

---

# Tendances associées aux inégalités en matière de santé chez les adolescents canadiens, de 2002 à 2018

Conclusions de l'Enquête de 2018 sur les  
comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC)



---

## Caractéristiques de l'échantillon étudié

---

Différences socioéconomiques dans six domaines de la santé

---

Différences entre les genres dans six domaines de la santé

---

Tendances dans la fréquence et dans les inégalités associées  
à la santé chez les adolescents

---



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada 

---

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

*Tendances associées aux inégalités en matière de santé chez les adolescents canadiens, de 2002 à 2018 : Conclusions de l'Enquête de 2018 sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC)*

Hammami, Nour; Azevedo Da Silva, Marine; Elgar, Frank J.

Also available in English under the title:

*Trends in Health Inequalities in Canadian Adolescents from 2002 to 2018  
Findings from the 2018 Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) Study*

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Numéro sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : [hc.publications-publications.sc@canada.ca](mailto:hc.publications-publications.sc@canada.ca)

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2021

Date de publication : décembre 2021

La présente publication peut être reproduite sans autorisation à des fins personnelles ou internes, à la condition d'en indiquer clairement la source.

Cat. : HP15-61/2021F-PDF

ISBN : 978-0-660-39534-0

Pub. : 210165

Également offert en version électronique à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/tendances-inegalites-sante-canadien-adolescents-2002-2018.html>

# Introduction

---

Les caractéristiques sociales qui s’observent en matière de santé durant l’enfance et l’adolescence laissent une forte empreinte à l’âge adulte (Patton et coll., 2016). Par conséquent, les tendances associées aux inégalités en matière de santé à l’adolescence entre les genres et entre groupes socioéconomiques peuvent laisser présager de futures inégalités en matière de santé dans la population adulte.

Malgré la croissance de la richesse et la multiplication des preuves scientifiques de l’existence de différences systémiques dans la santé des populations, peu de progrès ont été accomplis à l’échelle mondiale pour réduire les inégalités en matière de santé (Mackenbach, 2012). Les données de l’Enquête sur les comportements de santé des jeunes d’âge scolaire (Enquête HBSC) montrent que les inégalités dans certains domaines de la santé des adolescents se sont creusées entre les groupes socioéconomiques des populations mondiales (Elgar et coll., 2015) et entre les groupes des deux sexes des populations canadiennes (Gariépy et Elgar 2016), ce qui correspond aux tendances observées dans les populations adultes (Hu et coll., 2016; Mackenbach et coll., 2015; Shahidi et coll., 2018).

L’Enquête HBSC du Canada fournit une vision à long terme de ces tendances sur des échantillons nationaux représentatifs d’adolescents dans de multiples domaines de la santé. Le présent rapport décrit les tendances en matière d’inégalités socioéconomiques et de genre dans six domaines de la santé des adolescents, mesurées au cours de cinq cycles d’enquête consécutifs (de 2002 à 2018) :

- activité physique
- excès de poids
- symptômes physiques fréquents
- symptômes psychologiques fréquents
- faible satisfaction de vivre
- état de santé autodéclaré moyen ou mauvais



## Caractéristiques de l'échantillon étudié

Les ménages composés de deux parents (familles biparentales) ont connu une baisse entre 2002 (84,9 %) et 2014 (78,0 %). Bien que le pourcentage soit toujours inférieur à celui de 2002, une augmentation des familles biparentales a été constatée entre 2014 et 2018 (81,3 %).

La fréquence de l'excès de poids a augmenté entre 2002 (19,7 %) et 2014 (25,1 %). Bien qu'elle soit encore plus élevée qu'en 2002, on a constaté une diminution de l'excès de poids entre 2014 et 2018 (23,0 %).

Sur l'ensemble des années d'enquête, c'est en 2002 que les adolescents présentaient la plus faible fréquence de symptômes psychologiques, de faible satisfaction de vivre et d'état de santé moyen ou mauvais, des augmentations étant observées au cours des années d'enquête suivantes.

**Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon étudié (pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %) par cycle d'enquête (n= 94 887)**

	2002	2006	2010	2014	2018
<b>Filles</b>	53,41 (50,58, 56,23)	52,92 (51,72, 54,15)	50,83 (49,29, 52,41)	50,63 (49,53, 52,21)	51,33 (51,12, 53,81)
<b>Garçons</b>	46,59 (43,79, 49,43)	47,06 (45,86, 48,24)	49,14 (47,60, 50,71)	48,87 (47,76, 50,41)	46,52 (46,20, 48,88)
<b>Structure familiale : famille biparentale</b>	84,94 (83,68, 86,16)	78,93 (77,80, 80,02)	77,68 (76,74, 78,51)	77,98 (76,96, 78,92)	81,33 (80,34, 82,21)
<b>Structure familiale : famille monoparentale</b>	13,84 (12,76, 14,91)	18,25 (17,25, 19,21)	18,67 (17,86, 19,54)	17,64 (16,79, 18,55)	16,35 (15,47, 17,23)
<b>Structure familiale : autre</b>	1,23 (0,93, 1,62)	2,82 (2,47, 3,21)	3,65 (3,30, 4,03)	4,38 (3,96, 4,83)	2,32 (2,00, 2,70)
<b>Actifs physiquement<sup>a</sup></b>	22,27 (20,68, 23,91)	23,18 (22,00, 24,42)	22,80 (21,90, 23,73)	24,00 (23,03, 24,97)	24,98 (23,73, 26,25)
<b>Excès de poids<sup>b</sup></b>	19,67 (18,17, 21,21)	21,39 (20,27, 22,51)	21,43 (20,51, 22,34)	25,05 (23,97, 26,15)	23,01 (21,85, 24,22)
<b>Deux symptômes physiques ou plus<sup>c</sup></b>	24,35 (22,90, 25,87)	27,50 (26,42, 28,62)	26,85 (25,96, 27,77)	25,98 (25,13, 26,88)	25,42 (24,33, 26,56)
<b>Deux symptômes psychologiques ou plus<sup>d</sup></b>	38,12 (36,33, 39,93)	42,21 (41,04, 43,34)	41,33 (40,37, 42,21)	40,95 (39,90, 42,12)	42,73 (41,50, 43,97)
<b>Faible satisfaction de vivre<sup>e</sup></b>	14,32 (13,10, 15,63)	14,91 (13,99, 15,81)	16,93 (16,20, 17,68)	17,09 (16,37, 17,85)	17,86 (16,86, 18,84)
<b>État de santé moyen ou mauvais<sup>f</sup></b>	12,95 (11,85, 14,20)	15,87 (15,04, 16,71)	16,17 (15,44, 16,94)	17,05 (16,30, 17,84)	17,10 (15,99, 18,23)

a Pratique de 60 minutes ou plus d'une activité physique modérée à vigoureuse chaque jour au cours de la semaine précédente.

b Selon des seuils d'indice de masse corporelle (kg/m<sup>2</sup>) ajustés en fonction de l'âge et du sexe et indiquant un excès de poids ou une obésité, calculés à partir des valeurs autodéclarées de taille et de poids.

c A présenté de 2 à 4 symptômes physiques plus d'une fois par semaine au cours des six derniers mois (maux de tête, maux d'estomac, maux de dos, étourdissements).

d A présenté de 2 à 4 symptômes psychologiques plus d'une fois par semaine au cours des six derniers mois (se sentir déprimé, nerveux, irritable, avoir de la difficulté à dormir).

e Score de 6 ou moins sur une échelle de 11 points relativement à la satisfaction de vivre.

f A décrit son état de santé comme étant moyen ou mauvais plutôt qu'excellent ou bon.

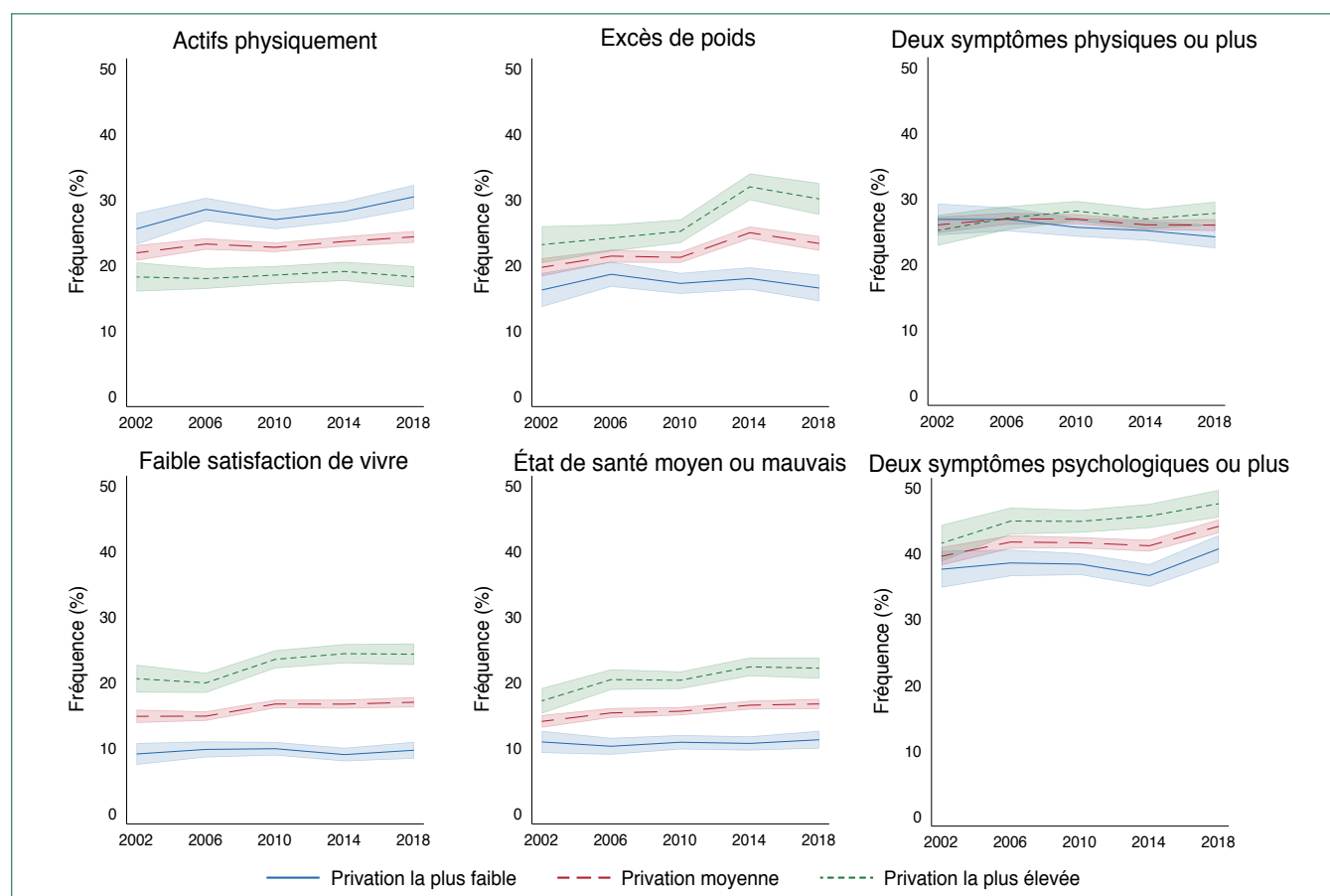
Source : Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC), Canada, 2002-2018.

# Différences socioéconomiques dans six domaines de la santé

Des différences socioéconomiques ont été observées dans cinq domaines de la santé, les adolescents dont le niveau de privation matérielle était le plus bas (c.-à-d. au statut socioéconomique le plus élevé) faisant plus d'activité physique, ayant moins d'excès de poids, moins de symptômes psychologiques, moins de faible satisfaction de vivre, et déclarant moins souvent un état de santé moyen ou mauvais par rapport aux adolescents se situant au niveau le plus élevé de privation matérielle. La fréquence des symptômes physiques ne différait pas d'un groupe socioéconomique à l'autre.

Entre 2002 et 2018, les différences en matière de santé entre les groupes socioéconomiques se sont accrues dans quatre domaines : l'excès de poids, les symptômes physiques, la faible satisfaction de vivre et l'état de santé moyen ou mauvais. Dans chaque cas, la différence absolue de fréquence entre le groupe socioéconomique le plus élevé et le groupe socioéconomique le plus bas a augmenté. Toutefois, des différences relatives (c.-à-d. le rapport des taux pour le groupe socioéconomique le plus bas par rapport au groupe le plus élevé) n'ont été trouvées que dans l'excès de poids. La signification de ces tendances est résumée dans le tableau 2. Les mesures du statut socioéconomique et des inégalités en matière de santé sont décrites dans la section Méthodes.

**Figure 1. Estimation de la fréquence dans six domaines de la santé selon les niveaux de statut socioéconomique (le plus bas, moyen et le plus élevé; n=94 887)**



Les estimations de la fréquence ont été pondérées et ajustées en fonction du sexe, de l'âge et de la structure familiale. La zone ombrée représente l'intervalle de confiance à 95 %. Le statut socioéconomique est un indicateur basé sur la régression qui se fonde sur un rang proportionnel de privation matérielle. L'évolution des inégalités en matière de santé au fil du temps a été testée en effectuant une régression de chaque mesure de santé par rapport aux interactions entre la privation et le cycle d'enquête (voir la section Méthodes).

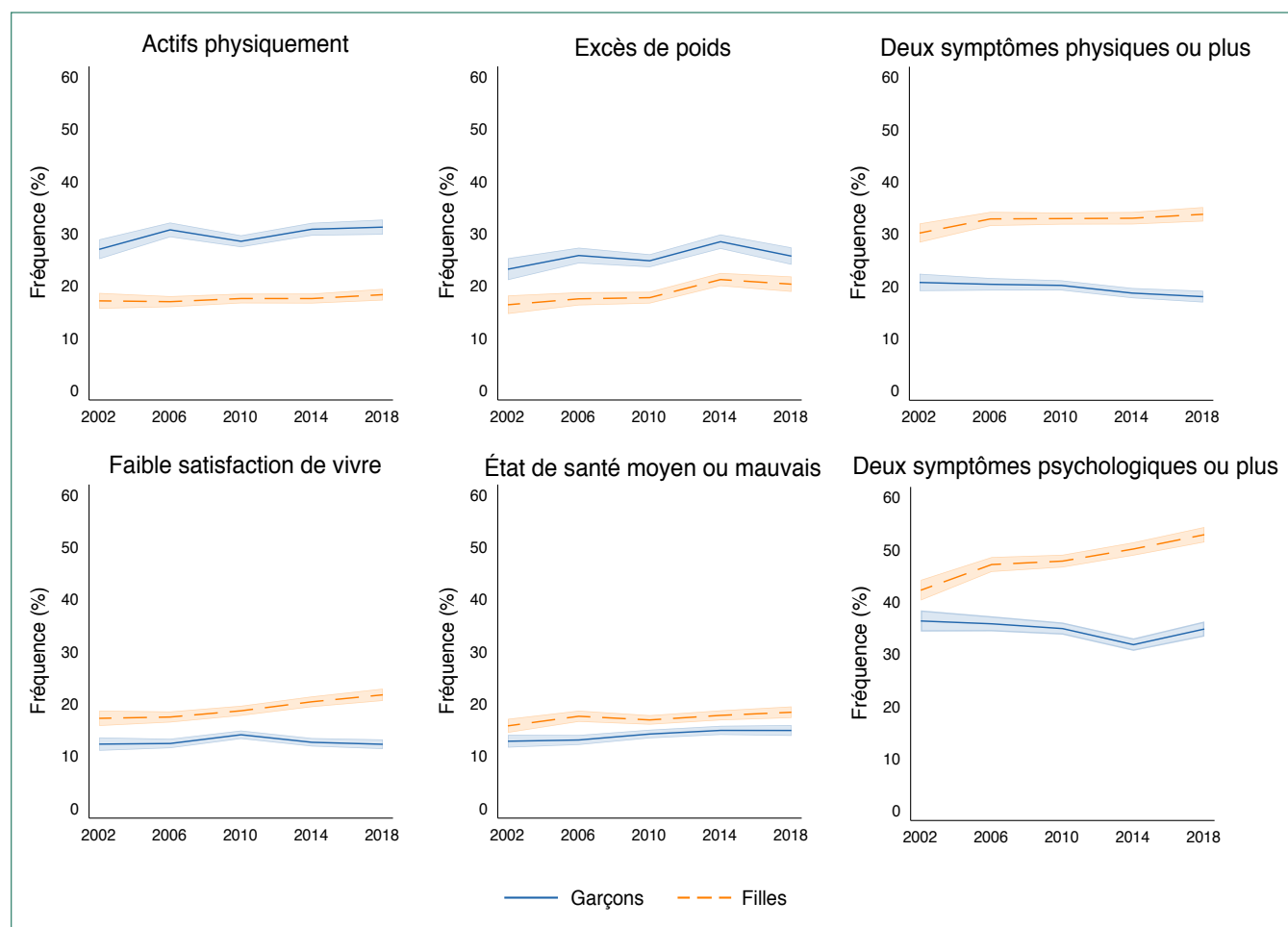
Source : Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC), Canada, 2002-2018.

## Différences entre les sexes dans six domaines de la santé

Dans les cinq cycles d'enquête, les filles ont déclaré être en moins bonne santé que les garçons dans tous les domaines, à l'exception de l'excès de poids, qui était plus répandu chez les garçons.

Entre 2002 et 2018, les différences en matière de santé entre les genres se sont creusées en ce qui a trait aux symptômes physiques, aux symptômes psychologiques et à la faible satisfaction de vivre. Les différences de santé entre les genres sont restées stables en ce qui concerne l'activité physique et l'état de santé moyen ou mauvais.

**Figure 2. Estimations de la fréquence dans six domaines de la santé, selon le genre (n=94 887)**



Les estimations de la fréquence ont été pondérées et ajustées en fonction du statut socioéconomique, de l'âge et de la structure familiale. La zone ombrée représente l'intervalle de confiance à 95 %. L'évolution des inégalités en matière de santé au fil du temps a été testée en effectuant une régression de chaque mesure de santé par rapport aux interactions entre le sexe et le cycle d'enquête (voir la section Méthodes).

Source : Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC), Canada, 2002-2018.

## Tendances dans la fréquence et dans les inégalités associées à la santé chez les adolescents

Entre 2002 et 2018, la fréquence de la mauvaise santé a augmenté dans quatre domaines. Toutefois, la fréquence de l'activité physique quotidienne est passée de 22 à 25 %. L'activité physique est la seule mesure de santé qui n'a montré aucun changement dans l'inégalité entre les groupes socioéconomiques et les genres au cours des cinq cycles d'enquête.

Les différences dans la fréquence de la mauvaise santé entre les groupes socioéconomiques se sont accrues dans quatre domaines : excès de poids, symptômes physiques, faible satisfaction de vivre, et état de santé moyen ou mauvais. Le changement le plus important a été constaté dans l'excès de poids, où la différence entre les groupes socioéconomiques les plus élevés et les plus bas est passée de 7 points en 2002 à 14 points en 2018.

Les différences en matière de santé entre les genres sont restées stables en ce qui concerne l'activité physique quotidienne et l'état de santé moyen ou mauvais, et elles ont augmenté dans trois domaines en termes absolus et relatifs : symptômes physiques, symptômes psychologiques, et faible satisfaction de vivre. Dans chaque cas, les filles ont indiqué un moins bon état de santé que les garçons et ces écarts entre garçons et filles se sont creusés au fil du temps.

Une diminution des inégalités en matière de santé a été constatée pour l'excès de poids, qui a diminué en termes relatifs entre les genres. En 2002, la fréquence de l'excès de poids chez les filles représentait 71 % de celle des garçons. En 2018, ce pourcentage a légèrement diminué, pour atteindre 69 %.

**Tableau 2. Tendances dans la fréquence et dans les inégalités associées à la santé des adolescents, de 2002 à 2018**

	Fréquence	Inégalité socioéconomique		Inégalité de genre	
		Absolue <sup>a</sup>	Relative <sup>b</sup>	Absolue <sup>a</sup>	Relative <sup>b</sup>
Actifs physiquement	▲ (de 22 à 25 %)	● (de -7 à -12)	● (de 71 à 60 %)	● (de -10 à -13)	● (de 63 à 58 %)
Excès de poids	▲ (de 20 à 23 %)	▲ (de 7 à 14)	▲ (de 142 à 182 %)	● (de -7 à -8)	▼ (de 71 à 69 %)
Deux symptômes physiques ou plus	● (de 24 à 25 %)	▲ (de -2 à 4)	● (de 94 à 114 %)	▲ (de 6 à 16)	▲ (de 146 à 188 %)
Deux symptômes psychologiques ou plus	▲ (de 38 à 43 %)	● (de 4 à 7)	● (de 111 à 117 %)	▲ (de 6 à 18)	▲ (de 116 à 152 %)
Faible satisfaction de vivre	▲ (de 14 à 18 %)	▲ (de 11 à 15)	● (de 225 à 251 %)	▲ (de 5 à 10)	▲ (de 140 à 178 %)
État de santé moyen ou mauvais	▲ (de 13 à 17 %)	▲ (de 6 à 11)	● (de 156 à 196 %)	● (de 3 à 4)	● (de 123 à 124 %)

▲ Indique une augmentation dans le temps

▼ Indique une diminution dans le temps

● Indique qu'il n'y a pas de changement significatif après déduction des autres différences individuelles et des caractéristiques de l'enquête.

a Différence de taux estimée pour 100 cas entre le statut socioéconomique le plus bas et le statut le plus élevé (ou entre les garçons et les filles).

b Rapport de taux estimé entre la position socioéconomique la plus basse et la position la plus élevée (ou entre les garçons et les filles), exprimé en pourcentage.

Source : Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC), Canada, 2002-2018.

## Limites

---

Toutes les études comportent des limites et il est important d'interpréter les résultats à la lumière de ces limites.

1. Toutes les données de l'Enquête HBSC ont été recueillies par autodéclaration, ce qui présente un risque de biais de déclaration (Choi et Pak, 2005).
2. Le statut socioéconomique est estimé à l'aide d'un indice des biens matériels qui procurent ou symbolisent l'aisance au sein de la famille (p. ex. possession d'une voiture, vacances). L'échelle d'aisance familiale de l'Enquête HBSC est un outil valide et adapté en fonction de l'âge pour les adolescents, mais ces données ne présentent pas de corrélation étroite avec le revenu du ménage ou le rang professionnel des parents (Elgar et coll., 2017). Par conséquent, les inégalités en matière de santé présentées ici peuvent différer d'autres estimations qui reposent sur d'autres évaluations socioéconomiques. De plus, deux éléments ont été ajoutés à l'échelle dans les cycles de 2014 et 2018 qui n'étaient pas inclus dans les cycles précédents. Notre utilisation d'un indice de rang proportionnel (score fondé sur la méthode « ridit ») pour estimer le statut socioéconomique tient compte de ce facteur et harmonise la variable en conséquence.
3. Des mesures binaires du sexe (masculin/féminin) ont été utilisées de 2002 à 2014, ce qui excluait ou représentait mal les adolescents qui ne s'identifiaient ni à l'un ni à l'autre. L'enquête de 2018 permettait une option de réponse non binaire (« aucun de ces termes ne me décrit »), comme le feront les cycles futurs.





## Conclusions

---

Cinq cycles d'enquête de l'Enquête HBSC du Canada révèlent une augmentation des inégalités en matière de santé entre les groupes socioéconomiques et entre les genres, entre 2002 et 2018.

Le fardeau de la mauvaise santé s'est déplacé vers les adolescents défavorisés en ce qui concerne l'excès de poids, les symptômes physiques, la faible satisfaction de vivre, et l'état de santé moyen ou mauvais.

Les inégalités entre les genres ont augmenté en ce qui concerne les symptômes physiques et psychologiques fréquents et la faible satisfaction de vivre.

Des tendances similaires ont été rapportées dans la population adulte canadienne (Vahid Shahidi et coll., 2018) et chez les adolescents de plusieurs pays européens (Inchley, 2020).

La surveillance des inégalités en matière de santé chez les adolescents permet de définir des approches stratégiques visant à réduire ces écarts au début du parcours de vie.



# Méthodes

---

## Source des données

Les données ont été recueillies à partir de cinq cycles d'enquête (du 4<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> cycle) de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC), une étude multinationale de l'Organisation mondiale de la Santé qui porte sur la santé des élèves de 11 à 15 ans et qui est réalisée tous les quatre ans.

Les buts principaux de l'enquête HBSC sont de comprendre la santé et le bien-être des jeunes et d'éclairer l'élaboration des politiques en matière d'éducation et de santé et des programmes de promotion de la santé à l'échelle nationale et internationale (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

Des classes d'écoles admissibles d'un bout à l'autre du Canada ont été sélectionnées au hasard et invitées à participer à l'étude. Les données ont été recueillies en milieu scolaire au moyen d'un échantillonnage aléatoire en grappes en deux étapes représentatif à l'échelle nationale d'adolescents de la 6<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada.

## Mesures

Les questionnaires comprenaient une mesure en six points des biens matériels du foyer (échelle d'aisance familiale de l'Enquête HBSC), à savoir le nombre de voitures, le fait d'avoir sa propre chambre, le nombre d'ordinateurs à la maison, le nombre de salles de bain, les vacances en famille au cours de l'année écoulée et le fait d'avoir un lave-vaisselle. Les réponses ont été compilées dans un indice de rang proportionnel de privation matérielle dans la famille, allant d'un score de 0 (privation la plus faible) à un score de 1 (privation la plus forte) avec une moyenne de 0,5 (Elgar et coll., 2017).

Les questionnaires comprenaient également des mesures de l'activité physique (pratique de 60 minutes ou plus d'une activité physique modérée à vigoureuse chaque jour au cours de la semaine précédente), des valeurs autodéclarées de taille et de poids, huit symptômes psychologiques et physiques (Gariépy et coll., 2016), et des mesures de la satisfaction de vivre (Cantril, 1965) et de l'état de santé (moyen, mauvais, bon ou excellent).

## Analyses statistiques

Nous avons évalué les différences en matière de santé entre les groupes socioéconomiques et entre les genres dans six domaines de la santé. La mesure du statut socioéconomique a permis de calculer des indicateurs basés sur la régression des inégalités socioéconomiques (Mackenbach et Kunst, 1997). Le statut socioéconomique a été utilisé comme paramètre d'interaction avec le cycle d'enquête afin d'évaluer les tendances significatives en matière d'inégalités socioéconomiques au fil du temps, tout en tenant compte de l'âge, du genre et de la structure familiale dans des modèles de régression multiniveaux. L'analyse de l'inégalité entre les genres a utilisé le genre comme paramètre d'interaction avec le cycle d'enquête pour évaluer les tendances significatives de l'inégalité au fil du temps, tout en tenant compte de l'âge, du statut socioéconomique et de la structure familiale dans des modèles de régression multiniveaux. Des coefficients de pondération ont été appliqués pour s'assurer que les résultats étaient représentatifs de la population canadienne et pour équilibrer l'importance de chaque cycle d'enquête dans l'analyse. Toutes les analyses ont utilisé une pondération normalisée pour tenir compte des variations de l'échantillonnage et un niveau de signification fixé à  $p < 0,05$ , et ont été effectuées dans Stata 16.0 (Stata Press, 2019).

## Bibliographie

---

- Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2020). *La santé des jeunes Canadiens : Conclusions de l'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/jeunes-conclusions-enquete-comportements-sante-jeunes-age-scolaire.html>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., et Hayatbakhsh, R. (2014). « Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol 48, n° 7, p. 606-616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*, Rutgers University Press, Nouveau-Brunswick.
- Choi, B. C. K., et Pak, A. W. P. (2005). « A catalog of biases in questionnaires », *Preventing Chronic Disease*, vol. 2, A13.
- Eikemo, T. A., Skalická, V., et Avendano, M. (2009). « Variations in relative health inequalities: are they a mathematical artefact? », *International Journal for Equity in Health*, vol. 8, n° 32. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-32>
- Elgar, F. J., Pfortner, T. K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., et Currie, C. (2015). « Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: A time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study », *The Lancet*, vol. 385, n° 9982, p. 2088-2095. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61460-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61460-4)
- Elgar, F. J., Xie, A., Pfortner, T.-K., White, J., et Pickett, K. E. (2017). « Assessing the view from bottom: How to measure socioeconomic position and relative deprivation in adolescents », dans *SAGE Research Methods Cases (Vol. Part 2)*, SAGE.
- Gariépy, G., et Elgar, F. J. (2016). « Tendances des symptômes psychologiques chez les adolescents canadiens de 2002 à 2014: Différences socioéconomiques et selon le sexe », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 61, n° 12, p. 797-802. <https://dx.doi.org/10.1177%2F0706743716670130>
- Gariépy, G., McKinnon, B., Sentenac, M., et Elgar, F. J. (2016). « Validity and reliability of a brief symptom checklist to measure psychological health in school-aged children », *Child Indicators Research*, vol. 9, n° 2, p. 471-484.
- Hu, Y., van Lenthe, F. J., Borsboom, G. J., Looman, C. W., Bopp, M., Burström, B., Dzúrová, D., Ekholm, O., Klumbiene, J., Lahelma, E., Leinsalu, M., Regidor, E., Santana, P., de Gelder, R., et Mackenbach, J. P. (2016). « Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 70, n° 7, p. 644-652.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A. et coll. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*, Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Keeley, B. (2015). *Inégalités de revenu : l'écart entre les riches et les pauvres*, Les essentiels de l'OCDE, Paris, Éditions OCDE.

- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Menvielle, G., Bopp, M., Borrell, C., Costa, G., Deboosere, P., Esnaola, S., Kalediene, R., Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Regidor, E., Rodriguez-Sanz, M., Strand, B. H., Hoffmann, R., Eikemo, T. A., Östergren, O., Lundberg, O., pour les consortiums Eurothine et EURO-GBD-SE (2015). « Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 69, n° 3, p. 207-206.
- McCartney, G., Collins, C., et Mackenzie, M. (2013). « What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? », *Health Policy*, vol. 113, n° 3, p. 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.021>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., Wickremarathne, D., Barroso, C., Bhutta, Z., Fatusi, A. O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F., et Viner, R. M. (2016). « Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing », *The Lancet*, vol. 387 (n° 10036), p. 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00579-1)
- Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., et Pikhart, H. (2014). « Social inequalities in early childhood health and development: A European-wide systematic review », *Pediatric Research*, vol. 76, n° 5, p. 418-424. <https://doi.org/10.1038/pr.2014.122>
- Shahidi, Vahid, F., Muntaner, C., Shankardass, K., Quiñonez, C., et Siddiqi, A. (2018). « Widening health inequalities between the employed and the unemployed: A decomposition of trends in Canada (2000-2014) », *PloS one*, vol. 13, n° 11, e0208444. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0208444>



## Remerciements

---

- L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC) est une étude internationale menée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, Région européenne (OMS/Europe). La coordonnatrice à l'échelle internationale de l'Enquête HBSC était Joanna Inchley, Ph. D., (Université de Glasgow, Écosse) pour l'enquête de 2017-2018 et le gestionnaire de la banque de données était Oddrun Samdal, Ph. D., (Université de Bergen, Norvège). L'Enquête HBSC du Canada de 2017-2018 a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada; les chercheurs principaux étaient John Freeman, Ph. D., William Pickett, Ph. D., et Wendy Craig, Ph. D., (Université Queen's), et le coordonnateur national était Matthew King (Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's).

