

INÉGALITÉS DE SANTÉ ET MILIEUX DE VIE

Une étude et ses perspectives

Les inégalités sociales de santé apparaissent au premier plan des préoccupations en matière de santé publique partout dans le monde. En 2006, une équipe de recherche québécoise, dirigée par Maria De Koninck, professeure au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, rendait publics les résultats d'une étude¹ sur la question. Échelonnés sur quatre ans, les travaux réalisés ont permis de porter un regard éclairé sur les déterminants sociaux en cause dans la construction des inégalités de santé pour trois populations occupant des territoires différents dans la région de Québec.



**Portrait de situation
– L'étude et ses constats**
2

Les principaux résultats
2

**Interprétation – Analyse
et commentaires
des acteurs**
9

**Voies d'avenir
– Perspectives de
développement**
10

Quelques mois après la diffusion des premiers résultats de cette étude, le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (Axe Partage et utilisation des connaissances) invitait différents acteurs des milieux concernés : décideurs en santé et développement social, intervenants et chercheurs, à se prononcer sur la signification des constats de cette recherche et à réfléchir aux perspectives d'avenir qu'ils sous-tendent.

Le présent document se situe au confluent de ces deux réalisations préalables. Il offre à la fois un résumé des principaux résultats obtenus par l'équipe de recherche et une analyse de l'impact que ces nouveaux savoirs peuvent engendrer dans un contexte d'action. Finalement, inspiré par les propos émanant des divers acteurs, il énonce quelques-unes des perspectives de développement à prendre en compte pour l'avenir, tant sur le plan de la recherche que sur celui de l'intervention.

1. Cette étude a été subventionnée par l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Portrait de situation – L'étude et ses constats

Comment se fait-il que l'état de santé des populations dont le statut socio-économique est comparable se révèle différent ?

Telle est la question à la base des travaux réalisés par l'équipe de recherche du projet « Inégalités de santé et milieux de vie : déterminants sociaux en cause et leurs interactions ». Afin d'y répondre, l'équipe s'est appuyée sur une approche territoriale lui permettant d'explorer l'influence que peuvent avoir les milieux de vie locaux, la famille et le travail sur l'état de santé de la population. Sur cette base, trois territoires de la région de Québec ont été découpés en unités de voisinage et ont été étudiés pendant quatre ans. Ceux-ci ont été sélectionnés à partir de leur indice de défavorisation matérielle et sociale.² Ainsi, l'étude a permis d'examiner pourquoi ces territoires présentaient des similitudes sur le plan de la défavorisation, et des contrastes sur le plan de leur bilan de santé. Par ailleurs, même si les territoires sont situés dans des zones différentes – un en banlieue, un au centre-ville et un autre en milieu rural – cette différence n'a pas été un critère de sélection des territoires et n'a pas été l'objet de l'analyse comparative des résultats obtenus dans chacun d'eux.

Pour mener à bien son projet, l'équipe a combiné diverses approches, allant de l'exploitation de banques de données administratives à l'enquête auprès de la population, en passant par la réalisation d'entrevues individuelles et d'enquêtes sur le terrain auprès d'informateurs clés. Tout au long de leur démarche, les chercheurs ont par ailleurs été accompagnés par un *comité avisé* composé d'acteurs du milieu œuvrant en développement social et en santé des populations. Consulté aux diverses étapes de la recherche, ce comité a permis d'améliorer les instruments utilisés, de valider les interprétations effectuées et d'adapter les stratégies de recherche employées.

Pour chaque territoire étudié, une monographie détaillée a été produite. Par-delà les considérations locales, il est possible de dégager certains constats plus généraux dont l'essentiel est présenté ici.

Les principaux résultats

UNE PRÉMISSE DE BASE

Au fil du temps, de nombreux liens ont été établis entre les réalités socio-économiques, sociales et démographiques d'un territoire et l'état de santé des populations qui y vivent. De nombreux travaux de recherche ont démontré que les habitants des milieux défavorisés étaient davantage à risque sur le plan de la santé que ceux occupant des territoires dits favorisés. Le premier constat de l'étude menée par l'équipe de Maria De Koninck vient toutefois ajouter un niveau de complexité à cette analyse. Le découpage en unités de voisinage tel que réalisé par les chercheurs a en effet permis de confirmer que la défavorisation n'est pas un facteur binaire, touchant l'entièreté d'un territoire ou au contraire, l'épargnant totalement. Ainsi, les chercheurs ont établi clairement que, si certaines tendances de fond peuvent être identifiées dans chacun des milieux, plusieurs réalités économiques, sociales, démographiques et de santé peuvent également se côtoyer à l'intérieur d'un seul et même territoire.

2. Le territoire situé en banlieue s'avère favorisé au plan socioéconomique, celui en milieu rural l'est aussi au plan social, mais il est défavorisé économiquement, alors que celui du centre-ville est défavorisé tant socialement que matériellement.

DES DONNÉES CIBLÉES

Indicateurs de santé

- ➔ L'espérance de vie à la naissance est plus élevée dans le territoire situé en banlieue (81 ans), que dans le territoire en milieu rural (79,4 ans) et que dans le territoire au centre-ville (77,1 ans). Des écarts significatifs ont été constatés au sein même des territoires entre des unités de voisinage. Ces derniers peuvent atteindre, pour ce qui est de l'espérance de vie, plus de 10 ans entre deux unités du territoire au centre-ville.
- ➔ L'espérance de vie en bonne santé est aussi supérieure dans les territoires situés en banlieue (76 ans) et en milieu rural (75 ans), que dans dans le territoire situé au centre-ville (70,6 ans). L'écart est cependant moins accentué chez les femmes que chez les hommes.
- ➔ Qu'il s'agisse de mortalité, d'incapacité à long terme ou d'hospitalisation, les résidents du territoire situé au centre-ville voient également leur santé affectée plus tôt que ceux des territoires en milieu rural et en banlieue.

Habitudes de vie

- ➔ Au chapitre des habitudes de vie, le taux de tabagisme s'avère plus élevé dans le territoire situé au centre-ville (27,3 %). L'exposition à la fumée secondaire est par contre supérieure dans le territoire en milieu rural (46,5 %). C'est dans le territoire situé en banlieue que les plus faibles taux de tabagisme (20,4 %) et d'exposition à la fumée secondaire (31,3 %) sont enregistrés.
- ➔ La fréquence de la pratique des activités physiques (4 fois ou plus par semaine) est plus élevée dans le territoire situé en milieu rural, suivi de près par le territoire au centre-ville. La place du travail manuel dans les secteurs agroforestier et manufacturier pourrait expliquer une partie du phénomène. Lorsqu'il est question d'activité physique, la situation relevée dans le territoire situé au centre-ville se compare avantageusement à celle des autres territoires, l'hypothèse explicative étant qu'une bonne partie de la population qui y habite effectue la majorité de ses déplacements à pied.

Sécurité alimentaire et poids corporel

- ➔ C'est dans le territoire situé au centre-ville que le pourcentage le plus élevé de gens affirmant avoir vécu de l'insécurité alimentaire (17,4 %) a été noté et dans le territoire situé en milieu rural qu'il est le plus bas (9,1 %).
- ➔ Le pourcentage de personnes avec un poids insuffisant est plus élevé dans le territoire situé au centre-ville (6,5 %) que dans le territoire en milieu rural (5,3 %) et que dans le territoire en banlieue (3,4 %). À l'opposé, c'est dans le territoire situé en milieu rural que le plus grand pourcentage de personnes aux prises avec de l'embonpoint a été noté (40,8 %). L'écart est particulièrement prononcé avec le territoire au centre-ville où moins d'une personne sur trois fait face à ce problème.

Utilisation des services de santé

- ⇒ Le taux de consultation des services de santé pour des problèmes d'ordre physique est supérieur dans le territoire situé au centre-ville. Le même constat a été établi pour les consultations en lien avec la santé émotionnelle ou mentale. La présence de services de deuxième et de troisième ligne à proximité peut expliquer une partie des résultats obtenus dans ce territoire.
- ⇒ L'accès et le recours aux soins dentaires sont cependant plus faibles dans le territoire situé au centre-ville. La situation économique, globalement plus difficile dans ce territoire, tend à expliquer ce constat.

État de santé déclaré

- ⇒ De façon générale, une majorité de gens issus des trois territoires se sont dits en bonne ou excellente santé. Cette proportion est cependant moins élevée dans le territoire situé au centre-ville. Les résultats obtenus varient également selon le sexe et l'âge, et ce, dans chacun des trois territoires.
- ⇒ En ce qui a trait aux incapacités de longue durée (6 mois et plus), c'est dans le territoire situé au centre-ville qu'elles apparaissent être les plus nombreuses. L'équation vaut aussi pour les incapacités de courte durée (15 jours).

Santé mentale

- ⇒ La perception des populations étudiées à l'égard de leur santé mentale oscille aussi entre bonne et excellente dans chacun des territoires. C'est dans le territoire situé en banlieue que le taux de personnes se sentant tout le temps ou souvent calmes et sereines est cependant le plus élevé (89,1 %).
- ⇒ Le sentiment de contrôle – prédicteur important de santé physique et mentale – est apparu nettement plus faible chez la population du territoire situé au centre-ville. Les résultats obtenus tendent à confirmer les liens existants entre l'indice de défavorisation et les indicateurs de santé. De façon générale, les personnes ayant déclaré avoir une santé mauvaise ou passable sont plus nombreuses à déclarer un sentiment de contrôle faible.

Éducation

- ⇒ Un plus grand nombre d'enfants sont aux prises avec un retard scolaire lors de leur entrée au primaire dans le territoire situé au centre-ville. La tendance se maintient tout au long du parcours scolaire et à la sortie du primaire. Le décrochage scolaire y est aussi plus important que dans les deux autres territoires.

Dynamiques sociales

- ➔ Le vieillissement de la population est observé dans chacun des territoires étudiés. L'évolution démographique ne peut donc, à elle seule, expliquer la construction des inégalités.
- ➔ Une plus grande préoccupation pour les problèmes sociaux (pauvreté, suicide, crime, etc.) est relevée dans le territoire situé au centre-ville. C'est dans le territoire en milieu rural que la perception à l'égard de la dynamique sociale est la plus positive. Cette perception varie cependant selon les unités de voisinage.
- ➔ La participation à la vie associative est la même dans les trois territoires et se situe à environ 23 %.

Rapport des résidents à leur milieu

- ➔ L'ancrage et le sentiment d'appartenance sont plus élevés dans le territoire situé en milieu rural que dans celui situé au centre-ville.
- ➔ L'isolement social est aussi moins élevé dans le territoire situé en milieu rural que dans celui situé au centre-ville. C'est dans le territoire au centre-ville que l'on retrouve le nombre le plus important de familles monoparentales ou de personnes vivant seules.
- ➔ Le territoire situé en banlieue est un milieu de vie choisi en raison des liens sociaux de ses habitants, souvent en relation avec le projet de fonder une famille. La majorité des gens déclarent d'ailleurs y vivre au sein d'une famille.
- ➔ Dans le territoire situé en milieu rural, l'identité est davantage liée au territoire, tandis que dans le territoire en banlieue, ce sont des conditions et des valeurs partagées (famille, etc.) qui favorisent le sentiment de cohésion.

Travail

- ➔ L'absence de travail et la précarité des situations d'emploi sont plus élevées dans le territoire situé au centre-ville. Près d'un cinquième de la population reçoit des prestations d'assistance-emploi.
- ➔ Dans le territoire situé en milieu rural, les liens familiaux ont été présentés comme une protection lors d'épisodes difficiles en lien avec le travail.
- ➔ C'est dans le territoire situé en banlieue que le plus fort taux d'insatisfaction en lien avec les conditions de travail a été noté. C'est aussi dans ce territoire que le taux d'activité est le plus élevé.

DES CONSTATS

1

Les conditions matérielles des populations des trois territoires interviennent dans la construction des écarts de santé. Plus les populations sont défavorisées, plus les indicateurs de santé sont négatifs. Cela apparaît non seulement à l'échelle des territoires, mais aussi à celle des unités de voisinage. Ces conditions agissent de façon directe et indirecte sur la santé en déterminant les possibilités pour les populations de combler leurs besoins, d'adopter et de maintenir des styles de vie comportant de saines habitudes.

Il importe donc de prendre en compte à la fois les questions de conditions de vie et la culture (valeurs, normes) pour comprendre la construction des inégalités sociales de santé. Les conditions matérielles sont aussi en lien avec le statut d'emploi des populations et leur degré de favorisation sociale. Il faut noter ici que les populations les plus démunies sont également des populations en retrait du marché du travail et les plus isolées socialement.

2

Les milieux locaux ont une influence sur la santé en raison du rapport que les populations développent avec leur milieu de vie et des conditions matérielles et sociales que celui-ci leur offre. Ces milieux font partie des dimensions à considérer dans la construction des écarts de santé. Leur rôle est complexe et multidimensionnel. L'analyse de leur influence sur la santé révèle des interactions entre la composition de leur population, le contexte de vie qui y est développé et les dynamiques sociales et culturelles qui les caractérisent. Les milieux locaux jouent un rôle dans la construction des états de santé en participant au développement d'un sentiment de contrôle individuel et collectif. La concordance (ou son absence) entre les critères du milieu considéré comme « *approprié* » (milieu de référence) et les caractéristiques du milieu de résidence aurait un impact sur le sentiment de contrôle, lequel est un fort prédicteur de l'état de santé. Ce sentiment serait non seulement individuel, mais collectif et interviendrait dans la dynamique sociale des milieux.

3 Les populations qui habitent dans un milieu partagent certaines caractéristiques. Les contextes (matériel et social) qu'offrent ces milieux attirent certaines populations et en excluent d'autres. Or, les conditions présentes dans les milieux locaux soutiennent le développement des rapports sociaux et du capital social et culturel des populations. Aussi, même si les ressources disponibles (socio-sanitaires, services aux familles, système éducatif, de loisirs, etc.) sont estimées positivement parce qu'elles sont équivalentes dans différents milieux, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles soient adéquates eu égard aux besoins et aux rôles compensatoires et préventifs qu'elles peuvent jouer.

4 Le milieu familial influence aussi l'état de santé. Il faut reconnaître que la famille, en tant que fondement de liens sociaux, joue un rôle important dans la conjugaison des influences provenant du travail et du milieu local. Pour cette raison, l'absence de liens familiaux comme source de liens sociaux doit être compensée par un autre type de réseau social afin d'agir comme facteur de protection lorsque le milieu local ou le milieu de travail ne peuvent satisfaire aux besoins matériels et sociaux.

5 L'influence du milieu de travail (le fait d'avoir un emploi ou de ne pas en avoir ainsi que les conditions rattachées à l'emploi) se conjugue à celle du milieu familial (qui peut être déterminant pour la trajectoire professionnelle) et à celle du milieu local (intervenant ou non dans la trajectoire professionnelle), de sorte qu'une approche globale doit prendre en compte ces trois milieux pour estimer l'impact de leur action conjuguée sur la santé.

DES PISTES D'ACTION

1 Les principes orientant la redistribution des richesses collectives doivent viser de façon particulière les populations les plus démunies, dont la situation influence les conditions des milieux dans lesquels elles vivent et participent à des dynamiques sociales délétères. Ils doivent également viser de façon particulière, parmi les populations démunies, les familles avec enfants.

2 L'emploi et le revenu sont des facteurs déterminants agissant directement et indirectement dans la construction des inégalités de santé. Ils doivent être reconnus comme tels afin que soient justifiés des investissements importants permettant de briser les cycles d'exclusion du marché de l'emploi.



- 3 Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les programmes et les services devraient être plus nombreux à offrir un suivi intensif, continu et individualisé aux clientèles défavorisées, sans exclure une programmation à l'échelle collective. Ils devraient de plus avoir pour orientation de redonner le pouvoir d'agir aux personnes vivant au bas de l'échelle sociale afin de contrer une certaine fatalité sociale et sanitaire. Ils doivent miser sur des succès obtenus en milieu défavorisé afin de donner de l'espoir et un sentiment de pouvoir contrôler sa destinée. Des politiques publiques reposant sur une solide connaissance des facteurs influençant les parcours de vie des citoyens sont nécessaires.
- 4 En milieu défavorisé, les interventions reconnues comme étant efficaces auprès de la petite enfance doivent être multipliées pour éviter les retards à l'entrée du primaire. Elles devraient permettre aussi aux mères de se doter d'un projet personnel (métier, scolarisation ou répit).
- 5 Dans les milieux scolaires, il faut en arriver à reconnaître les besoins différenciés selon les groupes sociaux et, conséquemment, adopter des approches différentes en matière d'allocation des ressources.
- 6 Même si les effets bénéfiques de la mixité sociale ne font pas consensus (voir page 9), celle-ci devrait néanmoins être encouragée pour contrer l'homogénéisation des milieux.
- 7 Des efforts devraient être déployés, dans les milieux locaux, afin de soutenir le développement du sentiment d'appartenance et la cohésion sociale par la mise en place de conditions favorisant le développement de capital social et culturel.
- 8 Plus d'efforts doivent être consentis pour contrer les représentations négatives que les gens ont de leur milieu et pour encourager le développement de représentations positives.

Interprétation – Analyse et commentaires des acteurs

Réuni l'espace d'une journée dans le cadre d'un atelier intitulé *La construction des inégalités de santé mise en lumière : l'éclairage d'une démarche de recherche sur le phénomène et les perspectives d'action*, un groupe de décideurs du milieu de la santé et du développement social, d'intervenants et de chercheurs a été invité à se prononcer sur la signification des résultats de recherche obtenus.

De façon générale, bien que certains résultats issus de la recherche soient déjà connus, tous ont salué la pertinence de l'exercice. Décideurs, intervenants et chercheurs s'entendent en effet sur l'importance de pouvoir compter sur de telles recherches. Les résultats rendus disponibles sont considérés utiles parce qu'ils questionnent les pratiques, qu'ils débordent du discours habituel en lien avec la santé et qu'ils interpellent une myriade d'acteurs sociaux. Ils permettent aussi de mettre en évidence les disparités existantes, tant d'un territoire à l'autre qu'à l'intérieur d'un seul et même milieu.

Sur le plan méthodologique, les participants à l'atelier ont unanimement salué le recours aux techniques tant quantitatives que qualitatives, ainsi que les croisements effectués entre les données individuelles et les grandes banques de données. Ils ont de la même manière fortement apprécié le découpage des territoires en unités de voisinage, qui donne lieu à des analyses plus détaillées, permettant de mieux comprendre les réalités vécues. La présence d'un *comité avisé* a, de l'avis de tous, également contribué à enrichir considérablement la démarche, notamment en favorisant le développement de liens entre la recherche et le terrain.

De manière prospective, l'étude et ses résultats ont permis aux participants de réaliser l'importance de tenir compte d'une multiplicité d'informations en provenance des milieux. Par conséquent, il ressort des commentaires entendus que l'action intersectorielle est la clé d'une prise de décision éclairée et que la planification des services doit davantage mettre à contribution les commissions scolaires, les centres de santé et de services sociaux et les municipalités. La participation des intervenants sur le terrain – organisateur communautaire, travailleur social, etc. – apparaît aussi essentielle.

Au chapitre du transfert des connaissances, la très grande majorité des décideurs, intervenants et chercheurs considèrent que les recommandations avancées peuvent être transposées dans leur champ d'action. Plusieurs ont cependant émis des réserves sur la mixité sociale proposée, notamment parce qu'elle peut entraîner des effets pervers liés au phénomène de gentrification des milieux. À ce sujet, ils ont souligné l'importance de planifier soigneusement l'implantation d'une telle approche.

Cela dit, plus que satisfaits des résultats obtenus, les acteurs entendus dans le cadre de cette journée considèrent que cette démarche de recherche pourrait et devrait même être reproduite dans d'autres régions. Parce que la réalisation d'un tel exercice requiert des ressources importantes, il serait toutefois envisageable selon eux de procéder plus modestement tout en préservant deux des éléments fondamentaux de la démarche, soit l'utilisation d'unités de voisinage comme unités de découpage et la stratégie de partage des connaissances avec le *comité aviseur*. La participation des directions de la santé publique à la production de ce type d'analyse devrait faire l'objet de réflexions et l'heure est à la concertation entre les groupes de chercheurs afin d'éviter les travaux en parallèle.

Voies d'avenir – Perspectives de développement

Par-delà les constats établis, diverses voies d'avenir ont été dégagées, tant par l'équipe de chercheurs que par les acteurs consultés. Elles font état de développements à envisager en matière de recherche, de prise de décisions et d'interventions.

DÉCISIONS ET INTERVENTIONS

- ➔ Relativiser le « cadrage santé » dans la définition de l'offre de service par les établissements.
- ➔ Réaffirmer l'importance du « local » et favoriser des interventions ancrées directement dans la communauté.
- ➔ Miser davantage sur la combinaison de l'action communautaire et de l'action politique.
- ➔ Favoriser le développement de nouvelles politiques publiques visant la promotion de la santé.
- ➔ Mettre l'accent sur l'accessibilité pour faire en sorte que la santé soit une valeur atteignable.
- ➔ Rassembler les acteurs concernés autour du double objectif santé et développement des communautés.
- ➔ Apprendre à diriger les investissements vers les milieux qui en ont le plus besoin en faisant en sorte que les grandes politiques correspondent aux besoins des milieux.
- ➔ Délaisser les processus actuels de gouverne en « silos ».

RECHERCHE

- ➔ Favoriser la mise en commun des données disponibles.
- ➔ Privilégier des recherches qui mènent à des résultats pouvant être repris par les intervenants, les gestionnaires et les partenaires, de manière à améliorer les pratiques.
- ➔ Mieux documenter la construction des situations les plus délétères pour comprendre les mécanismes d'accumulation ; mieux documenter la construction de l'exclusion sociale, plus particulièrement chez les populations isolées et exclues du marché de l'emploi ; mieux comprendre les interactions entre les deux.
- ➔ Mieux documenter les différences entre les milieux locaux et la santé des hommes et des femmes, à la fois entre les territoires et au sein de ceux-ci.
- ➔ Effectuer d'autres recherches pour améliorer la compréhension des mécanismes en cause dans l'action des facteurs de protection.
- ➔ Pousser plus loin les comparaisons entre les territoires ruraux et urbains, à la fois sur le plan des mécanismes de construction des inégalités ainsi que pour certains sous-groupes (les jeunes et les femmes notamment).

Conclusion

En résumé, il ressort de l'étude « Inégalités de santé et milieux de vie » que la construction des écarts de santé est complexe et s'explique par l'action conjuguée de plusieurs facteurs. Il apparaît maintenant plus clair que le milieu de vie a une influence sur la santé et que cette influence découle du rapport que les populations développent avec leur milieu. Il s'avère aussi que les liens sociaux sont fondamentaux dans la construction des inégalités sociales de santé, car ils peuvent faire une différence dans la façon dont les individus se représentent leur milieu.

La complexité de cette chaîne d'interactions illustre à quel point la problématique des inégalités sociales de santé pose un défi de taille pour l'ensemble des acteurs de la société. Néanmoins, des actions énergiques et importantes pour lutter contre ces inégalités doivent être entreprises. À la lumière de la connaissance scientifique disponible et de l'avis des acteurs des milieux concernés, il semble prioritaire que ces interventions soient conçues et mises en œuvre de manière multidimensionnelle et intersectorielle.

Sur le plan de la recherche, plusieurs perspectives de développement ont été énoncées dans le présent document. À cet égard, le Réseau de recherche en santé des populations du Québec se préoccupe de continuer à renforcer la capacité de recherche sur la question des inégalités sociales de santé. Il en fait d'ailleurs l'une de ses thématiques prioritaires. En consacrant le premier numéro de sa nouvelle série des Carnets-synthèse à cette question, le RRSPQ veut montrer toute l'importance qu'il y accorde. Surtout, en jetant un éclairage particulier sur une étude locale réalisée sur ce thème, il vise à encourager les travaux qui tiennent compte des diverses réalités vécues sur le territoire québécois et dont la portée dépasse largement les frontières régionales.

RRSPQ

Créé en 2002, le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec* (RRSPQ) est un regroupement d'environ 600 chercheuses et chercheurs québécois qui travaillent en santé publique et des populations, en services et politiques de la santé et en santé et société. Il a pour mission de soutenir des infrastructures de recherche, des activités et productions scientifiques innovatrices et multidisciplinaires, de favoriser la formation de la relève en recherche par le financement d'études supérieures, et de privilégier le partage des connaissances. Il poursuit l'objectif ultime d'identifier, comprendre et agir sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer la santé des populations. Son directeur scientifique est le Dr Gilles Paradis.

Axe Partage et utilisation des connaissances

La série *Carnets-synthèse* est une initiative de l'Axe Partage et utilisation des connaissances du RRSPQ. Cet axe de recherche a pour mandat de sensibiliser les chercheurs, les responsables des politiques publiques, les gestionnaires centraux, régionaux et les intervenants locaux aux résultats des recherches en santé des populations et aux enjeux soulevés par ces travaux. Ses activités s'inscrivent à la fois dans un rôle transversal pour soutenir les autres thématiques du RRSPQ et dans un rôle de développement pour initier de nouveaux projets visant à augmenter le partage et l'utilisation des connaissances en santé des populations. L'équipe de l'axe PUC est composée de M. Pierre Bergeron (INSPQ et RRSPQ), M^{me} Marie-Claire Laurendeau (INSPQ et RRSPQ), M. Pierre Joubert (INSPQ et RRSPQ), M. Joseph Lévy (UQAM et RRSPQ) et M^{me} Karine Souffez (RRSPQ).

CarnetsSYNTHÈSE

L'équipe de recherche de l'étude
« Inégalités de santé et milieux de vie »
est principalement composée de :

Maria De Koninck
directrice
(Université Laval)

Marie-Jeanne Disant
coordonnatrice
(Université Laval)

Michèle Clément
(CSSS de la Vieille-Capitale)

Anne-Marie Hamelin
(Université Laval)

Robert Pampalon
(INSPQ)

Ginette Paquet
(INSPQ)

Michel Vézina
(Université Laval)

CRÉDITS

La série *Carnets-synthèse*

La série *Carnets-synthèse* présente des résumés des principales recherches et des événements novateurs organisés dans le cadre des activités du RRSPQ.

Une publication du
Réseau de recherche en santé des populations du Québec
190, boulevard Crémazie Est
Montréal, Québec
H2P 1E2

www.santepop.qc.ca

<http://portail.santepop.qc.ca>

Pour obtenir une version imprimée d'un carnet-synthèse
ou pour toute question concernant cette publication,
contactez :

Karine Souffez
514-864-1600 poste 3607
karine.souffez@inspq.qc.ca

Pour toute question concernant le contenu de ce numéro,
contactez :

Maria De Koninck
418-656-2131 poste 7208
maria.dekoninck@mssp.ulaval.ca

Auteur de l'étude : Maria De Koninck, Université Laval

Rédactrice : Guylaine Boucher, Agence MédiaPresse

Graphisme : Lucie Chagnon

*Les carnets-synthèse sont imprimés sur Enviro100,
un papier québécois contenant 100 % de fibres
postconsommation, certifié Éco-Logo, sans chlore
et FSC recyclé, et fabriqué à partir d'énergie biogaz.*



**Inégalités de santé et milieux de vie :
déterminants sociaux en cause et leurs interactions**