELOT, JM, Bélanger, A.; Guimond (2000), « A head-to-head comparison of two generic health status measures in the household population : Macmaster health utility index and the EQ-5D », *Quality of life newsletter*, 24, p. 5-6.
- BIRCH et EYLES (1992), « Equity and efficiency in health care delivery : the distribution of health-care resources in Canada and its relationship to needs for care » dans *Health systems – The challenge of change*. Prague, Omnibus.
- BLACK, D.; MORRIS, JN.; SMITH, C.; TOWNSEND, P. (1980), *Inequalities in health : report of research working group*. Londres, Department of Health and Social Security (Black Report)
- BOBAK, M.; Pikhart, H.; Hertzman, C.; Rose, R.; Marmot MG. (1998), « Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia : a cross-sectional survey ». *Soc. Sci. Med.*: vol. 47, no : 2, p. 269-279.
- BOLGER, KE.; Patterson, CJ.; Thompson, WW.; Kupersmidt, JB. (1995) "Psychosocial adjustment among children persistent and intermittent family economic hardship", *Child Development*, vol. 66 no 4, p. 1107-1129.
- BOSMA, H.; Marmot, MG.; Hemingway, H.; Nicholson, AC.; Brunner, E.; Stansfeld, SA. (1997), "Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study", *British Medical Journal*, vol. 314, no 7080, p. 558-565.
- BOTTING, B. (1997) « Mortality and Childhood », dans *Health inequalities*, Londres, Office for national statistics, p. 83-94.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens commun*, Paris, Les Éditions de Minuit, 475 p.
- BROWN, EM; Goei, V. (1994), « Factors related to emergency department use : Results from the Ontario Health Survey 1990 », *Annals of emergency medicine*, vol. 24, no 6, p. 1083-1091.
- BURCHARDT T. (2000), « The dynamics of being disabled », *Center for Analysis of Social Exclusion – CASE Paper no. 36*, Londres, 31 pages.
- CASE, A.; LUBOTSKY, D.; PAXSON, C. (2001), "Economic status and health in childhood : the origins of the gradient", *National Bureau of Economic Research Working Paper No. W8344*.
- CHAUVEL, L. (2000), « Entre les riches et les pauvres, les classes moyennes », dans *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, DRESS, Collection « Mire », Mission recherche, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, p. 53-64.
- CHE, J.; CHEN, J. (2001), « L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens », *Rapports sur la santé*, vol 12, no. 4, Statistique Canada (no. 82-003 au catalogue).
- CHEN, J., M. Fair, R. Wilkins, M. Cyr et le Groupe d'études de la mortalité fœtale et infantile du système canadien de surveillance périnatale (1998), « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, Statistique Canada (no. 82-003).
- COLIN, C. (1990), « Pauvreté et santé : des liens étroits », *Les inégalités socioéconomiques et la santé. Comment agir ?*. Acte du Forum, Québec, MSSS, 1990, p. 45-52.

CONFÉRENCE DES RRSS DU QUÉBEC (1995). *Informier et influencer ! Informier la population et influencer les choix sociaux – des stratégies de santé publique pour positionner la santé au rang de grands enjeux collectifs.*

COTTON, C.; BISHOP, K.; GILES, P.; HEWER, P.; SAINT-PIERRE, E. (1999). *Comparaison des résultats de l'Enquête sur la dynamique du travail et des revenus et de l'Enquête sur les finances des consommateurs 1993-1997 : mise à jour*. Division de la statistique du revenu, Statistique Canada.

DAVEY-SMITH, G. D., C. Hart, D. Blane, C. Gillis et V. Hawthorne (1997) « Lifetime socio-economic position and mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 314, no 7080, p. 547-552.

DAVEY-SMITH, G. D., C. Hart, D. Blane et D. Hole (1998). « Adverse socio-economic conditions in childhood and cause specific mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 316, no 7145, p. 1631-1635.

DAVEY-SMITH, G.D.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1990), « The magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study », *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 44, no 4, pp. 265-70.

DUBOIS, L.; BEAUCHESNE, É.; GIRARD, M.; BÉDARD, B.; BERTRAND, L.; HAMELIN, AM. (1998), « Alimentation: perceptions, pratiques et insécurité alimentaire », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, ISQ, p. 149-167.

DUNCAN, GJ. (1996), « Income dynamics and health », *International Journal of Health Services*, vol. 26, no. 3, pp. 419-44.

DUNCAN, GJ.; Brooks-Gunn, J.; Klebanov, PK. (1994), « Economic deprivation and early childhood development », *Child Development*, vol. 65, no. 2, p. 296-318.

DUNLOP, S.; Coyle, P.; McIsaac, W. (2000), « Socio-economic status and utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », *Social science and medicine*, vol. 51, no 1 p. 123-133.

EMING YOUNG, M. (2002). *From Early Child Development to Human Development, Investing in our Children's Future*, Washington, D.C., The World Bank, 424 p.

EVANS, RG.; Barer, ML.; Marmor, TR. (1996), *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, John Libbey Eurotext et Presses de l'Université de Montréal.

FERLAND M.; Paquet G.; Lapointe, F. (1995), « Liens entre le statut socioéconomique et la santé », *Aspects sociaux reliés à la santé: Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, MSSS, 1995.

FRASER, GE; Sumubureu, D.; Pribis, P.; Neil, RL; Frankson, MA. (1997), « Association among health habits, risk factors, and all-cause mortality in a black California population », *Epidemiology*, vol 8, no 2, p. 168-174.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, (1992). *La Politique de la santé et du bien-être (PSBE)*, 192 pages.

GWATKIN, D. R. (2000), « Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire? », *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles no. 3.

HAMEL, D.; Pampalon, R. (2002). *Traumatismes et défavorisation au Québec*, Institut national de santé publique du Québec.

HAMELIN, AM; Beaudry, M; Habicht, JP. (2002), « Characterization of household food insecurity in Quebec: food and feelings », *Social Science and Medicine*, vol. 54, no 1. p. 119-132.

HIRDES, JP.; Forbes, WF. (1989), « Estimates of the relative risk of mortality based on the Ontario longitudinal study of aging », *Canadian Journal of aging/Revue canadienne du vieillissement*, vol. 8, no 3 p. 222-237.

HIRDES, J.P.; Brown, KS.; Forbes, WF.; Vigoda, D.S.; Crawford, L. (1986), « The association between self-reported income and perceived health based on the Ontario Longitudinal Study of Aging », *Canadian Journal of aging/Revue Canadienne du vieillissement*, vol. 5, no. 3, p. 189-204.

HOUSE, JS.; Landis, KR; Umberson, D. (1988), « Social relationship and health », *Science*, vol. 241, no 4865, p. 540-545.

IDLER, E. L., L. B. Russell et D. Davis (2000). « Survival, Functional limitations, and self-rated health », *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, no 9, p. 874-883.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Gouvernement du Québec.

KAMINSKI, M., B. Blondel et M. J. Saurel-Cubizolles (2000). « La santé périnatale », dans *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte et INSERM, p. 173-192.

KAPLAN, G. A., D. E. Goldberg, S. A. Everson, R. D. Cohen, J. Tuomilehto et r. Salonen (1996) « Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, no 2, p. 259-265.

KAWACHI, J.; Kennedy, BP.; Glass, R.. (1999), « Social capital and self-rated health : a contextual analysis », *Am J of Public Health*, vol. 89, no. 8, p. 1187-93.

- KEATING, DP.; Mustard, JF. (1993). « Facteurs socioéconomiques et développement humain », La sécurité des familles en période d'insécurité. *Forum national sur la sécurité des familles*, Ottawa, p. 101-123.
- KIERNAN, K., (1997), « The legacy of parental divorce : social, economic, and demographic experiences in adulthood », Center for Analysis of Social Exclusion – CASE paper no. 1, Londres, 44 p.
- KIND, D.; Dolan, P.; Gudex, C.; Williams, A. (1998), "Variations in population health status : results from a United Kingdom national questionnaire survey", *British Medical Journal*, vol. 316, no 7133, p 736-741.
- KLEINMAN, RE; Murphy, JM; Little, M; Pagano, M; Wheeler, CA; Regal, K; Jellinek, MA. (1998), « Hunger in children in the United States : potential behavioural and emotional correlates », *Pediatrics*, January, 101, p. 1-6.
- KRAMER, MS. (1998), « Socio-economic determinants of intrauterine growth retardation », *European Journal of Clinical Nutrition*, January, 52, p. 529-33.
- KRAUSE, N. (1988). « Stressful life events and physician utilization ». *Journal of Gerontology*. vol. 43, no 2, p. 53-61.
- LANTZ, PM.; Lynch, JW.; House, JS.; Lepowski, JM.; Mero, RP.; Musick, MA.; Williams, DR. (2001), "Socioeconomic disparities in health in a longitudinal study of US adults : the role of health-risk behaviours", *Social science and medicine*, vol. 53, no 1, pp. 29-40.
- LECLERC, A.; FASSIN, D.; GRANDJEAN, H.; KAMINSKI, M.; LANG, T. (dr.) (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte et INSERM. 440 p.
- LEON, D. A., D. Vagero et P. O. Olausson (1992) « Social class differences in infant mortality in Sweden, comparison with England and Wales », *British Medical Journal*, vol. 305, no 6855, p. 687-691.
- LEVASSEUR M. (2002), « État de santé physique et recours aux médicaments », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois 1999*, Québec, ISQ.
- LUNDBERG, O. (1997), "Childhood conditions, sense of coherence, social class, and adult ill health", *Social science and medicine*, vol. 44, no. 6, p. 821-831.
- LUNDBERG, O.; Peck, MN (1995), « A simplified way of measuring sense of coherence, Experiences from a population survey in Sweden », *European Journal of public health*, 5 : 56-59.
- LUNDBERG, O.; Peck, MN. (1994), "Sense of coherence, social structure and health. Evidence from a population survey in Sweden", *European Journal of public health*, vol. 4, p. 252-257.
- LUNDBERG, O.; Fritzell, J. (1994), « Income distribution, income change and health : on the importance of absolute and relative income for health status in Sweden » *Economic change, social welfare and health in Europe*, OMS, vol. 54, p. 37-58.
- LUNDBERG, O. (1993), « The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood », *Social Science and Medicine*, vol 36, no 8, pp. 1047-52.
- LYNCH, JW., Kaplan, GA.; Shema, SJ. (1997), « Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological and social functioning », *New England Journal of medicine*, vol. 337, no 26, p. 1889-1895.
- LYNCH, JW., Kaplan, GA.; Salonen, JT. (1997), « Why do poor people behave poorly ? Variations in adult health behaviour and psychosocial characteristics, by stage of socioeconomic life course », *Social science and medicine*, vol. 44, no 6 p. 809-819.
- LYNCH, JW., Kaplan, GA.; Cohen, RD.; Tuomilehto, J.; Salonen, JT. (1996), « Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction ? », *American Journal of Epidemiology*, Vol. 144, no 10, p. 934-942.
- MADDOX, GL; DOUGLAS, EB. (1973) « Self-assessment of health : a longitudinal study of elderly subjects » *Journal of health and social behaviour*, March, vol. 14, no 1, p 87-93.
- MANSON, NO.; Rastman, L.; Eriksson, KF.; Israelsson, B. (1998), « Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-age men », *International journal of Epidemiology*, vol. 27, no 6, p. 1019-1025.
- MARCIL-GRATTON, N.; Le Bourdais, C.; Lapierre-Adamcyk, È. (2002), Le couple, section II – Les ruptures parentales dans la vie des tout-petits : un premier regard - dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 2, no. 11.
- MARKS, NF. (1996), « Socioeconomic status, gender, and health at midlife : evidence from the Wisconsin longitudinal study », *Research in the sociology of health care*, ed. Kironenfeld, Greenwich, p 135-152.
- MARMOT, M. G.; Rose, G.; Shipley, M.; Hamilton, PJ. (1978), « Employment grade and coronary heart disease in British civil servants », *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 32, no 4, pp. 244-49.

MARMOT, MG.; Kogevinas, M.; Elston, MA. (1987). « Social/Economic Status and Disease », *Annual Review of Public Health*, vol. 8, p. 111-135.

MARMOT, MG.; Theorell, T. (1988). « Social Class and Cardiovascular Disease : The Contribution of Work », *International Journal of Health Services*, vol. 18, no. 4, p. 659-674.

MARMOT, MG.; Smith, GD.; Stansfeld, S.; Patel, C.; North, F.; Head, J.; White, I.; Brunner, E.; Feeney, A. (1991). « Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study », *The Lancet*, vol. 337, no 8754, p. 1387-1393.

MARMOT, MG.; Ryff, CD.; Bompas, LL.; Shipley, M.; Marks, NF. (1997). « Social inequalities in health : next questions and converging evidence », *Social science and medicine*, vol 44, no 6, pp.901-910.

MARMOT, MG.; Wilkinson, R.G. (dir.) (1999). *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.

MARMOT, MG. (2002) « The influence of income on health : Views of an Epidemiologist. Does money really matter or is it a marker for something else ? », *Health affairs*, p. 31-46.

MARTIKAINEN, P.; Stansfeld, S.; Hemingway, H.; Marmot, MG. (1999). « Determinants of socio-economic differences in change in physical and mental functioning », *Social science and medicine*, vol. 49, no 4, 499-507.

MCCAIN, M. N., et J. F. MUSTARD (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux. Étude sur la petite enfance, rapport final*, Publications Ontario.

MCDONOUGH, P.; Duncan, G.J.; Williams, D.; House, J. (1997). « Income dynamics and adult mortality in the United-States, 1972 through 1989 », *American Journal of Public Health*, vol. 87, no 9, p. 1476-1483.

MCGINNIS, JM.; FOEGE, WH. (1993). « Actual causes of death in the United States », *Journal of American Medical Association*, November 10, 270, no 10, p. 2207-2212.

McSHERRY, WC.; Holm, JE. (1994) "Sense of coherence: its effects on psychological and physiological process prior to, during, and after a stressful situation", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 50, no 4, p. 476-487.

MENCHIK, PL. (1993). « Economic status as a determinant of mortality among Black and White older men : does poverty kill ? », *Population studies*, vol. 47, no 3, p. 427-436.

MENEC, VH.; Chipperfield, JG. (1997). "Remaining active in later life: The role of locus of control in seniors' leisure activity participation, health and life satisfaction", *Journal of Aging and Health*, vol. 9, no 1, p. 105-125.

MILLER, JE.; Korenman, S. (1994), "Poverty and children's nutritional status in United States", *American Journal of Epidemiology*, August 1, vol. 140, no. 3, p. 233-243.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995), *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socioéconomiques*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, 253 pages.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1998), *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health charbook*, Maryland, NCHS.

NORD, M.; JEMISON, K.; BICKEL, G. (1999), *Measuring food security in the United States: prevalence of food insecurity and hunger by state, 1996-98*, Food and rural economics division, Economic Research service, US Department of Agriculture, Food assistance and nutrition, Research Report no. 2, Washington DC, (20036-5831)

OLSEN, CM. (1997), « Food insecurity and hunger : Poverty policy issues for the 1990's and beyond », *Focus*, 18 (2), pp. 61-64.

OLSEN, J., et G. Frische (1993). « Social differences in reproductive health, a study on birth weight, stillbirths and congenital malformations in Denmark », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 21, no 2, p. 90-97.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1980), Classification of impairments, disabilities and handicaps, OMS, Genève.

PAQUET, G.; Girard, M.; Dubois L. (2001), « Condition de vie, santé et développement. Section II Inégalités sociales et devenir des enfants », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 1, no. 3.

PAQUET, G. (1998), « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, vol. 27, no. 1, pp. 75-106.

PAQUET, G. (1994), « Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort », dans *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC, 1994, pp. 223-244.

PAQUET, G. (1989), *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, Québec, IQRC, 1989, 131 p.

PEACOCK, J. L., J. M. Bland et H. R. Anderson (1995). « Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine », *British Medical Journal*, vol. 311, no 7004, p. 531-535.

POWER, C.; Manor, O.; Fox, J. (1991). *Health and class: The early years*, London, Chapman and Hall.

RAHKONEN, O.; LAHELMA, HUJHKA, M. (1997), « Past or present ? Childhood living conditions and current socio-economic status as determinants of adult health », *Social Science and Medicine*, vol. 44, no. 3, pp. 327-336.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (RRSSS) – Montréal-Centre (1998), *Les inégalités sociales de la santé, Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*, Montréal, 1998.

ROSS, D.P. (2002), « Appartenance à la collectivité et santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, no. 3, statistique Canada, no. 82-003 au catalogue.

SANTÉ QUÉBEC (1988), *Et la santé, ça va ? : rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Québec, MSSS, Gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC, (1995) *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, (3 volumes), Montréal, MSSS, Gouvernement du Québec.

SAPOLSKY, BM. (1992), *Stress, the aging brain, and the mechanism of neuron death*, The MIT press.

SEN, A. (2002). « Health perception versus observation », *British Medical Journal*, vol. 324, no 7342, p. 860-861.

SHIELDS, M.; SHOOSHTARI, S. (2001), « Déterminants de l'auto-évaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, no. 1, Statistique Canada (no. 82-003 au catalogue).

SHUSTER, TL.; Kessler, RC.; Aseltine, RH. (1990), « Supportive interactions, negative interactions and depressed mood », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, no 3, p. 423-438.

SHUTZ, R. (1976), « Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged », *Journal of Personality and Social psychology*, vol. 33, no 5, p. 563-573.

STARFIELD, B.; Shapiro, S.; Weiss, J.; Liang, KY.; Ra, K.; Paige, D.; Wang, XB. (1991), « Race, family income and low birth weight », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, no 10, p. 1167-1174.

STATISTIQUE CANADA (2001). « La santé de la population canadienne ». *Rapports sur la santé*, vol 12, no 3.

SYME, SL. (1998) « Social and Economic Disparities in Health : Thoughts about Intervention », *The Milbank Quarterly*, vol. 76, no. 3, p. 493-505.

TAHLIN, M. (1989). « The Value and Costs of Work : a Study of the Consequences of Wage Labour for the Individual » *European sociological review*, 1989, vol. 5, no. 2, p. 115-31.

THIEDE, M.; Traub, S. (1997), « Mutual influence of health and poverty. Evidence from the German panel data », *Social science and medicine*, vol. 45, no. 6, p. 867-877.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990), *Healthy people 2000. National health promotion and disease prevention objectives*. Washington DC, 1990 (DHHS publication 91-50212).

VAN DE MHEEN, HD.; Stronks, K.; Mackenbach, JP. (1998), « A life course perspective on socio-economic inequalities in health », dans *The sociology of health inequalities*, Oxford, Blackwell.

VILLEDIEU, Y. (2002), *Un jour la santé*, Montréal, Bortéal, 320 p.

WACHS, TD (1995), "Relation of mild-to-moderate malnutrition to human development: correlational studies", *Journal of nutrition*, August, 125, p. S2245-S2254.

WERNER, EE. (1992), "The children of Kauai : Resiliency and recovery in WILKINSON, RG. (1996), *Unhealthy societies: the affliction of inequality*, Londres, Rutledge.

WILCOX, VL.; KASL, SV; IDLER, EL. (1996), « Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event" *Journal of Gerontology: Social Science*, March, vol. 51, no 2, p. S96-S104.

WILLKINS, R. (1997), « Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers », *Rapport sur la santé*, vol. 9, no. 3, Statistique Canada (no. 82-003-XPB)

WILKINSON, RG. (1996), *Unhealthy societies: the affliction of inequality*, Londres, Rutledge.

WILKINSON, RG. (1997) « Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? » *BMJ*, 314: pp. 591-595.

WILLMS, D. J., et M. Shields (1996). *A measure of socio-economic status for the National Longitudinal Survey of Children*, Document de travail préparé pour les utilisateurs des microdonnées du premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur

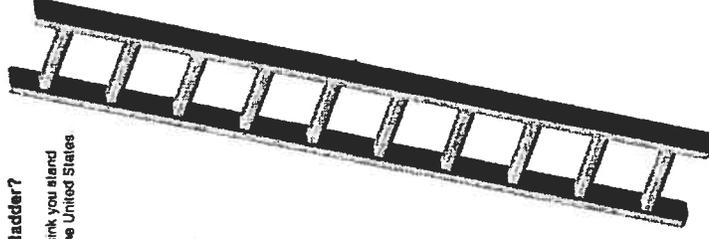
**ANNEXE 1: ÉCHELLES DE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE SUBJECTIF**

**Think of this ladder as representing where people stand in the United States.**

At the top of the ladder are the people who are the best off — those who have the most money, the most education and the most respected jobs. At the bottom are the people who are the worst off — who have the least money, least education, and the least respected jobs or no job. The higher up you are on this ladder, the closer you are to the people at the very top, the lower you are, the closer you are to the people at the very bottom.

**Where would you place yourself on this ladder?**

Please place a large "X" on the rung where you think you stand at this time in your life, relative to other people in the United States.



les enfants et les jeunes, Atlantic Center for Policy Research in Education, Université du Nouveau-Brunswick et Statistique Canada.

WOLFSON, M., Rowe, G., Gentelman, J.F., Tomiak, M. (1993), « Careers earnings and death : a longitudinal analysis of older Canadian men », *Journal of Gerontology*, vol. 48, no. 4, S167-S179.

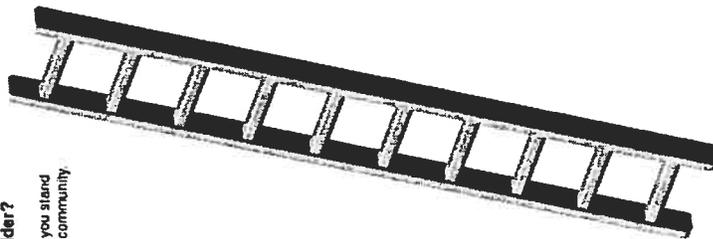
ZAUTRA, A.J. (1995), "Autonomy and sense of control among older adults: An examination of their effects on mental health" dans *Promoting successful and productive aging*, Thousand Oaks, pp. 153-170

**Think of this ladder as representing where people stand in their communities.**

People define community in different ways; please define it in whatever way is most meaningful to you. At the top of the ladder are the people who have the highest standing in their community. At the bottom are the people who have the lowest standing in their community.

**Where would you place yourself on this ladder?**

Please place a large "X" on the rung where you think you stand at this time in your life, relative to other people in your community.



**ANNEXE 2: MAUX ET MALADIES**

**A. Questions sur les maux et la maladies (pas nécessairement diagnostiqués)**

**Version Level of Living Survey autoévalué.**

This is a list of our most common illnesses and ailments, which has been compiled by medical experts.

Question 135 Have you in the last 12 months had any of the following illnesses or ailments?

*Either read the list aloud and check off or let the respondent read and answer it him-/herself. If in the latter case you notice that the respondent is reading too fast or missing certain parts, go over to reading for him/her.*

**For YES answers: Ask whether the illness/ailment is mild or severe.**

**NO YES YES  
mild sev. To everyone:**

01. Headaches, migraine
02. Colds, influenza
03. Poor vision / disease of the eyes not helped by eyeglasses
04. Impaired hearing
05. Aches or pain in the chest
06. Chronic bronchitis / asthma
07. Enlargement of the thyroid (goitre)
08. Tuberculosis (all forms)
09. Aches in shoulders or shoulder blades
10. Coronary thrombosis, heart attack
11. Cerebral thrombosis, stroke
12. Weak heart
13. High blood pressure
14. Stomach pains
15. Gastric ulcer
16. Backache, pain in back or hips, sciatica
17. Gall trouble or gall stones
18. Kidney trouble or kidney stones
19. Haemorrhoids, anal discomfort
20. Cystitis, trouble with urination **To men:** Prostate trouble

*Women born in 1940 or later:*

21. Menstruation trouble
  22. Pregnancy complications
- All women:*
23. Other vaginal trouble (discharges, pains, prolaps of uterus, etc.)

**To everyone:**

24. Inguinal hernia
25. Varicose veins, varicose ulcers
26. Swollen legs
27. Aches / pain in hands, elbows, legs or knees
28. General tiredness
29. Insomnia
30. Nervous trouble (anxiety, uneasiness, anguish)
31. Depression, deep dejection
32. Mental illness
33. Flushing (hot flashes), copious sweating
34. Coughing
35. Difficulty in breathing, breathlessness
36. Giddiness
37. Feeling of being unwell, out of sorts
38. Weight loss
39. Vomiting
40. Diarrhoea
41. Constipation
42. Overexertion
43. Rashes, eczema, psoriasis
44. Malignant tumour, cancer
45. Anaemia
46. Diabetes, blood sugar
47. Overweight, obesity
48. Organic nerve disorder (CP, MS, Polio etc.)
49. Lasting disability / discomfort after accident or injury
50. Allergy
51. Inflammation of the urinary tract

**Question 136** Have you in the last 12 months had any other illness or ailment which is not on the list?

- 1 YES  
2 NO

**If YES: What?**

**Version ESS98:**

Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente les problèmes suivants :

- Anémie  
Maladie de la peau ou allergies cutanées  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)  
Rume des foies  
Autres allergies  
Sérieux maux de dos ou de colonne  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)  
Arthrite ou rhumatisme  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)  
Cancer  
Paralysie cérébrale  
Diabète  
Emphysème ou bronchite chronique ou tous persistante ou asthme.  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)  
Déficience mentale ou intellectuelle  
Dépression  
Épilepsie  
Hypertension (haute pression)  
Maladie du cœur  
Troubles urinaires ou maladie du rein  
Ulcère d'estomac  
Autres troubles digestifs  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)  
Goitre ou trouble de la thyroïde  
Migraines ou maux de tête fréquents  
Incapacité ou handicap à la suite de la perte d'un membre  
Paralysie à la suite d'un accident  
Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité  
Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)  
Incapacité ou handicap dus à l'obésité  
Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne  
Cataractes  
Maladies de la rétine  
Glaucome  
Et maintenant, y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente tout autre problème de santé chronique, physique ou mentale, ou tout autre handicap ?  
(il est ensuite demandé des précisions si la réponse est OUI)

**Version BHPS (vague 10)**

P 28 Do you have any of the health problems or disabilities listed on this card? You can just tell me which number apply.

Problems or disability connected with: arms, legs, hands, feet, back, or neck (including arthritis and rheumatism)

Difficulty in seeing (other than needing glasses to read normal size print)

Difficulty in hearing

Skin conditions/allergies

Chest/breathing problems, asthma, bronchitis

Heart/blood pressure or blood circulation problems

Stomach/liver/kidney or digestive problems

Diabetes

Anxiety, depression or bad nerves

Alcohol or drug related problems

Epilepsy

Migraine or frequent headache

Other health problem

Please, Give details...

**B. Morbidité version « maladies diagnostiquées » :**

**Version PSID (1999):**

H5 Has a doctor ever told [you/him/her] that [you have/he has/she has] or had any of the following...

A stroke?

High blood pressure or hypertension?

Diabetes or high blood sugar?

Cancer or a malignant tumor, excluding skin cancer?

Chronic lung disease such as bronchitis or emphysema?

A heart attack?

Coronary heart disease, angina, congestive heart failure or

Any emotional, nervous, or psychiatric problems?

Arthritis or rheumatism?

Asthma?

Permanent loss of memory or loss of mental ability?

A learning disorder?

H6 How long [have you/since you] had this [condition/problem]?

H7 How much does this [condition/problem] limit [your/his/her] normal daily activities? -- A lot, somewhat, just a little, or not at all?

**C. Question sur les maladies ou les problèmes de santé en général, sans spécifications.**

version PSBH Belge :

Q158 Souffrez-vous d'une maladie chronique, d'un handicap ou d'une infirmité ?

Q159 Vos activités quotidiennes sont-elles limitées par une maladie chronique, une incapacité physique ou une infirmité ?

- b) Maladies oculaires (cataractes, glaucome, maladies de la rétine)?
- h) Anémie?
- i) Maladie de la peau ou allergies cutanées?
- j) Migraines ou maux de tête fréquents?
- k) Maladie infectieuse chronique (VIH/SIDA, hépatite C, etc.)?
- l) Arthrite?
- n) Autre maladie importante, précisez \_\_\_\_\_

**Maladies dans ESSIL :**

- Cancer ?
- Emphysème, bronchite chronique ou toux persistante ?
- Asthme ?
- Diabète ?
- Problème de thyroïde ?
- Troubles urinaires ou maladie des reins ?
- Troubles digestifs (ulcère d'estomac ou pancréatite) ?
- Maladie oculaire (cataracte, glaucome, maladie de la rétine) ?
- Anémie ?
- Maladie de la peau ou allergies cutanées ?
- Autres allergies ?
- Migraines ou maux de tête fréquents ?
- Maladie infectieuse chronique (VIH/SIDA, hépatite C, etc.) ?
- Arthrite ?
- Rhumatisme ?
- Période de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes ?
- Epilepsie ?
- Troubles intestinaux (tels que maladie de Crohn ou la colite) ?
- Déficience mentale ou intellectuelle ?
- Sérieux maux de dos ou de colonne ?
- Hypertension ?
- Maladie cardiaque ?
- Troubles dus à un accident vasculaire cérébral ?
- Autre problème de santé important, précisez ?

**ANNEXE 3 : COMPARAISON ESSIL - EQSTREME, MAUX ET MALADIES**

Maladies dans EQSTREME :

- a) Cancer?
- b) Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme?
- c) Diabète?
- d) Problème de thyroïde?
- e) Troubles urinaires ou maladie du rein?
- f) Troubles digestifs (ulcères d'estomac ou hépatite ou pancréatite)?

**ANNEXE 4 : COMPARAISON ESSIL - EQSTREME, ACCIDENTS**

**Accidents version EQSTREME :**

ACC-Q1. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu un accident au travail, c'est-à-dire une blessure associée à un événement imprévu et soudain survenu au travail comme une fracture, une coupure, une brûlure, une entorse à la cheville ou un empoisonnement?

ACC-Q2. Combien de fois vous êtes-vous blessé(e)?

□ □ □

Fois

**Accidents version ESSIL :**

« Dans les prochaines questions, nous entendons par accident un événement imprévu et soudain impliquant au moins une blessure comme une fracture, une coupure, une brûlure, une entorse ou un empoisonnement.

**Q. Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu un accident ?**

Q. Combien d'accidents au cours des 12 derniers mois ? \_ \_ accidents

Q. Est-ce que vous avez eu une accident :

(sélectionnez tous les éléments qui s'appliquent...)

De travail ?

De la route ?

À l'école ?

À la maison ?

Dans un lieu de loisir et de sport ?

Dans un lieu public (trottoir, édifice public, centre commercial, banque et autres) (excluant le lieu de loisir et de sport) ?

Dans un autre endroit? (précisez) \_\_\_\_\_

**ANNEXE 5 : COMPARAISON ESSIL - EQSTREME, ALITEMENT**

**Version EQSTREME :**

SAN-Q2b. Y a-t-il eu des jours au cours des 12 derniers mois où vous avez été incapable d'aller travailler pour des raisons de santé?

SAN-Q2c. Pendant combien de jours?

Nombre \_\_\_\_\_

**Version ESSIL :**

Q - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous gardé le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) pour des raisons de santé ?

Q - Pendant combien de jours ? Nombre \_\_\_\_\_

**ANNEXE 6 : INCAPACITES ET LIMITATIONS D'ACTIVITES**

**SF-36 (version 2)**

**Your Health in General**

1. In general, would you say your health is:

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

2. Compared to one year ago, how would you rate your health in general now?

- Much better now than one year ago
- Somewhat better now than one year ago
- About the same as one year ago
- Somewhat worse now than one year ago
- Much worse now than one year ago

3. The following questions are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

- Yes, limited a lot
- Yes, limited a little
- No, not limited at all

- a) Vigorous activities, such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports
- b) Moderate activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf
- c) Lifting or carrying groceries
- d) Climbing several flights of stairs
- e) Climbing one flight of stairs
- f) Bending, kneeling, or stooping
- g) Walking more than a mile
- h) Walking several hundred yards
- i) Walking one hundred yards
- j) Bathing or dressing yourself

4. During the past 4 weeks, how much of the time have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

- All of the time
- Most of the time
- Some of the time
- A little of the time
- None of the time

- a) Cut down on the amount of time you spent on work or other activities
- b) Accomplished less than you would like
- c) Were limited in the kind of work or other activities
- d) Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)

5. During the past 4 weeks, how much of the time have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

- All of the time
- Most of the time
- Some of the time
- A little of the time
- None of the time

- a) Cut down on the amount of time you spent on work or other activities
- b) Accomplished less than you would like
- c) Did work or other activities less carefully than usual

6. During the past 4 weeks, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbours, or groups?

- Not at all
- Slightly
- Moderately
- Quite a bit
- Extremely

7. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?

- None
- Very mild
- Mild
- Moderate
- Severe
- Very severe

8. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

- Not at all
- A little bit
- Moderately
- Quite a bit
- Extremely

9. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the past 4 weeks...

- All of the time
- Most of the time
- Some of the time
- A little of the time
- None of the time

- a) did you feel full of life?
- b) have you been very nervous?
- c) have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?
- d) have you felt calm and peaceful?
- e) did you have a lot of energy?
- f) have you felt downhearted and depressed?
- g) did you feel worn out?
- h) have you been happy?
- i) did you feel tired?

10. During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

- All of the time
- Most of the time
- Some of the time
- A little of the time
- None of the time

11. How TRUE or FALSE is each of the following statements for you?

- Definitely true
- Mostly true
- Don't know
- Mostly false
- Definitely false
- a) I seem to get sick a little easier than other people
- b) I am as healthy as anybody I know
- c) I expect my health to get worse
- d) My health is excellent

### EQ-5D

L'indicateur comprend également une question de santé perçue. Ensuite :

SAIN\_Q3 Please indicate which statement best describes your own health state today.

#### A – Mobility

- I have no problems in walking about
- I have some problems in walking about
- I am confined to bed

#### B – Self-care

- I have no problems with self-care
- I have some problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

#### C – Usual activities (e.g. work, study, housework, family or leisure time activities)

- I have no problems with performing my usual activities
- I have some problems with performing my usual activities
- I am unable to perform my usual activities

#### D – Pain/discomfort

- I have no pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

#### E – Anxiety/depression

- I am anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

**Health Utility Index:**  
(HUI)

The next set of questions asks about your day-to-day health. The questions are not about illnesses like colds that affect people for short periods of time. They are concerned with a person's usual abilities. You may feel that some of these questions do not apply to you, but it is important that we ask the same questions of everyone.

**VISION**

UI\_Q1 Are you usually able to see well enough to read ordinary newspaper without glasses or contact lenses?

- 1 Yes (Go to UI\_Q4)
- 2 No
- DK, R (Go to UI\_END)

UI\_Q2 Are you usually able to see well enough to read ordinary newspaper with glasses or contact lenses?

- 1 Yes (Go to UI\_Q4)
- 2 No

UI\_Q03 Are you able to see at all?

- 1 Yes
- 2 No (Go to UI\_Q6)
- DK, R (Go to UI\_Q6)

UI\_Q04 Are you able to see well enough to recognize a friend on the other side of the street without glasses or contact lenses?

- 1 Yes (Go to UI\_Q6)
- 2 No
- DK, R (Go to UI\_Q6)

UI\_Q05 Are you usually able to see well enough to recognize a friend on the other side of the street with glasses or contact lenses?

- 1 Yes
- 2 No

**HEARING**

UI\_Q06 Are you usually able to hear what is said in a group conversation with at least 3 other people without a hearing aid?

- 1 Yes (Go to UI\_Q10)
- 2 No
- DK, R (Go to UI\_Q10)

UI\_Q07 Are you usually able to hear what is said in a group conversation with at least 3 other people with a hearing aid?

- 1 Yes (Go to UI\_Q8)
- 2 No

UI\_Q07A Are you able to hear at all?

- 1 Yes
- 2 No (Go to UI\_Q10)
- DK, R (Go to UI\_Q10)

UI\_Q08 Are you usually able to hear what is said in a conversation with one other person in a quiet room without a hearing aid?

- 1 Yes (Go to UI\_Q10)
- 2 No
- R (Go to UI\_Q10)

UI\_Q09 Are you usually able to hear what is said in a conversation with one other person in a quiet room with a hearing aid?

- 1 Yes
- 2 No
- Speech

UI\_Q10 Are you usually able to be understood completely when speaking with strangers in your own language?

- 1 Yes (Go to UI\_Q14)
- 2 No
- R (Go to UI\_Q14)

UI\_Q11 Are you able to be understood partially when speaking with strangers?

- 1 Yes
- 2 No

UI\_Q12 Are you able to be understood completely when speaking with those who know you well?

- 1 Yes (Go to UI\_Q14)
- 2 No
- R (Go to UI\_Q14)

UI\_Q13 Are you able to be understood partially when speaking with those who know you well?

- 1 Yes
- 2 No

#### GETTING AROUND

UI\_Q14 Are you usually able to walk around the neighbourhood without difficulty and without mechanical support such as braces, a cane or crutches?

- 1 Yes (Go to UI\_Q21)
- 2 No
- DK, R (Go to UI\_Q21)

UI\_Q15 Are you able to walk at all?

- 1 Yes
- 2 No (Go to UI\_Q18)
- DK, R (Go to UI\_Q18)

UI\_Q16 Do you require mechanical support such as braces, a cane or crutches to be able to walk around the neighbourhood?

- 1 Yes
- 2 No

UI\_Q17 Do you require the help of another person to be able to walk?

- 1 Yes
- 2 No

UI\_Q18 Do you require a wheelchair to get around?

- 1 Yes
- 2 No (Go to UI\_Q21)
- DK, R (Go to UI\_Q21)

UI\_Q19 How often Do you use a wheelchair?

- 1 Always
- 2 Often
- 3 Sometimes
- 4 Never

UI\_Q20 Do you need the help of another person to get around in the wheelchair?

- 1 Yes
- 2 No

#### HANDS AND FINGERS

UI\_Q21 Are you usually able to grasp and handle small objects such as a pencil or scissors?

- 1 Yes (Go to UI\_Q25)
- 2 No
- DK, R (Go to UI\_Q25)

UI\_Q22 Do you require the help of another person because of limitations in the use of hands or fingers?

- 1 Yes
- 2 No (Go to UI\_Q24)
- DK, R (Go to UI\_Q24)

UI\_Q23 Do you require the help of another person with:

- 1 ... some tasks?
- 2 ... most tasks?
- 3 ... almost all tasks?
- 4 ... all tasks?

UI\_Q24 Do you require special equipment, for example, devices to assist in dressing, because of limitations in the use of hands or fingers?

- 1 Yes
- 2 No

#### FEELINGS

UI\_Q25 Would you describe yourself as being usually:

- 1 ... happy and interested in life?
- 2 ... somewhat happy?
- 3 ... somewhat unhappy?
- 4 ... unhappy with little interest in life?
- 5 ... so unhappy that life is not worthwhile?

#### MEMORY

UI\_Q26 How would you describe your usual ability to remember things?

- 1 Able to remember most things
- 2 Somewhat forgetful
- 3 Very forgetful
- 4 Unable to remember anything at all

THINKING

UI\_Q27 How would you describe your usual ability to think and solve day-to-day problems?

- 1 Able to think clearly and solve problems
- 2 Having a little difficulty
- 3 Having some difficulty
- 4 Having a great deal of difficulty
- 5 Unable to think or solve problems

PAIN AND DISCOMFORT

UI\_Q28 Are you usually free of pain or discomfort?

- 1 Yes (Go to UI\_END)
  - 2 No
- DK, R (Go to UI\_END)

UI\_Q29 How would you describe the usual intensity of your pain or discomfort?

- 1 Mild
- 2 Moderate
- 3 Severe

UI\_Q30 How many activities does your pain or discomfort prevent?

- 1 None
- 2 A few
- 3 Some
- 4 Most

**Question générale discriminante pour limitations d'activités (porte d'entrée vers incapacités) :**

Tirée de ISQ-ESS98 (2000):

Adulte (16 ans et plus):

Comparativement à d'autres personnes de votre âge en bonne santé, êtes-vous restreint dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé ?

- Oui  
Non  
NSP  
R

Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous êtes limité dans vos activités ?

Enfants (moins de 6 ans):

Comparativement à d'autres enfants du même âge en bonne santé, [NOM DE L'ENFANT] est-il restreint dans le genre ou la quantité de jeux auxquels il peut participer, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?

- Oui,  
Non  
NSP  
R

Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous êtes limité dans vos activités ?

Jeunes (6-16 ans):

Comparativement à d'autres jeunes du même âge en bonne santé, [NOM DU JEUNE] est-il restreint dans le genre ou la quantité d'activités qu'il peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?

Quel est le principal problème de santé faisant en sorte que vous êtes limité dans vos activités ?

**Limitations d'activités par sphères de la vie d'un individu**  
**ISQ, ESS98, 2000.**

Est-ce que votre état de santé vous restreint dans vos activités à la maison ou vous rend incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens ?

Oui, Non, NSP.

Êtes-vous restreint dans votre capacité de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre vos études à cause de votre état de santé ?

Oui, Non, NSP.

Êtes-vous restreint dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école, à cause de votre état de santé ?

Oui, Non, NSP.

**Besoin d'aide à cause d'un problème de santé**

Stat. Can. - ENSP - questionnaire 2000

À cause de votre état de santé ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide...

À préparer les repas ?

À faire les courses ?

À accomplir les tâches ménagères quotidiennes ?

À faire de gros travaux d'entretien comme laver les murs ou travailler dans la cour ?

À vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger ?

À vous déplacer à la maison ?

**Besoin d'aide**

revue et dé-féminisé par nous :

À cause de votre état de santé ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide...

a) À accomplir vos tâches quotidiennes comme préparer les repas ou bricoler dans la maison (oui, non, R)

b) À faire de gros travaux d'entretien comme laver les murs ou peindre de la neige (oui, non, R)

c) À vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger (oui, non, R)

d) À vous déplacer à la maison (oui, non, R)

**ANNEXE 7 : COUTS DE SANTE**

A. Proposition développée par A.-P. Contandriopoulos.

Utilisation des services de santé et « coûts privés »

Section 1 - Intervention(s) chirurgicales et Hospitalisations dans l'année et coûts privés relatifs

**Q1 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une (ou plusieurs) intervention(s) chirurgicale(s) ?**

1 = Oui (si oui, question Q2)

2 = Non (passer à Q3)

**Q2 - Pour chaque intervention chirurgicale, veuillez préciser (remplir tableau) :**

la date de l'intervention (au minimum le mois) : ..././..

le nombre de nuits restées à l'hôpital (aucune nuit (chirurgie de jour) / nombre de nuits ...)

le nom de l'hôpital où a été réalisée l'intervention

la cause de la chirurgie (cardiovasculaire, douleurs LMS, autres)

Numéro chirg.)	(Int. Date	Nombre de nuits	Nom de l'hôpital	Cause principale
Q2-1				
Q2-2				
Q2-3				

**Q3 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une (ou plusieurs) hospitalisation(s) (autre(s) que celle(s) pour une intervention chirurgicale, si oui à Q1), cette (ou ces) hospitalisation(s) pouvant être effectuée(s) dans un hôpital de court séjour ou un hôpital de jour ou un centre de réadaptation ou un centre de repos ?**

1 = Oui (si oui, question Q4)

2 = Non ( + si Q1 = Non, passer à section 2, sinon Q5)

**Q4 - Pour chaque hospitalisation, veuillez préciser (remplir tableau) :**

la date de l'hospitalisation (au minimum le mois) : ..././..

le nombre de nuits restées à l'hôpital (aucune nuit (hôpital de jour) / nombre de nuits ...)

la catégorie (CH de courte durée, hôpital de jour, etc.) et le nom de l'hôpital où a été réalisée l'hospitalisation

la cause de l'hospitalisation (cardiovasculaire, LMS, autres)

Numéro (hopit) l'hôpital	Date	Nombre de nuits	Catégorie / Nom de l'hôpital	Nom de Cause principale
Q4-1				
Q4-2				
Q4-3				

**Q5** – Nous allons maintenant chercher à évaluer certaines dépenses payées de votre propre poche. Ces dépenses peuvent correspondre à des frais de transport (taxi, transport en commun) et/ou des frais de stationnement et/ou des frais de repas et/ou des frais d'hébergement ou à d'autres frais occasionnés par le (ou les) hospitalisation(s) (avec intervention(s) chirurgicale(s) ou non) et que vous avez dû déboursier de votre propre poche.

En outre, nous voulons aussi savoir si vous avez du prendre un congé sans solde (ou jours non payés) pour la durée de l'hospitalisation (y compris l'intervention chirurgicale), ou alors si vous avez eu un arrêt maladie pendant la période de l'hospitalisation (ou arrêt de travail) ou encore si vous avez pris sur vos jours de vacances pour réaliser l'hospitalisation.

Ainsi pour chaque intervention chirurgicale et/ou hospitalisation précitée (voir Q2 et Q4), veuillez préciser en vous rappelant de la façon la plus précise possible :

Date de l'intervention / hospitalisation (Cf. Q2 et Q4)	Frais de transport \$	Frais de stationnement \$	Frais de repas \$	Frais d'hébergement \$	Autres Frais \$	Durée hospitalière prise sur
Q2-1						1 – Congé sans solde 2 – Arrêt maladie 3 – Jours de vacances 4 – Non applicable
Q2-2						
Q2-3						
Q4-1						
Q4-2						
Q4-3						

Section 2 – Utilisation des services de santé sur le dernier mois et coûts privés

Nous allons maintenant nous intéresser aux services de santé que vous avez peut-être reçus au cours du dernier mois (période couvrant les 4 dernières semaines).

**Q6** – Au cours du dernier mois, combien de visites à un médecin (y compris les visites à une salle d'urgence ou une clinique sans rendez-vous) avez-vous eu (en distinguant omnipraticiens / spécialistes ?) ?

De plus, quelle était la principale raison de chaque visite (cardiovasculaire / douleurs LMS, autres) ?

Pour chaque catégorie, veuillez préciser le nombre de visites et la raison principale de la visite (cardiovasculaire / LMS / autres) :

Visite chez	Nombre de visites	Raison(s) principale(s) de la visite *
Q6-1 Omnipraticien		
Q6-2 Spécialiste		

\* si plusieurs visites et plusieurs raisons principales, précisez le nombre de visites associées à une raison.

**Q7** – Au cours du dernier mois, combien de visites ou de traitements avez-vous eu chez d'autres professionnels de la santé ? Quelle était la principale raison de chaque visite (cardiovasculaire / douleurs LMS, autres) ?

Veuillez préciser, pour chaque catégorie, le nombre de visites/traitements et la raison principale de la visite

Visite chez	Nombre de visites/traitements	Raison principale de la visite
Q7-1 Infirmier(ère)		
Q7-2 Physiothérapeute		
Q7-3 Ergothérapeute		
Q7-4 Psychologue		
Q7-5 Chiropraticien		
Q7-6 Massothérapeute		
Q7-7 Autres, précisez .....		

**Q8** – Pour ces visites chez un médecin et/ou chez un autre professionnel de la santé (tenir compte des réponses aux questions Q6 et Q7), nous voulons savoir si vous avez déboursé de l'argent de votre poche pour couvrir les dépenses occasionnées par ces visites (Cf. tableau ci-après)

Tout d'abord, nous voulons savoir si vous avez eu à déboursier de l'argent pour les visites chez un médecin et/ou un autre professionnel de santé.

Puis, nous voulons aussi savoir si vous avez eu des frais de transport, de stationnement ou d'autres frais (ex. gardiennage pendant la visite, repas) occasionnés par ces visites et que vous avez payé de votre poche.

Enfin, nous voulons savoir si vous avez du prendre un congé sans solde pour vous rendre à ces visites, ou si vous étiez en arrêt maladie (ou arrêt de travail) pendant ces visites ou si vous avez du prendre des journées de vacances.

Veuillez préciser les déboursés totaux pour l'ensemble des visites pour chaque catégorie (tenir compte des réponses aux questions Q6 et Q7).

	Montant total déboursé pour la (ou les) visite(s) en \$	Frais totaux de transport en \$	Frais totaux stationnement en \$	Autres frais totaux en \$	Durée visite(s) pris sur
					1 - sans congé 2 - Arrêt maladie 3 - Jours de vacances 4 - Non applicable
Q6-1					
Q6-2					
Q7-1					
Q7-2					
Q7-3					
Q7-4					
Q7-5					
Q7-6					
Q7-7					

Coûts de santé version Level of Living survey suédois :

Question 139 a Have you at any time during the last 12 months refrained from seeing a doctor, even though you felt the need to seek help?

- 1 YES  
2 NO *Question 140*

Question 139 b About how many times during the last 12 months have you refrained from seeking medical care on account of difficulties in paying the patient fee?

Question 141 Have you been to a dentist in the last 12 months?

*The visit should be for your own needs, not your children's.*

- 1 YES  
2 NO

Question 142 a Have you at any time during the last 12 months refrained from seeing a dentist, even though you felt the need to seek help?

- 1 YES  
2 NO *Question 143 a*

Question 142 b About how many times during the last 12 months have you refrained from seeking dental care on account of difficulties in paying the patient fee?

**Version ENSP - 2000.**

Q06 Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez besoin de soins de santé mais vous ne les avez pas obtenus?

- 1 Oui  
2 Non (*Passer à HC\_C09*)  
NSP, R. (*Passer à HC\_C09*)

Q07 Si l'on pense à la situation la plus récente, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- 7A 1 Non disponibles - dans la région  
7B 2 Non disponibles - à ce moment-là (p.ex., médecin en vacances, heures inopportunes)  
7C 3 Temps d'attente trop long  
7D 4 Considérés comme inadéquats  
7E 5 Coût  
7F 6 Trop occupé(e)  
7G 7 Ne s'en est pas occupé / indifférent(e)  
7H 8 Ne savait pas où aller  
7I 9 Problème - de transport  
7J 10 Problème - de langue  
7K 11 Responsabilités personnelles ou familiales  
7L 12 Aversion pour les médecins / peur  
7M 13 A décidé de ne pas se faire soigner  
7N 14 Autre - Précisez

Q08 Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires?

INTERVIEWEUR : Choisissez toutes les réponses appropriées.

- 8A 1 Le traitement - d'un problème physique
- 8B 2 Le traitement - d'un problème émotif ou mental
- 8C 3 Un examen périodique (incluant consultation pré-natale)
- 8D 4 Le traitement - d'une blessure
- 8E 5 Autre - Précisez

### ANNEXE 8 : COMPARAISON ESSIL – EQSTREME, ACTIVITE PHYSIQUE DE LOISIR

#### Version EQSTREME :

Q. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 3 derniers mois?

- 1 = Aucune fois
- 2 = Environ 1 fois par mois
- 3 = Environ 2 à 3 fois par mois
- 4 = Environ 1 fois par semaine
- 5 = Environ 2 fois par semaine
- 6 = Environ 3 fois par semaine
- 7 = 4 fois ou plus par semaine

#### Version ESSIL :

Durant vos temps libres, pratiquez-vous des activités physiques comme un sport, une activité de plein air, du conditionnement physique, de la danse ou de la marche ? (cochez un choix pour chaque saison)

#### Le printemps :

- Oui (environ une fois par semaine et plus)
- Occasionnellement (moins d'une fois par semaine)
- Non (rarement ou jamais)

#### L'été :

- Oui (environ une fois par semaine et plus)
- Occasionnellement (moins d'une fois par semaine)
- Non (rarement ou jamais)

#### L'automne :

- Oui (environ une fois par semaine et plus)
- Occasionnellement (moins d'une fois par semaine)
- Non (rarement ou jamais)

#### L'hiver :

- Oui (environ une fois par semaine et plus)
- Occasionnellement (moins d'une fois par semaine)
- Non (rarement ou jamais)

## ANNEXE 9 : INSECURITE ALIMENTAIRE

### Version ESS98 :

153. Nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en acheter. (Souvent, parfois ou jamais vrai, ne sait pas)

154. Nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture. (Souvent, parfois ou jamais vrai, ne sait pas)

155. Nous ne pouvons pas offrir des repas équilibrés aux enfants de notre foyer parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement. (Souvent, parfois ou jamais vrai, ne sait pas)

156. Au cours du dernier mois, combien de jours, vous et les membres de votre foyer, avez-vous manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture ? \_\_\_\_ (ou ne sait pas)

### Version ENSP

Questions de sélection pour un volet spécial :

Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage...

- A. soyez inquieté du fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?
- B. n'avez pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?
- C. n'avez pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirées à cause d'un manque d'argent ?

Une question tiré du volet spécial sur l'insécurité alimentaire (ENSP):

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que vous ou une autre personne de votre ménage avez reçu de la nourriture d'une banque d'alimentation, d'une soupe populaire ou d'une autre œuvre de charité à cause d'un manque d'argent pour la nourriture?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

## Indicateur court développé par le US Department of Agriculture

6-item subset of the 12-month Food Security Scale – Questionnaire.

INTRO: These next questions are about the food eaten in your household in the last 12 months and whether you were able to afford the food you need.

I'm going to read you two statements that people have made about their food situation. Please tell me whether the statement was **OFTEN**, **SOMETIMES**, or **NEVER** true for you and the other members of your household in the last 12 months.

Q. « The food that we bought just didn't last, and we didn't have money to get more »

Q. « We couldn't afford to eat balanced meals »

Q. In the last 12 months, since (DATE), did you or other adults in your household ever cut the size of your meals or skip meals because there wasn't enough money for food?  
Oui, non, r, nsp

Q. How often did this happen ?

- Almost every month
- Some months but not every
- Only 1 or 2 months

Q. In the last 12 months, did you ever eat less than you felt you should because there wasn't enough money to buy food ?

Q. In the last 12 months, were you ever hungry but didn't eat because you couldn't afford enough food ?

## ANNEXE 10 : INDICATEURS PSYCHOSOCIAUX

### a) Sentiment de contrôle

#### ELDEQ

Traduction française de l'indicateur développé par Bobak, Pikiart, Hertzman, Rose et Marmot (1998). Utilisé en Russie, et actuellement en pré-test au sein de l'ELDEQ. Pour chacun des questions, le choix de réponse est :

Fortement en accord

En accord

Pluôt en accord

Pluôt en désaccord

En désaccord

Fortement en désaccord

Q Chez moi, j'ai l'impression d'avoir le contrôle sur ce qui arrive dans la plupart des situations.

Q Il me semble que ce qui arrive dans ma vie est souvent causé par des facteurs qui sont hors de mon contrôle.

Q Dans les 5 à 10 prochaines années, je m'attends à vivre plus d'expériences positives que négatives.

Q J'ai souvent l'impression d'être traité injustement.

Q Au cours des 10 dernières années, ma vie a été remplie de changements, sans que je ne sache ce qui était pour arriver ensuite.

Q J'ai renoncé depuis longtemps à essayer de faire de grandes améliorations ou des changements dans ma vie.

#### ENSP 2000

Pour chaque éléments, dire si

1 Tout à fait d'accord

2 D'accord

3 Ni en accord ni en désaccord

4 En désaccord

5 Entièrement en désaccord

Q Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.

Q Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.

Q Vous ne pouvez pas faire grand chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.

Q Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.

Q Vous trouvez parfois que vous vous faites malmenés dans la vie.

Q Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même.

Q Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire.

### b) Locus de contrôle

Echelle de Rotter sur le contrôle interne-externe.

1.\*\* a. Children get into trouble because their parents punish them too much.  
b. The trouble with most children nowadays is that their parents are too easy with them.

2. a.\* Many of the unhappy things in people's lives are partly due to bad luck.  
b. People's misfortunes result from the mistakes they make.

3. a. One of the major reasons why we have wars is because people don't take enough interest in politics.  
b.\* There will always be wars, no matter how hard people try to prevent them.

4. a. In the long run, people get the respect they deserve in this world.  
b.\* Unfortunately, an individual's worth often passes unrecognized no matter how hard he or she tries.

5. a. The idea that teachers are unfair to students is nonsense.  
b.\* Most students don't realize the extent to which their grades are influenced by accidental happenings.

6. a.\* Without the right breaks, one cannot be an effective leader.  
b. Capable people who fail to become leaders have not taken advantage of their opportunities.

7. a.\* No matter how hard you try, some people just don't like you.  
b. People who can't get others to like them don't understand how to get along with others.

8.\*\* a. Heredity plays the major role in determining one's personality.  
b. It is one's experiences in life which determine what one is like.

9. a.\* I have often found that what is going to happen will happen.  
b. Trusting to fate has never turned out as well for me as making a decision to take a definite course of action.

10. a. In the case of the well-prepared student, there is rarely if ever such a thing as an unfair test.  
b.\* Many times, exam questions tend to be so unrelated to course work that studying is really useless.

11. a. Becoming a success is a matter of hard work and luck has little or nothing to do with it.  
b.\* Getting a good job depends mainly of being in the right place at the right time.
12. a. The average citizen can have an influence in government decisions.  
b.\* This world is run by the few people in power and there is not much the little guy can do about it.
13. a. When I make plans, I am almost certain that I can make them work.  
b.\* It is not always wise to plan too far ahead because many things turn out to be a matter of good or bad fortune anyhow.
- 14.\*\* a. There are certain people who are just no good.  
b. There is some good in everybody.
15. a. In my case, getting what I want has little or nothing to do with luck.  
b.\* Many times, we might just as well decide what to do by flipping a coin.
16. a.\* Who gets to be the boss often depends on who was lucky enough to be in the right place first.  
b. Getting people to do the right thing depends upon ability and luck has little or nothing to do with it.
17. a.\* As far as world affairs are concerned, most of us are the victims of forces we can neither understand nor control.  
b. By taking an active part in political and social affairs, the people can control world events.
18. a.\* Most people don't realize the extent to which their lives are controlled by accidental happenings.  
b. There really is no such thing as "luck".
- 19.\*\* a. One should always be willing to admit mistakes.  
b. It is usually best to cover up one's mistakes.
20. a.\* It is hard to know whether or not a person really likes you.  
b. How many friends you have depends on how nice a person you are.
21. a.\* In the long run, the bad things that happen to us are balanced by the good ones.  
b. Most misfortunes are the result of lack of ability, ignorance, laziness, or all three.

22. a. With enough effort, we can wipe out political corruption.  
b.\* It is difficult for people to have much control over the things politicians do in office.
23. a.\* Sometimes I can't understand how teachers arrive at the grades they give.  
b. There is a direct connection between how hard I study and the grades I get.
- 24.\*\* a. A good leader expects people to decide for themselves what they should do.  
b. A good leader makes it clear to everybody what their jobs are.
25. a.\* Many times, I feel that I have little influence over the things that happen to me.  
b. It is impossible for me to believe that chance or luck plays an important role in my life.
26. a. People are lonely because they don't try to be friendly.  
b.\* There is not much use in trying too hard to please people; if they like you, they like you.
- 27.\*\* a. There is too much emphasis on athletics in high school.  
b. Team sports are an excellent way to build character.
28. a. What happens to me is my own doing.  
b.\* Sometimes I feel that I don't have enough control over the direction my life is taking.
29. a.\* Most of the time, I can't understand why politicians behave the way they do.  
b. In the long run, the people are responsible for bad government on a national as well as on a local level.

### c) La « Mastery »

L'échelle de « mastery » développée par Perleins.

From strongly agree = 1 to strongly disagree = 5.

- 1 – there is really no way I can solve some of the problems I have;
- 2 – I often feel helpless in dealing with the problems of life;
- 3 – There is a little I can do to change many of the important things in my life;
- 4 – Sometimes I feel that I'm being pushed around in life;
- 5 – I have little control over the things that happen to me;
- 6 – What happens to me in the future mostly depends on me.

### d) Sens de la cohérence:

Questionnaire original de Antonovsky (29 questions)

Here is a series of questions relating to various aspects of our lives. Each question has seven possible answers. Please mark the number which expresses your answer, with numbers 1 to 7. If the words under 1 are right for you, circle 1; if the words under 7 are right for you, circle 7. If you feel differently, circle the number which best expresses your feeling. Please give only one answer to each question.

1. When you talk to people, do you have the feeling that they don't understand you?  
Never 1 2 3 4 5 6 7 Always have this feeling
2. In the past, when you had to do something which depended upon cooperation with others, did you have the feeling that it:  
Surely wouldn't get done 1 2 3 4 5 6 7 surely would get done
3. Think of the people with whom you come into contact daily, aside from the ones to whom you feel closest. How well do you know most of them?  
You feel that they're strangers 1 2 3 4 5 6 7 you know them very well
4. Do you have the feeling that you don't really care about what goes on around you?  
Very seldom or never 1 2 3 4 5 6 7 very often
5. Has it happened in the past that you were surprised by the behaviour of people whom you thought you knew well?  
Never happened 1 2 3 4 5 6 7 always happened
6. Has it happened that people whom you counted on disappointed you?  
Never happened 1 2 3 4 5 6 7 always happened
7. Life is:  
Full of interest 1 2 3 4 5 6 7 completely routine
8. Until now your life has had:  
No clear goals or purpose at all 1 2 3 4 5 6 7 very clear goals and purpose
9. Do you have the feeling that you're being treated unfairly?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never
10. In the past ten years your life has been:  
full of changes without your knowing what will happen next 1 2 3 4 5 6 7 completely consistent and clear
11. Most of the things you do in the future will probably be:  
Completely fascinating 1 2 3 4 5 6 7 deadly boring
12. Do you have the feeling that you are in an unfamiliar situation and don't know what to do?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never
13. What best describes how you see life:  
One can always find a solution to painful things in life 1 2 3 4 5 6 7 There is no solution to painful things in life

14. When you think about your life, you very often:  
Feel how good it is to be alive 1 2 3 4 5 6 7 ask yourself why you exist at all
15. When you face a difficult problem, the choice of a solution is:  
Always confusing and hard to find 1 2 3 4 5 6 7 always completely clear
16. Doing the things you do every day is:  
A source of deep pleasure and satisfaction 1 2 3 4 5 6 7 a source of pain and boredom
17. Your life in the future will probably be:  
Full of changes without your knowing what will happen next 1 2 3 4 5 6 7 completely consistent and clear
18. When something unpleasant happened in the past your tendency was:  
"to eat yourself up" about it 1 2 3 4 5 6 7 to say "ok that's that, I have to live with it" and go on
19. Do you have very mixed-up feelings and ideas?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never
20. When you do something that gives you a good feeling:  
it's certain that you'll go on feeling good 1 2 3 4 5 6 7 it's certain that something will happen to spoil the feeling
21. Does it happen that you have feelings inside you would rather not feel?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never
22. You anticipate that your personal life in the future will be:  
Totally without meaning or purpose 1 2 3 4 5 6 7 full of meaning and purpose
23. Do you think that there will always be people whom you'll be able to count on in the future?  
You're certain there will be 1 2 3 4 5 6 7 you doubt there will be
24. Does it happen that you have the feeling that you don't know exactly what's about to happen?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never
25. Many people - even those with a strong character - sometimes feel like sad sacks (losers) in certain situations. How often have you felt this way in the past?  
Never 1 2 3 4 5 6 7 very often
26. When something happened, have you generally found that:  
You overestimated or underestimated its importance 1 2 3 4 5 6 7 you saw things in the right proportion
27. When you think of the difficulties you are likely to face in important aspects of your life, do you have the feeling that:  
you will always succeed in overcoming the difficulties 1 2 3 4 5 6 7 you won't succeed in overcoming the difficulties.
28. How often do you have the feeling that there's little meaning in the things you do in your daily life?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never

29. How often do you have feelings that you're not sure you can keep under control?  
Very often 1 2 3 4 5 6 7 very seldom or never

Version en 13 questions – développée par Antonovsky  
Tirée de ENSP

INT Voici une série de questions qui portent sur différents aspects de la vie. À chaque question, vous pouvez répondre par un numéro allant de 1 à 7. Prenez le temps de penser à chaque question avant de répondre.

Q1 Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas vous préoccuper vraiment de ce qui se passe autour de vous?  
(1 signifie «très rarement ou jamais» et 7 signifie «très souvent»)

Q2 Dans le passé, combien de fois avez-vous été surpris(e) par le comportement de personnes que vous croyez bien connaître?  
(1 signifie que «ça ne s'est jamais produit» et 7 signifie que «ça s'est toujours produit».)

Q3 Combien de fois les gens sur qui vous comptiez vous ont-ils déçu(e)?  
(1 signifie que «ça ne s'est jamais produit» et 7 signifie que «ça s'est toujours produit».)

Q4 Combien de fois avez-vous le sentiment d'être traité(e) injustement?  
(1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais».)

Q5 Combien de fois avez-vous le sentiment de vous trouver dans une situation non-familiale et de ne pas savoir quoi faire?  
(1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais».)

Q6 Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des idées ou des sentiments très confus?  
(1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais».)

Q7 Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir?  
(1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais».)

Q8 Nombre de personnes - même celles qui ont du caractère - se considèrent parfois comme des perdants dans certaines situations. Combien de fois vous êtes-vous senti(e) ainsi dans le passé?  
(1 signifie «très rarement ou jamais» et 7 signifie «très souvent».)

Q9 Combien de fois avez-vous le sentiment que ce que vous faites chaque jour a peu d'importance?  
(1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais».)

Q10 Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous croyez ne pas pouvoir contrôler?  
(1 signifie «très souvent» et 7 signifie «très rarement ou jamais».)

Q11 Jusqu'ici, avez-vous eu des «buts et des objectifs très précis» pour votre vie ou «aucun but ou objectif»?  
(1 signifie «aucun but ou objectif précis» et 7 signifie «des buts et des objectifs très précis».)

109

Q12 Lorsqu'un événement se produit, vous croyez généralement que vous surestimez ou sous-estimez son importance ou que vous savez juger de l'importance de cet événement?

(1 signifie que vous «surestimez ou sous-estimez l'importance» d'un événement et 7 signifie que vous «savez juger de l'importance» de cet événement.)

Q13 Vos activités quotidiennes sont-elles une source de plaisir et de satisfaction ou une source de souffrance et d'ennui?

(1 signifie que c'est une «grande source de plaisir et de satisfaction» et 7 signifie que c'est une «source de souffrance et d'ennui».)

Version en 3 questions développée par le *Level of Living Survey Suédois* (Lundberg et Peck, 1995)

Do you usually see a solution to problems and difficulties that other people find hopeless?

Do you usually feel that your daily life is a source of personal satisfaction ?

Do you usually feel that the things that happen to you in your daily life are hard to understand ?

Choix de réponse: Yes, usually / Yes, sometimes / No.

110

## ANNEXE II : COHESION SOCIALE

### Appartenance à la collectivité locale

Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001 (Stat. Can.)

Diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale est :

Très fort, plutôt fort, plutôt faible, très faible.

Perception du quartier

Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes, vague 1.  
(repris ensuite dans l'ELDEQ)

Les prochaines questions portent sur le quartier où vous habitez...

Q1. Depuis combien d'années demeurez-vous à cette adresse ?

Q2. Comment jugez-vous votre quartier comme endroit pour élever des enfants ? est-il ...

Excellent, bon, moyen, mauvais, très mauvais, NSP, R.

Q3. Participez-vous à des organisations bénévoles locales quelconques, par exemple des comités d'école, des comités d'église, des groupes communautaires ou des associations ethniques ?

Oui, Non, NSP, R.

Q4. Veuillez me dire si vous êtes entièrement d'accord, d'accord, en désaccord ou entièrement en désaccord avec les énoncés suivants au sujet de votre quartier.

- On peut marcher seul dans ce quartier en toute sécurité après la tombée de la nuit ;
- Les enfants peuvent jouer dehors durant la journée en toute sécurité ;
- Il y a de bons parcs, des terrains de jeux et des endroits pour jouer dans ce quartier.

Les énoncés suivants portent sur les gens du quartier.

Q5. Veuillez me dire si vous êtes entièrement d'accord, d'accord, en désaccord ou entièrement en désaccord avec les énoncés suivants au sujet de vos voisins.

- Autour d'ici, lorsqu'il y a un problème, les voisins s'unissent pour le régler.
- Dans notre quartier, il y a des adultes qui peuvent servir de modèle de comportement aux enfants.
- Les gens autour d'ici sont prêts à aider leurs voisins.
- On peut se fier aux adultes du quartier pour veiller à ce que les enfants soient en sécurité et qu'ils n'aient pas d'ennuis.
- Quand je m'absente de la maison, je sais que mes voisins garderont l'œil ouvert pour s'assurer qu'il n'y ait pas de problème.

Les énoncés suivants décrivent des problèmes qui peuvent exister dans les quartiers.

Q6. Quelle est l'ampleur des problèmes suivant dans votre quartier :

- Détritus, éclats de verre ou ordures sur la rue ou le chemin, sur le trottoir ou dans la cours.
- La vente ou la consommation de drogues
- La présence d'alcooliques ou la consommation excessive d'alcool en public

- Des groupes de jeunes qui causent des problèmes
- Des cambriolages dans les maisons et les appartements
- Des troubles émanant de différences ethniques ou religieuses.

Choix de réponses : Un grave problème

Plus ou moins un problème

Pas de problème

NSP, R.

***ANNEXE IV***

Institut  
de la statistique

Québec



ÉTUDE LONGITUDINALE DU  
DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS  
DU QUÉBEC (ÉLDEQ 1998-2002)

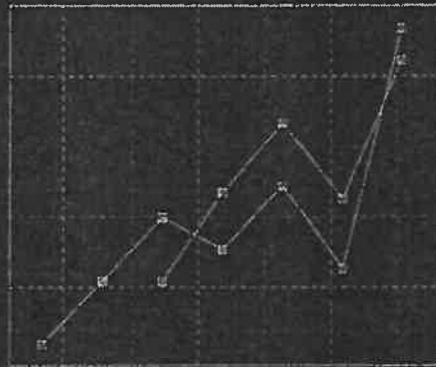
DE LA NAISSANCE À 29 MOIS

Conditions socioéconomiques  
et santé

Volume 2, numéro 3

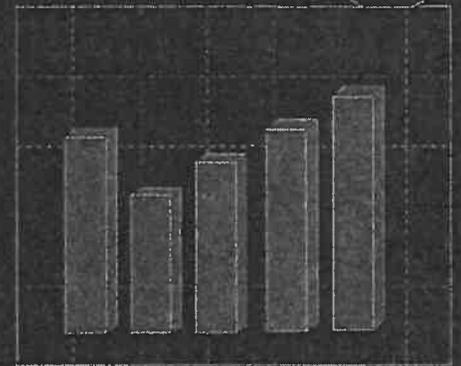
COLLECTION  
**la santé et  
le bien-être**

9



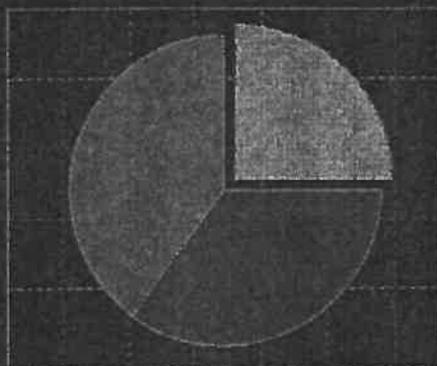
4

0



8

6



2

Pour tout renseignement concernant l'ISQ  
et les données statistiques qui y sont disponibles,  
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec  
200, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec)  
G1R 5T4  
Téléphone : (418) 691-2401  
ou  
Téléphone : 1 800 463-4090  
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)

Cette publication a été réalisée et produite  
par l'Institut de la statistique du Québec.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Deuxième trimestre 2003  
ISBN 2-551-21544-7  
ISBN 2-551-21775-X

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite  
sans l'autorisation expresse  
de l'Institut de la statistique du Québec.

Mai 2003

## Avant-propos

---

La publication de ce second volume de la collection ÉLDEQ 1998-2002 est le fruit d'une collaboration exceptionnelle établie depuis 1996 entre le milieu québécois de la recherche universitaire, le réseau de la santé publique et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) par l'entremise de la Direction Santé Québec.

Deux ans après la sortie du premier volume de la présente collection, un groupe interdisciplinaire et plurisectoriel constitué de plus de 80 chercheurs et professionnels de recherche propose cette seconde série de publications présentant les résultats des toutes premières analyses longitudinales. Très attendus, ces résultats permettent de décrire l'environnement et le développement des enfants à partir des trois premières mesures, soit celles réalisées lorsqu'ils étaient âgés respectivement de 5 mois, de 17 mois et de 29 mois. Afin de bien saisir l'importance de ces mesures chez le jeune enfant, il faut rappeler l'objectif prioritaire de l'ÉLDEQ 1998-2002 tel qu'il est énoncé dans le volume initial de cette collection : l'ÉLDEQ permettra de mieux connaître les PRÉCURSEURS de l'adaptation sociale des individus, en évaluant en tout premier lieu l'adaptation scolaire des enfants, d'identifier les CHEMINEMENTS de cette adaptation et d'évaluer ses CONSÉQUENCES la vie durant.

Ainsi, en analysant les données des trois premiers volets de l'enquête, l'ISQ est honoré d'être associé à l'élaboration d'un puissant instrument de recherche et d'enquête mais surtout à la réalisation d'une étude qui servira tant à la prévention qu'au développement d'interventions précoces efficaces. À titre de directeur général, je ne peux que m'enorgueillir d'un modèle de partenariat dont les résultats sont aussi fructueux que porteurs d'avenir.

Le directeur général,



Yvon Fortin

## **Les auteurs du numéro 3 du volume 2 de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :**

Section I : Pauvreté et santé des enfants québécois

Louise Séguin, Qian Xu, Louise Potvin, Maria-Victoria Zunzunegui, Katherine L. Frohlich, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal  
Claude Dumas, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Section II : Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs

Ginette Paquet, Institut national de santé publique du Québec  
Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec

### **Avec l'assistance professionnelle et technique de :**

Nathalie Vachon, au traitement des données et à la vérification des analyses, Direction Santé Québec, ISQ  
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique, Direction de l'édition et des communications, ISQ  
Lucie Desroches, à la mise en page, Direction Santé Québec, ISQ

### **Les lecteurs et lectrices externes sont :**

François Brisebois, Division des méthodes et des enquêtes auprès des ménages, Statistique Canada  
Sonia Jean, Institut national de santé publique du Québec  
Sylvie Montreuil, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Louis Rochette, Unité de recherche, Direction de la santé publique de Québec  
Nicholas Spencer, School of Health and Social Studies, University of Warwick

### **Le volume 2 de l'ÉLDEQ 1998-2002 est réalisé par :**

la Direction Santé Québec de l'ISQ

### **L'ÉLDEQ 1998-2002 est subventionnée par :**

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)  
l'Institut national de santé publique du Québec  
les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, ancien PNRDS)  
le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC)  
le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (ancien CQRS)  
le Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (ancien FCAR)  
le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)  
la Fondation Molson  
le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST) par le biais du programme Valorisation recherche Québec (VRQ)  
Développement des ressources humaines Canada (DRHC)  
l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA)  
Santé Canada  
le National Science Foundation (NSF des É.-U.)  
l'Université de Montréal  
l'Université Laval  
l'Université McGill

### **L'ÉLDEQ 1998-2002 est sous la direction de :**

Mireille Jetté, coordonnatrice, Direction Santé Québec, ISQ  
Hélène Desrosiers, Direction Santé Québec, ISQ  
Richard E. Tremblay, directeur scientifique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, Université de Montréal  
Ghyslaine Neill, Direction Santé Québec, ISQ  
Josette Thibault, Direction Santé Québec, ISQ  
Lucie Gingras, Direction Santé Québec, ISQ  
Nathalie Vachon, Direction Santé Québec, ISQ

**Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :**

Direction Santé Québec  
Institut de la statistique du Québec  
1200, avenue McGill College  
Montréal (Québec) H3B 4J8  
Téléphone : (514) 873-4749 ou  
Téléphone : 1 877 677-2087 (aucuns frais d'appel)  
Télécopieur : (514) 864-9919  
Site Web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)

**Citations suggérées :**

SÉGUIN, L., Q. XU, L. POTVIN, M.-V. ZUNZUNEGUI, C. DUMAS et K. FROHLICH (2003). « Conditions socioéconomiques et santé, section I – Pauvreté et santé des enfants québécois », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 3.

PAQUET, G., et D. HAMEL (2003). « Conditions socioéconomiques et santé, section II – Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 3.

Ce numéro est aussi disponible en version anglaise. This analytical paper is also available in English under the title :

SÉGUIN, L., Q. XU, L. POTVIN, M.-V. ZUNZUNEGUI, C. DUMAS and K. FROHLICH (2003). "Socioeconomic Conditions and Health, Part I – Poverty and Health in Quebecois Children", in *Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002) – From Birth to 29 Months*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 2, No. 3.

PAQUET, G., and D. HAMEL (2003). "Socioeconomic Conditions and Health, Part II – Social and Health Inequalities in Young Children: In Search of Protective Factors", in *Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002) – From Birth to 29 Months*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 2, No. 3.

**Pour les avertissements, les signes conventionnels et les abréviations,  
voir la section *Rappel méthodologique et avertissements*.**

# Table des matières

## Section I – Pauvreté et santé des enfants québécois

<b>Introduction.....</b>	<b>21</b>
<b>1. Pauvreté et santé des enfants .....</b>	<b>23</b>
<b>2. Les aspects méthodologiques .....</b>	<b>27</b>
2.1 Les données et l'échantillon.....	27
2.2 Les variables.....	27
2.2.1 Indicateurs de santé .....	27
2.2.2 Indicateurs de pauvreté .....	28
2.2.3 Indicateurs de santé à la naissance de l'enfant.....	29
2.2.4 Caractéristiques sociodémographiques des mères et caractéristiques de l'environnement des enfants .....	29
2.3 Méthode d'analyse .....	29
<b>3. Les résultats.....</b>	<b>31</b>
3.1 Évolution de la santé des enfants de la naissance à l'âge d'environ 29 mois.....	31
3.2 Récurrence des problèmes de santé entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois .....	35
3.3 Évolution de la pauvreté des familles des jeunes enfants.....	36
3.4 Durée de la pauvreté et santé des enfants âgés d'environ 29 mois.....	37
3.5 Moment où survient la pauvreté et santé des enfants vers l'âge d'environ 29 mois.....	37
<b>4. Discussion et conclusions .....</b>	<b>41</b>

## Section II – Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs

<b>Introduction.....</b>	<b>47</b>
<b>1. Le statut socioéconomique et la santé dans une perspective longitudinale.....</b>	<b>49</b>
1.1 L'importance de la petite enfance.....	50
1.2 Le statut socioéconomique dans l'enfance et la santé à l'âge adulte : un survol .....	52
1.3 L'échantillon d'analyse.....	52
<b>2. L'évolution du statut socioéconomique des familles .....</b>	<b>53</b>
<b>3. La santé des enfants selon la position sociale de leur famille : analyses bivariées.....</b>	<b>57</b>
3.1 La santé des enfants selon la position sociale de la famille aux volets 1999 et 2000 .....	57
3.2 La santé des enfants selon l'évolution de la position sociale de leur famille depuis la naissance .....	58

<b>4. La distribution sociale de facteurs de risque ou de protection potentiellement confondants.....</b>	<b>61</b>
4.1 Les facteurs de risque, de protection ou démographiques analysés.....	61
4.2 La répartition des facteurs protecteurs, de risque ou démographiques selon la position sociale de la famille depuis la naissance .....	61
<b>5. L'analyse multivariée des liens entre la santé des enfants et la position sociale de leur famille depuis la naissance .....</b>	<b>65</b>
5.1 Considérations méthodologiques.....	65
5.2 Résultats de l'analyse multivariée des liens entre la santé des enfants et la position sociale des familles depuis la naissance .....	66
5.2.1 L'hospitalisation .....	66
5.2.2 La santé perçue .....	68
5.2.3 Les infections aux voies respiratoires.....	70
5.2.4 L'asthme .....	71
5.2.5 La consultation de médecins-omnipraticiens (médecins de famille).....	72
5.2.6 La consultation de pédiatres .....	74
5.3 Les grands constats de l'analyse multivariée en bref .....	75
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>77</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>95</b>

# Liste des tableaux et des figures

## Tableaux

### Section I

3.1 Répartition des enfants selon certains indicateurs de santé vers l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	31
3.2 Répartition des enfants selon le nombre de périodes passées avec des problèmes de santé vers l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	36
3.3 Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon la condition économique de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	36
3.4 Ratio de cotes (RC) ajusté et intervalle de confiance (IC) à 95 % de l'apparition de problèmes de santé chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de périodes passées en situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	38
3.5 Ratio de cotes (RC) ajusté et intervalle de confiance (IC) à 95 % de l'apparition de problèmes de santé chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le moment où la pauvreté survient depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	39

### Section II

2.1 Évolution du statut socioéconomique des familles (scores bruts) alors que les enfants sont âgés de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	54
2.2 Évolution des quintiles du statut socioéconomique des familles, Québec, 1998 et 2000 .....	55
2.3 Évolution du statut socioéconomique des familles en quintiles en fonction des changements du revenu familial et du statut d'emploi de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	55
3.1 Prévalence de certains indicateurs de santé des enfants selon la position sociale de la famille depuis leur naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	59

4.1 Liste des facteurs de protection retenus pour les analyses bivariées et multivariées.....	62
5.1 Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	67
5.2 Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	68
5.3 Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	70
5.4 Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'asthme chez les enfants à l'âge de 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	72
5.5 Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	73
5.6 Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	74

### Annexes

A.1 Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon certains indicateurs de santé, Québec, 2000.....	81
A.2 Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon certains indicateurs de santé, Québec, 2000.....	81

A.3	Facteurs associés aux problèmes aigus de santé chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de périodes passées en situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	82
A.4	Facteurs associés aux crises d'asthme chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de périodes passées en situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	83
A.5	Facteurs associés aux blessures chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de périodes passées en situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	84
A.6	Facteurs associés à l'hospitalisation des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de période passées en situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	85
A.7	Facteurs associés à la santé perçue des enfants âgés d'environ 29 mois selon le nombre de périodes passées en situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	86
A.8	Facteurs associés aux problèmes aigus de santé chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le moment où survient la situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	87
A.9	Facteurs associés aux crises d'asthme chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le moment où survient la situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	88
A.10	Facteurs associés aux blessures chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le moment où survient la situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	89
A.11	Facteurs associés à l'hospitalisation des enfants âgés d'environ 29 mois selon le moment où survient la situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	90

A.12	Facteurs associés à la santé perçue des enfants âgés d'environ 29 mois selon le moment où survient la situation de pauvreté depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	91
------	---	----

## Figures

### Section I

3.1	Évolution des enfants selon la présence de problèmes aigus de santé vers l'âge de 17 mois et 29 mois, Québec, 1999 et 2000.....	32
3.2	Évolution des enfants selon la présence de crises d'asthme entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois, Québec, 1999 et 2000.....	32
3.3	Évolution des enfants selon l'admission à l'hôpital vers l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	33
3.4	Évolution des enfants selon la perception de la santé de l'enfant par la mère vers l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	34

### Section II

2.1	Évolution des quintiles du statut socioéconomique des familles alors que les enfants sont âgés de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	54
3.1	Proportion d'enfants âgés d'environ 17 mois hospitalisés et perçus comme n'étant pas en très bonne santé selon la position sociale de la famille, Québec, 1999.....	57
3.2	Proportion d'enfants âgés d'environ 29 mois hospitalisés et perçus comme n'étant pas en très bonne santé selon la position sociale de la famille, Québec, 2000.....	58
4.1	Liens entre certaines caractéristiques de l'enfant et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	62
4.2	Liens entre certaines caractéristiques de la mère et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	63

4.3	Liens entre certaines caractéristiques du ménage et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	63
4.4	Liens entre certaines caractéristiques du milieu au volet 2000 et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	64
5.1	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit selon le mode d'alimentation, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	67
5.2	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la présence ou non d'un soutien des grands-parents, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	69
5.3	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	69
5.4	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la perception de la santé de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	69
5.5	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	71
5.6	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	73
5.7	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le statut d'immigration de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	73
5.8	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le nombre d'enfants dans le ménage, Québec, 1998, 1999 et 2000 .....	75
5.9	Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon la consommation de boissons gazeuses ou aux fruits, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	75



## Rappel méthodologique et avertissements

*L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, amorcée en 1998, est menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de 5 mois à l'âge d'environ 4 ans. Ce second volume traite des données longitudinales des trois premiers volets soit lorsque les enfants étaient âgés respectivement d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois.

Les analyses longitudinales impliquant des données recueillies aux volets 1998, 1999 et 2000 permettent d'inférer à la population des enfants nés au Québec en 1997 et en 1998 (naissances simples) et qui, en 2000, habitaient toujours le Québec ou ne l'avaient quitté que temporairement. Ainsi, le choix conceptuel et méthodologique de ne pas échantillonner d'enfants parmi le groupe des enfants arrivés au Québec après leur naissance limite l'inférence à cette population.

La participation des familles aux volets 1999 et 2000 de l'ÉLDEQ a été excellente. En effet, 94 % des familles ayant participé au volet 1998 ont continué à participer à l'enquête au second et au troisième volet, pour un taux de réponse longitudinal aux deux principaux questionnaires (Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse – QIRI et Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse – QPRI) de 71 %<sup>1</sup>. Quant à la participation aux instruments QAAM et QAAP, elle est demeurée stable du volet 1998 au volet 2000, soit de l'ordre de 96 % pour le QAAM et de 90 % pour le QAAP, et ce, parmi les répondants annuels au QIRI. Toutefois, comme les familles répondantes ne sont pas nécessairement les mêmes d'un volet à l'autre, la proportion pondérée de familles ayant participé à l'ensemble des volets est plus faible, soit de 92 % pour le QAAM et de 83 % pour le QAAP, cette fois parmi les répondants au QIRI des trois premiers volets ( $n = 1\,985$ ). Quant aux taux de réponse longitudinaux à ces instruments, que l'on obtient en multipliant la proportion pondérée de répondants longitudinaux au QAAM ou au QAAP et le taux de réponse longitudinal au QIRI, ils se situaient à 65 % et 59 % respectivement.

1. Le nombre non pondéré de familles répondantes à l'ÉLDEQ est ainsi passé de 2 120 en 1998, à 2 045 en 1999 et à 1 997 en 2000. Quant au nombre de familles qui ont participé aux trois volets de l'enquête, il est de 1 985 familles (soit 94 % des 2 120 familles du volet initial).

Il a été décidé de minimiser les biais potentiels pouvant être induits par la non-réponse au moyen d'un ajustement de la pondération basé sur les caractéristiques différenciant les répondants des non-répondants, et ce, pour les cinq grands instruments de l'ÉLDEQ : le QIRI/QPRI, le QAAM, le QAAP et le test cognitif des enfants désigné par l'acronyme IPO (test d'imitation de placement d'objet). Puisque seuls les répondants du volet 1998 étaient admissibles au suivi longitudinal, la pondération longitudinale est basée sur la pondération transversale du QIRI élaborée au volet 1998. De plus, pour les analyses longitudinales impliquant soit des données du QAAM, du QAAP ou de l'IPO, un ajustement additionnel de la pondération est nécessaire pour tenir compte de la non-réponse globale longitudinale propre à chacun de ces instruments. Malheureusement, au troisième volet comme au premier, même si les taux de réponse des pères non résidants se sont améliorés, il s'avère impossible de pondérer les données recueillies auprès d'eux, le taux de réponse au QAAPABS étant encore trop faible.

De plus, étant donné le plan de sondage complexe de l'ÉLDEQ, il faut s'assurer d'estimer correctement la variance associée aux estimations. Il est donc souhaitable d'avoir recours à un logiciel permettant de tenir compte de ce type de plan de sondage, autrement la variance a tendance à être sous-estimée et par le fait même, le seuil observé des tests statistiques à être trop petit. Dans ce cas-ci, le logiciel SUDAAN (*Survey Data Analysis*; Shah et autres, 1997) a été utilisé pour les estimations de prévalences, les tests du khi-carré, les analyses de variance à mesures répétées, les analyses de régression linéaire, de régression logistique et de régression de Cox. Le seuil de signification pour ces tests statistiques a été fixé à 0,05. Quant aux autres types d'analyse non supportés par SUDAAN (ex. : test de McNemar), le seuil a été abaissé à 0,01 afin d'éviter de déclarer comme étant significatifs des résultats qui ne le seraient pas si on tenait compte du plan de sondage.

Toutes les données présentées qui sont affectées par un coefficient de variation (CV) de plus de 15 % sont accompagnées de un ou deux astérisques pour bien

indiquer aux lecteurs la variabilité de certaines estimations présentées.

NDLR : Pour plus d'information sur la méthodologie d'enquête consulter les numéros 1 des volumes 1 et 2. Des renseignements détaillés sur la source et la justification des questions des trois premiers volets de l'ÉLDEQ, de même que sur la composition des échelles et des indices utilisés sont également consignés aux numéros 12 des volumes 1 et 2.

## **Avertissements**

---

Dans les tableaux, à moins d'avis contraire, « n » représente une somme de poids individuels ramenés à la taille de l'échantillon initial. Cette quantité est utilisée pour l'estimation des prévalences et diffère légèrement de l'échantillon réel (soit le nombre d'enfants pour un sous-groupe donné). Dans le texte, lorsqu'un nombre est présenté pour décrire la taille de l'échantillon d'analyse, il désigne aussi, à moins d'indication contraire, la somme des poids des unités d'analyse ramenés à la taille de l'échantillon initial. Cette situation se présente lorsque l'analyse porte sur un sous-groupe particulier. La fréquence pondérée ne sert dans ce cas qu'à faire le lien avec les tableaux. La taille d'échantillon réelle demeure, avec le coefficient de variation, la quantité à interpréter pour avoir une bonne idée de la précision des estimations.

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans ce numéro sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

## **Signes conventionnels**

---

- .. Donnée non disponible
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- p < Fait référence au seuil de signification

## **Abréviations**

---

- CV Coefficient de variation
- Non sign. Test non significatif

# Conditions socioéconomiques et santé

---

Section II

Inégalités sociales et santé des tout-petits : à  
la recherche de facteurs protecteurs

En  
**2002...**  
J'aurai 5 ans !



# Introduction

À l'échelle internationale, la réussite de certains programmes de stimulation précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé indique qu'il n'y a rien de fatal ou d'inébranlable dans le fait de vivre les premières années de son enfance dans une famille de faible niveau socioéconomique. Le succès de ces programmes repose toutefois sur l'identification rigoureuse de facteurs dits protecteurs, favorisant la résilience, et par le fait même, l'égalité des chances de réussite (Paquet, 1998; Eming Young, 2002). Les analyses présentées ici s'inscrivent dans cette perspective; elles ont pour objectif d'identifier des facteurs protecteurs qui permettront le développement de pistes fécondes pour l'intervention préventive au Québec.

D'ailleurs, *La politique de la santé et du bien-être (PSBE)* publiée par le gouvernement du Québec affirme qu'en matière de développement des connaissances, « certains champs demeurent encore inexplorés ou sous-développés. C'est le cas notamment de la recherche qui porte sur les déterminants de la santé et du bien-être et sur les groupes vulnérables » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992 : 181). Pour parer à ces lacunes, la politique comportait les engagements suivants :

- « *Développer la recherche sur les facteurs de protection et de promotion de la santé et du bien-être, ainsi que sur la situation des groupes vulnérables* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992 : 181).
- *Intensifier et diffuser la recherche permettant d'améliorer la compréhension de la problématique des groupes vulnérables, de leurs problèmes sociaux et de leurs problèmes de santé* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992 : 167).
- *Développer des indicateurs fiables de l'état de santé et de bien-être de la population et des communautés qui la composent et ce, particulièrement dans le domaine social* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992 : 180).»

Le présent texte se veut en quelque sorte une réponse à ces priorités de recherche et de planification. Il veut approfondir la compréhension de l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits. Rappelons que lors de travaux antérieurs (Paquet et autres, 2001), une réponse positive avait été donnée à la question suivante : au Québec, avec notre système universel de santé et de services sociaux, la santé des nourrissons de 5 mois peut-elle être liée à la position sociale de leur famille? De plus, un facteur semblait être en mesure d'atténuer cette association : l'allaitement pendant au moins 4 mois. Et, de façon étonnante, la position sociale ne semblait pas jouer dans les familles dysfonctionnelles. Ces résultats comportaient cependant plusieurs limites inhérentes à des analyses transversales.

Maintenant que l'on dispose au Québec de données en trois temps sur les mêmes enfants, on peut pousser plus avant l'analyse de l'influence du statut socioéconomique (SSE) de la famille sur la santé des tout-petits. Retenons qu'au volet 1998, les enfants avaient 5 mois, alors que pour les volets subséquents (1999 et 2000) ils étaient âgés d'environ 17 mois et 29 mois. Dans la présente étude, après avoir vérifié si la relation positive entre le SSE de la famille et la santé des tout-petits se maintient au fil du temps, on tentera d'identifier les facteurs en mesure d'atténuer ou d'exacerber l'influence du SSE sur la santé des enfants.

Dans la première partie de ce texte, on présente un bref aperçu des enseignements émanant des études longitudinales réalisées à travers le monde sur les liens entre le SSE et la santé. La seconde partie examine l'évolution du SSE des familles au cours des trois premiers volets de l'enquête. En troisième partie, à l'aide des indicateurs de santé disponibles dans l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), on dresse, avec des analyses bivariées, un portrait de l'état de santé des enfants selon la position sociale de leur famille. Dans la



quatrième partie, certains facteurs protecteurs ou de risque susceptibles d'expliquer les liens observés entre le SSE de la famille et la santé des enfants sont présentés. Finalement, dans la cinquième partie, les résultats des analyses multivariées permettent de lever le voile sur les facteurs en mesure de protéger la santé des tout-petits de l'adversité liée au faible SSE de leur famille.

# 1. Le statut socioéconomique et la santé dans une perspective longitudinale

---

S'il existe un intérêt croissant, à l'échelle internationale, pour les études longitudinales portant sur la relation entre l'état de santé et le SSE, les méthodes et les mesures utilisées dans chacune d'entre elles varient considérablement. Parmi ces différences, mentionnons que les études européennes tendent à effectuer plus souvent leurs analyses sous l'angle de la classe sociale, du statut d'emploi ou du niveau d'éducation, tandis que c'est assurément le revenu qui caractérise dans la plupart des cas le SSE d'un individu dans les recherches nord-américaines (Paquet et autres, 2002).

L'usage du revenu comme indicateur unique de position socioéconomique pose problème d'un point de vue analytique, au même titre que l'absence d'information sur le revenu dans les nombreuses recherches européennes. En sciences sociales, plusieurs auteurs caractérisent la position sociale d'un ménage par un niveau de ressources correspondant lui-même à un ensemble de privations ou de possibilités d'ordre matériel, social et culturel (Bertaux, 1977; Bourdieu, 1980; Paquet, 1990). La position sociale ne devrait pas être définie par un simple critère, mais par le croisement d'une multitude de ressources et de handicaps cumulés. L'observation du seul revenu ne permet pas de repérer adéquatement des catégories fragilisées, cumulant des handicaps nombreux. Le revenu à lui seul ne suffit pas non plus à définir la puissance sociale de certains individus ou familles dans l'organisation sociale. Il serait par conséquent essentiel d'établir la position sociale des individus non pas selon une échelle unique, mais dans un espace aux dimensions multiples (Chauvel, 2000).

Le revenu représenterait un moyen insuffisant pour capter les conditions de vie qui occasionnent des différences de santé. L'éducation, de même que le métier exercé sont souvent de meilleurs indicateurs des facteurs sociaux liés à la position sociale qui affectent la santé. Néanmoins, le revenu peut être utilisé comme une mesure de la position sociale, à la condition d'utiliser des mesures de revenus relatifs et non pas de revenus absolus. En fait, au-dessus du

seuil de pauvreté, le revenu demeure un prédicteur de santé ou de maladie parce qu'il mesure la place qu'occupe une personne dans la hiérarchie sociale, plutôt que l'argent qu'elle possède; alors qu'au bas de l'échelle sociale, les revenus individuels affectent la santé à travers les privations matérielles et les restrictions de participation sociale de même que les possibilités d'exercer un contrôle sur sa vie.

Les enquêtes longitudinales comme l'ÉLDEQ ont ceci de particulier : elles attirent l'attention sur la dynamique des revenus, de la scolarité et de l'emploi sur plusieurs années plutôt que sur une mesure et une compréhension statique de ces derniers. Les enquêtes longitudinales permettent d'approfondir la compréhension des relations entre les dynamiques socioéconomiques et la santé. Par exemple, plusieurs études longitudinales britanniques sont maintenant devenues des classiques dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Parmi celles-ci figurent en bonne place les recherches de Marmot et ses collaborateurs sur des cohortes de fonctionnaires britanniques, mieux connues sous le nom de *Whitehall study*. À partir de 1967, les chercheurs ont suivi une cohorte d'environ 17 000 cols blancs masculins britanniques. Le résultat principal est certainement la découverte d'un gradient social clair et linéaire de santé entre les employés en fonction de leur position dans la hiérarchie occupationnelle. Les différences de santé entre les statuts d'emploi se sont avérées progressives et sans point de rupture : les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles qui se trouvaient à l'échelon précédent. De même, ces dernières présentaient un profil de santé plus favorable que le reste de la population à l'étude moins favorisée sur le plan du revenu et du rang social (Marmot et autres, 1997).

Ce gradient a été établi en tenant compte de la consommation de tabac, de l'obésité, de la pratique d'une activité physique de loisir, de la pression sanguine et du niveau de cholestérol. La prise en compte de ces facteurs expliquait moins de 25 % de la variation de l'état de santé selon le SSE. Les

chercheurs de *Whitehall* ont été les premiers à montrer que les différences de santé selon le statut socioéconomique ne s'expliquaient pas d'abord par les habitudes de vie liées à la santé. Le gradient ne pouvait pas non plus être expliqué par la pauvreté d'une partie de l'échantillon, puisque tous les membres étaient des cols blancs, pour la plupart avec une sécurité d'emploi et un salaire relativement élevé. Aucun répondant, en fait, ne connaissait une situation de pauvreté absolue. Ces chercheurs ouvraient ainsi des pistes de réflexion vers la prise en compte d'une série de variables pouvant expliquer les mécanismes à travers lesquels s'opère la production des inégalités sociales de santé, comme le sentiment d'avoir du contrôle sur son travail, le soutien social et l'estime de soi. Puisque cette étude est longitudinale, les chercheurs de *Whitehall* ont pu également démontrer que la relation causale impliquée allait largement du statut socioéconomique vers la santé. En d'autres mots, c'est davantage la position sociale qui tend à déterminer la santé, et non l'inverse. Un suivi de la cohorte à l'âge de la retraite a également pu montrer que le SSE participait à l'explication des écarts de dégradation de la santé fonctionnelle physique et mentale accompagnant parfois le vieillissement (Martikainen et autres, 1999). Des résultats très similaires ont été obtenus à partir de la *Wisconsin Longitudinal Study* (WLS), une enquête de cohorte américaine composée d'hommes et de femmes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires au Wisconsin en 1957 (questionnés une première fois en 1957 et suivis entre l'âge de 18 et 54 ans) (Marks, 1996). Mentionnons ici rapidement que des enquêtes suédoise, finlandaise, écossaise et trois cohortes britanniques ont chacune participé au décodage d'inégalités sociales de santé similaires. En résumé, les principales études longitudinales sur le sujet attirent notre attention sur les éléments suivants :

- Il existe un gradient social de santé et de mortalité dans plusieurs sociétés, et ce, indépendamment de la définition du SSE (niveau de scolarité, revenu, emploi).
- Les habitudes de vie liées à la santé expliquent généralement une part modeste de la variance observée.

- La causalité va largement du statut social vers la santé; la causalité inverse étant un phénomène beaucoup moins important.
- Les différents profils de pauvreté (temporaire ou persistant), les chutes de revenus et les changements de statut d'emploi sont des phénomènes importants et répandus qui ont un effet sur la relation entre le SSE et l'état de santé.
- Et, comme nous le verrons dans la section suivante, le SSE durant l'enfance a des effets à long terme sur la santé.

### 1.1 L'importance de la petite enfance

Les relations fondamentales entre les conditions de vie durant l'enfance et les difficultés d'apprentissage ou d'adaptation sociale, puis la vulnérabilité aux problèmes de santé à l'âge adulte commencent à être mieux connues. Par exemple, il semble que pendant une « période cruciale » de la petite enfance, la présence ou l'absence d'un soutien adéquat soient déterminantes dans le développement du système nerveux central car à ce moment de la vie le cerveau est particulièrement malléable et le cortex cérébral se développe plus rapidement. Ce développement est lui-même fortement impliqué dans l'action des systèmes immunitaire et endocrinien et en particulier en ce qui concerne leur capacité de réagir adéquatement au « stress ». Bref, cette période serait le moment privilégié de constitution du système de défense de l'organisme contre les multiples agressions qui forment à des degrés divers le lot commun d'une vie humaine dans un environnement social (Eming Young, 2002 ; McCain et autres, 1999).

Sur un plan moins « biologique », un développement social, cognitif et affectif inadéquat durant la petite enfance influence aussi grandement la trajectoire éducative, sociale et professionnelle d'un individu. Par exemple, le niveau d'instruction atteint serait étroitement lié à la situation sociale et affective connue dans l'enfance et ces deux facteurs contribueraient à expliquer une large part des problèmes sociaux et de santé vécus à l'âge adulte (Eming Young, 2002; Keating et autres, 1993; McCain et autres, 1999; Paquet, 1998; Syme, 1998). Comme les enfants ne naissent pas dans des ménages

disposant d'un accès égal à ces ressources (financières, scolaires, affectives, sociales...) et comme ces désavantages semblent être interreliés, on peut aisément reconnaître que la petite enfance est susceptible de participer à la (re)production des inégalités sociales de santé. Plusieurs enquêtes longitudinales viennent confirmer cet effet du SSE de la famille sur la santé des enfants, mais surtout sur le parcours sanitaire à long terme des individus et, par le fait même, sur la distribution des maladies et de la santé dans une population.

Pendant une longue période, le seul indicateur de santé des nourrissons était la mortalité infantile qui a souvent été utilisé non pas en tant qu'indicateur de santé, mais comme indicateur de développement d'un pays, d'une région ou d'un quartier. Plusieurs études ont montré que la mortalité périnatale et infantile variait de manière importante en fonction du SSE du père, de la mère ou du couple, prenant souvent la forme d'un gradient. Des données britanniques (Botting, 1997), françaises (Kaminski et autres, 2000), et suédoises (Leon et autres, 1992), entre autres, convergent sur cette question. Lorsque l'information est disponible, il semble que des différences de SSE soient notables pour toutes les causes principales de décès (malformations, prématurité, infection) (Olsen et autres, 1993). Ce gradient apparaît dans tous les pays industrialisés, malgré une baisse importante et stable de la mortalité infantile. Prenons l'exemple du Québec. Selon des données de l'Institut de la statistique du Québec, la mortalité périnatale, néonatale et infantile<sup>1</sup> a diminué considérablement depuis les vingt-cinq dernières années. Néanmoins, la mortalité foetale et infantile demeure étroitement liée au niveau de scolarité de la mère (Chen et autres, 1998). Toute volonté d'intervenir sur cette mortalité spécifique devrait tenir compte des inégalités sociales. En effet, comme le mentionnent Chen et ses collègues (1998 : 57), au Québec : « Si les taux de mortalité pour chaque niveau de scolarité étaient aussi faibles que pour le niveau de scolarité le plus élevé, le nombre de morts foetales et infantiles diminuerait d'environ 20 % ».

1. Mortalité foetale : mortinaissance (mort-né). Mortalité périnatale : mortinaissance à laquelle s'ajoutent les décès survenant dans les 6 jours suivant la naissance. Mortalité néonatale : le décès survient de 0 à 27 jours. Mortalité infantile : le décès survient de 0 à 364 jours après la naissance.

Plus fréquentes sont les situations où un enfant est né prématurément ou avec un poids insuffisant. Des données de divers pays européens conduent à l'existence d'un gradient social de prématurité et d'hypotrophie, que le SSE soit défini par le niveau d'éducation de la mère ou par la catégorie professionnelle des parents (Berkowitz et autres, 1993). Ainsi, dans une enquête longitudinale auprès des femmes enceintes à Londres, il est apparu que l'appartenance à une classe sociale défavorisée, un faible niveau de scolarité et un bas revenu sont tous associés à une augmentation du risque de naissance prématurée (Peacock et autres, 1995). Des chercheurs américains (Starfield et autres, 1991) ont aussi montré que, pour les familles à faible revenu, la prise en compte de la durée de la défavorisation (persistante ou temporaire) était particulièrement révélatrice à cet égard. Ils ont fait ressortir des différences importantes quant à la prévalence des naissances de faible poids : elles sont plus élevées lorsque que l'on mesure la pauvreté sur plusieurs années qu'en se basant simplement sur le revenu pendant l'année de la grossesse.

Soulignons l'importance des travaux britanniques menés à l'aide de données provenant de cohortes de naissances. Entre autres, Barker et ses collaborateurs (Barker et autres, 2001; Barker, 1997) ont d'abord réaffirmé l'existence d'une relation entre le poids à la naissance et les risques de mourir de maladies cardiovasculaires beaucoup plus tard à l'âge adulte. Par ailleurs, une analyse multivariée plus fine permet d'illustrer l'interaction entre les conditions vécues pendant l'enfance et à l'âge adulte, ainsi qu'entre des variables de nature biologique et socioéconomique. Si le poids à la naissance est prédictif des maladies cardiovasculaires, les hommes de faible poids à la naissance seront plus vulnérables à un SSE désavantageux à l'âge adulte. Les autres tendent à être plus « résilients » quant aux effets négatifs de mauvaises conditions socioéconomiques. L'analyse de ces données longitudinales illustre l'interaction entre le biologique et le social, et elle donne une vision assez nuancée du rôle prédictif de la petite enfance sur l'état de santé à l'âge adulte.

Enfin, on ne peut passer outre les travaux américains (Duncan et autres, 1994) utilisant des données longitudinales du *Infant Health and Development Program*. Ils ont montré que le revenu des familles

était aussi fortement lié au développement cognitif et à la présence de problèmes comportementaux chez des enfants de 5 ans. Par exemple, le revenu familial s'est révélé très fortement corrélé aux résultats d'un test de QI (enfants de 5 ans) ainsi qu'à la présence de problèmes de comportement. De plus, la pauvreté persistante s'est révélée deux fois plus influente sur les résultats du QI, et de 60 à 80 % plus influente sur les problèmes de comportement que la pauvreté transitoire.

## 1.2 Le statut socioéconomique dans l'enfance et la santé à l'âge adulte : un survol

Dans plusieurs pays, on l'a vu, des études montrent l'influence du SSE durant l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte. Par exemple, avec les données d'une cohorte d'hommes écossais, voulant montrer le rôle respectif des conditions socioéconomiques désavantageuses dans l'enfance et celles à l'âge adulte comme causes spécifiques de mortalité à l'âge adulte, Smith et autres (1998) ont tracé un portrait des déterminants de la mortalité à l'âge adulte. Ils concluent que les conditions socioéconomiques pendant l'enfance sont fortement liées à la mortalité par accident, par cancer du poumon, et qu'elles entrent (conjointement avec les conditions socioéconomiques à l'âge adulte) dans l'étiologie des maladies respiratoires et des maladies cardiovasculaires. Dans une autre étude, les auteurs insistent sur l'utilité de connaître le SSE des individus durant toute leur vie, en débutant par celui de leur famille pendant l'enfance. Après avoir analysé l'influence du SSE durant l'enfance, au premier emploi et au moment de la dernière vague de l'enquête (les répondants écossais ayant alors entre 35 et 64 ans), Smith et autres (1997) concluent que chacun de ces moments avait son importance dans l'explication de la mortalité prématurée.

Un dernier exemple éloquent : l'étude longitudinale néerlandaise (*Longitudinal Study of Socio-economic Health Differences*) a été conçue et planifiée dans le but de mieux cerner l'influence du SSE sur la santé dans la perspective d'un parcours de vie, et selon l'hypothèse que les désavantages liés à un bas SSE s'accumulaient tout au long de la vie (Van de Mheen et autres, 1998). Les résultats de l'étude tendent à

confirmer cette hypothèse. Ainsi, le SSE durant l'enfance explique environ 10 % des inégalités de santé à l'âge adulte (santé perçue et maladies chroniques), cet effet étant indépendant des conditions économiques à l'âge adulte. Parmi les personnes ayant grandi dans une famille économiquement défavorisée, celles qui à l'âge adulte occuperont toujours une position socioéconomique désavantageuse seront plus lourdement affectées en ce qui a trait à la morbidité, la mortalité et l'évaluation négative de leur santé. Cette relation ne s'explique que partiellement par la présence plus importante, chez les familles dont le SSE est faible, de comportements nocifs pour la santé. Par contre, une large part de la variance peut être expliquée par certains facteurs psychosociaux, comme le sentiment de contrôler sa destinée ou la force d'appartenance à une communauté locale. En tenant compte de ces variables, l'effet du SSE de l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte se réduit de moitié. En d'autres mots, il existe un effet indépendant du SSE durant l'enfance sur la santé à l'âge adulte; cette relation s'articule en partie à travers des mécanismes psychosociaux et, dans une moindre mesure, par l'adoption de comportements nocifs pour la santé.

## 1.3 L'échantillon d'analyse

Toutes les analyses présentées dans ce texte portent sur les données recueillies auprès de 1 985 enfants ayant participé aux trois premiers volets de l'ÉLDEQ, alors qu'ils étaient âgés d'environ 5, 17 et 29 mois. La grande majorité des variables proviennent des instruments du Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI) et du Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse (QPRI). Les résultats peuvent être inférés à la population des enfants nés au Québec en 1997-1998 et qui n'avaient pas quitté la province de façon définitive à 29 mois.

Diverses méthodes d'analyse statistique ont été utilisées pour exploiter les données. Elles sont présentées succinctement au début de chacune des sections à venir afin d'effectuer de meilleurs liens avec les résultats obtenus.

## 2. L'évolution du statut socioéconomique des familles

Comme nous venons de le voir dans la première section, il est essentiel de qualifier la durée des situations familiales désavantageuses sur le plan socioéconomique pendant cette période cruciale que constituent les premières années de vie de l'enfant. La présente section examine l'évolution de la situation socioéconomique dans laquelle les enfants visés par l'ÉLDEQ ont vécu de la naissance à l'âge d'environ 29 mois.

Afin de tenir compte de plusieurs dimensions de la position sociale des familles, celle-ci constituant la principale variable indépendante de l'étude, un indice du SSE des familles a été utilisé. Cet indice a été construit par la Direction Santé Québec selon la méthode mise au point par Willms et Shields (1996) dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (Willms et autres, 1996). Il combine cinq indicateurs : le revenu brut du ménage au cours des douze mois précédant l'enquête, le niveau de scolarité de la personne qui connaît le mieux l'enfant<sup>2</sup> (PCM) et de son conjoint, s'il y a lieu, ainsi que le prestige de la profession principale exercée par la PCM et son conjoint, le cas échéant. Cet indice de la situation socioéconomique du foyer a été utilisé avec succès dans le cadre de plusieurs travaux dont ceux de Tremblay et autres (1996) sur l'agressivité des jeunes. Les analyses effectuées avec les données du volet 1998 de l'ÉLDEQ à propos de la santé des nourrissons de 5 mois (Paquet et autres, 2001) ont aussi permis une utilisation fructueuse de cet indice<sup>3</sup>.

Comme le suggèrent Willms et Shields (1996), le SSE a été standardisé à chacun des trois volets de l'enquête, de sorte que la moyenne de l'échantillon est toujours près de 0. Les résultats obtenus à l'aide de cet indice doivent donc être considérés par rapport

à l'ensemble des enfants ou des ménages composant l'échantillon. Il importe de noter que si une famille voit son statut s'améliorer d'un volet à l'autre, c'est toujours par rapport au comportement moyen de l'échantillon. Par conséquent, si l'ensemble des familles a augmenté son SSE, il peut s'avérer difficile de vérifier pour un ménage donné si sa position sociale s'est améliorée, à moins que ce progrès ne soit supérieur à l'amélioration moyenne de l'échantillon.

Comme le SSE est indépendamment standardisé à chacun des volets, on devrait s'attendre à voir autant de familles dont la situation s'améliore que de familles dont la situation se détériore. C'est pratiquement le cas quand on compare les résultats du volet 1998 avec ceux du volet 1999 (tableau 2.1). Par contre, on constate que tout près des deux tiers des familles ont vu leur SSE diminuer entre les volets 1999 et 2000. Ce phénomène s'explique principalement par le fait que parmi les familles dont le statut s'est amélioré, la différence des scores bruts du SSE standardisé est significativement plus forte que celle enregistrée (en valeur absolue) chez les familles qui ont vu leur situation se détériorer. En d'autres mots, les familles qui par rapport à l'ensemble améliorent leur sort entre les volets 1999 et 2000 le font avec beaucoup plus de vigueur que les autres. On remarque une tendance semblable, mais tout de même moins marquée lorsqu'on compare les données du volet 1998 avec celles du volet 2000. Nous verrons un peu plus loin les caractéristiques de ces familles pour qui la situation de faible position sociale ne fut que temporaire et associée à la période entourant la naissance de l'enfant.

2. La personne qui connaît le mieux l'enfant était la mère dans plus de 99 % des cas au premier volet de l'ÉLDEQ. Au troisième volet, pour un peu plus de 98 % des enfants, la PCM demeurait inchangée (Jetté, 2002; Plante et autres, 2002).

3. Au volet 1998, le SSE en valeurs continues variait de -2,8 (très faible) à 3,7 (très élevé) alors qu'aux volets 1999 et 2000, il passe de -3,0 à 3,7.

Tableau 2.1

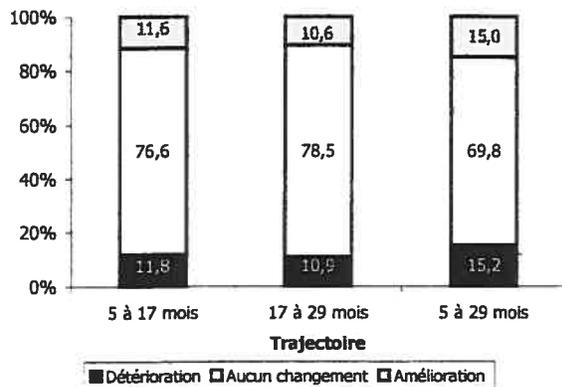
**Évolution du statut socioéconomique des familles (scores bruts) alors que les enfants sont âgés de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Volet	Détérioration		Amélioration		Test t : comparaison Détérioration-Amélioration
	%	Moyenne des différences	%	Moyenne des différences	
1998 → 1999	51,1	-0,1860	48,9	0,1893	Non sign.
1999 → 2000	62,6	-0,1430	37,4	0,2318	< 0,0001
1998 → 2000	57,5	-0,2131	42,5	0,2755	< 0,0001

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

La figure 2.1 montre les mouvements des quintiles du SSE d'un volet à l'autre. Plus des trois quarts des familles sont classées dans le même quintile pour deux volets consécutifs et sept sur 10 pour les trois volets. Il y a donc une certaine forme de stabilité dans la position sociale des familles entre les volets 1998 et 2000. Pour les autres, on observe autant de familles passant à un quintile supérieur que de familles se retrouvant dans un quintile inférieur<sup>4</sup>.

Figure 2.1  
**Évolution des quintiles du statut socio-économique des familles alors que les enfants sont âgés de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Sur une période d'environ 2 ½ ans, dans quel niveau socioéconomique observe-t-on le plus de changement? Les données du tableau 2.2 permettent de repérer les quintiles montrant le plus de mouvements. Les quintiles extrêmes sont les plus stables : 85 % des familles appartenant au quintile 5 (le plus favorisé) au volet 1998 et 78 % de celles du quintile 1 demeurent au même niveau deux ans plus tard. Plus on s'approche du quintile moyen (quintile 3), plus on note des changements. Il est normal d'observer un tel comportement puisque la standardisation fait en sorte que l'étendue des quintiles extrêmes est plus importante comparative-ment à celle des quintiles moyens. Il est donc plus difficile pour une famille dans un quintile extrême de passer à un autre quintile à un autre volet. Soulignons qu'il y a relativement plus de changements positifs dans le quintile inférieur que de changements négatifs dans le quintile supérieur. Vraisemblablement, ce résultat témoigne du fait que plusieurs familles ont retrouvé la position sociale qu'elles occupaient avant l'arrivée du nouveau-né.

4. Ces nombres sont équilibrés, car à chaque volet on doit compter environ 20 % (n pondéré) des familles dans chacun des quintiles formés.

Tableau 2.2

**Évolution des quintiles du statut socioéconomique des familles, Québec, 1998 et 2000**

Quintile au volet 1998	Mouvements au volet 2000			
	Aucun	Positif	Négatif	2 quintiles ou plus
	%			
1 (faible)	77,7	22,3	...	4,4**
2	60,2	21,5	18,3	3,6**
3	59,1	18,5	22,4	4,1**
4	66,9	13,2	19,9	1,5**
5 (élevé)	85,4	...	14,6	1,2**

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Quels sont les facteurs en mesure d'expliquer cette augmentation du SSE pour plusieurs familles? Un des facteurs pouvant être invoqué est sans aucun doute l'entrée ou le retour au travail des mères et le revenu additionnel que celui-ci procure à la famille. Les données du tableau 2.3 révèlent à cet égard que les familles qui voient leur SSE augmenter d'un volet à l'autre sont relativement plus nombreuses que les autres à se retrouver dans une catégorie de revenu supérieure à celle de l'année précédente alors qu'environ 60 % des familles qui ont vu leur SSE diminuer se trouvaient toujours dans la même tranche de revenu et 6 % seulement ayant vu leur SSE

augmenter se trouvent dans une tranche de revenu inférieure (c. 29 % ayant vu leur SSE diminuer). De plus, il existe un lien très significatif entre le retour au travail des mères et un changement favorable de position sociale. Ces résultats illustrent possiblement le fardeau socioéconomique associé à la prise d'un congé parental payé ou non tout comme la mise en union de certaines mères seules pourrait contribuer, à l'inverse, à une mobilité socioéconomique ascendante (pour une analyse détaillée des mouvements de revenu, voir Desrosiers et autres, 2002).

Tableau 2.3

**Évolution du statut socioéconomique des familles en quintiles en fonction des changements du revenu familial et du statut d'emploi de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Volet		Familles dont le SSE (en quintiles) a changé		Total
		Négatif	Positif	
		%		
1998 → 1999	Revenu familial			
	Diminue	28,7	5,9	<b>17,6</b>
	Aucun changement	57,9	39,6	<b>49,0</b>
	Augmente	13,4	54,5	<b>33,4</b>
	Travail de la mère après la naissance	38,3	50,2	<b>44,1</b>
	Mère ne travaille pas aux deux volets	46,5	29,6	<b>38,3</b>
1999 → 2000	Revenu familial			
	Diminue	20,0	4,5*	<b>14,2</b>
	Aucun changement	61,4	31,5	<b>50,2</b>
	Augmente	18,6	64,0	<b>35,6</b>
	Travail de la mère après la naissance	5,2	21,5	<b>11,3</b>
	Mère ne travaille pas aux deux volets	34,7	20,2	<b>29,3</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.



### 3. La santé des enfants selon la position sociale de leur famille : analyses bivariées

L'état de santé des enfants à 17 et 29 mois varie-t-il selon la position sociale de leur famille comme observé au moment où ils étaient âgés d'environ 5 mois (Paquet et autres, 2001)? Dans cette troisième section, on tentera de répondre à cette question. Précisons que pour les analyses subséquentes, on découpera l'indice du SSE en trois groupes et non plus en quintiles<sup>5</sup>. L'indice de position sociale des familles sera divisé de la façon suivante :

- Le premier groupe comprend les 25 percentiles inférieurs de l'indicateur standardisé du SSE (faible).
- Le second groupe est formé des percentiles moyens de 25 à 75, donc environ 50 % de la population.
- Le troisième groupe se compose des 25 percentiles supérieurs de l'échelle du SSE standardisé (élevé).

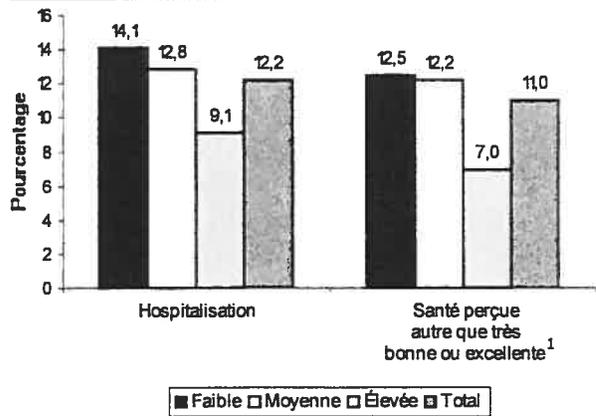
#### 3.1 La santé des enfants selon la position sociale de la famille aux volets 1999 et 2000

Ces précisions étant apportées, considérons maintenant à l'aide d'analyses bivariées (test du khi-carré) si, aux volets 1999 et 2000, l'état de santé des enfants varie selon la position sociale de leur famille comme observé au volet 1998. Les trois premiers indicateurs de problèmes de santé utilisés sont ceux pour lesquels des différences significatives avaient été mesurées chez les nourrissons de 5 mois, à savoir :

- avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital au cours des douze derniers mois;
- avoir une santé perçue comme n'étant pas très bonne ou excellente;
- ne pas avoir été en bonne santé presque tout le temps au cours des douze derniers mois selon la PCM (volet 2000 seulement).

Comme l'illustrent les deux figures qui suivent, bien que l'on note des différences dans le sens attendu, c'est-à-dire à l'avantage des enfants vivant dans des familles favorisées, tous les indicateurs de santé utilisés à 5 mois ne sont pas associés de façon significative avec la position sociale des familles alors que l'enfant est âgé de 17 mois et 29 mois.

Figure 3.1  
Proportion d'enfants âgés d'environ 17 mois hospitalisés et perçus comme n'étant pas en très bonne santé selon la position sociale de la famille, Québec, 1999

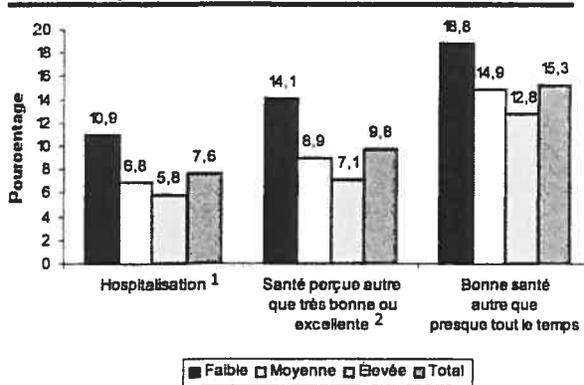


1. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,05$ ).

Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

5. Lors des analyses effectuées au volume 1 (Paquet et autres, 2001), les quintiles moyens (deux, trois et quatre) ont dû être regroupés très fréquemment afin d'obtenir des différences sociales significatives en matière de santé. Cela est attribuable à des effectifs insuffisants et à une faible prévalence de problèmes de santé parmi les enfants, contrairement aux personnes âgées.

Figure 3.2  
**Proportion d'enfants âgés d'environ 29 mois hospitalisés et perçus comme n'étant pas en très bonne santé selon la position sociale de la famille, Québec, 2000**



1. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,05$ ).

2. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,01$ ).

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 3.2 La santé des enfants selon l'évolution de la position sociale de leur famille depuis la naissance

Un indicateur de la présence persistante des familles dans le groupe socioéconomique le plus faible aux trois volets de l'enquête a été créé. Cette variable se définit ainsi : la position sociale maximum atteinte par une famille à l'un des trois volets de l'enquête. Par exemple, si une famille se situe dans le groupe socioéconomique inférieur (groupe 1) aux volets 1998 et 1999 de l'enquête, mais dans le niveau moyen (groupe 2) au volet 2000, elle se verra attribuer une position sociale moyenne (groupe 2) lors des analyses. Cela étant, désormais, dans les analyses subséquentes, pour être catégorisée de faible position sociale, une famille devra avoir été classée dans le groupe 1 aux trois volets de l'enquête, c'est-à-dire lorsque l'enfant avait 5 mois, 17 mois et 29 mois.

Voici comment se répartissent les familles selon la position sociale la plus élevée atteinte depuis la naissance de l'enfant cible :

- 20 % des familles se trouvent dans la catégorie de faible position sociale aux trois volets<sup>6</sup>;
- 51 % des familles sont dans la catégorie de position sociale moyenne, ayant atteint au maximum le groupe 2 au moins une fois lors des trois volets;
- 29 % des familles se situent dans la catégorie supérieure de position sociale, ayant atteint au moins une fois le groupe 3 à l'un des trois volets.

Des considérations théoriques relevant du domaine sociosanitaire, le travail préalable accompli avec les données sur les poupons de 5 mois et la disponibilité de variables et d'indicateurs dans l'ÉLDEQ ont motivé le choix des variables dépendantes pour les analyses qui suivent. Par exemple, de nombreuses études ont déjà démontré que l'état de santé déclaré (santé perçue) représente un très bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité, en plus d'être associé à l'utilisation des soins de santé (Kaplan et autres, 1996; Idler et autres, 2000). Cet indicateur synthétique de l'état de santé est aussi particulièrement sensible aux déterminants sociaux de la santé. Notons toutefois que des recherches qualitatives et quantitatives indiquent que les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées auraient tendance à « surévaluer » leur état de santé, ou à en avoir une vue plus partielle et fataliste qui se centrerait sur les aspects directement fonctionnels du corps (Sen, 2002; Girard et autres, 2000). Tout porte à croire que cette distorsion conduit à sous-estimer les écarts sociaux de santé déjà observés par ailleurs aux figures 3.1 et 3.2. Le tableau 3.1 présente tous les indicateurs de la santé des enfants pour lesquels on a vérifié la présence d'une association avec la position sociale des familles au cours des trois premiers volets de l'enquête.

6. Notons que ce 20 % se rapproche sensiblement du 16 % d'enfants ayant vécu dans un ménage sous le seuil de faible revenu aux trois volets de l'enquête (Desrosiers et autres, 2002).

Tableau 3.1

**Prévalence de certains indicateurs de santé des enfants selon la position sociale de la famille depuis leur naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Indicateur de problème de santé <sup>1</sup>	Position sociale depuis la naissance			Total	X <sup>2</sup>
	Faible	Moyenne	Élevée		
	%				
Hospitalisations (1, 2, 3)	32,9	27,0	18,3	<b>25,7</b>	p < 0,0001
Santé perçue (moins que très bonne) (1, 2, 3)	29,0	21,0	14,5	<b>20,7</b>	p < 0,0001
Asthme (2, 3)	15,8	11,2	8,7	<b>11,4</b>	p < 0,01
Infections (3)					
Gastro	22,7	20,2	22,9	<b>21,5</b>	Non sign.
Oreilles	22,1	18,5	19,2	<b>19,4</b>	Non sign.
Voies respiratoires	44,9	42,2	37,5	<b>41,4</b>	p < 0,10
Autres	6,5 *	7,1	9,2	<b>7,6</b>	Non sign.
Au moins une infection	65,9	60,0	60,2	<b>61,2</b>	Non sign.
Consultation de professionnels (1, 2, 3)					
Généralistes	40,8	37,6	31,5	<b>36,4</b>	p < 0,05
Pédiatres	40,0	49,5	60,6	<b>50,9</b>	p < 0,0001
Blessures (1, 2, 3)	19,1	17,1	15,7	<b>17,1</b>	Non sign.
Activité physique (3)	64,5	65,5	61,5	<b>64,1</b>	Non sign.
Consommation de médicaments (3)	5,1 *	6,8	4,8 *	<b>5,9</b>	Non sign.
Problèmes chroniques (1, 2)	15,6	12,6	10,5	<b>12,6</b>	Non sign.
Taille inférieure au 10 <sup>e</sup> percentile (3) <sup>2</sup>	8,8 *	8,1	7,4	<b>8,1</b>	Non sign.
Poids inférieur au 10 <sup>e</sup> percentile (3) <sup>2</sup>	7,4 *	6,6	6,0 *	<b>6,6</b>	Non sign.

1. Les chiffres entre parenthèses représentent les volets pour lesquels la variable est disponible (volet 1998 = 1; volet 1999 = 2 et volet 2000 = 3).  
Sauf avis contraire, un problème de santé est alors observé s'il est présent à l'un ou l'autre de ces volets.

2. Non-réponse partielle de 6 % : présence de biais possible.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Ainsi qu'on peut le voir, plus la position sociale des familles s'élève, meilleure est la santé des tout-petits, telle que mesurée par plusieurs indicateurs analysés. Bien que l'on observe une telle tendance pour la majorité des indicateurs étudiés, les associations ne s'avèrent pas toutes statistiquement significatives. La faible prévalence de problèmes de santé parmi les enfants et des effectifs insuffisants expliquent possiblement ces résultats. Néanmoins, des associations significatives ont été relevées pour l'hospitalisation, la santé perçue, l'asthme et à un degré moindre, pour les infections aux voies respiratoires. Même la consultation de médecins généralistes suit le SSE des familles dans le sens attendu. Quant à la consultation de médecins spécialistes pour enfants, les pédiatres, elle est liée à la position sociale de la famille de l'enfant, mais curieusement dans le sens opposé.

Parmi les enfants vivant dans une famille de faible position sociale depuis leur naissance, environ 29 % auraient une santé perçue par la PCM comme moins que très bonne à au moins un des trois volets comparativement à 21 % dans les familles de position sociale moyenne et seulement 15 % dans les familles favorisées. Les enfants vivant dans une famille défavorisée sur le plan social et économique sont également proportionnellement plus nombreux à avoir été hospitalisés au moins une nuit depuis leur naissance. C'est le cas d'environ 33 % d'entre eux contre 18 % de ceux appartenant à une famille de position sociale élevée. Il en va de même pour l'asthme (16 % contre 9 %), et les infections des voies respiratoires (45 % contre 38 %).

Lorsqu'un enfant est plus souvent malade qu'un autre, il est normal qu'il consulte plus fréquemment le médecin et tout aussi cohérent que ses parents recourent à un médecin spécialiste des maladies infantiles. On ne s'étonnera donc pas de constater que parmi les tout-petits dont la famille occupe une position sociale inférieure, il y en a 41 % qui ont déjà consulté un médecin-omnipraticien, comparativement à 32 % parmi les enfants de niveau socioéconomique élevé. Toutefois, il est plutôt surprenant de constater ce qui suit : parmi les enfants vivant au sein de familles très défavorisées, 40 % ont consulté un pédiatre, alors que ce pourcentage monte à 50 % parmi ceux appartenant à une famille moyennement favorisée et à 62 % pour les familles de position sociale élevée. Nous y reviendrons plus loin.

## 4. La distribution sociale de facteurs de risque ou de protection potentiellement confondants

---

Parce que la santé des enfants n'est pas exclusivement déterminée par la position sociale qu'occupe leur famille, une deuxième série d'analyses bivariées a été effectuée. Elle s'intéresse aux liens entre la position sociale des familles et les facteurs de risque ou de protection reconnus, ces facteurs étant en effet susceptibles d'avoir un effet confondant sur ceux-ci.

### 4.1 Les facteurs de risque, de protection ou démographiques analysés

Les conclusions émanant des principales études longitudinales pertinentes déjà présentées ont largement motivé le choix des variables retenues comme potentiellement explicatives ou confondantes. Rappelons brièvement l'un de ces grands constats : le SSE durant l'enfance aurait un effet indépendant sur la santé à l'âge adulte et cette relation s'expliquerait en partie par des mécanismes psychosociaux et, dans une moindre mesure, par l'adoption de comportements nocifs pour la santé. Le travail accompli par les autres équipes de recherche de l'ÉLDEQ a aussi alimenté le choix des variables<sup>7</sup>. Les associations statistiquement significatives déjà observées par les autres chercheurs de l'ÉLDEQ avec la scolarité ou le revenu des parents ou divers indicateurs de la santé et du développement des enfants ont orienté la sélection des variables de contrôle pour les analyses. Tous les facteurs associés à l'une ou l'autre des composantes du SSE (scolarité des parents, catégorie socioprofessionnelle des parents ou revenu du ménage) n'ont pas nécessairement été retenus, puisque plusieurs facteurs sont fortement corrélés entre eux, par exemple la monoparentalité, le statut de propriétaire et le revenu. De plus, nous avons sélectionné les variables qui semblent les plus intéressantes, compte tenu des objectifs visés et de la littérature sociosanitaire. Rappelons que nous sommes à la recherche de facteurs de risque ou de protection

susceptibles d'influencer les liens entre la santé des tout-petits et la position sociale de leur famille. Il s'agit en fait de variables de contrôle, potentiellement confondantes ou explicatives. À moins d'avis contraire, la majorité des variables proviennent des questionnaires du QIRI ou du QPRI. La description sommaire de ces variables est présentée au tableau 4.1<sup>8</sup>.

### 4.2 La répartition des facteurs protecteurs, de risque ou démographiques selon la position sociale de la famille depuis la naissance

Les figures qui suivent présentent les liens entre la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant et les facteurs protecteurs, de risque ou démographiques.

Les résultats obtenus lors des analyses bivariées de ces facteurs montrent une distribution sociale fort inégale, et ce, pour les trois volets de l'enquête. Des associations statistiquement significatives conformes à la littérature ont été relevées. On constate en effet que la majorité de ces facteurs de risque ou de protection s'avèrent liés à la position sociale de la famille au détriment des tout-petits défavorisés. En fait, plus la position sociale des familles diminue, plus la prévalence de facteurs de risque augmente. Plusieurs de ces facteurs semblent suivre en forme d'escalier le niveau socioéconomique des familles. Ainsi, la tendance déjà observée chez les poupons de 5 mois se confirmerait.

---

7. Voir les numéros du volume 1 et ceux du volume 2 déjà publiés de la collection ÉLDEQ 1998-2002 (notamment Bégin et autres, 2002; Dubois et autres, 2002; et Desrosiers et autres, 2002).

---

8. Pour plus de précisions sur leur construction, consulter l'annexe 2.

Tableau 4.1

**Liste des facteurs de protection retenus pour les analyses bivariées et multivariées**

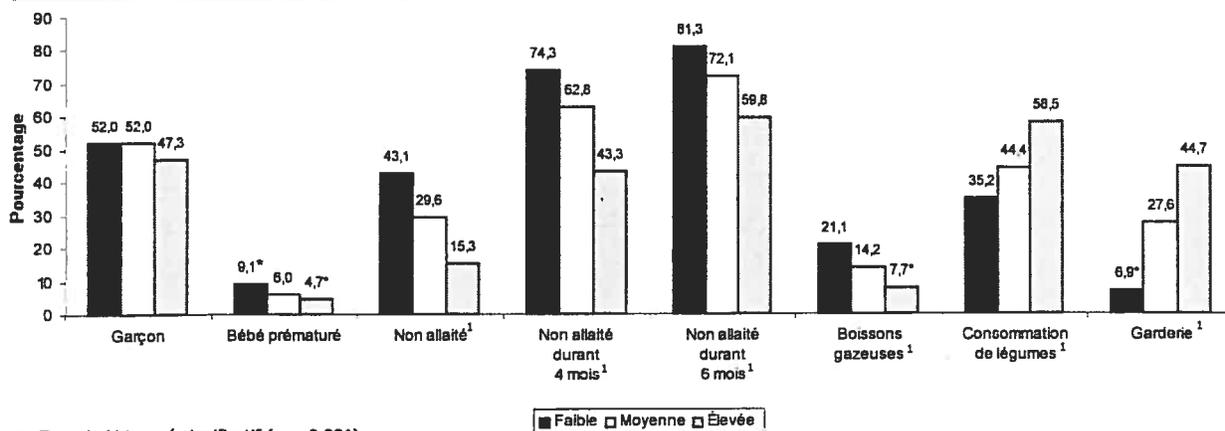
Facteur retenu <sup>1</sup>	Volet <sup>2</sup>	Questionnaire
Sexe	1	QIRI
Bébé prématuré	1	QIRI
Mode d'alimentation de l'enfant à la naissance (allaitement)	1, 2	QIRI
Principal mode de garde selon trois catégories	2, 3	QIRI
Consommation de boissons gazeuses ou aux fruits	3	QPRI
Consommation de légumes	3	QPRI
Statut d'immigration de la mère	3	QIRI
Tabagisme de la mère	1, 2, 3	QIRI
Santé perçue moins que très bonne chez la mère	1, 2, 3	QIRI
Famille monoparentale	1, 2, 3	QIRI
Détresse conjugale du père ou de la mère	3	QAAM, QAAP
Insatisfaction au travail pour le père ou la mère	3	QAAM, QAAP
Nombre d'enfants vivant dans le ménage selon trois catégories	3	QIRI
Exposition à la fumée secondaire à la maison	2, 3	QIRI
Séparation des parents depuis la 1 <sup>re</sup> entrevue	3	QIRI
Dépression chez la mère et/ou le père depuis la naissance	3	QIRI, QAAP
Soutien des grands-parents maternels et paternels	3	QPRI
Quartier dangereux/absence d'entraide	3	QIRI
Soutien social	3	QIRI
Peu de problèmes sociaux dans le quartier	3	QIRI

1. Pour une description détaillée de ces facteurs, consulter l'annexe 1.

2. Volet 1998 = 1; volet 1999 = 2 et volet 2000 = 3.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.1

**Liens entre certaines caractéristiques de l'enfant et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**

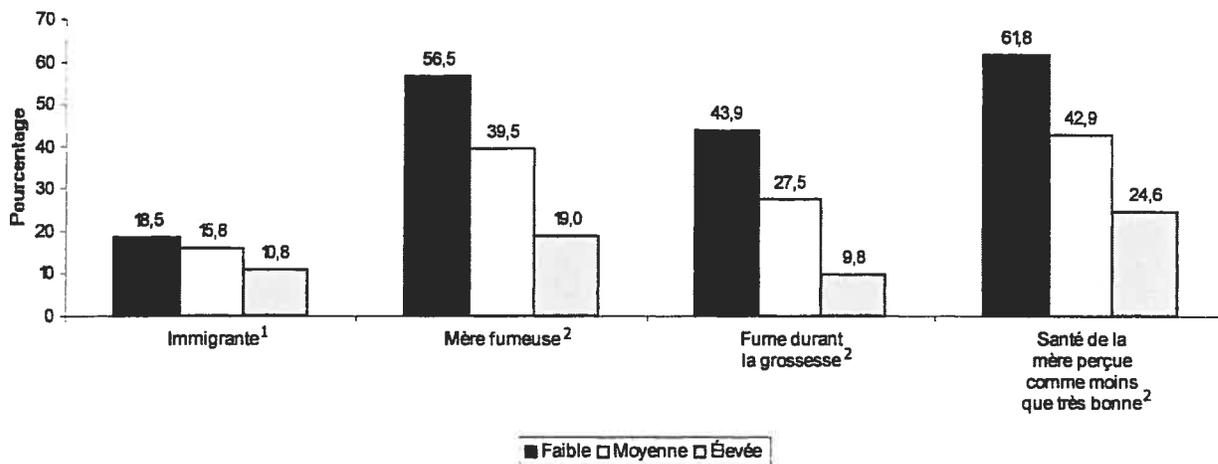
1. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.2

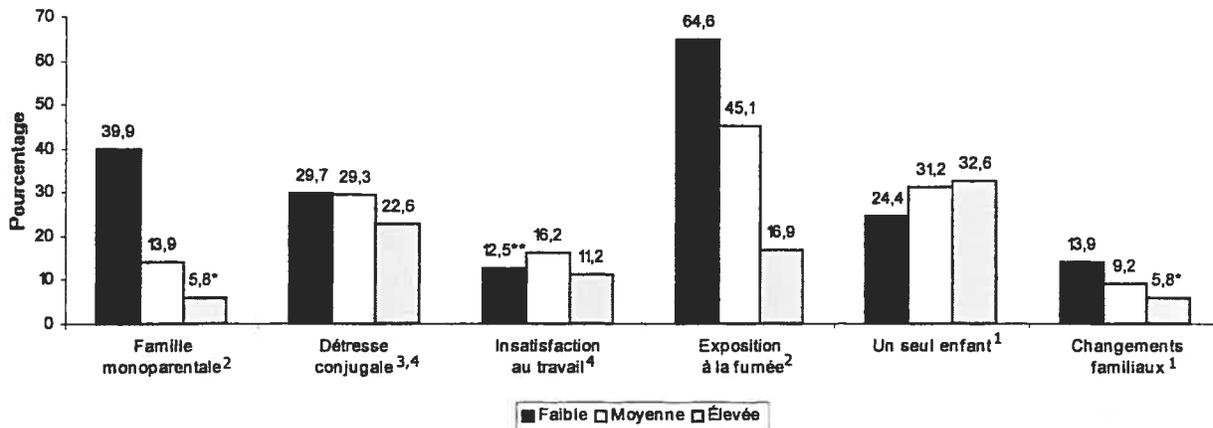
**Liens entre certaines caractéristiques de la mère et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**



1. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,05$ ).  
 2. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).  
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.3

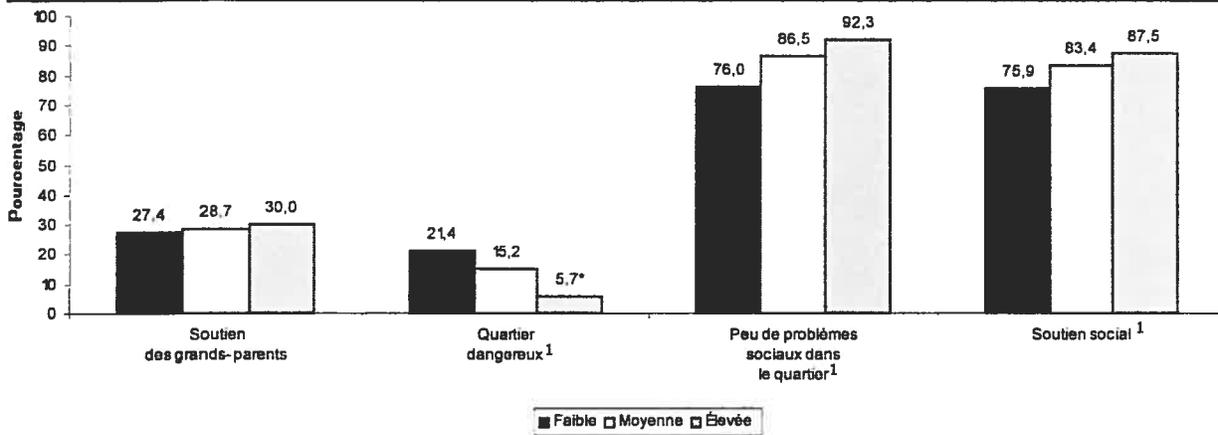
**Liens entre certaines caractéristiques du ménage et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**



1. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,01$ ).  
 2. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).  
 3. Inférence à l'ensemble des enfants nés au Québec en 1997-1998, n'ayant pas quitté définitivement la province à 29 mois et ayant les mêmes parents (père et mère) depuis la naissance.  
 \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.  
 \*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 4.4

**Liens entre certaines caractéristiques du milieu au volet 2000 et la position sociale de la famille depuis la naissance, Québec, 1998, 1999 et 2000**



1. Test du khi-carré significatif ( $p < 0,001$ ).

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Par exemple, comme on peut le voir à la figure 4.3, parmi les enfants appartenant à la catégorie sociale la plus défavorisée aux trois premiers volets, 40 % vivaient en famille monoparentale à au moins un des trois volets de l'enquête, alors qu'ils étaient proportionnellement beaucoup moins nombreux dans la catégorie moyenne (14 %) et à peine 6 % dans le niveau élevé. Toutes proportions gardées, les enfants qui aux volets 1999 et 2000 sont exposés à la fumée de cigarette à la maison (figure 4.3) s'avèrent nettement plus nombreux parmi les familles occupant une position sociale inférieure que parmi celles de niveau moyen ou supérieur (respectivement 65 %, 45 % et 17 %). De plus, 81 % n'ont pas été allaités pendant au moins six mois dans le niveau socioéconomique inférieur, contre 60 % dans les familles de position sociale élevée (figure 4.1). La consommation quotidienne de légumes est plus fréquente parmi les tout-petits dont la famille appartient à la catégorie sociale élevée (59 % contre 35 %) (figure 4.1); c'est la situation inverse pour les boissons gazeuses ou aux fruits, où la consommation est plus fréquente chez les enfants vivant au sein de familles moins bien nanties (21 % contre 8 %) (figure 4.1).

Quant aux caractéristiques du quartier ou du soutien social reçu selon la perception de la PCM, elles varient dans le sens attendu. Plus la position de la famille des

enfants s'élève dans l'échelle sociale, plus ceux-ci semblent vivre dans des quartiers moins dangereux et présentant peu de problèmes sociaux. En outre, dans ces familles, les PCM déclarent avoir davantage de soutien social (figure 4.4).

Pour un facteur mesuré au volet 2000, le soutien des grands-parents, nous avons obtenu des résultats un peu inattendus. En effet, celui-ci semble se répartir également dans toutes les catégories sociales de sorte que peu importe la position sociale de la famille, près de 30 % déclarent recevoir du soutien instrumental et émotif des grands-parents maternels ou paternels (figure 4.4). Notons enfin que le fait de fréquenter une garderie s'avère fortement lié au niveau socioéconomique de la famille. Dans la catégorie socioéconomique supérieure, ils sont 45 % à aller à la garderie, 28 % des enfants de position sociale moyenne font de même, alors qu'on en trouve seulement 7 % dans les familles de faible position sociale (figure 4.1). Ce résultat ne surprend guère, puisque les mères de familles de position sociale élevée sont davantage présentes sur le marché du travail. De plus, les questions sur l'utilisation d'un mode de garde s'adressaient aux enfants dont les deux parents ou le parent seul travaillaient ou étaient aux études.

## 5. L'analyse multivariée des liens entre la santé des enfants et la position sociale de leur famille depuis la naissance

Les analyses multivariées présentées ici réexaminent les liens entre la position sociale dans les premières années de vie de l'enfant et les indicateurs de la santé des tout-petits. En fait, à l'aide d'une procédure statistique (modèles de régression logistique, Hosmer et autres, 1989), on cherche à cerner l'effet net de la position sociale de la famille sur les différences de santé observées chez les enfants une fois considérés certains facteurs de risque ou de protection présentés dans la section précédente. Disons cela autrement. Si, par exemple, dans toutes les classes sociales il y avait la même proportion de tout-petits ayant été allaités pendant six mois, d'enfants vivant dans des familles monoparentales, d'enfants dont les parents fument à la maison, pourrait-on encore observer des différences de santé selon la position sociale de la famille? C'est dans le but de contrôler cet effet que des analyses multivariées ont été effectuées. Pour cela, six modèles de régression logistique ont été mis au point.

### 5.1 Considérations méthodologiques

Les variables dépendantes des modèles de régression présentées dans cette section sont les indicateurs de la santé significativement associés à la position sociale des familles à un seuil de 10 %. Ceux-ci ont déjà été identifiés à la section 3 (voir tableau 3.1). Il s'agit de l'hospitalisation, de la santé perçue, des infections aux voies respiratoires, de l'asthme ainsi que des consultations de médecins-omnipraticiens et de pédiatres. De plus, pour valider les liens entre la position sociale et les indicateurs de santé, il faut ajouter d'emblée dans les modèles une variable qui tient compte du type de famille dans lequel vit l'enfant (monoparentale ou biparentale) selon les recommandations des concepteurs de l'indice du SSE (Willms et Shields, 1996). Autrement, les familles ne comportant qu'un seul parent seront toujours désavantagées par rapport aux autres.

Pour ce qui est des variables explicatives retenues dans les modèles de cette section, elles ont déjà été identifiées dans la section précédente<sup>9</sup>. Basées uniquement sur les variables provenant du QIRI et du QPRI, les analyses portent sur l'ensemble des enfants présents (1 985) aux trois volets de l'enquête.

Par souci de validité, les facteurs potentiellement confondants doivent faire partie du modèle peu importe leur niveau de signification. En principe, une variable sera confondante si elle présente un lien à la fois avec l'indicateur de santé et avec la position sociale. Si l'on observe des différences significatives d'une position sociale à l'autre, il se pourrait qu'elles soient uniquement dues au fait qu'une variable confondante n'est pas répartie uniformément dans chacun des groupes. Les différences ainsi observées ne proviendraient pas réellement de la position sociale. En ajoutant cette variable confondante au modèle, elle modifiera, de façon importante, la relation entre l'indicateur et la position sociale que celle-ci demeure significative ou non.

En plus d'identifier les variables confondantes, on peut vouloir détecter les facteurs modifiants (Bernard et autres, 1991; Kleinbaum, 1982). Pour cela, on peut inclure aux modèles des interactions doubles entre la position sociale et les variables potentiellement

9. Le tableau 4.1 présente la liste des variables recueillies au cours des trois premiers volets de l'ÉLDEQ qui, selon nous, peuvent intervenir dans la relation entre la position sociale et la présence d'un problème de santé. Pour une description plus détaillée de celles-ci, se référer à l'annexe 1. Précisons qu'en matière de santé les garçons s'en tirent généralement moins bien que les filles; voilà pourquoi le sexe de l'enfant mérite également d'être retenu comme variable explicative (plutôt que comme variable confondante) dans les analyses. Comme ces variables proviennent d'outils différents (QIRI, QPRI, QAAM et QAAP), la modélisation s'est d'abord articulée autour des enfants ayant vécu avec leurs deux parents biologiques depuis leur naissance. L'échantillon pour cette population restreinte compte alors seulement 1 431 enfants. Bien que certaines variables provenant du QAAP ou du QAAM se sont avérées être significatives dans les modèles explorés, aucune ne s'est montrée modifiante et ne semblait jouer un rôle important de confusion (résultats non présentés). Il semblait donc inutile de poursuivre la quête d'un modèle avec de telles variables. D'autre part, précisons qu'en matière de santé les garçons s'en tirent généralement moins bien que les filles; voilà pourquoi le sexe de l'enfant mérite également d'être retenu comme variable explicative (plutôt que comme variable confondante) dans les analyses.

modifiantes. Une interaction jugée statistiquement significative indiquerait la présence d'un effet modifiant. On peut aussi construire et tester certains contrastes bien définis sur les variables impliquées dans les modèles incluant les interactions. Par exemple, on peut vérifier et comparer l'association entre la position sociale et l'indicateur de santé pour divers niveaux ou catégories d'un même facteur. Comme la plupart des interactions testées dans les modèles proposés sont peu significatives dû à la faible taille de l'échantillon (résultats non présentés), nous avons privilégié cette dernière voie. Notre attention se portera alors sur les facteurs modifiants pour lesquels la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé est presque inexistante pour certaines catégories alors que pour d'autres, elle semble persister, une fois les autres facteurs pris en compte. Dans le premier cas (relation presque inexistante) on parlera alors de facteurs protecteurs.

Nous avons également considéré des modèles de régression logistique qui conservent intégralement l'aspect longitudinal des données de l'ÉLDEQ : les modèles à mesures répétées. Pour chaque enfant, lorsque nous avons trois enregistrements, nous voulons mettre en relief les liens pouvant exister entre les indicateurs de santé et la position sociale à chacun des volets et non les combiner sur l'ensemble des volets (position sociale depuis la naissance). Comme nous l'avons vu, la position sociale des familles peut changer dans le temps (et on peut en dire autant des indicateurs de santé) et il serait peut-être important d'en tenir compte. Les modèles classiques de régression logistique supposent une indépendance entre les observations. Ce n'est toutefois pas le cas ici, car nous avons affaire à des données longitudinales prospectives et on se doit de modéliser la structure de corrélation pour les mesures prises dans le temps sur les mêmes enfants (ou familles)<sup>10</sup> (Allison, 1991). Nous n'avons appliqué ce type de modèle que pour les indicateurs de santé qui ont été mesurés aux trois premiers volets de l'enquête, soit la nuitée à l'hôpital et la perception de la santé de l'enfant. Notons que pour ces deux séries de modèles, les résultats des analyses de régression sont présentés sous la forme de rapports de cote.

10. Diverses méthodes sont disponibles pour remédier à ce problème. Nous avons privilégié celle dite *Generalized Estimating Equations* (GEE) proposée par la procédure GENMOD de SAS en ne posant aucune contrainte sur la structure de corrélation intra-individus.

## 5.2 Résultats de l'analyse multivariée des liens entre la santé des enfants et la position sociale des familles depuis la naissance

### 5.2.1 L'hospitalisation

Le premier modèle analyse la relation entre l'admission d'un enfant d'environ 29 mois à l'hôpital pour une nuit depuis sa naissance et la position sociale de la famille (tableau 5.1). Les résultats indiquent la persistance d'un lien significatif à l'avantage des enfants favorisés, même quand les effets de l'ensemble des variables de contrôle sont pris en compte. Une position sociale faible demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir été admis à l'hôpital. En plus du SSE, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de passer au moins une nuit à l'hôpital : vivre dans une famille monoparentale à au moins un volet, être un garçon, avoir une mère qui n'est pas immigrante, et ne pas avoir été allaité pendant six mois.

Après avoir effectué l'examen des effets modifiants, on constate à la figure 5.1 que parmi les enfants qui n'ont pas été allaités pendant six mois, l'influence de la position sociale sur la probabilité d'avoir séjourné une nuit à l'hôpital est forte, alors qu'elle n'est pas significative sur le plan statistique chez ceux l'ayant été. Cette influence de la position sociale est également plus forte dans les familles biparentales que dans les familles monoparentales et sans différence réelle selon le statut d'immigrante de la mère (données non présentées). Concrètement, pour les enfants ayant été allaités pendant six mois, l'influence du niveau socioéconomique sur la probabilité d'avoir séjourné au moins une nuit à l'hôpital depuis leur naissance ne semble pas jouer. Peu importe l'appartenance sociale, les probabilités d'avoir été hospitalisé une nuit sont plus faibles dans ce groupe que dans les familles où l'enfant n'a pas été allaité pendant au moins six mois (tableau 5.1). Cette modélisation révèle un premier facteur protecteur : l'allaitement pendant au moins six mois.

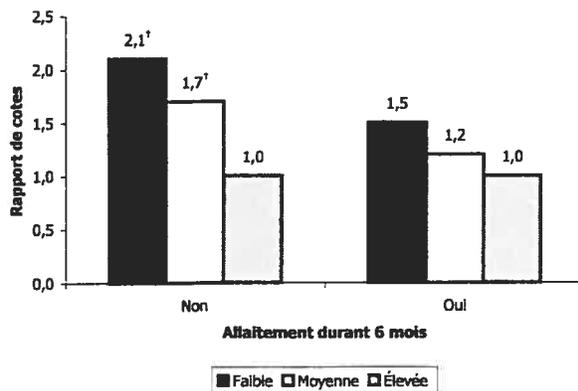
Tableau 5.1

**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit entre la naissance et l'âge d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>		Modèle 2 <sup>3</sup>	
	RC	Intervalle de confiance (95 %)	RC	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance <sup>6</sup>				
Faible	1,90	(1,34; 2,70)	1,72	(1,29; 2,31)
Moyenne (élevée)	1,54	(1,18; 2,00)	1,30	(1,02; 1,64)
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>4,5,6</sup> (biparentale aux trois volets)	1,46	(1,05; 2,03)	1,32	(0,97; 1,80)
Garçon (filles)	1,38	(1,10; 1,74)	1,41	(1,15; 1,72)
Mère/conjointe non immigrante (immigrante)	1,86	(1,21; 2,85)	1,68	(1,10; 2,58)
Non allaité durant 6 mois (allaitements durant 6 mois)	1,34	(1,03; 1,74)	1,35	(1,06; 1,72)
Âge de l'enfant				
5 mois	...		1,86	(1,40; 2,11)
17 mois	...		1,72	(1,49; 2,33)
(29 mois)				

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.
  2. Modèle avec position sociale de la famille maximum atteinte.
  3. Modèle avec mesures répétées, donc avec position sociale à chaque volet. Les intervalles de confiance présentés pour ce modèle ne tiennent pas compte du plan de sondage.
  4. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.
  5. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 2.
  6. Pour le modèle 2, données à chacun des volets.
- Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 5.1  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et l'hospitalisation de l'enfant pour au moins une nuit selon le mode d'alimentation, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

**Comparaison avec le modèle à mesures répétées**

À première vue, lorsque ce modèle est comparé au précédent sur la mesure de la position sociale depuis la naissance, on constate relativement peu de changements dans les rapports de cotes des paramètres en commun et leur niveau de signification (voir tableau 5.1, modèle 2). Il faut surtout souligner un lien plus faible, mais toujours significatif, avec la position sociale pour le modèle comprenant les mesures répétées. On peut aisément expliquer cette atténuation par le fait que certaines familles se retrouvent dans une position sociale défavorable uniquement durant les premiers mois de vie de leur enfant. Cela vient renforcer davantage le choix d'une mesure de position sociale qui tient compte des variations du SSE dans le temps. Les modèles avec mesures répétées ont l'avantage de permettre l'ajout de la variable âge dans l'explication de problèmes de santé. Les résultats nous révèlent que la nuitée à l'hôpital est plus souvent le lot des tout-petits âgés de 5 ou de 17 mois que celui des enfants de 29 mois.

### 5.2.2 La santé perçue

Le deuxième modèle d'analyse multivariée porte sur les liens entre la perception de l'état de santé de l'enfant depuis sa naissance par la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) et la position sociale de la famille (tableau 5.2). Les résultats montrent qu'en contrôlant pour certains facteurs, la position sociale demeure associée positivement à l'état de santé perçue des tout-petits. Avoir une santé moins que très bonne à l'un des trois premiers volets de l'enquête est plus fréquent à mesure que la position

sociale des familles diminue, même lorsque l'on tient compte des effets de certains facteurs de risque, de protection ou démographiques. Outre l'influence du SSE, d'autres facteurs augmentent la probabilité d'être perçue par sa mère comme n'ayant pas une très bonne santé : vivre dans une famille monoparentale à au moins un des trois volets, avoir une mère qui s'est déclarée ne pas être en très bonne ou en excellente santé, avoir des frères et des sœurs et vivre dans une famille qui ne reçoit pas de soutien des grands-parents.

Tableau 5.2

**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>		Modèle 2 <sup>3</sup>	
	RC	Intervalle de confiance (95 %)	RC	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance <sup>7</sup>				
Faible	1,76	(1,19; 2,60)	1,79	(1,27; 2,52)
Moyenne (élevée)	1,40	(1,03; 1,89)	1,29	(0,97; 1,71)
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>4,7</sup> (biparentale aux trois volets)				
Aucun soutien des grands-parents maternels et paternels – volet 3 seulement <sup>5</sup> (soutien)	1,58	(1,15; 2,19)	1,44	(1,03; 2,03)
Nombre d'enfants dans le ménage <sup>7</sup>				
2 enfants	1,48	(1,10; 1,99)	1,51	(1,15; 2,01)
3 enfants ou plus (un seul enfant)	1,58	(1,09; 2,28)	1,66	(1,19; 2,31)
Santé perçue de la mère comme étant moins que très bonne à un des trois volets <sup>7</sup> (santé perçue très bonne ou excellente aux trois volets)				
Principal mode de garde utilisé <sup>4,5,7</sup>				
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,50	(1,06; 2,11)	1,65	(1,14; 2,38)
Autres modes de garde (aucun)	1,23	(0,90; 1,68)	0,98	(0,70; 1,38)
Âge de l'enfant <sup>6</sup>				
5 mois	...		1,04	(0,79; 1,37)
17 mois (29 mois)	...		1,22	(1,00; 1,49)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale de la famille maximum atteinte.

3. Modèle avec mesures répétées, donc avec position sociale à chaque volet. Les intervalles de confiance présentés pour ce modèle ne tiennent pas compte du plan de sondage.

4. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

5. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

6. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 2.

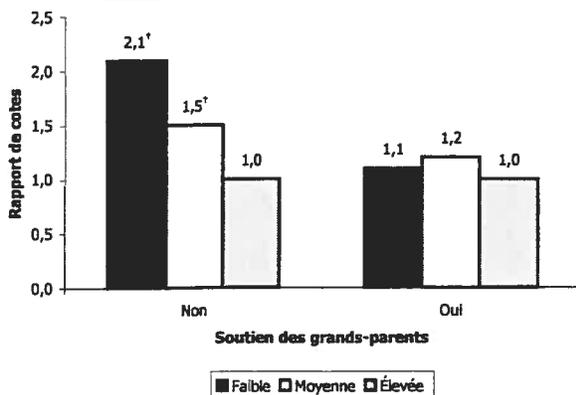
7. Pour le modèle 2, données à chacun des volets.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

De plus, il faut souligner l'effet de confusion produit par l'ajout des facteurs « type de famille » et « principal mode de garde » dans le modèle sur la relation entre le SSE et la perception de la santé de l'enfant. Leur présence agit différemment sur cette relation. Alors que le type de famille vient atténuer le lien, le principal mode de garde le renforce davantage (données non présentées).

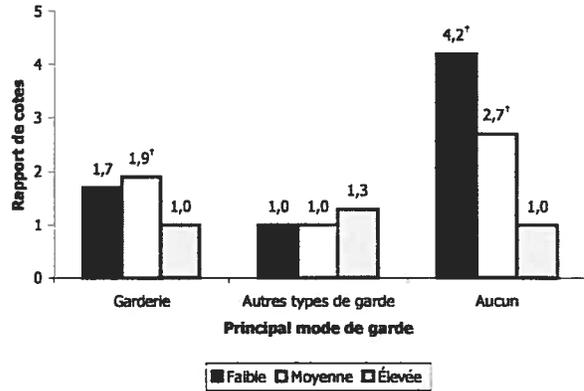
Regardons maintenant ce que nous apprend l'examen des effets modifiants (voir figures 5.2 à 5.4). Le lien entre le niveau socioéconomique et la perception de l'état de santé des tout-petits reste présent peu importe le nombre d'enfants dans le ménage et le type de famille (données non présentées). Un tel lien demeure aussi pour les enfants fréquentant une garderie, alors que parmi les enfants qui restent à la maison avec l'un des deux parents, l'influence de la position sociale est très marquée (figure 5.3). Cependant, pour les enfants qui vivent dans une famille de position sociale inférieure de manière continue, la probabilité plus élevée d'avoir été déclaré en santé moins que très bonne disparaît avec le soutien des grands-parents (figure 5.2) ainsi qu'avec le fait d'avoir une mère se percevant en très bonne ou en excellente santé (figure 5.4).

**Figure 5.2**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la présence ou non d'un soutien des grands-parents, Québec, 1998, 1999 et 2000**



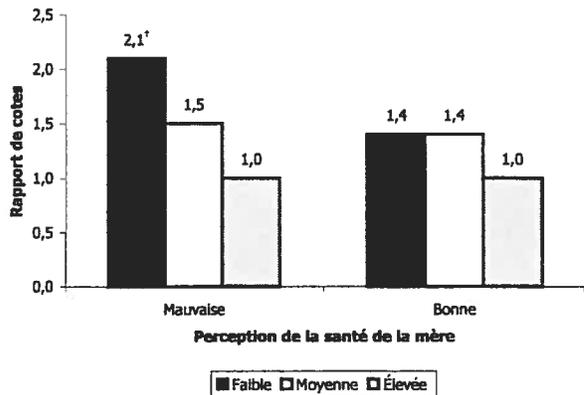
† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

**Figure 5.3**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

**Figure 5.4**  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la santé de l'enfant perçue comme étant moins que très bonne à au moins un des trois volets selon la perception de la santé de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Ainsi, de ce deuxième modèle d'analyse multivariée émanent deux autres facteurs protecteurs pour les enfants vivant dans des familles désavantagées sur le plan socioéconomique : la présence du soutien des grands-parents maternels ou paternels et avoir une mère qui se déclare en très bonne ou en excellente santé. En d'autres mots, dans les familles où les grands-parents apportent leur soutien, de même que dans celles où la mère déclare être en très bonne ou en excellente santé, la faible position sociale n'a pas d'impact sur la santé perçue des tout-petits une fois pris en compte l'ensemble des autres facteurs. Ajoutons que la fréquentation de la garderie affaiblit le lien sans l'éliminer.

#### *Comparaison avec le modèle à mesures répétées*

Tout comme nous l'avions observé avec l'hospitalisation, il y a de fortes ressemblances dans l'ordre de grandeur des rapports de cotes pour les variables indépendantes communes aux modèles 1 et 2. Nous pouvons toutefois noter que le soutien des

grands-parents ne semble plus jouer un rôle significatif dans l'explication de la perception de la santé de l'enfant dans le modèle à mesures répétées. Finalement, la probabilité qu'un enfant soit perçu en mauvaise santé ne diffère pas d'un âge à l'autre.

#### *5.2.3 Les infections aux voies respiratoires*

Le troisième modèle (tableau 5.3) examine la relation entre les infections aux voies respiratoires à l'âge de 2 ½ ans et la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant. Précisons que les données sur les infections aux voies respiratoires portent sur les trois mois précédant l'enquête. Les résultats révèlent la persistance d'un lien négatif, même lorsqu'on prend en compte les effets des variables de contrôle. Ainsi, pour un tout-petit de 29 mois, plus la position sociale de sa famille décroît, plus la probabilité d'avoir eu une infection aux voies respiratoires augmente. De plus, être né de façon prématurée accroît les risques d'avoir déjà eu un tel problème de santé.

Tableau 5.3

**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires<sup>1</sup> chez les enfants âgés d'environ 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>2</sup>	Modèle 1 <sup>3</sup>	
	RC	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Faible	1,53	(1,12; 2,10)
Moyenne (élevée)	1,29	(1,04; 1,61)
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>4,5</sup> (biparentale aux trois volets)	1,03	(0,77; 1,36)
Bébé prématuré (non)	1,66	(1,03; 2,66)
Principal mode de garde utilisé (volets 1999 et 2000) <sup>4,5</sup>		
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,34	(1,04; 1,73)
Autres modes de garde (aucun)	1,15	(0,90; 1,47)

1. La position sociale seule ne semble pas significative à un seuil de 5 % mais en ajustant selon la modalité de garde, elle ressort davantage. Le principal mode de garde a donc un effet très confondant sur la relation entre la position sociale et les infections des voies respiratoires.

2. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

3. Modèle avec position sociale de la famille maximum atteinte.

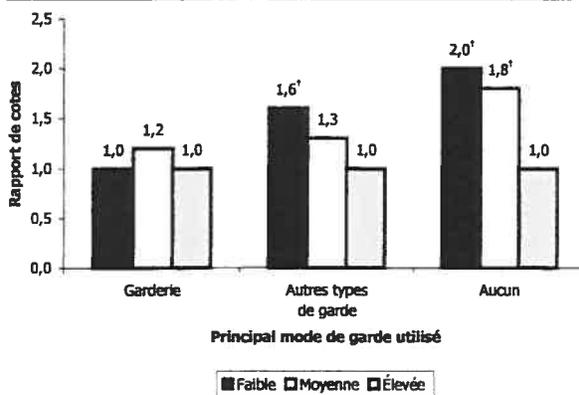
4. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

5. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ELDEQ 1998-2002*.

En effectuant des analyses stratifiées, on remarque que parmi les enfants de 2 ½ ans, le lien entre les infections aux voies respiratoires et la position sociale disparaît pour ceux qui sont allés à la garderie à l'âge de 17 et 29 mois (figure 5.5). En pratique, cela signifie que pour les infections aux voies respiratoires, les enfants qui fréquentent la garderie courent les mêmes risques peu importe le niveau socioéconomique de leurs parents. À l'âge de 2 ½ ans, les enfants favorisés fréquentant une garderie perdent les avantages liés à leur position sociale élevée pour les infections aux voies respiratoires. Il en va autrement pour les enfants qui ne se font pas garder à l'extérieur de la maison : la probabilité d'avoir subi une infection respiratoire est étroitement liée à la position sociale de la famille; plus la position sociale de la famille diminue, plus la probabilité augmente.

Figure 5.5  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la présence d'infections aux voies respiratoires chez les enfants âgés d'environ 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*

En somme, l'influence du SSE est forte lorsque les enfants restent à la maison; les enfants défavorisés ont alors une plus grande probabilité que les autres d'avoir des infections aux voies respiratoires. Mais parmi les enfants qui vont à la garderie, on ne retrouve plus de telles différences liées à la position sociale : les tout-petits présentent tous une probabilité élevée d'avoir une infection aux voies respiratoires, peu importe la position sociale de leurs parents. On sait par ailleurs grâce à des études

longitudinales effectuées ailleurs (Denny et autres, 1986; Presser, 1988; Palacio-Quintin et autres, 1999) que le risque élevé d'avoir des infections aux voies respiratoires est présent pendant les deux premières années de fréquentation d'une garderie. Toutefois, ces mêmes études indiquent que les enfants ayant fréquenté une garderie ont moins d'infections aux voies respiratoires lors de leurs premières années en milieu scolaire. Avec les volets futurs de l'ÉLDEQ, il sera intéressant de vérifier si au Québec ce phénomène se confirme.

#### 5.2.4 L'asthme

Quant au quatrième modèle (tableau 5.4), il analyse la relation entre l'asthme à 17 et à 29 mois et la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant. Les résultats indiquent qu'après avoir pris en compte les effets des variables de contrôle, les différences observées plus haut, lors des analyses bivariées, ne sont plus significatives. Même si l'on note un certain potentiel explicatif du côté du quartier évalué par la mère comme ayant de nombreux problèmes sociaux, seule la vulnérabilité accrue des garçons en matière de santé explique de manière significative sur le plan statistique une partie des différences observées.

Tableau 5.4

**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la présence d'asthme chez les enfants à l'âge de 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>	
	RC	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance <sup>4</sup>		
Faible	1,68	(1,07; 2,62)
Moyenne (élevée)	1,23	(0,86; 1,77)
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>3,4</sup> (biparentale aux trois volets)	1,19	(0,80; 1,78)
Garçon (fille)	1,75	(1,27; 2,41)
Problèmes sociaux dans le quartier <sup>4</sup> (peu de problèmes sociaux)	1,49	(0,97; 2,29)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale de la famille maximum atteinte.

3. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 5.2.5 La consultation de médecins-omnipraticiens (médecins de famille)

Un cinquième modèle analyse la relation entre la consultation, pour l'enfant, d'un médecin généraliste aux trois volets et la position sociale de la famille. Les résultats présentés au tableau 5.5 indiquent la persistance d'un lien significatif négatif, même quand les effets des variables de contrôle sont pris en compte. Une position sociale faible persistante demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir consulté un médecin généraliste à 5, 17 et 29 mois. En plus d'un faible SSE, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits de consulter un médecin généraliste : avoir une mère non immigrante, ne disposer d'aucun soutien des grands-parents et fréquenter une garderie.

Après avoir effectué l'examen des effets modifiants, on constate que peu importe le type de famille ou le soutien des grands-parents (données non présentées) l'association entre la position sociale et la consultation d'un généraliste est négative. Cependant, ce lien est plus fort parmi les enfants qui ne fréquentent pas la garderie, ainsi que chez les enfants de mère non immigrante (figures 5.6 et 5.7).

Tableau 5.5

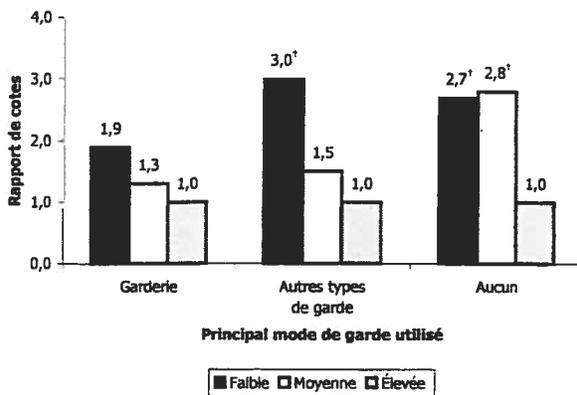
**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>	
	RC	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Faible	2,17	(1,54; 3,05)
Moyenne (élevée)	1,57	(1,26; 1,97)
Famille monoparentale à au moins un volet <sup>3,4</sup> (biparentale aux trois volets)	0,93	(0,68; 1,26)
Mère non immigrante (immigrante)	2,90	(1,96; 4,30)
Aucun soutien des grands-parents maternels et paternels (volet 2000 seulement) (soutien des grands-parents maternels ou paternels)	1,38	(1,11; 1,72)
Principal mode de garde utilisé (volets 1999 et 2000) <sup>3</sup>		
Garderie aux volets 1999 et 2000	1,58	(1,18; 2,12)
Autres modes de garde (aucun)	1,21	(0,93; 1,57)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.
  2. Modèle avec position sociale de la famille maximum atteinte.
  3. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.
  4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.
- Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 5.6

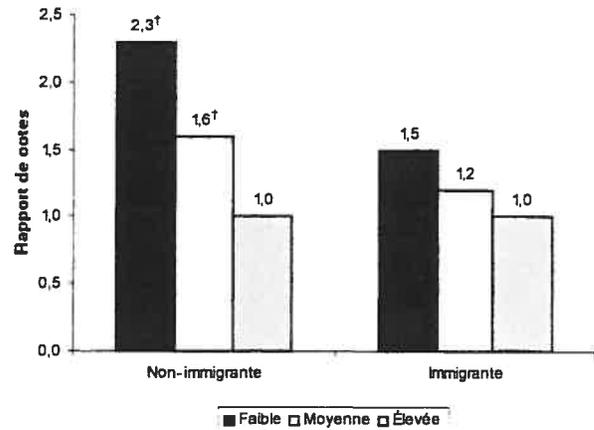
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le principal mode de garde, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Figure 5.7

**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de médecins-omnipraticiens à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le statut d'immigration de la mère, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

### 5.2.6 La consultation de pédiatres

Le dernier modèle révèle la persistance du lien positif entre la consultation d'un pédiatre aux trois volets de l'enquête et la position sociale qu'occupe la famille depuis la naissance de l'enfant, même lorsque sont pris en compte les effets des facteurs potentiellement confondants (tableau 5.6). Une position sociale supérieure est liée à une probabilité plus forte d'avoir consulté un pédiatre. Nous avons pourtant vu, au fil de cette étude, qu'un état de santé précaire est davantage le lot des tout-petits de faible position sociale. On peut légitimement s'étonner de cette distribution sociale de la consultation de pédiatres. Ne devrait-on pas plutôt observer le contraire. En plus d'un SSE élevé, d'autres facteurs augmentent la probabilité des tout-petits d'avoir été vus par un pédiatre dans les douze mois précédant chacun des volets de l'enquête : disposer d'un soutien des grands-parents, consommer peu de boissons gazeuses ou à saveur de fruits (moins d'une fois par jour) et avoir une mère immigrante.

Il existe certains effets modifiants. L'influence de la position sociale sur la consultation de pédiatres diminue avec l'accroissement du nombre d'enfants dans la famille (figure 5.8). Parmi les enfants uniques ou encore parmi ceux dont la famille compte deux enfants, la probabilité de consulter ce type de spécialiste est plus élevée chez ceux provenant de familles de position sociale élevée comparativement à ceux de familles plus défavorisées. Cette influence particulière du SSE est également remarquée pour les enfants consommant très peu de boissons gazeuses ou aux fruits (moins d'une fois par jour). Cette modélisation révèle donc deux facteurs susceptibles d'éliminer cette curieuse association : vivre dans une famille de trois enfants ou plus et avoir une consommation relativement importante de boissons gazeuses ou aux fruits. Concrètement, pour les enfants dont la famille compte trois enfants ou plus et qui consomment des boissons gazeuses (ou aux fruits) une fois ou plus par jour, l'influence de la position sociale ne semble pas jouer sur la probabilité d'avoir consulté un pédiatre aux trois volets.

Tableau 5.6

**Facteurs explicatifs de la relation entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois, Québec, 1998, 1999 et 2000**

Facteur explicatif <sup>1</sup>	Modèle 1 <sup>2</sup>	
	RC	Intervalle de confiance (95 %)
Position sociale depuis la naissance		
Élevée	2,30	(1,68; 3,16)
Moyenne (faible)	1,47	(1,09; 1,98)
Épisode de monoparentalité aux trois volets <sup>3,4</sup> (biparentale à au moins un volet)	1,55	(0,95; 2,54)
Mère/conjointe immigrante (non immigrante)	1,93	(1,39; 2,68)
Soutien des grands-parents maternels et/ou paternels (volet 2000 seulement) (aucun soutien)	1,47	(1,19; 1,83)
Nombre d'enfants dans le ménage (volet 2000)		
2 enfants	1,08	(0,86; 1,36)
3 enfants ou plus (un seul enfant)	0,70	(0,52; 0,93)
Consommation de boissons gazeuses ou aux fruits moins d'une fois/jour (volet 2000) (une fois ou plus/jour)	1,62	(1,20; 2,19)

1. La catégorie de référence est inscrite entre parenthèses.

2. Modèle avec position sociale de la famille maximum atteinte.

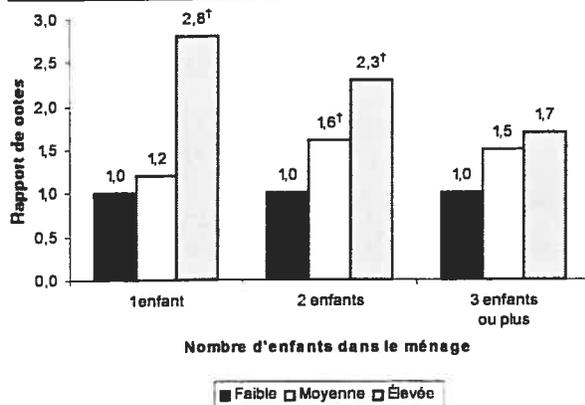
3. Rôle confondant sur la relation entre la position sociale et l'indicateur de santé.

4. Paramètre non significatif à un seuil de 5 % dans le modèle 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

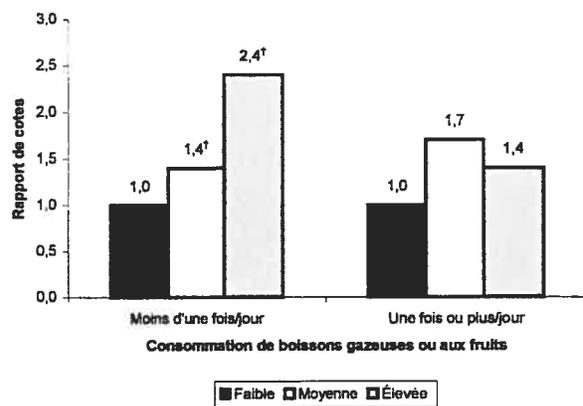
À partir des connaissances disponibles, avançons sommairement quelques hypothèses pour interpréter ces résultats. On sait que les personnes appartenant aux classes sociales les moins favorisées auraient tendance à « surévaluer » leur état de santé ou à en avoir une vue partielle centrée sur les aspects fonctionnels du corps (Sen, 2002; Girard et autres, 2000; Paquet, 1990). De plus, dans les milieux défavorisés un certain fatalisme règne à l'égard de la maladie (Paquet, 1990). Alors que chez les parents de position sociale élevée leur très forte préoccupation pour la santé globale (Paquet, 1990) ne serait-elle pas aussi accompagnée d'une certaine anxiété, de sorte que même si l'enfant n'est pas vraiment malade, les parents de classes sociales supérieures solliciteraient l'avis d'un spécialiste pour se rassurer. En ce sens, la faible consommation de boissons gazeuses constituerait un marqueur de cet intérêt élevé et plus global pour la santé, alors qu'avoir peu d'enfants représenterait un indicateur d'une certaine anxiété attribuable à une faible expérience des malaises infantiles. La pratique des pédiatres possiblement distante des quartiers défavorisés et des lieux de consultation privilégiés par les clientèles de faible position sociale, par exemple l'urgence, forme aussi une autre hypothèse pertinente. De même, le manque de pédiatres en milieu rural et leur concentration dans les grandes villes universitaires peuvent être considérés comme des hypothèses explicatives.

Figure 5.8  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon le nombre d'enfants dans le ménage, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

Figure 5.9  
**Comparaison des liens entre la position sociale de la famille et la consultation de pédiatres à l'âge de 5, 17 et 29 mois selon la consommation de boissons gazeuses ou aux fruits, Québec, 1998, 1999 et 2000**



† Rapport de cotes significatif au seuil de 5 %.  
 Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2002.

### 5.3 Les grands constats de l'analyse multivariée en bref

Les résultats de l'analyse multivariée révèlent la persistance du lien entre les indicateurs de la santé de l'enfant et la position sociale qu'occupe la famille depuis sa naissance, même lorsque la distribution sociale inégale de nombreux facteurs de risque, de protection ou démographiques est prise en compte. L'asthme chez les enfants de 17 mois et 29 mois constitue toutefois une exception. La relation entre l'asthme et la position sociale de la famille depuis la naissance de l'enfant n'est plus significative sur le plan statistique.

Résumons les associations persistantes observées une fois l'ensemble des facteurs de contrôle considérés. Une position sociale défavorable depuis la naissance demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir été admis à l'hôpital depuis la naissance, d'avoir une santé perçue moins que très bonne ou excellente, ou d'avoir eu une infection aux voies respiratoires dans les trois mois précédant le volet 2000 de l'ÉLDEQ. De même, une position sociale faible de façon persistante demeure associée à une probabilité plus élevée d'avoir consulté un médecin généraliste, alors qu'à l'inverse, elle est associée à une probabilité plus faible d'avoir été vu par un

pédiatre. En somme, le fait qu'un état de santé précaire soit davantage le lot des tout-petits de faible niveau socioéconomique ne peut être entièrement expliqué par la fréquence plus élevée de facteurs de risque observée en milieu défavorisé. De toute évidence, la position sociale de la famille joue un rôle sur l'état de santé des enfants, et cela, indépendamment des autres facteurs.

Par contre, on a constaté lors de l'examen des effets modifiants, que certains facteurs de protection ou de risque peuvent quasi effacer l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits. Ces facteurs sont les suivants : l'allaitement pendant au moins six mois, pour l'hospitalisation; le soutien des grands-parents et une mère en très bonne ou en excellente santé, pour l'état de santé perçu de l'enfant; aller à la garderie, pour les infections aux voies respiratoires; aller à la garderie et avoir une mère immigrante, pour la consultation de généralistes; vivre dans une famille d'au moins trois enfants et une consommation relativement importante de boissons gazeuses ou aux fruits, pour la consultation de pédiatres. L'identification de facteurs qui rendent pratiquement égaux socialement les jeunes enfants sur le plan de la santé ouvre indéniablement d'intéressantes pistes de réflexion et d'action pour les planificateurs et les intervenants qui conçoivent les politiques publiques.

## 6. Conclusion

Les liens entre l'état de santé dans la petite enfance et chez l'adulte nous rappellent l'importance d'analyser le rôle des facteurs sociaux dans la production et la reproduction des inégalités sanitaires dès le très jeune âge. Comme l'a démontré le psychologue Erik H. Erikson, « la relativité psychosociale s'impose : impossible de saisir le développement d'une personne sans comprendre le contexte culturel et historique, personnel et social, du déroulement de sa vie. Semblables aux fils de couleurs qui composent la tapisserie qu'est une vie, les enjeux peuvent dès lors devenir des filons qui permettent de saisir notre histoire et celle des autres (Houde, 2003 : A9) ».

Avec les données de l'ÉLDEQ sur les mêmes enfants à 5, 17 et 29 mois, nous avons l'occasion d'approfondir la compréhension de l'influence de la position sociale de la famille sur la santé. Ainsi, nos résultats suggèrent, à l'instar d'autres études, qu'au Québec, en dépit de notre système universel de santé et de services sociaux et de nos programmes de prévention, la santé des jeunes enfants est encore liée à la position sociale de leur famille. Pour la majorité des indicateurs retenus, plus la position sociale s'élève, meilleure est la santé des tout-petits. Mais constater les inégalités sociales de santé n'est pas suffisant si on veut vraiment les réduire. On se devait d'aller au-delà du constat et proposer des pistes pour l'interprétation et l'intervention préventive. En ce sens, résumons schématiquement la présente étude en espérant que sa divulgation ouvrira des pistes pour l'action.

Premièrement, de nombreuses familles québécoises connaissent une situation de faible niveau socioéconomique transitoire pendant les premiers mois de vie de l'enfant. On a donc distingué les situations temporaires de celles plus permanentes, quant à leurs effets sur la santé avec un indicateur décrivant la position sociale depuis la naissance de l'enfant.

Deuxièmement, six modèles de régression logistique ont été mis au point afin de cerner la contribution nette de la position sociale à l'état de santé des enfants, une fois pris en compte les facteurs de risque ou de protection. Les résultats révèlent la persistance

du lien entre les indicateurs de la santé des enfants et la position sociale de leur famille, même lorsque l'on considère la distribution sociale inégale de nombreux facteurs de risque, de protection ou démographiques. L'asthme chez les enfants de 17 et 29 mois constitue toutefois une exception.

Concrètement, les résultats indiquent que pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale, quant à la scolarité, au revenu et à la profession des parents, augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé. De plus, le fait qu'un état de santé précaire soit davantage le lot des tout-petits de faible position sociale ne peut être entièrement expliqué par la présence accrue des facteurs de risque observée en milieu défavorisé. La position sociale de la famille jouerait un rôle déterminant et distinct sur l'état de santé des enfants.

Néanmoins, nous avons observé que l'influence de la position sociale sur la santé des tout-petits semble se dissiper en présence de certains facteurs de protection ou de risque. Ces résultats incitent à s'aventurer dans le champ des politiques publiques en suggérant des pistes pour le développement d'interventions susceptibles d'égaliser les chances sur le plan sanitaire. Certes, la manière la plus efficace de réduire les inégalités de santé est de diminuer les inégalités socioéconomiques dans la société. Mais d'ici l'atteinte de ce nécessaire objectif, la présente étude révèle certaines orientations prioritaires à donner aux interventions de santé publique destinées aux populations vivant au bas de l'échelle sociale. Esquissons-les brièvement.

Tout en adoptant une attitude non culpabilisante et respectueuse des familles appartenant à un milieu social différent, les professionnels de la santé devraient promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en milieu défavorisé, car s'il dure au moins six mois, l'allaitement peut protéger de l'hospitalisation les jeunes enfants de faible position sociale. On devrait aussi développer des actions qui encouragent le resserrement des liens intergénérationnels, puisque l'aide matérielle, instrumentale ou émotive que fournissent les grands-parents semblent contribuer à préserver la santé

de leurs petits-enfants désavantagés. Retenons aussi que les programmes de santé publique qui visent à améliorer la santé des mères de faible position sociale sont susceptibles de faire d'une pierre deux coups : sauvegarder aussi la santé des tout-petits défavorisés. Par ailleurs, lors de l'élaboration de programmes de prévention des infections aux voies respiratoires, une attention particulière devrait être accordée aux familles de faible niveau socioéconomique dont les enfants ne fréquentent pas la garderie, puisque ces tout-petits ont davantage d'infections aux voies respiratoires que leurs pairs de milieu favorisé qui restent à la maison. Enfin, il faut poursuivre les efforts visant à encourager les Québécoises et les Québécois à se doter d'un médecin de famille, comme la formation de groupes de médecine familiale (GMF). Toute mesure qui favorisera l'accès à des services de première ligne bien organisés pourrait diminuer la propension des parents de niveau socioéconomique élevé à recourir au pédiatre. Des ressources médicales spécialisées pourraient ainsi être libérées pour les soins à donner aux tout-petits vraiment malades.

Somme toute, la réduction des inégalités sociales de santé ne devrait-elle pas constituer l'objectif prioritaire visé par les actions de santé publique? Ignorer cet important défi serait de courte vue, puisque dans les pays industrialisés il faudra diminuer les inégalités sociales de santé pour augmenter l'espérance de vie nationale. Par l'identification de facteurs protecteurs, cette étude veut ainsi épauler chercheurs et planificateurs du Québec dans l'élaboration de véritables moyens de favoriser l'égalité des chances sur le plan social et sanitaire pour les adultes de demain.



## Annexe 2

### Description détaillée des facteurs retenus pour les analyses multivariées

#### Les caractéristiques de l'enfant

- Prématurité en deux catégories : moins de 37 semaines de gestation et 37 semaines et plus.
- Mode d'alimentation de l'enfant à la naissance (3 variables dichotomiques) :
  - ◆ pas allaité du tout et allaité,
  - ◆ non allaité durant quatre mois et allaité durant quatre mois ou plus,
  - ◆ non allaité durant six mois et allaité durant six mois ou plus.
- Principal mode de garde aux volets 1999 et 2000 en trois catégories exclusives : garderie aux deux volets, aucun mode de garde (le parent seul ou un des parents ne travaille pas ou n'étudie pas) aux deux volets et autres modes de garde aux volets 1999 et 2000.
- Consommation quotidienne de boissons gazeuses ou aux fruits au volet 2000 en deux catégories : une fois ou plus et moins d'une fois.
- Consommation quotidienne de légumes au volet 2000 en deux catégories : moins de deux fois et deux fois ou plus.

#### Les caractéristiques de la mère/conjointe

- Statut d'immigration de la mère (volet 2000) en deux catégories : immigrante et non-immigrante.
- Perception de la santé de la mère (volets 1998, 1999 et 2000) en deux catégories : excellente ou très bonne aux trois volets et moins que très bonne à au moins un volet.
- Tabagisme de la mère (3 variables dichotomiques) :
  - ◆ mère fumeuse durant la grossesse et mère non fumeuse durant la grossesse;
  - ◆ mère fumeuse à chacun des volets et durant la grossesse; mère non fumeuse à un des volets ou durant la grossesse;
  - ◆ mère fumeuse à un des volets ou durant la grossesse; mère non fumeuse aux trois volets et durant la grossesse.

#### Les caractéristiques du ménage où vit l'enfant

- Type de famille (2 variables) :
  - ◆ famille monoparentale aux trois volets et famille biparentale à au moins un volet;
  - ◆ famille monoparentale à au moins un volet et famille biparentale aux trois volets.
- Détresse conjugale (volet 2000) : définition de la détresse conjugale de la mère ou du père telle que rapportée par Bégin et autres (2002) en deux catégories : oui et non. Provient du QAAM et du QAAP; inférence aux enfants ayant vécu avec leurs parents biologiques depuis la naissance.
- Insatisfaction au travail pour un des parents : échelle de satisfaction supérieure à 5 pour la mère ou le père en deux catégories : oui et non. Provient du QAAM et du QAAP; inférence aux enfants ayant vécu avec leurs parents biologiques depuis la naissance.
- Exposition à la fumée secondaire dans la maison (2 variables) :
  - ◆ une personne fume dans la maison aux volets 1999 et 2000; aucune personne ne fume dans la maison au volet 1999 ou au volet 2000;
  - ◆ une personne fume dans la maison au volet 1999 ou au volet 2000; aucune personne ne fume dans la maison aux volets 1999 et 2000.
- Nombre d'enfants dans le ménage (volets 1998, 1999 et 2000) en trois catégories : un seul enfant, deux et trois ou plus.
- Séparation des parents depuis la première entrevue (volet 2000) en deux catégories : oui et non.
- Soutien des grands-parents : échelle de soutien instrumental et émotif) supérieure ou égale à 5 pour les grands-parents maternels ou paternels. Présente au volet 2000 seulement.

#### Les caractéristiques du milieu selon la PCM

- Perception d'un quartier dangereux/absence d'entraide (volet 2000) en deux catégories : oui et non.
- Peu de problèmes sociaux dans le quartier (volet 2000) en deux catégories : oui et non.
- Soutien social (volet 2000) en deux catégories : oui et non.



## Bibliographie

- ABER, J. L., N. G. BENNETT, D. C. CONLEY et J. LI (1997). « The effects of poverty on child health and development », *Annual Review of Public Health*, vol. 18, p. 463-483.
- ALAIMO, K., C. M. OLSON, E. A. FRONGILLO, Jr. et R. R. BRIEFEL (2001). « Food insufficiency, family income, and health in US preschool and school-aged children », *American Journal of Public Health*, vol. 91, p. 781-786.
- ALLISON, P. D. (1991). *Logistic Regression Using the SAS System: Theory and Application*, New York, Wiley and Sons, p. 179-216.
- BARKER, D. J. (1997). « Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life », *British Medical Bulletin*, vol. 53, n° 1, p. 96-108.
- BARKER, D. J., T. FORSÉN, A. UUTELA, C. OSMOND et J. G. ERIKSON (2001). « Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study », *British Medical Journal*, vol. 323, p. 1-5.
- BASHIR, S. A. (2002). « Home is where the harm is: inadequate housing as a public health crisis », *American Journal of Public Health*, vol. 92, p. 733-738.
- BÉGIN, C., S. SABOURIN, M. BOIVIN, L. FRÉNETTE et H. PARADIS (2002). « Le couple, section I – Détresse conjugale et facteurs associés à l'évaluation de la relation entre conjoints », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, ISQ, vol. 2, n° 11.
- BERKOWITZ, G. S., et E. PAPIERNIK (1993). « Epidemiology of preterm birth », *Epidemiologic review*, vol. 15, n° 2, p. 414-443.
- BERNARD, P. M., et C. LAPOINTE (1991). *Mesures statistiques en épidémiologie*, Presses de l'Université du Québec, 314 p.
- BERTAUX, D. (1977). *Destins personnels et structure de classe*, Paris, PUF, 322 p.
- BOTTING, B. (1997). « Mortality and Childhood », dans *Health inequalities*, Londres, Office for national statistics, p. 83-94.
- BOURDIEU, P. (1980). *Le sens commun*, Paris, Les Éditions de Minuit, 475 p.
- BROOKS-GUNN, J., et G. J. DUNCAN (1997). « The effects of poverty on children », *The Future of children. Children and poverty*, vol. 7, p. 55-71.
- BRUIJNZEELS, M. A., M. FOETS, J. C. VAN DER WOUDE, A. PRINS et W. J. A. VANDENHEUVEL (1998). « Measuring morbidity of children in the community: a comparison of interview and diary data », *International Journal of Epidemiology*, vol. 27, p. 96-100.
- BRUNNEL, E. J. (2000). « Toward a new social biology » dans *Social Epidemiology*, L. F. BERKMAN et I. KAWACHI (éd.), New York, Oxford University Press, chapitre 13, p. 306-331.
- CASEY, P. H., K. SZETO, S. LENSING, M. BOGLE et J. WEBER (2001). « Children in food-insufficient, low-income families: prevalence, health, and nutrition status », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 155, p. 508-514.
- CCDS (2000). « *Données de base sur la pauvreté au Canada – 2000* », Ottawa, Conseil canadien de développement social.
- CELEDON, J. C., A. A. LITONJUA, L. RYAN, T. PLATTS-MILLS, S. T. WEISS et D. R. GOLD (2002). « Exposure to cat allergen, maternal history of asthma, and wheezing in first 5 years of life », *Lancet*, vol. 360, p. 781-782.
- CHAUVEL, L. (2000). « Entre les riches et les pauvres, les classes moyennes », dans *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, Paris, DRESS, Collection « Mire », Mission recherche, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, p. 53-64.
- CHEN, J., M. FAIR, R. WILKINS, M. CYR et le GROUPE D'ÉTUDES DE LA MORTALITÉ FŒTALE ET INFANTILE DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉRINATALE (1998). « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 2, Statistique Canada (no. 82-003).
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA (1999). « *Profil de la pauvreté* », Ottawa, Conseil national du bien-être social du Canada.

- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA (1998). « Profil de la pauvreté infantile, 1998 », Ottawa, Conseil national du bien-être social du Canada.
- COFFMAN, S., M. J. LEVITT et N. GUACCI-FRANCO (1993). « Mothers' stress and close relationships: correlates with infant health status », *Pediatric Nursing*, vol. 19, p. 135-140.
- COOPER, H., S. ARBER et C. SMAJE (1998). « Social class or deprivation? Structural factors and children's limiting longstanding illness in the 1990s », *Sociology of Health and Illness*, vol. 20, p. 289-311.
- CORCORAN, M. E., et A. CHAUDRY (1997). « The dynamics of childhood poverty », *The Future of Children*, vol. 7.
- COSTELLO, A., et H. WHITE (2001). « Reducing global inequalities in child health », *Archives of Diseases of Children*, vol. 84, p. 98-102.
- CRAIN, E. F., K. B. WEISS, P. E. BIJUR, M. HERSH, L. WESTBROOK et R. E. K. STEIN (1994). « An estimate of the prevalence of asthma and wheezing among inner-city children », *Pediatrics*, vol. 94, p. 356-362.
- CULHANE, J. F., V. RAUH, K. F. MCCOLLUM, V. K. HOGAN, B. S. AGNEW et P. D. WADHWA (2001). « Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy », *Maternal and Child Health*, vol. 5, p. 127-134.
- CURTIS, L. J., M. D. DOOLEY, E. L. LIPMAN et D. H. FEENY (2001). « The role of permanent income and family structure in the determination of child health in Canada », *Health Economics*, vol. 10, p. 287-302.
- DEARING, E., K. MCCARTNEY et B. A. TAYLOR (2001). « Change in family income-to-needs matters more for children with less », *Child Development*, vol. 72, p. 1779-1793.
- DENNY, F. W., A. M. COLLIER et F. W. HENDERSON (1986). « Acute respiratory infections in day care », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 8, n° 4, p. 527-532.
- DESROSIERS, H., G. NEILL, L. GINGRAS et N. VACHON (2002). « Grandir dans un environnement en changement », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 2.
- DIXON, J., et D. MACAROV (1998). *Poverty, A Persistent Global Reality*, Londres et New York, Routledge.
- DUBOIS, L., et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.
- DUNCAN, G. J., J. BROOKS-GUNN et P. K. KLEBANOV (1994). « Economic deprivation and early childhood development », *Child Development*, vol. 65, p. 296-318.
- DUNCAN, G. J., et J. BROOKS-GUNN (1997). *Consequences of growing up poor*, New York, Russell Sage Foundation, 660 p.
- EMING YOUNG, M. (2002). *From early child development to human development, Investing in our children's future*, Washington, D.C., The World Bank, 424 p.
- FIELDS, D., E. S. DRAPER, M. J. GOMPERS, C. GREEN, A. JOHNSON, D. SHORTLAND, M. BLAIR, B. MANKTELOW, C. R. LAMMING et C. LAW (2001). « Measuring later health status of high risk infants: randomised comparison of two simple methods of data collection », *British Medicine Journal*, vol. 323, p. 1-5.
- GAZMARARIAN, J. A., M. M. ADAMS et E. R. PAMUK (1996). « Associations between measures of socioeconomic status and maternal health behavior », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 12, p. 108-115.
- GILLMAN, M. W. (2002). « Epidemiological challenges in studying fetal origins of adult chronic disease », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, p. 294-299.
- GIRARD, F., C. COHIDON et S. BRIANÇON (2000). « Les indicateurs globaux de santé », dans *Les inégalités sociales de santé*, Recherches, INSERM, La découverte, p. 163-172.
- GOLDSTEIN, D. S., et B. MCEWEN (2002). « Allostasis, homeostats, and the nature of stress », *Stress*, vol. 5, p. 55-58.
- HALL, A. J., L. J. YEE et S. L. THOMAS (2002). « Lifecourse epidemiology and infectious diseases », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, p. 300-301.
- HOFFMAN, S., et M. C. HATCH (1996). « Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 10, p. 380-405.
- HOSMER, D. W., et S. LEMESHOW (1989). *Applied Logistic Regression*, New York, Wiley and Sons, 672 p.

HOUE, R. (2003). « Début d'année et cycle de vie, L'apport d'un grand psychologue : Erik H. Erikson (1902-1994) », *Le Devoir*, 3 janvier, p. A 9.

HOUSE, J. S. (2002). « Understanding social factors and inequalities in health: 20<sup>th</sup> century progress and 21<sup>st</sup> century prospects », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, p. 125-142.

HOUSE, J. S., et D. R. WILLIAMS (2000). « Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health », dans *Promoting health. Interventions strategies from social and behavioral research.*, B. D. SMEDLEY et S. L. SYME (éd.), Washington, DC, National Academy Press, p. 81-124

INSTITUT CANADIEN DE SANTÉ INFANTILE (2000). *La santé des enfants au Canada*, Ottawa, Institut canadien de santé infantile.

IDLER, E. L., L. B. RUSSELL et D. DAVIS (2000). « Survival, Functional limitations, and self-rated health », *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, n° 9, p. 874-883.

JETTÉ, M. (2002). « Enquête : description et méthodologie, section I – Logistique d'enquête et collectes longitudinales », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

KAMINSKI, M., B. BLONDEL et M. J. SAUREL-CUBIZOLLES (2000). « La santé périnatale », dans *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte et INSERM, p. 173-192.

KAPLAN, G. A., D. E. GOLDBERG, S. A. EVERSON, R. D. COHEN, J. TUOMILEHTO et R. SALONEN (1996). « Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 25, n° 2, p. 259-265.

KEATING, D. P., et J. F. MUSTARD (1993). « Facteurs socioéconomiques et développement humain. La sécurité des familles en période d'insécurité », *Forum national sur la sécurité des familles*, Ottawa, p. 101-123.

KLEINBAUM, D. G. (1982). « Modeling: Analysis Strategy », dans *Epidemiologic research*, Wadsworth Inc., chapitre 21, p. 447-456.

KORENMAN, S., et J. E. MILLER (1997). « Effects of long-term poverty on physical health of children in the National Longitudinal Survey of Youth », dans *Consequences of growing up poor*, G. J. DUNCAN et J. BROOKS-GUNN (éd.), New York, Russell Sage Foundation.

KRAMER, M. S., R. W. PLATT, S. W. WEN, K. S. JOSEPH, A. ALLEN, M. ABRAHAMOWICZ, B. BLONDEL et G. BRÉART (2001). « A new and improved population-based canadian reference for birth weight for gestational age », *Pediatrics*, vol. 108, p. 35.

KUH, D., C. POWER, D. BLANE et M. BARTLEY (1997). « Social pathways between childhood and adult health », dans *A life course approach to chronic disease epidemiology*, D. KUH et Y. BEN-SHLOMO. (éd.), Oxford, Oxford University Press.

LANPHEAR, B. P., A. ALIGNÉ, P. AUINGER, M. WEITZMAN et R. S. BYRD (2001a). « Residential exposures associated with asthma in US children », *Pediatrics*, vol. 107, p. 505-511.

LANPHEAR, B. P., R. S. KAHN, O. BERGER, P. AUINGER, S. M. BORTNICK et R. W. NAHNAS (2001b). « Contribution of residential exposures to asthma in US children and adolescents », *Pediatrics*, vol. 107, p. 98.

LEON, D. A., D. VAGERO et P. O. OLAUSSON (1992). « Social class differences in infant mortality in Sweden, comparison with England and Wales », *British Medical Journal*, vol. 305, n° 6855, p. 687-691.

LIPMAN, E. L., et D. R. OFFORD (1997). « Psychosocial morbidity among poor children in Ontario », dans *Consequences of growing up poor*, G. J. DUNCAN et J. BROOKS-GUNN (éd.), New York, Russell Sage Foundation.

LUCAS, A., M. S. FEWTRELL et T. J. COLE (1999). « Fetal origins of adult disease - the hypothesis revisited », *British Medical Journal*, vol. 319, p. 245-249.

LUPIEN, S. J., S. KING, M. J. MEANEY et B. S. McEWEN (2000). « Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state », *Biological Psychiatry*, vol. 48, p. 976-980.

MARKS, N. F. (1996). « Socioeconomic status, gender, and health at midlife: evidence from the Wisconsin longitudinal study », dans *Research in the sociology of health care*, Krtonenfeld, Greenwich, p. 135-152.

MANNINO, D. M., D. M. HOMA et S. C. REDD (2002). « Involuntary smoking and asthma severity in children: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Chest*, vol. 122, p. 409-415.

MARGOLIS, P. A., R. A. GREENBERG et L. L. KEYES (1992). « Lower respiratory illness in infants and low socioeconomic status », *American Journal of Public Health*, vol. 82, p. 1119-1126.

MARMOT, M. G., C. D. RYFF, L. L. BOMPASS, M. SHIPLEY et N. F. MARKS (1997). « Social inequalities in health: next questions and converging evidence », *Social science and medicine*, vol. 44, n° 6, p. 901-910.

MARTIKAINEN, P., S. STANSFELD, H. HEMINGWAY et M. G. MARMOT (1999). « Determinants of socio-economic differences in change in physical and mental functioning », *Social science and medicine*, vol. 49, n° 4, p. 499-507.

McCAIN, M. N., et J. F. MUSTARD (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux. Étude sur la petite enfance, rapport final*, Publications Ontario, 204 p.

McCORMICK, M. C., et J. BROOKS-GUNN (1999). « Concurrent child health status and maternal recall of events in infancy », *Pediatrics*, vol. 104, p. 1176-1181.

McCORMICK, M. C., J. BROOKS-GUNN, T. SHORTER, J. H. HOLMES et M. C. HEAGARTY (1989). « Factors associated with maternal rating of infant health in central Harlem », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatric*, vol. 10, p. 139-144.

MCDONOUGH, P., V. WALTERS et L. STROHSCHIEIN (2002). « Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada », *Social Science and Medicine*, vol. 54, p. 767-782.

McGILL, K. A., C. A. SORKNESS, C. FERGUSON-PAGE, J. E. GERN, T. C. HAVIGHURST, B. KNIPFER, R. F. LEMANSKE et W.W. BUSSE (1998). « Asthma in non-inner city Head Start children », *Pediatrics*, vol. 102, p. 77-83.

MEARA, E. (1999). « Education, infant health, and cigarette smoking », *Annals of New York Academy of Science*, vol. 896, p. 458-460.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être (PSBE)*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MONTGOMERY, L. E., J. L. KIELY et G. PAPPAS (1996). « The effects of poverty, race, and family structure on US children's health: data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991 », *American Journal of Public Health*, vol. 86, p. 1401-1405.

NAFSTAD, P., J. A. HAGEN, L. OIE, P. MAGNUS et J. J. K. JAAKOLA (1999). « Day care centers and respiratory health », *Pediatrics*, vol. 103, p. 753-758.

NAJMAN, J. M. (1993). « Health and poverty: Past, present and prospects for the future », *Social Science and Medicine*, vol. 36, p. 325-331.

NEWACHECK, P. W. (1994). « Poverty and childhood chronic illness », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 148, p. 1143-1149.

OLSEN, J., et G. FRISCHE (1993). « Social differences in reproductive health, a study on birth weight, stillbirths and congenital malformations in Denmark », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 21, n° 2, p. 90-97.

OWNBY, D. R., C. C. JOHNSON et E. L. PETERSON (2002). « Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of allergic sensitization at 6 to 7 years of age », *JAMA*, vol. 288, p. 1012-1014.

PALACIO-QUINTIN, E., et R. CODERRE (1999). *Les services de garde à l'enfance. Influence des différents types de garde sur le développement de l'enfant*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, avril, 125 p.

PAQUET, G. (1990). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, Québec, INRS-IQRC, 132 p.

PAQUET, G. (1998). « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite. Un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 27, n° 1, p. 75-106.

PAQUET, G., et B. TELLIER (2002). *Projet d'enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale (ESSIL), La santé physique*, Rapport, Institut national de santé publique du Québec, septembre, 112 p.

PAQUET, G., M. GIRARD et L. DUBOIS (2001). « Conditions de vie, santé et développement, Section II – Inégalités sociales et devenir des enfants », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, ISQ, vol. 1, n° 3.

PEACOCK, J. L., J. M. BLAND et H. R. ANDERSON (1995). « Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine », *British Medical Journal*, vol. 311, n° 7004, p. 531-535.

PLANTE, N., R. COURTEMANCHE et L. DESGROSEILLIERS (2002). « Enquête : description et méthodologie, section II – Méthodologie statistique : aspects longitudinaux des volets 1998 à 2000 », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

- POWER, C., S. MATTHEWS et O. MANOR (1996). « Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? », *British Medical Journal*, vol. 313, p. 449-453.
- PRESSER, H. (1988). « Place of child and medicated respiratory illness among young American children », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 50, p. 995-1005.
- READING, R. (1997). « Poverty and the health of children and adolescents », *Archives of Diseases of Children*, vol. 76, p. 463-467.
- RUIJSSENBEEK-NOUWENS, L. H. M., A. J. OOSTING, M. S. DE BRUIN-WELLER, I. BREGMAN, J. G. R. DE MONCHY et D. S. POSTMA (2002). « Clinical evaluation of the effect of anti-allergic mattress covers in patients with moderate to severe asthma and house dust mite allergy: a randomised double blind placebo controlled study », *Thorax*, vol. 57, p. 784-790.
- ROBERTS, H. (1997). « Socioeconomic determinants of health. Children, inequalities, and health », *British Medical Journal*, vol. 314, p. 1122-1125.
- ROBINSON, R. (2001). « The fetal origins of adult disease. No longer just a hypothesis and may be critically important in south Asia », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 375-376.
- ROSS, D. P., et P. ROBERTS (1999). « *Income and child well-being: a new perspective on the poverty debate* », Ottawa, Canadian Council on Social Development.
- SÉGUIN, L., M. KANTÉBO, Q. XU, M. V. ZUNZUNEGUI, L. POTVIN, K. L. FROHLICH et C. DUMAS (2001). « Conditions de vie, santé et développement, Section I – Pauvreté, conditions de naissance et santé des nourrissons », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 3.
- SÉGUIN, L., Q. XU, L. POTVIN, M. V. ZUNZUNEGUI, K. L. FROHLICH et C. DUMAS (2002). « Poverty and infant health in Quebec's birth cohort », *Canadian Medical Association Journal*, sous presse.
- SEN, A. (2002). « Health perception versus observation », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, p. 860-861.
- SMITH, G. D., C. HART, D. BLANE et D. HOLE (1998). « Adverse socio-economic conditions in childhood and cause specific mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 316, n° 7145, p. 1631-1635.
- SMITH, G. D., C. HART, D. BLANE, C. GILLIS et V. HAWTHORNE (1997). « Lifetime socio-economic position and mortality: prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7080, p. 547-552.
- SPENCER, N. J., et C. COE (2000). « Parent-reported infant health and illness in a whole year birth cohort », *Child: Care, Health and Development*, vol. 26, p. 489-500.
- STARFIELD, B., S. SHAPIRO, J. WEISS, K. Y. LIANG, K. RA, D. PAIGE et X. B. WANG (1991). « Race, family income and low birth weight », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, n° 10, p. 1167-1174.
- SYME, S. L. (1998). « Social and Economic Disparities in Health: Thoughts about Intervention », *The Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 3, p. 493-505.
- TREMBLAY, R. E., B. BOULERICE, P. W. HARDEN, P. McDUFF, P. PÉRUSSE, R. O. PIHL et M. ZOCCOLILLO (1996). « Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence? », dans Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, *Grandir au Canada*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, no 89-550-mpf au catalogue (Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes [Canada]), 1205-6855, n° 1, p. 145-157.
- VAN DE MHEEN, H. D., K. STRONKS et J. P. MACKENBACH (1998). « A life course perspective on socio-economic inequalities in health », dans *The sociology of health inequalities*, Oxford, Blackwell, p. 193-216.
- VAN DE MHEEN, H. D., K. STRONKS, C. W. N. LOOMAN et J. P. MACKENBACH (1998a). « Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 27, p. 431-437.
- VAN DE MHEEN, H. D., K. STRONKS et J. P. MACKENBACH, (1998b). « A lifecourse perspective on socio-economic inequalities in health: the influence of childhood socio-economic conditions and selection processes », *Sociology of Health and Illness*, vol. 20, p. 754-777.
- WADHWA, P. D., J. F. CULHANE, V. RAUH et S. S. BARVE (2001). « Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory and vascular mechanisms », *Maternal and Child Health*, vol. 5, p. 119-125.
- WADSWORTH, M. (1999). « Early life », dans *Social determinants of health*, Michael MARMOT et Richard G. WILKINSON (éd.), New York, Oxford University Press.

WALTON, K. A., L. J. MURRAY, A. M. GALLAGHER, G. W. CRAN, M. J. SAVAGE et C. BOREHAM (2000). « Parental recall of birthweight: a proxy for recorded birthweight? », *European Journal of Epidemiology*, vol. 16, p. 793-796.

WAMALA, S. P., J. LYNCH et G.A. KAPLAN (2001). « Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm female coronary risk study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 275-284.

WEINREB, L., J. PERLOFF, R. SCOTT, D. HOSMER, L. SAGOR, et C. GUNDERSEN (2002). « Hunger: its impact on children's health and mental health », *Pediatrics*, vol. 110, p. e41.

WILLMS, D. J., et M. SHIELDS (1996). *A measure of socio-economic status for the National Longitudinal Survey of Children*, Document de travail préparé pour les utilisateurs des microdonnées du premier cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Atlantic Center for Policy Research in Education, Université du Nouveau-Brunswick et Statistique Canada.

WRIGHT, R. J., et S. F. STEINBACH (2001). « Violence: an unrecognized environmental exposure that may contribute to greater asthma morbidity in high risk inner-city population », *Environmental Health Perspectives*, vol. 109, p. 1085-1089.

## Liste des numéros inclus dans le volume 2 de la collection

Ce document fait partie d'une série de numéros composant le volume 2 d'un rapport cité comme suit : JETTÉ, M., H. DESROSIERS, R. E. TREMBLAY, G. NEIL, J. THIBAUT et L. GINGRAS (2002). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2.

Voici la liste de tous les numéros disponibles :

JETTÉ, M. (2002). « Enquête : description et méthodologie, section I – Logistique d'enquête et collectes longitudinales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

PLANTE, N., R. COURTEMANCHE et L. DESGROSELLIERS (2002). « Enquête : description et méthodologie, section II – Méthodologie statistique : aspects longitudinaux des volets 1998 à 2000 » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

DESROSIERS, H., G. NEIL, L. GINGRAS et N. VACHON (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 2.

SÉGUIN, L., Q. XU, L. POTVIN, M.-V. ZUNZUNEGUI, C. DUMAS et K. FROHLICH (2003). « Conditions socioéconomiques et santé, section I – Pauvreté et santé des enfants québécois » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 3.

PAQUET, G., et D. HAMEL (2003). « Conditions socioéconomiques et santé, section II – Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 3.

PÉTTIT, D., É. TOUCHETTE, J. PAQUET et J. MONTPLAISIR (2002). « Le sommeil : évolution et facteurs associés » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 4.

DUBOIS, L., et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.

VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX et J. DUROCHER (2002). « Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 6.

BAILLARGEON, R. H., R. E. TREMBLAY, M. ZOCCOLILLO, D. PÉRUSSE, M. BOIVIN et H.-X. WU (2002). « Changement intra-individuel du comportement entre 17 mois et 29 mois » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 7.

BROUSSEAU, J., R. H. BAILLARGEON et H.-X. WU (2002). « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 8.

BOIVIN, M., I. MORIN-OUELLET, N. LEBLANC, G. DIONNE, É. FRÉNETTE, D. PÉRUSSE et R.E. TREMBLAY (2002). « Évolution des perceptions et des conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 9.

ROCHETTE, M., et J. DESLAURIERS (2003). « L'horaire de travail des parents, typique ou atypique, et les modalités de garde des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n°10.

BÉGIN, C., S. SABOURIN, M. BOIVIN, É. FRÉNETTE et H. PARADIS (2002). « Le couple, section I – Détresse conjugale et facteurs associés à l'évaluation de la relation entre conjoints » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 11.

MARCIL-GRATTON, N., C. LE BOURDAIS et É. LAPIERRE-ADAMCYK (2002). « Le couple, section II – Les ruptures parentales dans la vie des tout-petits : un premier regard » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 11.

THIBAUT, J., M. JETTÉ, H. DESROSIERS et L. GINGRAS (2003). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I – L'ÉLDEQ : présentation de l'étude et des instruments de collecte des volets 1999 et 2000 » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 12.

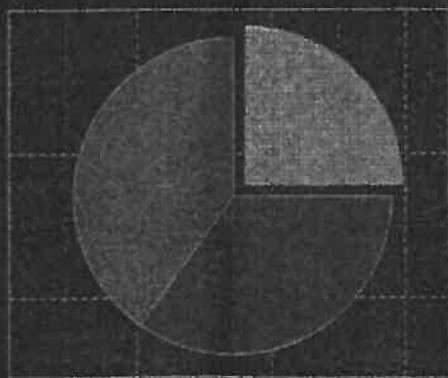
DESROSIERS, H., et G. NEILL (2003). « Aspects conceptuels et opérationnels, section II – Les fichiers de microdonnées et les variables dérivées des volets 1999 et 2000 » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 12.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q. c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Après avoir décrit les trajectoires des principaux problèmes de santé des enfants de la naissance à 29 mois, les auteurs de la première section examinent les liens entre l'évolution de la pauvreté (insuffisance de revenus) de la famille et les problèmes de santé chez les enfants de 29 mois en contrôlant notamment pour l'âge et l'éducation de la mère. On constate que la pauvreté chronique est associée à un plus grand risque de présenter des problèmes aigus de santé et de faire des crises d'asthme. De plus, la pauvreté précoce est liée à un plus grand risque de crises d'asthme à 29 mois. Par contre, la pauvreté transitoire et la pauvreté actuelle ne sont pas liées à la santé de l'enfant.

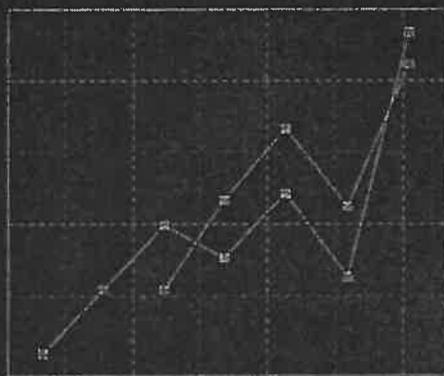
Dans la deuxième section, les auteurs scrutent l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits âgés de 5, 17 et 29 mois de manière à identifier les facteurs protecteurs qui permettront le développement de pistes fécondes pour l'intervention préventive. Les résultats indiquent que pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé. Néanmoins, l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants semble se dissiper en présence de facteurs de protection.



65

40

8



9

ISBN : 2-551-21775-X

**Institut  
de la statistique**

**Québec**



7,95 \$

Site Web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)  
Imprimé au Québec, Canada

**ANNEXE V**

## Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé

Ginette Paquet<sup>1</sup>

1. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention et de la santé (GRASP)

Université de Montréal  
C.P. 6128, Succursale Centre-Ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Courrier électronique :  
ginette.paquet@msss.gouv.qc.ca

### Résumé

*Parmi les principaux facteurs prédicteurs de l'échec scolaire, la pauvreté des familles ressort comme déterminante. Peut-on briser cette fatalité? C'est le pari relevé par les programmes d'intervention préscolaire en milieu défavorisé. Ces programmes d'intervention précoce constituent un parti pris pour l'égalité des chances en éducation, mais ils peuvent représenter bien plus. Ne sont-ils pas la piste à suivre pour égaliser les chances de réussite sur le plan social et économique, de même que sur le plan de la santé? Le présent article scrute les principaux effets de programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé sur l'adaptation des enfants à l'école primaire et secondaire. Cette recension vise, entre autres, à fournir un canevas d'analyse aux récentes orientations québécoises en matière d'intervention auprès de la petite enfance. Les études passées en revue démontrent qu'il n'y a pas de potion magique qui, administrée pendant une année ou deux, puisse assurer le succès des enfants défavorisés tout au long de leur carrière scolaire et professionnelle. Les données fiables indiquent que pour réduire l'échec scolaire des enfants issus de milieux pauvres, il faut une stratégie préventive complète et continue. Une telle stratégie peut produire des gains substantiels et durables.*

**Mots clés :** stimulation précoce, enfants défavorisés, préscolaire, programmes de prévention, échec scolaire.

### Abstract

*Poverty in the family appears to be one of the main predictors of school failure. Can this fate be avoided? This is what preschool intervention programs in disadvantaged environments try to do. These early intervention programs take a stand in favor of equal opportunity in education, but they can represent a lot more. They can increase the chances of success at the social and economic level, as well as in health. This article explores the main impacts of preschool intervention programs in disadvantaged environments on children's adaptation to primary and secondary school. This review of research is intended to provide a groundwork for the analysis of the recent trends pertaining to intervention with preschool children in Québec. In short, what research suggests is that there is no magical solution that, administered for one or two years, will ensure the success of at-risk children throughout their school and professional careers. Reliable data indicate that to prevent school failure for disadvantaged children, a complete and continuous strategy of intervention is needed. An early, preventive, high-intensity intervention, together with low-cost improvements in tutoring, can produce substantial and long-lasting benefits.*

**Key words :** Early Stimulation, Disadvantaged Children, Preschool, Prevention Programs, School Failure..

## Introduction

Les adolescents qui échouent à l'école sont généralement ceux qui ne réussissent pas leur passage à la vie d'adulte et, de ce fait, ne seront pas en mesure de contribuer pleinement à la société. Il existe toute une gamme de conséquences économiques à l'abandon scolaire prématuré, telles que les coûts de l'assistance sociale, des services sociaux et de santé, le manque à gagner en matière d'impôt et de productivité. Mais plus dramatiques encore sont les diverses formes de marginalisation liées à l'échec social : délinquance, grossesses précoces, toxicomanie, problèmes de santé et incapacité à s'intégrer au marché du travail.

Parmi les principaux facteurs prédictifs de l'échec scolaire, la pauvreté des familles ressort comme déterminante. Issu d'une famille de bas niveau socio-économique, l'enfant vit habituellement dans un environnement incapable de répondre à ses espoirs. Il aura donc de la difficulté à imaginer qu'il peut agir et modifier son destin; les difficultés scolaires qu'il rencontre sont alors fréquemment perçues comme de la fatalité et indépendantes de sa volonté (OCDE, 1995a; Paquet, 1989).

Peut-on briser cette fatalité? C'est le pari relevé par les programmes d'intervention préscolaire pour les enfants vivant en milieu défavorisé. L'influence considérable des premières années de vie de l'enfant et le rôle négatif de certaines caractéristiques du milieu sur son développement représentent l'assise de ces programmes. On reconnaît à cette fin que la prévention est essentielle. Il est de plus en plus admis que le développement de l'enfant, notamment les aspects cognitifs, doit être stimulé pendant les années préscolaires. Ces programmes d'intervention précoce constituent en fait un parti pris pour l'égalité des chances en éducation, mais ils peuvent représenter bien plus. Ils sont susceptibles d'égaliser les chances de réussite sur le plan social et économique, de même que sur le plan de la santé (Eming Young, 1995; Keating & Mustard, 1993; Lundberg, 1993; Menahem, 1994).

Au Québec, c'est dans les années 1970, une dizaine d'années après s'être répandue avec vigueur aux États-Unis, que l'idée d'intervenir précocement auprès des enfants défavorisés a fait petit à petit son chemin. Pendant 25 ans, l'éventail des programmes d'éducation préscolaire offerts par le ministère de l'Éducation du Québec aux enfants de milieu défavorisé est resté à peu près le même (Hamel, 1995a). Il s'agit des maternelles quatre ans et cinq ans ainsi que du programme d'animation Passe-Partout.

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux, s'est aussi intéressé à l'intervention précoce par l'intermédiaire de son réseau de Centres locaux de services communautaires (CLSC). Les parents constituent la première cible des interventions des CLSC (Hamel, 1995a). Les activités éducatives prévues pour les enfants sont peu intensives et de courte durée. Plusieurs milieux de garde accrédités par le ministère de la Famille et de l'Enfance collaborent aux programmes instaurés par les CLSC.

Enfin, différents centres universitaires du Québec ont aussi développé des programmes d'intervention précoce. Ils offrent une combinaison d'activités éducatives destinées aux enfants et d'activités de soutien pour les parents (Hamel, 1995a). Ces projets universitaires se caractérisent habituellement par des assises théoriques claires et une évaluation des effets à courts termes (Hamel, 1995b).

Ces dernières années, la recherche a tenté d'élucider certaines questions à propos de l'évaluation des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire en milieu défavorisé (Currie & Thomas, 1994; Erning & Young, 1995; Hamel, 1995b; Innocenti & White, 1993; Leduc & Cadieux 1993; OCDEa, 1995; Slavin, Karweit, & Wasik, 1994). Quelle intensité doivent avoir ces interventions? Les programmes pour les tout-petits (moins de 3 ans) et pour les plus vieux (3 et 4 ans) perdent-ils leurs effets quand les enfants entrent au primaire? Ces interventions doivent-elles se poursuivre à la maternelle et pendant les premières années du primaire? Quel est l'âge idéal pour ces interventions préventives? Les programmes destinés aux parents ou ceux ciblant seulement les enfants sont-ils aussi efficaces que ceux s'adressant aux deux, parents et enfants?

Pour répondre à ces interrogations, nous retiendrons que les interventions ayant fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Cela devrait aider à ne pas reproduire les faiblesses méthodologiques de plusieurs recensions antérieures. Des groupes témoins inexistantes ou non comparables, une description inadéquate des sujets et des interventions, une évaluation non «aveugle» des effets et une relance dans des délais trop brefs constituent les plus fréquentes critiques qui rendent difficile l'acceptation des conclusions sur l'efficacité de l'intervention précoce (Leduc & Cadieux, 1993). C'est pourquoi, bien qu'il existe plus d'une centaine de recherches, seules des études de pays industrialisés évaluées avec de véritables protocoles expérimentaux (groupes expérimental et témoin) ou des protocoles quasi-expérimentaux seront retenues dans la présente recension. Certes, nous restreignons considérablement le choix des interventions préscolaires, mais de cette manière nous espérons dépasser le stade des croyances et des opinions ainsi que celui de la rectitude politique.

Comme c'est aux États-Unis, pays précurseur de l'intervention précoce en milieu défavorisé, que l'on retrouve les plus anciennes et les meilleures études longitudinales, les principaux programmes américains seront donc à la source de nos conclusions. Les programmes retenus visent tous, avec une acuité variable, à prévenir les retards de développement intellectuel, social, affectif et physique des enfants défavorisés. Néanmoins, pour des fins de disponibilité, de comparaison et de qualité des mesures, nous avons opté pour celles liées aux gains dans les domaines cognitif ou intellectuel ainsi que scolaires. Comme d'autres (Leduc & Cadieux 1993), nous regrettons le peu de mesures des effets de l'intervention précoce sur le fonctionnement familial, la santé mentale, la compétence sociale des enfants et les habiletés de la vie quotidienne. Il nous semble par conséquent bien hasardeux de conclure sur l'impact de l'intervention précoce dans ces domaines.

Notre analyse s'attarde au volet enfant et au volet familial des programmes, en examinant l'effet de certains facteurs, (le contenu, la durée, le lieu de dispensation, l'âge d'entrée et l'intensité des interventions), sur le développement cognitif (développement du langage, QI) et sur les performances scolaires des enfants défavorisés (habileté en lecture, placement dans des classes spéciales, redoublement d'une année, abandon scolaire).

L'examen des principaux programmes d'intervention préscolaire en milieu défavorisé ayant fait l'objet d'une étude de bonne qualité méthodologique vise, entre autres, à fournir un canevas d'analyse aux récentes orientations québécoises en matière d'intervention précoce et d'éducation préscolaire. Pour ce faire, le présent article aborde successivement la vie moderne des tout-petits, les programmes destinés aux enfants de moins de trois ans, les programmes préscolaires (prématernelle et maternelle), les programmes de transition vers la première année, et les nouvelles orientations québécoises.

### **La vie des tout petits : version moderne**

L'évolution des modes de vie, en particulier le nombre croissant de mères qui travaillent à l'extérieur du foyer, ainsi que les découvertes sur la précocité des compétences de l'enfant ont transformé les besoins et l'approche de la petite enfance. L'organisation des services à la petite enfance accuse cependant un retard certain et dans ce domaine les disparités sociales sont particulièrement préoccupantes (Combes, 1995; Conseil supérieur de l'éducation, 1996; Grégoire, 1993; OCDE, 1995a).

La majorité des pays industrialisés ont connu une baisse des taux de natalité qui se situent maintenant en deça de deux enfants par famille. Dans ce contexte, l'enfant devient un projet et on s'efforce de maîtriser le temps, l'espace, l'investissement matériel et affectif qui lui seront dévolus. Cette possibilité échappe cependant aux familles qui n'ont pas les moyens de cette maîtrise (Combes, 1995; Colin, Ouellet, Boyer, & Martin, 1992).

La plupart des familles ont maintenant besoin de deux salaires pour satisfaire aux exigences matérielles considérées comme normales. Même parmi les jeunes familles, la majorité des deux parents travaillent à l'extérieur de la maison. Au Québec par exemple, en 1993, on estime que 62,1 % des mères d'enfants de moins de trois ans étaient actives sur le marché du travail, taux qui n'était que 28,5 % en 1976 (Conseil supérieur de l'éducation, 1996). Toujours en 1993, parmi les femmes québécoises ayant des enfants de moins de 6 ans, le taux de participation au marché du travail de celles qui vivaient dans des familles biparentales est nettement supérieur à celui de femmes cheffes de familles monoparentales, soit respectivement de 65,5 % et 39 % (Conseil supérieur de l'éducation, 1996). Cet écart diminue sensiblement lorsque les enfants atteignent l'âge scolaire. Le taux de participation au marché du travail se situe alors à 70,6 % chez les mères seules comparativement à 72,5 % chez celles vivant au

sein de familles biparentales (Conseil supérieur de l'éducation, 1996). Les familles où les deux parents sont actifs sur le marché du travail ont forcément recours à une forme de prise en charge extérieure de leurs enfants avant qu'ils entrent dans le système scolaire.

Voici le paradoxe auquel on est arrivé : les mères qui sont disponibles pour s'occuper de leurs jeunes enfants s'avèrent être celles dont le niveau d'instruction est le plus bas, et ce sont elles qui rencontrent les situations financières les plus difficiles. Elles souffrent fréquemment d'isolement social, de manque d'estime personnelle, ce qui peut conduire à des comportements de repli préjudiciables pour la relation avec leurs enfants. Ces enfants courent plus de risques de souffrir d'un manque de stimulation et d'un climat familial déprimé (Colin, Ouellet, Boyer, & Martin, 1992).

De plus, des quartiers urbains qui accueillent une population ouvrière modeste, mais avec des réseaux d'entraide et de survie animés par une culture commune, furent les premiers à souffrir des crises économiques qui se sont succédées depuis les années soixante-dix. Ce sont ces quartiers qui regroupent habituellement les enfants les plus à risque d'échec scolaire tout en étant la plupart du temps sous-équipés en matière de services à la petite enfance (Conseil supérieur de l'éducation, 1996).

### **Les programmes destinés aux enfants de moins de trois ans**

Les programmes d'intervention précoce sont particulièrement importants pour les enfants de milieu défavorisé qui ont souvent des expériences plus limitées à la maison et arrivent à l'école avec des bases non comparables à celles de leurs pairs plus favorisés. Ils ont généralement comme principal objectif de diminuer les difficultés scolaires et de prévenir l'échec au cours des premières années du primaire. Les programmes d'intervention précoce pour les enfants de milieu défavorisé peuvent être classés selon leur niveau d'intensité. Un programme d'intensité élevée signifie : les parents ou les enfants y consacrent une partie considérable de leur temps, des ressources importantes, un curriculum de services spéciaux à chaque jour, un personnel hautement qualifié et peu d'enfants par éducateur. Pour ce qui est d'un programme de faible intensité, il implique une durée totale ou un contact hebdomadaire plutôt court et un nombre assez élevé d'enfants par éducateur.

Notre analyse repose sur l'examen de onze programmes (Wasik & Karweit, 1994). Faute d'espace, ils ne seront pas tous présentés<sup>1</sup>, nous décrivons toutefois un exemple de chaque catégorie. Les onze programmes analysés sont :

---

1. Pour une recension en français de ces onze programmes voir : Paquet, G. (1997). *Pour garantir l'égalité des chances de réussite : les possibilités et les limites de l'intervention préscolaire en milieu défavorisé* (GRASP, Version préliminaire, 78 p.). Université de Montréal.

## Programmes intensifs

1. Le projet de Milwaukee,
2. Le projet Carolina Abecedarian,
3. Le projet Care,
4. Le programme Family Development Research,

## Programmes moyennement intensifs

5. Le programme Gordon Parent Education,
6. Les projets Parent-Child Development Center Model (PCDC),

## Programmes de faible intensité

7. Le programme Verbal Interaction Project's Mother-Child Home,
8. Le programme Chicago Housing Project,
9. Le programme Family-Oriented Home Visiting,
10. Le Mailman Center Project,
11. L'étude de Harlem.

Même si ces études américaines comportent toutes un groupe expérimental et un groupe témoin, il importe de considérer brièvement certaines limites méthodologiques. Le biais de sélection des sujets et l'attrition différenciée représentent les deux principales difficultés méthodologiques à surmonter pour obtenir des conclusions probantes.

Parmi les onze programmes analysés, huit comportaient des sujets qui ont été assignés au hasard dans un groupe expérimental ou un groupe témoin, ce qui réduit sensiblement le biais de sélection. Tandis que le projet Verbal Interaction (#7) et l'étude Family Development Research Program (#4) se composaient de sites et non de sujets individuels assignés au hasard dans un groupe témoin ou un groupe expérimental. Par exemple, un projet à domicile était désigné comme site expérimental et quiconque de ce site s'avérait d'accord pour participer à l'étude, faisait alors partie du groupe expérimental. De même, dans l'étude Chicago Housing Project (#8), les participants ne furent pas répartis au hasard, des participants volontaires furent sélectionnés pour former le groupe expérimental. En conséquence, pour ces trois programmes, le biais de sélection pourrait avoir influencé les résultats de l'étude. Peut-être les parents ayant choisi de participer à l'intervention étaient-ils davantage motivés ou possédaient-ils de meilleures habiletés parentales que ceux du groupe témoin?

D'autre part, pour la grande majorité des études longitudinales, l'attrition différenciée s'avère un problème à surveiller. De fait, pour toutes les études considérées, la taille de l'échantillon diminua avec le temps. Néanmoins, l'attrition fut surtout importante pour deux projets du Parent-Child Development Center Model (PCDC) (#6), celui de Birmingham et de Houston, où près de la moitié des sujets quittèrent l'étude. De sorte que les individus demeurant dans l'étude constituent une possible sélection des participants les plus fortement motivés. Quand l'attrition est significativement plus grande pour le groupe expérimental que pour le groupe témoin, la possibilité de biais de sélection est élevée. De plus, lorsque l'on présente les effets

d'un programme sur le redoublement ou sur les services d'éducation spéciale, si la grosseur de l'échantillon ne reflète pas le nombre de sujets au départ de l'étude, par exemple l'échantillon de suivi est beaucoup plus petit, une telle disproportion ne procure pas une comparaison valable. Ce qui fut le cas dans l'étude de Harlem (#11).

Après avoir pris en compte ces limites méthodologiques, essayons de dégager des conclusions générales à partir des évaluations dont nous allons rendre compte.

### **Le projet Carolina Abecedarian**

Le projet Carolina Abecedarian est un exemple-type de programmes intensifs. Ce projet a été développé au Frank Porter Graham Child Development Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (Wasik & Karweit, 1994). Ce programme visait à procurer une éducation précoce systématique à des enfants défavorisés. Même si les familles reçurent des services sociaux, les enfants représentaient la clientèle-cible du programme.

Par l'intermédiaire de cliniques prénatales et d'agences sociales, on recruta des familles défavorisées avant et après la naissance des enfants. Une fois les familles identifiées comme participantes potentielles, chacune fut visitée par un membre de l'équipe de recherche qui compléta le High-Risk Screening Index. Cet outil d'information fournit des renseignements sur les parents, tels que la scolarité de la mère et du père, le niveau de revenu, et l'histoire familiale des échecs scolaires. La décision finale d'admettre les familles dans le programme était prise après une entrevue avec les mères et après qu'elles aient passé un test de quotient intellectuel. Les mères obtinrent en moyenne 85 de quotient intellectuel. La sélection des familles dura 5 ans et permit la constitution de 4 cohortes d'enfants. Les enfants et les familles furent assignés au hasard dans le groupe expérimental ou le groupe témoin. Les enfants avec des risques biologiques ou des déficiences intellectuelles furent exclus de l'étude.

Le programme comportait deux composantes: un programme préscolaire pour enfants âgés de 6 semaines jusqu'à la maternelle; un programme scolaire commençant à la maternelle et se terminant à la fin de la deuxième année du primaire. Cinquante-trois enfants participèrent au programme expérimental préscolaire et cinquante-trois autres au groupe témoin.

Lors de l'entrée à la maternelle, la moitié des enfants du groupe expérimental sont allés dans le programme d'âge scolaire et l'autre moitié continua à la maternelle traditionnelle. À ce même moment, la moitié des enfants du groupe témoin furent placés dans le programme d'âge scolaire et l'autre moitié continua sans intervention particulière. Ce programme se caractérise par la précocité et l'intensité de l'intervention. Certains enfants entraient dans le programme dès l'âge de six semaines et 95 % des enfants avaient adhéré au programme à l'âge de trois mois. Sept heures par jour, cinq jours par semaine, les enfants participaient au programme en allant dans un centre de développement pour enfant.

La partie stimulation infantile du programme préscolaire procurait un soutien optimal au développement des enfants pendant leurs années préscolaires. À cette fin, le centre pour enfant avait un rapport d'un éducateur pour trois enfants. On y travaillait les habiletés langagières, motrices, sociales et cognitives. L'outil pédagogique «Learning Games for the First Three Years» était utilisé. Vers trois ans, les enfants entraient dans le programme préscolaire, centré principalement sur les habiletés langagières et de communication. Des activités quotidiennes de conversation avec les enfants, de même que des lectures individuelles et de groupe étaient prévues. De plus, tous les enfants de l'étude reçurent des services nutritionnels, de soutien social et des soins médicaux. Les enfants placés dans le groupe témoin participèrent à des activités sans contenu scolaire ou linguistique.

Le programme scolaire débutait lorsque les enfants entraient à la maternelle. Des enseignants diplômés et expérimentés, agissant comme personne-ressources, effectuaient des visites à la maison et à l'école. Ils accomplissaient diverses fonctions telles que des activités individualisées afin de compléter le programme de base de l'école en lecture et en mathématiques, des visites à l'enseignant de l'enfant, la défense et la représentation de l'enfant auprès des parents ou de l'enseignant, la rencontre de l'enseignant à l'école lorsque des problèmes se posaient, etc. L'enseignant-ressource visitait une quinzaine de fois à domicile chaque enfant et il allait à l'école environ dix-sept fois durant l'année scolaire. Pendant six semaines durant l'été, il enseignait aux enfants faibles en lecture et en mathématiques. De plus, les parents reçurent un enseignement sur l'utilisation du matériel développé par les enseignants-ressources et furent encouragés à travailler quotidiennement avec leur enfant après l'école.

### **L'effet des interventions<sup>2</sup>**

Les enfants du projet Abecedarian ont obtenu constamment de meilleurs résultats aux mesures de quotient intellectuel en comparaison des enfants du groupe témoin (à 12 mois, l'ampleur de l'effet<sup>3</sup> (a.e) = + 0,39 au Bayley Mental Development Index; et à 36 mois, a.e. = + 1,22). Quant au redoublement, seulement 12 % des enfants ayant participé aux deux programmes (préscolaire + scolaire) furent obligés de recommencer leur deuxième année du primaire, comparativement à 25 % des enfants

---

2. Un tableau résumant les effets cognitifs des programmes est situé à la p. 87.

3. L'ampleur de l'effet (a.e.) de chaque intervention s'estime à l'aide d'une différence standardisée entre les moyennes. Cette mesure est essentiellement un score Z; elle est beaucoup utilisée pour décrire l'impact de programmes éducatifs. Elle est calculée de la façon suivante : la moyenne du groupe expérimental moins la moyenne du groupe témoin divisé par l'écart-type du groupe témoin. À titre d'exemple, une ampleur de 1,0 indique que la moyenne du groupe expérimental se situe à un écart-type au-dessus de la moyenne du groupe témoin. Pour un test de QI, cette ampleur constitue une différence de 15 points. Selon Leduc et Cadieux (1993), pour la plupart des mesures éducatives, une ampleur de 0,25 à 0,33 de l'écart-type devient significative sur le plan éducatif.

qui participèrent au préscolaire seulement, 38 % parmi les enfants du programme scolaire seul et 32 % chez les enfants du groupe témoin.

Ces résultats suggèrent que même si une intervention préscolaire précoce peut être suffisante pour augmenter le QI des enfants, des interventions pendant l'âge scolaire s'avèrent nécessaires pour soutenir les enfants face aux demandes du milieu scolaire.

Des données de suivi ont également été recueillies à l'âge de 12 ans. Les résultats au Wisc-R montrent que les enfants du groupe expérimental ont en moyenne des QI plus élevés que le groupe témoin (a.e. + 0,40). Au test de lecture, le Woodcock-Johnson, on observe la même supériorité du groupe expérimental (+ 0,60). On note aussi de petites différences qui vont dans le même sens pour le test des mathématiques (Woodcock-Johnson) (+ 0,20). À la lumière de ces résultats, on peut affirmer que cette intervention précoce intensive a des effets positifs à long terme.

### **Les projets parent-child development center model (PCDC)**

Pour la catégorie de programmes moyennement intensifs, les projets Parent-Child Development Center Model (PCDC) représentent un exemple type.

Les programmes du PCDC ont été conçus dans le but de promouvoir le développement des enfants de familles américaines pauvres en procurant aux mères une gamme de services éducatifs et de soutien (Wasik & Karweit, 1994). Ces projets constituent l'un des plus vastes programmes gouvernementaux d'éducation en matière d'intervention préventive précoce. Parmi les régions américaines participantes, trois programmes furent l'objet d'une évaluation rigoureuse: Birmingham en Alabama; Houston au Texas et New Orleans en Louisiane. Ces trois programmes adoptèrent des stratégies communes pour l'éducation aux parents. Tout en s'intéressant aux mères, ils avaient pour cible les enfants, de la naissance à l'âge de trois ans.

Le programme de Birmingham était le plus intensif. Des familles de race noire et blanche participèrent au programme. Les mères entraient dans le programme quand leur enfant avait entre trois et cinq mois et elles y restaient jusqu'à ce qu'il atteigne trois ans. Le programme comportait trois phases. Les mères allaient au centre de services trois demi-journées pendant la première phase, quatre demi-journées durant la deuxième et elles passaient cinq matinées au centre au cours de la troisième. En fait, c'était un programme intensif pour les mères et de faible intensité pour les enfants. Par l'enseignement fait aux mères, on espérait une amélioration de leur approche éducative auprès de leurs enfants. Après 28 mois d'existence, le programme comptait 71 couples mère-enfant dans le groupe expérimental et 65 dans le groupe témoin.

Le modèle de Houston a été développé pour répondre aux besoins particuliers de la communauté mexicaine. Le programme avait une durée de deux ans. La

participation des mères commençait lorsque leur enfant avait un an. Au cours de la première année, la principale activité consistait en une visite à domicile d'une durée de 30 à 90 minutes, où il était question des soins à donner aux enfants et de l'apprentissage de la langue anglaise. La seconde année, les mères fréquentaient le centre de services. La moitié du temps passé au centre était consacrée à développer des habiletés en gestion familiale et domestique et l'autre moitié, à l'apprentissage de compétences reliées au développement des enfants. Le groupe expérimental se composait de 44 familles et le groupe contrôle de 58 familles.

Enfin, des familles américaines de race noire, pauvres et habitant au coeur de la ville de New Orleans représentaient la clientèle du troisième programme. Ce programme débutait lorsque l'enfant avait deux mois et se terminait quand il atteignait trois ans. Les mères participaient au programme deux matins par semaine. Une demi-journée était réservée au développement des enfants et l'autre aux relations des mères avec leur famille et la communauté. Dix-neuf couples mère-enfant ont complété le programme et 20 autres formaient le groupe témoin.

#### **L'effet des interventions<sup>4</sup>**

Entre 22 et 25 mois, les enfants des programmes de Birmingham et de Houston affichaient de meilleurs résultats aux différents tests de développement cognitif (Bayley Test of Infant Development et Stanford-Binet) que les groupes témoins (a.e.: + 0,75). La similitude de ces modèles d'intervention est importante, car des effets comparables ont été trouvés alors que le programme de Houston était nettement moins intensif que celui de Birmingham. Quant aux enfants de New Orleans, après deux ans, ils ne présentaient aucune différence significative avec le groupe témoin. À l'âge de trois ans, tous les enfants passèrent le Stanford-Binet. Le modèle de Birmingham présentait les plus grands effets positifs, (a.e.: + 0,72) suivi du programme de New Orleans (a.e.: + 0,50) et finalement des enfants du modèle de Houston (a.e.: + 0,32).

Un an après la fin de l'intervention, seuls les programmes de Birmingham et de New Orleans comportaient des données de suivi. Le modèle de New Orleans, dans lequel les enfants commençaient aussi tôt que dans celui de Birmingham, mais avec une intensité moindre, maintient ses effets positifs un an après la fin du programme. Le modèle de Birmingham dénote un léger déclin de ses effets positifs un an après la fin de l'intervention (a.e.: +0,40). En d'autres mots, le programme de New Orleans ne montre pas d'effets avant que les enfants atteignent l'âge de trois ans et, malgré une intervention de moindre intensité, ce modèle obtient de plus grands effets positifs à l'âge de 4 ans, que le programme de Birmingham.

#### **Le Mailman Center Project**

Pour la catégorie des programmes peu intensifs, nous présentons le Mailman Center Project.

---

4. Un tableau résumant les effets cognitifs des programmes est situé à la p.87.

Une intervention préventive auprès de mères adolescentes et de leur enfant peut-elle produire des résultats positifs durables? C'est à cette question que les chercheurs responsables du Mailman Center Project ont voulu répondre. Ce projet comporte deux programmes de formation pour les mères : l'un au domicile des parents et l'autre dans un centre pour enfant (Wasik & Karweit, 1994).

L'hôpital universitaire de Miami se chargea du recrutement des mères. Toutes les mères recrutées étaient des Américaines pauvres, de race noire, vivant avec ou chez un membre de leur famille. Leur âge variait de 13 à 19 ans. On a exclu de l'étude les poupons ayant présenté des complications prénatales ou des malformations évidentes. Les 120 mères sélectionnées furent réparties dans trois groupes : celui des visites à domicile, celui avec une intervention dans un centre pour enfant et le groupe témoin. Un an après le début du programme, l'attrition s'avéra assez faible.

Les mères s'engageaient dans le programme un mois après la naissance de leur bébé. L'intervention en elle-même durait six mois, mais des données de suivi furent colligées pendant deux ans. Ainsi, deux fois par semaine, pendant six mois, lors de visites à domicile effectuées par des étudiants gradués en psychologie, on offrait de la formation aux mères quant aux soins à donner à leur enfant, aux activités sensorielles et motrices à développer et aux techniques de base à adopter pour interagir efficacement avec de jeunes enfants. Plusieurs de ces activités étaient en fait une adaptation de «Brazelton Neonatal Assessment Scale» et de «Bayley Scale of Infant Development».

Pour sa part, l'intervention au centre pour enfants incluait de l'enseignement aux mères, des soins et des activités destinées aux enfants, ainsi que de la formation en emploi. Les mères travaillaient au centre de jour pour enfants de l'école médicale à titre d'aide-stagiaires pendant que leur enfant participait aux activités du programme. Ce travail, tout en leur procurant un revenu, permettait aussi d'acquérir des compétences. Par conséquent, ces mères ne reçurent pas que de l'enseignement sur la stimulation infantile, elles avaient l'occasion d'observer des exemples provenant d'éducateurs qui passaient un temps considérable avec leur propre enfant.

#### **L'effet des interventions<sup>5</sup>**

À l'âge de 8, 12 et 24 mois, les enfants passèrent les tests de Bayley: MDI et PDI. Sauf à huit mois, les enfants du groupe avec un centre pour enfant surpassèrent les enfants du groupe de visites à domicile. À douze mois, les enfants des deux groupes expérimentaux présentaient de meilleurs résultats que les enfants du groupe témoin (MDI, a.e: + 0,93 garderie et + 0,46 domicile) (PDI, a.e: + 1,13 garderie et + 0,46 domicile). Le même profil se dessine au deuxième anniversaire des enfants, environ 18 mois après l'arrêt du programme.

---

5. Un tableau résumant les effets cognitifs des programmes est situé à la p. 87.

### **Conclusions sur l'impact des programmes destinés aux enfants de moins de trois ans**

Un premier constat se dégage des programmes d'intervention précoce (0-3 ans) avec un suivi à l'école primaire: ceux-ci aident les enfants défavorisés à réussir à l'école. Les programmes intensifs pour les tout-petits et pour les parents sont les plus efficaces, non seulement immédiatement après l'arrêt de l'intervention, mais au moins une année après la participation. Quant au long terme, des données fiables sont disponibles pour une seule étude. Des programmes intensifs pour les parents avec une intervention minimale pour les enfants, des programmes intensifs pour les enfants avec une intervention minimale pour les parents, montrent une efficacité équivalente. Les résultats soutiennent constamment l'efficacité de programmes comportant une intervention intensive pour les enfants et minimale pour les parents (Leduc & Cadieux, 1993; Wasik & Karweit, 1994). Par contre, des programmes de faible intensité pour les parents et les enfants démontrent de maigres effets positifs sur le développement cognitif des enfants. Lorsque l'implication requise est faible et que l'enfant n'est pas soumis à un ensemble organisé (centre pour enfants), les effets sur le développement intellectuel sont minimes.

Les programmes incluant un centre pour enfant, nommé aussi centre de jour, centre de soins ou «garderie» procurent plus d'effets positifs que les programmes impliquant des interventions à domicile. L'environnement fourni par un tel centre procurerait une expérience enrichissante et une stimulation pour l'enfant, aussi bien qu'une possibilité pour les parents d'observer concrètement des modèles efficaces d'habiletés parentales à acquérir.

Le contenu des programmes s'avère aussi un important déterminant de l'efficacité des programmes. Le Abecedarian Project et le Family Development Research Program<sup>6</sup> offraient tous les deux des services intensifs quotidiens, une composante familiale et les deux programmes duraient 5 ans. Toutefois, seul le premier programme a maintenu des effets positifs importants un an après l'arrêt de l'intervention. Le contenu du premier programme insistait sur le développement du langage, le second sur des activités sensorielles et motrices.

---

6. Programme analysé mais non présenté comme exemple.

<b>Tableau 1</b>		
<b>Un bref aperçu des effets cognitifs des programmes pour les enfants de 0 à trois ans</b>		
<b>Programme</b>	<b>Mesures</b>	<b>Expérimental c. témoin</b>
Carolina Abecedarian 0-3 ans	Bayley Mental development Index •à l'âge de 12 mois •à l'âge de 36 mois Redoublement de la 2e année du primaire  WISC-R à l'âge de 12 ans Woodcock-Johnson (lecture) à 12 ans Woodcock-Johnson (maths) à 12 ans	préscolaire: a.e.=+0,39 préscolaire: a.e.=+1,22 préscolaire + scolaire: 12% préscolaire seulement: 25% programme scolaire seulement: 36% Groupe témoin: 32%  a.e.=+0,40 a.e.=+0,60 a.e.=+0,20
Parent-Child Development Center Model (PCDC) 0-3 ans	Bayley Test & Stanford-Binet •entre l'âge de 22 et 25 mois •après deux ans d'intervention  Stanford-Binet •à l'âge de 3 ans  •Un an après la fin de l'intervention	Birmingham & Houston: a.e.=+0,75 New Orleans: aucune différence significative  Birmingham a.e.=+0,72 New Orleans a.e.=+0,50 Houston a.e.=+0,32 Birmingham a.e.=+0,40 New Orleans a.e.=+0,83 Houston: pas de données
Mailman Center Project	Bayley Test à l'âge de 12 mois •MDI  •PDI  à l'âge de 2 ans (18 mois après la fin de l'intervention) •MDI  •PDI	Centre pour enfants a.e.=+0,93 Domicile a.e.=+0,46 Centre pour enfants a.e.=+1,13 Domicile a.e.=+0,46  Centre pour enfants a.e.=+1,26 Domicile a.e.=+0,40 Centre pour enfants a.e.=+1,26 Domicile a.e.=+0,53

L'ampleur de l'effet (a.e.) : voir la définition donnée précédemment.

Quant à la dimension temporelle des programmes, elle revêt une importance indéniable. L'intervention doit durer plus d'un an. Les années d'intervention doivent être consécutives. Et plus tôt commence l'intervention, meilleurs seront les résultats.

En somme, les résultats des onze programmes analysés révèlent qu'une intervention avant l'âge de trois ans, intensive, prolongée d'un suivi des enfants lors de leur entrée à l'école, peut réduire sensiblement les retards de développement intellectuel des enfants défavorisés, notamment en matière de lecture, de langage et de redoublement d'une année. Les programmes comportant une intervention intensive destinée directement aux enfants sont les plus efficaces et montrent les résultats les plus persistants. Il importe donc d'investir auprès des enfants défavorisés à un âge précoce, afin que ceux-ci puissent avoir la chance d'entrer à l'école avec des acquis semblables à ceux des autres enfants et ainsi apprendre dès leur début de vie scolaire qu'ils peuvent réussir.

### **Le préscolaire (prématernelle) destiné aux enfants de quatre ans**

La meilleure preuve de bénéfices à long terme du préscolaire (prématernelle) provient des études expérimentales comme le Perry Preschool Project ou le Tennessee Early Training Project. Mais soulignons-le, ces programmes impliquaient plus d'interventions intensives, moins d'enfants par éducateur, (1 éducateur pour 5 enfants à 1 pour 6) que dans les programmes préscolaires réguliers ou dans les célèbres projets Head Start<sup>7</sup>. Le personnel avait aussi une meilleure formation que celle du programme typique d'Head Start. Comme nous le verrons plus loin, il est illusoire de penser obtenir les mêmes résultats avec des classes régulières de prématernelle.

Bien que l'on recense une quantité considérable d'études sur le préscolaire, très peu sont assez rigoureuses sur le plan méthodologique pour répondre aux questions fondamentales suivantes:

- le préscolaire uniquement (prématernelle pour les 3-4 ans) peut-il prévenir les échecs scolaires précoces d'enfants défavorisés?

- les différences dans l'efficacité des programmes préscolaires (prématernelles) sont-elles liées à la diversité des services?

Pour caractériser l'effet des programmes préscolaires (prématernelle), nous avons retenu sept études évaluatives<sup>8</sup>:

---

7. Les programmes Head Start sont décrits plus loin.

8. Pour une recension en français de ces onze programmes voir : Paquet, G. (1997). *Pour garantir l'égalité des chances de réussite : les possibilités et les limites de l'intervention préscolaire en milieu défavorisé* (GRASP, Version préliminaire, 78 p.). Université de Montréal.

1. le Tennessee Early Training Project,
2. le Perry Preschool Project,
3. l'Institut for Developmental Studies,
4. la Philadelphia Study,
5. le Milwaukee Project,
6. le Carolina Abecedarian Project,
7. une étude rigoureuse des projets Head Start.

Tous ces programmes dispensent des services aux enfants d'âge préscolaire, des enfants de 3 ou 4 ans, et tous ont été conçus dans le but principal de diminuer les conséquences de la défavorisation socio-économique sur les compétences scolaires et tous comportent une solide évaluation. Faute d'espace, ces sept programmes ne seront pas tous présentés, nous en avons sélectionné trois: le Tennessee Early Training Project, le Perry Preschool Project et une étude rigoureuse des projets Head Start.

#### **Le Tennessee Early Trainig Project**

Dix semaines pendant l'été, on rencontrait les enfants quatre heures par jour, cinq jours par semaine. Des classes de vingt élèves étaient formées. Ces classes comportaient un enseignant et quatre assistants. Au cours de l'année scolaire, des visites à domicile d'une durée d'une heure étaient effectuées une fois par semaine (Karweit, 1994a).

Le contenu du programme portait sur le développement perceptif et cognitif ainsi que sur le développement du langage. Au début, les activités tenaient de la garderie traditionnelle et par la suite la procédure se complexifiait et l'attention se concentrait sur l'usage du langage. On a réparti au hasard 61 enfants dans l'un des quatre groupes suivants : deux groupes expérimentaux où les enfants entrèrent à des âges différents; un groupe sans intervention; et un groupe témoin supplémentaire dans une autre ville.

#### **Les effets des interventions<sup>9</sup>**

En bref, ce programme a eu de façon significative des effets positifs sur des facteurs importants, comme le redoublement, le placement dans des services scolaires spéciaux et l'abandon scolaire au secondaire. Toutefois, en 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année, pour les mathématiques et la lecture, la performance moyenne des enfants des groupes expérimentaux ne fut pas significativement différente de celle des groupes témoins. Par ailleurs, l'analyse des résultats selon le sexe montre que les filles ont mieux bénéficié du programme que les garçons. On ne sait pas clairement quels processus ou quels facteurs sont responsables des ces variations.

---

9. Un tableau résumant les effets cognitifs des programmes est situé à la p. 96.

### **Le Perry Preschool Project**

Vraisemblablement, l'étude la plus citée sur les effets du préscolaire. L'échantillon se compose de 123 enfants américains, pauvres, de race noire, avec un faible QI (70-85), vivant à Ypsilanti au Michigan. Ils furent assignés au hasard dans le groupe expérimental (58) ou dans le groupe contrôle sans préscolaire (65). Le projet comportait cinq cohortes d'enfants s'échelonnant de 1962 à 1967. Les enfants entraient dans le programme à l'âge de trois ans et leur participation durait deux ans. Les interventions se déroulaient pendant l'année scolaire, du 15 octobre au 15 mai, au rythme d'une demi-journée, cinq jours par semaine. De plus, les enseignants visitèrent le domicile des enfants chaque semaine, pendant 90 minutes. S'ajoutaient aussi des soins de santé et des services sociaux. On disposait d'un enseignant pour 8 enfants, mais dans le modèle expérimental de l'étude, ils étaient 5 ou 6 enfants par éducateur. Ce programme préscolaire avait donc un niveau de qualité fort élevé (Schweinhart & Weikart, 1993; Karweit, 1994a).

Le contenu du programme s'inspirait de la théorie de Piaget sur le développement cognitif de l'enfant. Des activités conformes à cette théorie ont été développées. En bref, elles insistaient sur le rôle de l'enfant dans la planification et l'initiation de son propre apprentissage.

#### **L'effet des interventions<sup>10</sup>**

Cette étude démontre la puissance d'une recherche longitudinale pour révéler les effets d'un programme, des décennies après l'arrêt des interventions. Des données furent colligées pour les deux groupes, expérimental et témoin, à chaque année, à partir de l'âge de 3 ans jusqu'à 11 ans et par la suite à l'âge de 14 ans, 19, 27 ans et... Après chaque phase de collecte de données, on procéda à des analyses et à la rédaction de rapports. Ceux-ci portent sur l'effet des interventions sur le développement cognitif, les performances scolaires, mais aussi sur d'autres aspects comme la criminalité, le statut socio-économique atteint à l'âge adulte, l'engagement dans le mariage, le recours aux services sociaux, le retour sur l'investissement, les grossesses à l'adolescence. Cette étude implique toutefois un petit échantillon et certaines différences observées, comme le redoublement d'une année, le taux de grossesse à l'adolescence et le taux de crime violent, ne sont pas statistiquement significatives (Currie & Thomas, 1994; Berrueta-Clement, 1984). Pour notre analyse, seuls les résultats relatifs au développement intellectuel et aux performances scolaires seront retenus.

Les bénéfices les plus prononcés sont liés au QI pour le court terme, et les plus grands effets à long terme appartiennent à la diplomation au secondaire. Pour le QI,

---

10. Un tableau résumant les effets cognitifs des programmes est situé à la p. 96.

avant l'âge de dix ans, on observe une différence de 11 points en moyenne en faveur du groupe expérimental. Comme dans plusieurs autres programmes (Spitz, 1986), les effets sur le QI s'amenuisent fortement avec le temps. Quant aux élèves ayant complété un cours secondaire, on en dénombre en moyenne 67 % parmi les étudiants du groupe expérimental contre seulement 49 % dans les groupes témoins.

À l'âge de 27 ans :

- 71 % des participants du groupe expérimental, contre seulement 54 % du groupe sans intervention, ont gradué de l'école secondaire ou l'équivalent (un certificat de l'éducation des adultes). Comparativement aux femmes du groupe témoin, les femmes du groupe avec intervention ont un taux significativement plus élevé de graduation à l'école secondaire ou l'équivalent (84 % vs 35 %)

- Le groupe expérimental a passé deux fois moins de temps dans des services d'éducation spéciale pour élèves en difficulté que l'a fait le groupe témoin. Les résultats du groupe avec intervention étaient significativement plus élevés aux tests de performance scolaires aux âges de 4 à 7 ans, à 14, 19, et 27 ans. Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour le redoublement.

Le retour sur l'investissement :

- Le coût moyen du programme par participant était de 12 356 \$.

- Le montant moyen des économies publiques, ou des bénéfices étaient de 88 433 \$ par participant. Ces bénéfices proviennent des sources suivantes: des économies dans le secteur scolaire, principalement dues à la réduction des besoins pour des classes spéciales en dépit des coûts inhérents au programme préscolaire; une augmentation des taxes payées par les participants du groupe expérimental compte tenu de leurs revenus plus élevés; des économies dans l'assistance sociale et les services sociaux; des économies dans le système judiciaire criminel; des économies dans les règlements (ententes) en cour ou hors-cour pour les victimes de crimes.

- Les bénéfices divisés par le coût par participant résulteraient dans un rapport bénéfice-coût de 7,16\$ retourné aux finances publiques pour chaque dollar investi dans le programme High\Scope Perry Preschool Project.

### **Les Projets Head Start**

Head Start est un grand programme fédéral américain qui s'est traduit en plusieurs projets, bien souvent avec des contenus hétérogènes, mais qui visent tous à améliorer les habiletés d'apprentissage, les habiletés sociales et l'état de santé des enfants pauvres pour qu'ils puissent commencer leur scolarisation avec des acquis comparables à ceux de leurs pairs plus favorisés. Commencé en 1964, dans le cadre de la «guerre contre la pauvreté», Head Start a eu la confiance du grand public et de plusieurs supporteurs. En 1992, 622 000 enfants américains, environ 28% des enfants éligibles âgés de 3 à 5 ans, étaient desservis pour un coût de 2,2\$ milliards par an, ou approximativement 3 500\$ par enfant (Currie & Thomas, 1994).

Les politiciens et le public en général sont portés à croire que les bénéfices de Head Start sont bien connus et bien documentés. Toutefois, une lecture attentive de la littérature montre qu'en dépit de nombreuses études, on se questionne encore à propos des effets durables de Head Start. Une des raisons suggérée (Currie & Thomas, 1994) est que l'on a pas suffisamment pris en compte l'effet de la race sur les résultats observés. Au total, à travers les États-Unis, une proportion maximale de 38% des participants de Head Start sont des enfants de race noire. Pourtant, plusieurs études antérieures ont examiné des échantillons avec une prédominance de Noirs. Quand les enfants blancs étaient inclus, ils le furent habituellement en nombre insuffisant pour permettre des analyses séparées.

L'étude de Currie et Thomas (1994) est la première à comporter un échantillon national d'enfants ayant participé aux programmes réguliers de Head Start. De plus, elle porte une attention particulière au biais de sélection. D'ailleurs, le fait que les enfants du programme Head Start ne soient pas sélectionnés au hasard posait un problème d'importance aux chercheurs. Ils l'ont traité de deux façons.

Premièrement, ils ont examiné l'impact de Head Start selon une série de caractéristiques observables des mères et des enfants. Deuxièmement, les chercheurs contrôlent l'influence des caractéristiques des familles, en comparant l'impact de Head Start sur un enfant avec la situation de son frère ou de sa soeur n'ayant pas participé à un programme de préscolaire, et par la suite, avec les effets de la participation d'un frère ou d'une soeur à d'autres préscolaires comparé au «sans préscolaire». Cette évaluation de la «différence dans la différence» aide au contrôle des effets liés aux caractéristiques des mères.

Pour cette étude, les données sur les enfants et leur mère proviennent des trois vagues du National Longitudinal Survey's Child-Mother (NLSCM). Ces données sont combinées à l'information sur les mères provenant de chaque vague du National Longitudinal Survey of Youth (NLSY). On s'est intéressé aux enfants de plus de 3 ans. Comme l'évaluation des caractéristiques des familles est basée sur des comparaisons entre frères et soeurs, l'échantillon inclut seulement des enfants qui ont au moins un frère ou une soeur de plus de trois ans, pour un échantillon de près de 5 000 enfants. Examiner seulement les mères qui ont au moins deux enfants éligibles à Head Start réduit l'échantillon de 14%. À l'origine, le NLSY a suréchantillonné les pauvres et une relative grande proportion des enfants de l'échantillon, environ 1\5, avait participé à Head Start. De plus, ce suréchantillonnage a procuré un nombre suffisant d'Américains de race noire pour permettre un examen séparé de ce groupe.

### **L'effet des interventions<sup>11</sup>**

Dans leur étude, Currie et Thomas (1994) s'intéressent à quatre mesures. La première paire d'indicateurs relève du développement cognitif: le Picture Peabody

---

11. Un tableau résumant les effets cognitifs des programmes est situé à la p. 96.

Vocabulary Test (PPVT) (4 ans et plus) et le redoublement d'une année (10 ans et plus), alors que la deuxième paire d'indicateurs concerne la santé.

La participation à Head Start est associée à une augmentation des résultats au PPVT chez les enfants blancs de 5,6 points de percentile. Ils ont aussi trouvé que les enfants blancs de plus de 9 ans qui ont participé à Head Start sont moins susceptibles d'avoir doublé une année que les autres enfants blancs, dans une proportion de 47%. Il est remarquable que le fait d'avoir bénéficié de d'autres formes de préscolaire n'a pas d'effets significatifs, positifs ou négatifs, sur les résultats aux tests de vocabulaire ou sur la probabilité de doubler une année pour les enfants blancs ou noirs.

En résumé, les chercheurs ont trouvé que, pour les Blancs, la performance scolaire des enfants de Head Start est significativement meilleure que celle de leur frère ou soeur qui sont restés à la maison (sans préscolaire). Pour les enfants noirs, toutefois, le compte est plus sombre: ni Head Start, ni d'autres programmes de préscolaire ne sont associés à un rehaussement de la performance scolaire.

On peut se demander pourquoi la race a tant d'importance? Currie et Thomas avancent certaines hypothèses explicatives. L'hétérogénéité des contenus de Head Start à travers les États-Unis constitue peut-être une explication. Cette hypothèse n'a toutefois pas été vérifiée. Il est possible que les programmes s'adressant aux Noirs mettent davantage l'accent sur les services de santé que sur les apprentissages scolaires en comparaison avec ceux des Blancs. Les chercheurs ont trouvé que les enfants noirs et les enfants blancs étaient de 8% à 11% plus susceptibles d'avoir été immunisés contre les principales maladies contagieuses de l'enfance, s'ils ont bénéficié, soit de Head Start, soit d'un autre préscolaire. Ces résultats suggèrent des gains dans l'accès aux services préventifs de santé.

D'autre part, la perte des bénéfices sur le plan cognitif d'Head Start pour les enfants noirs dépend peut-être, à pauvreté économique égale, d'un environnement familial plus faible sous l'angle socioculturel. Pour vérifier cette hypothèse, les chercheurs ont évalué des modèles qui incluent des interactions triples entre l'âge, Head Start et le AFQT maternel<sup>12</sup>. Il n'ont trouvé aucune confirmation de cette hypothèse. En postulant que les résultats du AFQT maternel sont un indicateur fiable du niveau socioculturel de la mère, au moins une partie de la différence raciale dans la perte des bénéfices de Head Start reflète l'hétérogénéité des programmes offerts ou les types d'écoles que les Blancs et les Noirs fréquentent une fois qu'ils ont quitté le programme.

---

12. Armed Forces Qualification Test (AFQT) : un indicateur du niveau de patrimoine d'une famille sur le plan socio-économique et culturel.

### **Conclusions sur les programmes de prématernelle (préscolaire) destinés aux enfants de 3 et 4 ans**

L'examen des effets d'une variété de programmes suggère que le préscolaire (prématernelle) seul n'est probablement pas suffisant pour produire l'effet ultime recherché : la réussite scolaire. Les plus grands effets positifs proviennent de programmes comportant une composante infantile (moins de 3 ans), préscolaire et scolaire. Cela paraît soutenir le point de vue d'une nécessaire intervention continue en opposition à celui d'une intervention préscolaire ponctuelle.

Avec les efforts intensifs comme ceux déployés dans les projets de Milwaukee<sup>13</sup> et Abecedarian, les effets de l'intervention sont continus. Les groupes expérimentaux de ces études ont cependant performé sous la moyenne des enfants de même niveau scolaire, même s'ils ont obtenu des résultats supérieurs aux groupes sans intervention. Ces données tempèrent la croyance optimiste voulant qu'une classe prématernelle ordinaire, située dans une école publique, dirigée par un enseignant régulier, soit susceptible de produire une sorte de changement de vie dont les effets ont souvent été suggérés avec grand éclat par la presse et les politiciens.

Une intervention complète et continue est vraisemblablement indispensable parce que les défis que les enfants rencontrent dans divers environnements et à différents âges varient beaucoup (Karweit, 1994a). De façon idéale, la situation d'apprentissage au préscolaire encouragera l'indépendance et les activités initiées par les enfants. La compétence dans cet environnement ne signifie pas que l'enfant aura du succès lors de ses premières années d'école, en lecture particulièrement. Augmenter les résultats des enfants aux tests de QI ne prépare pas les élèves à la lecture. Il y a encore des relations incertaines entre les expériences préscolaires précoces et les attentes lors des premières années d'école. Les demandes et les tâches changent selon le niveau scolaire. Les élèves peuvent éprouver des difficultés particulières à effectuer les transitions et le manque de soutien de la famille ou de la communauté peut nuire au développement des habiletés d'adaptation nécessaires pour naviguer dans différents environnements (Karweit, 1994a).

Une stratégie complète d'intervention précoce auprès d'enfants de milieu défavorisé devrait être composée de quels éléments? Le programme américain «Success For All» de l'Université Johns Hopkins à Baltimore contribue à répondre à cette question (Slavin, Madden, Karweit, Dolan, & Wasik, 1994). En bref, ce programme débuta en 1986 et intègre les composantes suivantes: préscolaire (0-4 ans), maternelle, tutorat individualisé en lecture, regroupement selon l'habileté pour l'enseignement de la lecture, évaluations à chaque huit semaines pour déterminer qui doit recevoir de l'enseignement individualisé, équipes de soutien familial, facilitateurs de programme, animateurs-coordonnateurs, enseignants diplômés et de la formation continue, comité aviseur composé de représentants de toutes les composantes du programme.

---

13. Ce programme a été analysé, mais il n'est pas présenté comme exemple.

Le programme «Success For All» a produit un impact positif sur plusieurs indicateurs. En résumé, il augmente considérablement les performances en lecture, en particulier pour les enfants les plus à risque. Il réduit de façon importante le redoublement et les placements en classes spéciales. Plus on passe d'années dans le programme, plus l'impact est grand.

### **La maternelle<sup>14</sup>**

L'impact de l'organisation et du cursus (le contenu) de la maternelle n'a pas beaucoup été étudié. Sur ces deux aspects de la maternelle, regardons tout de même très sommairement ce que des recherches nous enseignent et aussi ce que certaines polémiques nous révèlent.

#### **L'organisation de la maternelle**

##### *La maternelle à temps complet (toute la journée) comparée à celle à demi-temps*

Les études qui s'intéressent à ce sujet et qui utilisent une répartition au hasard ou l'équivalent (des groupes pairés) sont peu nombreuses (Karweit, 1994b). Ces études (Holmes, & McConnell, 1990; Johnson, 1974; Oliver, 1980; Winter & Klein, 1970) ont trouvé, pour les programmes de maternelle à temps plein, de modestes effets positifs à la fin de la première année. Ces résultats furent plus régulièrement observés parmi les études s'intéressant aux enfants pauvres. Le profil des effets à court terme de la maternelle à temps complet est comparable à celui des interventions précoces. Le manque d'effets durables de la maternelle à temps complet se compare aussi aux résultats obtenus avec les interventions précoces sur les performances scolaires.

Plus la longueur du temps passé à l'école maternelle s'accroît, plus les occasions d'apprentissage devraient augmenter. Or, ce n'est pas ce que révèle des études. On trouva (Meyer, 1985) par exemple que certaines classes de maternelle à demi-temps consacraient plus de temps à l'enseignement que d'autres classes de maternelle à temps complet. De plus, la proportion de temps consacré à la tâche d'enseignement serait plus faible dans les classes à temps complet (64%) que dans les classes à demi-temps (80%) (Puleo, 1988). Lorsque l'on implante des programmes de maternelle à temps complet pour les enfants défavorisés, ces résultats devraient être pris en considération.

La maternelle à temps complet entre en concurrence avec plusieurs autres stratégies d'intervention précoce, comme l'implantation de prématernelles, la réduction

---

14. Au Canada et aux États-Unis, la maternelle s'adresse habituellement à des enfants de 5 ans.

**Tableau 2****Un bref aperçu des effets cognitifs des programmes pour les enfants de 4 à 5 ans**

Programme	Mesures	Expérimental vs témoin
Tennessee Early Training Project	QI à l'âge de 5 ans	a.e.=>+1,09
	QI à l'âge de 10 ans	a.e.=>+0,54
	Services d'éducation spéciale	Groupe expérimental: 2,4% Groupe témoin: 23,8%
	Redoublement	Groupe expérimental: 56% Groupe témoin: 69%
	Graduation au secondaire	Groupe expérimental: 78% Groupe témoin: 57%
Perry Preschool Project	QI à l'âge de 5 ans	a.e.=>+1,01
	QI à l'âge de 10 ans	a.e.=>+0,03 (non significatif)
	Services d'éducation spéciale	Groupe expérimental: 31% Groupe témoin: 45%
	Redoublement	Groupe expérimental: 15% Groupe témoin: 13% (non significatif)
	Graduation au secondaire	Groupe expérimental: 67% Groupe témoin: 49% (non significatif)
Head Start	PPVT (vocabulaire)	Enfants blancs participants: +5,6 points de percentile enfants noirs participants: pas d'effet
	Redoublement à l'âge de 9 ans	Enfants blancs participants: 47% moins de probabilité Enfants noirs participants:

du nombre d'élève dans la classe pendant les premières années du primaire, ou procurer des tuteurs au cours des premières années du primaire. Malheureusement, il y a peu de recherches comparant directement l'efficacité relative des ces différentes approches.

### **L'âge d'entrée à la maternelle**

Aux États-Unis comme au Canada, l'âge habituel pour l'entrée à la maternelle est de 5 ans. Dans le but d'aider les enfants à être prêts pour l'école, il y a régulièrement des débats sur les avantages d'augmenter ou d'abaisser cet âge. Les études sur l'effet de l'âge infirment l'efficacité de telles mesures. Bien que les plus jeunes enfants d'une classe obtiennent des résultats plus faibles aux tests de lecture en première année, ces différences disparaissent en troisième année (Shepard & Smith, 1986). Davantage de temps à la maternelle n'est donc pas synonyme d'une meilleure qualité. En général, le changement dans l'organisation courante de la maternelle aura certains effets, mais probablement bien modestes. Des effets substantiels et durables seraient liés à ce qui se passe à l'intérieur des maternelles.

### **Le contenu des programmes de maternelle**

Dans plusieurs pays industrialisés, on note l'existence d'un débat à propos de l'équilibre à atteindre entre les activités dirigées par l'enseignant et les activités initiées par l'enfant (Conseil supérieur de l'éducation, 1995; Gervais, 1992; Grégoire, 1993; OCDE, 1995a-b; Slavin, Karweit, & Wasik, 1994). Au Québec, notamment, en plus de ce questionnement, on observe une polémique sur la mission de la maternelle (Julien, 1996, 1997; Morin, 1996) doit-elle amorcer la scolarisation de l'enfant ou bien se limiter à sa socialisation? La controverse dans plusieurs pays est aussi particulièrement vive quant à la manière d'enseigner ou de préparer à l'apprentissage des mathématiques et de la lecture. Mais au-delà des méthodes, les débuts en lecture seraient facilités par la conscience phonologique et plusieurs élèves éprouvent de la difficulté avec cette tâche. Comprendre ce concept semble particulièrement difficile pour les enfants de milieu défavorisé. De même, les structures conceptuelles de base pour les mathématiques, telles qu'enseignées au primaire, ne seraient pas présentes parmi une proportion importante d'enfants de milieu défavorisé, faute de soutien pour ce type de développement (Case & Okamoto, 1996).

Voici très sommairement deux exemples de programmes américains de maternelle évalués et qualifiés d'efficaces<sup>15</sup>.

---

15. Pour une recension en français de ces onze programmes voir : Paquet, G. (1997). *Pour garantir l'égalité des chances de réussite : les possibilités et les limites de l'intervention préscolaire en milieu défavorisé* (GRASP, Version préliminaire, 78 p.). Université de Montréal.

### *Kindergarten Integrated Thematic Experiences*

Les enfants passent toute la journée à la maternelle. Des unités thématiques sur le langage, le développement physique et cognitif ainsi que sur le développement social et affectif composent le contenu du programme. Trois éléments caractérisent le programme : une approche systématique dans l'introduction des lettres et du son correspondant aux lettres; l'enseignant est encouragé à contribuer et à modifier le programme par sa créativité et ainsi à le faire sien; une évaluation continue de cette méthode par les enseignants (Karweit, 1994b).

### *Story Telling and Retelling*

Ce projet est un programme interactif de lecture d'histoires destiné aux élèves de la prématernelle jusqu'à ceux de la première année. Il vise à procurer une introduction agréable à la littérature, en particulier pour les enfants qui ont peu d'expérience avec les livres ou avec les imprimés en général. Ce programme se compose de stratégies précises impliquant l'enfant dans la lecture de l'histoire, avant, pendant et après la narration de celle-ci. Il comporte du matériel et des cartes en séquence servant à aider l'enfant à parler de l'histoire.

## **Conclusions sur les programmes de maternelle**

Jusqu'à maintenant les politiques régissant la maternelle se sont plutôt intéressées à modifier les conditions externes des maternelles. Les réformes à venir devraient s'attarder aux activités quotidiennes qui se déroulent à l'intérieur des maternelles (Karweit, 1994b). L'obtention de maternelles de qualité ne dépend pas nécessairement de l'uniformisation de la présence, de l'instauration de maternelles à temps complet ou de modifications de l'âge d'entrée. Bâtir des maternelles de qualité commande de porter une attention à ce qui se passe à l'intérieur des classes.

## **La transition vers la première année**

### *Une année additionnelle à la maternelle*

Qu'est-ce qui convient le mieux aux enfants qui ne sont pas prêts à commencer l'école? De nombreux débats tentent de définir ou de conceptualiser ce qu'est «être prêt», mais il y a peu de solutions éprouvées. Même si la signification donnée à «ne pas être prêt» varie d'une école à l'autre, elle recoupe habituellement des dimensions d'immaturité psychosociale et cognitive, telles que l'impulsivité, l'incapacité à reconnaître ou à nommer les couleurs, les lettres et les chiffres. Signalons que comparativement à l'abondante littérature sur le redoublement au primaire, il y a peu de données fiables sur les programmes d'une année additionnelle à la maternelle. Des recherches nous renseignent tout de même un peu sur l'efficacité de cette approche. Les principaux programmes peuvent être regroupés en trois catégories: le redoublement de la maternelle, la maternelle développementale, une première année de transition.

En analysant séparément les programmes d'une année supplémentaire à la maternelle, aucune évidence d'effets bénéfiques durables ne ressort du redoublement de la maternelle en comparaison avec la promotion régulière en première année (Karweit & Wasik, 1994). Les enfants qui participèrent à l'un de ces trois programmes ont continué de montrer des difficultés scolaires au niveau primaire. Cela ne signifie pas que ces enfants en difficulté devraient être promus en espérant que leurs problèmes disparaîtront au fil du temps. L'évidence longitudinale ne soutient pas une telle conclusion. Une intervention continue, à long terme, soutenant ces élèves lorsqu'ils en ont besoin, devrait constituer un meilleur modèle d'apprentissage pour ces enfants, qu'une année additionnelle en attente de la maturité ou une année de frustration à la queue du groupe.

*Les débuts en lecture : l'organisation de l'école ou de la classe*

Au cours des premières années scolaires, un échec dans l'apprentissage de la lecture est lourd de conséquence. C'est pourquoi, selon plusieurs travaux de recherche, l'un des objectifs de l'éducation compensatrice devrait être de s'assurer que les enfants connaissent du succès au début de l'enseignement de la lecture (Slavin, 1994).

On sait que les élèves de milieu défavorisé sont surreprésentés parmi les enfants ayant de piètres performances en lecture et en mathématiques (Case & Okamoto, 1996). On sait aussi que le redoublement et l'orientation vers des classes ou des services spéciaux en éducation sont habituellement basés sur des déficits précoces en lecture et que cette situation est fortement corrélée à de faibles probabilités de graduer de l'école secondaire (Kennedy, Jung & Orland, 1986). Or, presque tous les élèves, peu importe leur classe sociale, commencent la première année enthousiastes et motivés, remplis d'espoir de connaître le succès à l'école (Entwisle & Hayduk, 1981). Mais à la fin de la première année, déjà plusieurs élèves découvrent que leurs attentes n'étaient pas réalistes. Ils considèrent alors l'école comme avilissante, constituant en fait une punition. Tenter de remédier plus tard à l'échec en lecture sera très difficile. Les élèves sont démotivés, ils se perçoivent comme de piètres débutants et détestent se sentir ainsi.

Regardons très brièvement les principales constatations à propos de l'effet de cinq types d'organisation de la classe visant à aider les élèves défavorisés dans leurs débuts en lecture.

La réduction du nombre d'élèves dans un groupe. Lors des premières années du primaire, la réduction substantielle du nombre d'élèves dans une classe a des effets positifs mais de courte durée. Au-delà de la première année, ces bénéfices tendent à s'estomper, même si les élèves demeurent dans de petits groupes. Cette conclusion découle de la recension de onze études effectuées par Slavin (1994). Parmi ces onze études, sept ont trouvé des effets bénéfiques à l'avantage des petits groupes, trois ont

observé aucune différence et une a mesuré un effet positif en faveur des plus grandes classes. Pour les cinq études dont l'ampleur des effets pouvait être calculée, on obtient une valeur médiane de + 0,14.

La présence d'assistants. Bien que la présence d'assistants dans la classe pour soutenir l'enseignant améliore la qualité de vie de ce dernier, on a rarement trouvé un effet positif durable sur les succès en lecture des élèves (a.e. + 0,15 en première année; a.e. + 0,05, à la fin de la troisième année) (Slavin, 1994). Cependant, les assistants qui utilisent des programmes d'enseignement structuré et individualisé peuvent faire une différence substantielle dans les capacités de lecture des élèves.

Le regroupement selon l'habileté. Des effets positifs importants découlent du regroupement d'élèves à travers les années scolaires selon leur niveau d'habiletés en lecture. Le «Joplin Program» présente comme un exemple-type. La valeur médiane de l'ampleur des effets bénéfiques du «Joplin Program» est de + 0,45 (Slavin, 1994). Ce genre de regroupement permet le même enseignement à toute la classe, tout en l'adaptant aux besoins des élèves. À l'opposé, l'utilisation de groupes multiples de lecture dans une même classe serait inefficace.

Les programmes pour doubleurs. À ce sujet, les données de recherches semblent fluctuantes, mais en général, l'efficacité de programmes simples ressort. On pense ici au regroupement selon l'habileté en lecture (Slavin, 1994).

Le tutorat. L'enseignement individualisé («tutoring») serait l'un des meilleurs moyens de prévenir l'échec en lecture. Le tutorat préventif permettrait même de réduire l'analphabétisme parmi les jeunes enfants qui sont à risque de difficultés scolaires. À titre d'exemple, parmi les cinq études passées en revue (Wasik & Slavin, 1994), et dans le cadre du programme «Success for all» on a mesuré l'effet du tutorat combiné à des changements dans le curriculum scolaire ainsi qu'à des services de soutien aux familles. L'ampleur des effets est évaluée à + 1,15 en première année, à + 0,82 la deuxième année et à + 1,16 si l'enfant a participé pendant trois ans au programme.

### **Conclusions**

Le changement dans l'organisation de l'école ou de la classe n'est pas en lui-même suffisant pour prévenir les échecs précoces en lecture (Slavin, Karweit, & Wasik, 1994). Toutefois, ce changement combiné à d'autres interventions, telles que le tutorat et le regroupement selon l'habileté permettant l'enseignement de la lecture à toute la classe, peut donner une chance aux enfants défavorisés de connaître le succès lors de leurs premiers apprentissages de la lecture. Ces pratiques peuvent être des éléments importants d'une stratégie préventive complète visant à réduire l'échec scolaire des enfants défavorisés.

## CONCLUSION

### *De la recherche à la pratique*

Du présent bilan de recherches émane une constatation: on peut diminuer significativement l'échec scolaire des enfants défavorisés. Les études passées en revue démontrent que les capacités intellectuelles de ces enfants ne sont pas des caractéristiques inébranlables. Elles peuvent être modifiées par des interventions précoces, de la naissance à trois ans, sur l'environnement familial et par des programmes comportant des centres de développement de l'enfant. Cela nécessite vraisemblablement une intervention intensive pendant les premières années de vie de l'enfant pour produire des effets durables sur le rendement scolaire. Néanmoins, des modèles d'intervention moins intensifs, produisant des effets immédiats forts, représentent des points de départ valables dans le cadre d'une stratégie préventive complète qui combine des approches variant selon l'âge.

De même, la participation à un programme préscolaire (prématernelle) de grande qualité peut procurer des bénéfices. Mais il est aussi clair que l'expérience ordinaire du préscolaire n'est pas en elle-même suffisante pour prévenir l'échec scolaire; notamment, parce que parmi les effets du préscolaire, on ne retrouve pas d'améliorations sensibles des performances en lecture. Une année de prématernelle de qualité pour les enfants défavorisés de quatre ans devrait cependant faire partie d'une approche préventive complète. Mais une année dans un programme préscolaire, peu importe sa qualité, ne parviendra pas à résoudre la majeure partie des problèmes des enfants à risque d'échec scolaire. Quant aux programmes de maternelle, les modèles efficaces sont tous structurés et comportent des séquences ayant pour objet la construction d'habiletés en prélecture et d'habiletés langagières. Ces deux types d'habiletés s'avèrent d'importants prédicteurs de succès en première année (Slavin, Karweit & Wasik, & 1994).

Même si la majorité des recherches montrent que plusieurs des effets positifs attribuables aux interventions précoces s'estompent après quelques années, on ne peut qualifier ces programmes préventifs de futiles. Ce que les études rigoureuses démontrent, c'est qu'il n'y a pas de potion magique qui, administrée pendant une année ou deux, puisse assurer le succès des enfants défavorisés tout au long de leur carrière scolaire et professionnelle. Les données fiables indiquent que pour réduire l'échec scolaire des enfants issus de milieux pauvres il faut une stratégie préventive d'ensemble.

Il appert aussi que pour la grande majorité des élèves défavorisés, incluant presque tous ceux qui couramment reçoivent des services d'éducation spéciale et la plupart de ceux étiquetés en difficultés d'apprentissage, l'intervention intensive sera nécessaire seulement pour une brève période, principalement pour le tutorat individuel en première année. Lorsque ces élèves performant bien en lecture, ils ont encore

besoin d'un enseignement de qualité et d'autres services plus tard au primaire afin de continuer à construire solidement leur base. Un enseignement de qualité signifie l'implantation de programmes et de méthodes d'enseignement reposant sur la recherche, une formation professionnelle de qualité supérieure et une organisation améliorée de l'école, ce qui est relativement peu onéreux (Slavin, Karweit & Wasik, 1994). En d'autres mots, une intervention préventive précoce, d'intensité élevée, et des améliorations peu coûteuses de l'enseignement peuvent produire des gains substantiels et durables.

Comme toutes les conclusions scientifiques, celles présentées dans ce bilan sont provisoires. Une future étude peut faire en sorte que certaines des présentes conclusions soient dépassées. Pourtant, il serait irresponsable d'attendre pour agir que toutes les certitudes soient là. Selon les données disponibles, nous en connaissons plus qu'assez pour prendre des décisions éclairées afin d'élaborer des programmes qui aideront les enfants défavorisés à devenir des élèves qui réussissent.

#### *Le cas du Québec : un singulier rapport avec l'égalité des chances*

En terminant, on peut se demander si, après la tenue des États généraux sur l'éducation et à l'aube d'une réforme du système d'éducation, le Québec visera le succès pour tous et, surtout, s'il prendra les moyens appropriés pour atteindre cet objectif? Regardons s'il emprunte l'itinéraire tracé par les recherches que nous venons de passer en revue.

Selon le Rapport final de la Commission des États généraux sur l'éducation, un des objectifs centraux de toute réforme de l'éducation devrait être l'égalité des chances de réussite. Il faut par conséquent intensifier «les efforts en vue d'accroître l'accès du plus grand nombre à l'éducation, en particulier des groupes défavorisés, et plus encore, en vue de passer de l'accès au succès» (Commission des États généraux sur l'éducation, 1996, p. 8). En ce sens, l'un des trois objectifs fondamentaux de la nouvelle Politique familiale se lit comme suit: «favoriser le développement des enfants et l'égalité des chances» (Gouvernement du Québec, 1997a, p. 11).

L'adoption de telles orientations réjouit. Cependant, on peut s'inquiéter de l'adéquation des moyens mis de l'avant pour garantir l'égalité des chances de réussite. Dans un contexte de compressions budgétaires, les choix à faire concernant le financement deviennent déterminants pour l'atteinte des objectifs fixés. Par exemple, compte tenu du piètre état des finances publiques québécoises, pourquoi implanter la maternelle 5 ans à temps complet partout au Québec? Bien que louable, ce ne sont pas des données fiables de recherches qui justifiaient de retenir en priorité une telle action, si l'on visait sérieusement à favoriser l'égalité des chances de réussite en éducation.

Notons qu'en matière d'intervention précoce et d'éducation préscolaire, la nouvelle Politique familiale vante les mérites d'expériences et d'études nord-

américaines pour les enfants de milieux défavorisés. On semble cependant oublier plusieurs caractéristiques de ces programmes. Comme nous avons vu, les programmes les plus efficaces reposaient, entre autres, sur un personnel hautement qualifié, un contenu bien défini et très peu d'enfants par éducateur. Or, depuis septembre 1997, la moyenne et le maximum d'élèves autorisés par classe de maternelle 5 ans ont été haussés. La moyenne et le maximum désormais permis sont respectivement de 20 et 22 (CPNCC, & CEQ, 1997). Pour une centaine d'écoles défavorisées prévues à l'annexe LVI de la convention collective des enseignants: la moyenne et le maximum permis sont légèrement moindres, 18 pour la moyenne et 20 pour le maximum. Faut-il le mentionner, selon les études passées en revue, ce rapport éducateur-élèves est trop élevé pour les classes de maternelle de milieu défavorisé.

Par ailleurs, depuis septembre 1997, moyennant une contribution parentale de 5\$ par jour, les enfants de 4 ans se voient offrir progressivement des services éducatifs et de garde (en milieu familial ou en garderie). Ces mêmes services devraient être offerts aux enfants de 3 ans en septembre 1998, de 2 ans en septembre 1999, d'un an en septembre 2000, et de moins d'un an en septembre 2001.

Bien que l'on puisse acclamer l'instauration de ces services à la petite enfance, sous l'angle de l'égalité des chances, elle ne rassure pas. Au Québec, une place en garderie est financée au même taux qu'il s'agisse d'un enfant de milieu favorisé ou de milieu défavorisé. De plus, les normes gouvernementales régissant le nombre d'enfants par éducatrice sont les mêmes partout, peu importe le milieu socio-économique soit: 5 enfants de moins de 18 mois par éducatrice, 8 enfants âgé de 18 mois à moins de 4 ans par éducatrice. Depuis août 1997, on est même passé de 8 à 10 enfants par éducatrice pour ceux de 4 ans (Gouvernement du Québec, 1997b). Comme nous a montré l'examen des programmes destinés aux tout-petits, ces rapports éducateur-enfants ne conviennent pas aux milieux défavorisés.

Il n'est donc pas étonnant qu'après une étude de la qualité du service offert aux enfants dans les garderies selon la proportion de familles défavorisées qui la fréquente, des chercheurs québécois affirment: «Traiter toutes les garderies de façon égale implique qu'on ne traite pas tous les enfants de façon équitable puisqu'en milieu défavorisé, le fardeau imposé à la garderie influence la qualité du service à l'enfant» (Cloutier, Champoux, Jacques, & Marcotte, 1994, p. 105). Cette étude constate: «plus la garderie reçoit d'enfants de familles défavorisées, moins la qualité du service qu'elle offre est grande» (Cloutier et al., 1994, p. 104). Les chercheurs ajoutent: «les garderies de milieu défavorisé n'arrivent pas à atteindre le niveau de qualité observé en milieu favorisé, non pas parce que cet objectif est moins prioritaire pour elles, mais parce qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour y parvenir en raison de sollicitations parallèles» (Cloutier et al., 1994, p. 104).

En fait, la principale mesure éducative explicitement prévue pour les tout-petits défavorisés est l'accès graduel à la prématernelle mi-temps pour les enfants de quatre

ans issus de milieu pauvre, l'autre portion de la journée sera complétée par des services de garde gratuits.

Comment expliquer cet écart avec les connaissances développées? L'explication réside peut-être dans l'absence d'unanimité au sein de la société québécoise relativement à la nécessité d'égaliser les chances de réussite. La «réforme» en éducation et la nouvelle Politique familiale ne répondent-elles pas surtout aux besoins éducatifs et de gardiennage des enfants de classes moyennes et favorisées, plutôt qu'aux besoins de stimulation précoce des enfants vivant en milieu défavorisé. En effet, dans un contexte de rareté de fonds publics, pourquoi les classes moyennes et favorisées tendraient-elles à appuyer des orientations qui bénéficieraient à d'autres enfants que les leurs?

Pourtant, l'ensemble de la société québécoise devrait se soucier des conséquences économiques à l'abandon scolaire prématuré, telles que les coûts de l'assistance sociale, des services sociaux et de santé, le manque à gagner en matière d'impôt et de productivité. Mais plus dramatiques encore sont les diverses formes d'exclusion sociale: incapacité à s'intégrer au marché du travail, délinquance, toxicomanie, grossesses précoces. Or, une stratégie complète d'intervention préventive auprès des enfants de milieu défavorisé et des améliorations peu coûteuses de l'enseignement peuvent produire des gains substantiels et durables en matière de réussite scolaire.

#### Références

- Berrueta-Clement, J. R. (1984). *Changed Lives : The Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19* (Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 210 p). Ypsilanti, MI : High Scope Press.
- Case, R., & Okamoto, Y. (1996). *The Role of Central Conceptual Structures in the Development of Children's Thought* (Monographs of the Society for Research in Child Development, Serial No. 246, 61(1-2), 298 p.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Chouinard, M.-A. (1997). Du nouveau pour les tout-petits. Le gouvernement du Québec a décidé de faire de la petite enfance l'une de ses priorités. Le Devoir. *Cahier spécial sur l'Éducation, 4 et 5 janvier*, E-3.
- Cloutier, R., Champoux, L., Jacques C., & Marcotte, R. (1994). *La spécificité de l'organisation des services de garde en milieu défavorisé* (Centre de recherche sur les services communautaires (115 p.). Québec : Université Laval.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal: Éditions St-Martin.
- Combes, J. (1995). *Programmes et problèmes relatifs à la petite enfance. Les enfants à risque*. Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (Chapitre 2, pp. 55-83). Paris: OCDE.
- Commission des États généraux sur l'éducation. (1996). *Rénover notre système d'éducation : dix chantiers prioritaires* (Les États généraux sur l'éducation 1995-1996, Rapport final de la Commission). Québec.
- Conseil supérieur de l'éducation. (1995). *L'Éducation préscolaire : un temps pour apprendre* (Avis au ministre de l'Éducation). Québec.
- Conseil supérieur de l'éducation. (1996). *Pour un développement intégré des services éducatifs à la petite enfance de la vision à l'action* (Avis à la ministre de l'Éducation). Québec.
- CPNCC & CEQ (1997). *Entente intervenue: Amendements 1995-1998*. (pp. 115, p. A-63, p. A-66) Québec: ministère de l'Éducation.
- Currie, J., & Thomas, D. (1994). *Does Head Start Make a Difference?* (Labor and Population Program Working, Paper Series, Research Report). Santa Monica: University of California.
- Eming Young, M. (1995). *Investing in young Children* (World Bank Discussion Papers). Washington, D.C.
- Entwisle, D., & Hayduk, L. (1981). Academic Expectations and the School Achievement of Young Children. *Sociology of Education*, 54, 34-50.

- Gervais, M. (1992). *Analyse de l'effet d'un programme de perfectionnement sur les conceptions éducatives, les attitudes et les stratégies de collaboration d'enseignantes du préscolaire avec des parents*. Montréal: Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1997a). *Familles en tête: Nouvelles dispositions de la Politique familiale. Les enfants au coeur de nos choix*. Sainte-Foy: Les Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1997b). Décret 1069-97. *Gazette officielle du Québec*, 129(35), 5597.
- Grégoire, R. (1993). *Politiques relatives à la petite enfance dans quelques pays*. Québec.
- Hamel, M. (1995a). Les services d'éducation et d'intervention pour la petite enfance. In N. Royer, (Ed.), *Éducation et intervention au préscolaire*, (pp. 3-28). Montréal: Gaëtan Morin.
- Hamel, M. (1995b). Les faits et les théories qui soutiennent les interventions éducatives au préscolaire. In N. Royer, (Ed.), *Éducation et intervention au préscolaire*, (pp. 29-54). Montréal: Gaëtan Morin.
- Harvey, C. (1997). Après les États généraux sur l'éducation, viser le succès. *Le Devoir*, 4 et 5 janvier, *Cahier spécial sur l'Éducation*, E-1.
- Holmes, C.T., & Mc Connell, B.M. (1990). *Full-Day versus Half Day Kindergarten: an Experimental Study* (Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, April, 16-21). Boston.
- Innocenti, M.S., & White, K. R. (1993). Are More Intensive Early Intervention Programs More Effective? A Review of the Literature. *Exceptionality*, 4 (1), 31-50.
- Johnson, E. (1974). *An Experimental Study of the Comparison of Pupil Achievement in the All-Day Kindergarten and One Half-Day Control Group* (ERIC Document Reproduction No. ED 115 361). Waden University.
- Julien, L. (1996). Réponse. *Le Devoir*. 11 décembre, A-7.
- Julien, L. (1997). Le programme au préscolaire. *Le Devoir*. 23 septembre, B-1.
- Karweit, N.L. (1994) (a). Can Preschool Alone Prevent Early Learning Failure? In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B. A. Wasik, (Eds.), *Preventing Early School Failure* (pp.58-77). Boston: Allyn and Bacon.
- Karweit, N. L. (1994) (b). Issues in Kindergarten Organization and Curriculum. In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B. A. Wasik, (Eds.), *Preventing Early School Failure* (pp.78-101). Boston: Allyn and Bacon.
- Karweit, N.L., & Wasik, B. A. (1994) Extra-Year Kindergarten Programs and Transitional First Grades. In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B. A. Wasik, (Eds.), *Preventing Early School Failure* (pp.102-121). Boston: Allyn and Bacon.
- Keating, D., & Mustard, F. (1993). Facteurs socio-économiques et développement humain. In Forum national sur la sécurité des familles, (Eds.), *La sécurité des familles en période d'insécurité* (pp. 101-123). Ottawa: Le Forum.
- Kennedy, M.-M., Jung, R.-K., & Orland, M.-E. (1986). *Poverty, Achievement, and the Distribution of Compensatory Education Services* (Office of Education Research and Improvement, U.S. Department of Education). Washington, D.C.
- Leduc, A., & Cadieux, A. (1993). Qu'est-il possible de conclure des écrits sur l'efficacité à court et à long termes de l'intervention précoce auprès des élèves en difficulté d'apprentissage et d'adaptation et des élèves handicapés? *Comportement humain*, 7, 41-62.
- Lundberg, O. (1993). The Impact of Childhood Living Conditions on Illness and Mortality in Adulthood. *Social Science and Medicine*, 36(8), 1047-1052.
- Mehamen, G. (1994). *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes* (Centre de recherche d'étude et documentation en économie de la santé, 221 p.). Paris: CREDES.
- Meyer, L. (1985). *A Look at Instruction in Kindergarten : Observations of Interactions in Three School Districts* (ERIC Document Reproduction ED 268 489).
- Morin, J. (1996). La maternelle, une "classe à part". Cessons de voir la classe de maternelle comme l'antichambre de la scolarisation et accordons-lui l'espace nécessaire à l'école. *Le Devoir*. 11 décembre, A-7.
- OCDE (1995a). *Les enfants à risque* (Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, 159 p). Paris.
- OCDE. (1995) (b). *Regards sur l'éducation - Les indicateurs de l'OCDE* (373 p.). Paris.
- Oliver, L. S. (1980). *The Effects of Extended Instructional Time on the Readiness for Reading of Kindergarten Children* (Unpublished Doctoral Dissertation, School of Education). Boston University.
- Paquet, G. (1989). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Puelo, V.-T. (1988). A Review and Critique of Research on Full-Day Kindergarten. *The Elementary School Journal*, 8(4), 427-439.
- Schweinhart, L. J., & Weikart, D. P. (1993). Success by Empowerment: The High Scope Perry Preschool Study Through Age 27. Public Policy Report. *Young Children*, 49(1), 54-58.
- Shepard, L., & Smith, M. (1986). Synthesis of Research on School Readiness and Kindergarten Retention. *Educational Leadership*, 44, 78-86.
- Slavin, R. E. (1994). School and Classroom Organization in Beginning Reading: Class Size, Aides, and Instructional Grouping. In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B. A. Wasik, (Eds.), *Preventing Early School Failure* (pp. 122-142). Boston: Allyn and Bacon.
- Slavin, R. E., Karweit, N. L., & Wasik B. A. (1994). *Preventing Early School Failure*. Boston: Allyn and Bacon.

- Slavin, R. E., Madden, N. A., Karweit, N. L., Dolan, L. J., & Wasik, B. A. (1994). Success for All: A Comprehensive Approach to Prevention and Early Intervention. In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B. A. Wasik, (Eds.), *Preventing Early School Failure* (pp. 175-205). Boston: Allyn and Bacon.
- Spitz, H.H. (1986). Early intervention and compensatory education. In H. H. Spitz (Ed.), *The raising of intelligence: A selected history of attempts to raise retarded intelligence* (pp. 59-114). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wasik, B.A., & Karweit, N.L. (1994). Off to a good start: Effects of birth to three interventions on early school success. In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B.A. Wasik (Eds.) *Preventing early school failure* (pp. 13-57). Boston: Allyn and Bacon.
- Wasik, B.A., & Slavin, R.E. (1994). Preventing early reading failure with one-to-one tutoring: A review of five programs. In R.S. Slavin, N.L. Karweit, & B.A. Wasik (Eds), *Preventing early school failure* (pp. 143-174). Boston: Allyn and Bacon.
- Winter, M., & Klein, A. (1970). *Extending the kindergarten day: Does it make a difference in the achievement of educationally advantaged and disadvantaged pupils?* (ERIC document reproduction, ED 087 534). Washington, D.C.: Bureau Elementary and Secondary Education.