



# Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé

Compte rendu



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-473-3 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé : compte rendu*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Pan-Canadian Dialogue to Advance the Measurement of Equity in Health Care: Proceedings Report*.

ISBN 978-1-77109-472-6 (PDF)

# Table des matières

Sommaire .....	4
Contexte .....	6
Établir un consensus sur les principaux facteurs de stratification .....	8
Aperçu.....	8
Sondage préalable .....	9
Critères pour l'exercice d'évaluation préalable de l'ICIS.....	9
Compte rendu du dialogue .....	12
Discussion sur les résultats du sondage .....	12
Tour de table itératif .....	13
Séance plénière.....	14
Groupes de travail : exercice de segmentation et de sélection de 6 facteurs .....	14
Exemple des résultats d'un groupe pour l'exercice de segmentation .....	15
Trouver des façons d'avoir accès à ces facteurs de stratification .....	17
Aperçu.....	17
Accessibilité des facteurs de stratification de l'équité à des fins d'analyse à l'échelle nationale .....	17
Accès aux facteurs de stratification : défis et occasions .....	24
Idées pour aller de l'avant .....	27
Transfert des connaissances et mobilisation des intervenants .....	27
Élaboration et mise en œuvre des facteurs de stratification.....	28
Annexe A : Ordre du jour du dialogue .....	30
Annexe B : Liste des participants .....	32
Annexe C : Glossaire .....	35
Annexe D : Facteurs de stratification de l'équité relevés dans la littérature .....	38
Annexe E : Résultats du sondage préalable.....	43
Annexe F : Texte de remplacement pour les images .....	44
Références .....	48

## Sommaire

L'équité des soins de santé, sur le plan notamment de l'accès, de la qualité et des résultats des soins, est un élément important de la performance du système de santé. La mesure des inégalités en matière de santé et de soins de santé permet de cerner les différences que l'on estime être issues d'une injustice et que l'on peut corriger afin d'améliorer l'équité en santé au Canada. En 2015, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a diffusé une [série de produits](#)<sup>1-3</sup> qui rendait compte d'inégalités importantes et persistantes liées au revenu dans le secteur de la santé et des soins de santé. Les consultations menées tout au long du projet, ainsi que les récents travaux de planification stratégique<sup>4</sup> de l'ICIS, ont fait ressortir l'importance de l'équité des soins de santé. Ces consultations ont également révélé que, malgré une volonté d'améliorer l'équité dans l'ensemble des provinces et des territoires, les méthodes utilisées pour mesurer les inégalités en matière de santé et de soins de santé varient et il y aurait lieu d'élaborer et d'utiliser des normes communes.

En sa qualité de facilitateur et de source fiable de normes de données, l'ICIS a organisé un dialogue pancanadien le 22 mars 2016 pour faire progresser la mesure de l'équité des soins de santé. Cet événement a rassemblé 37 participants de 12 provinces et territoires, à savoir des praticiens et représentants des ministères de la Santé, des conseils de la qualité, des régions sanitaires, des universités, des organismes nationaux et du gouvernement fédéral.

Le dialogue visait à

- établir un consensus sur les principaux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé;
- trouver des façons de consulter ou de recueillir ces facteurs de stratification, et cerner les défis et les occasions qu'ils représentent;
- contribuer à l'élaboration d'un plan d'action visant l'amélioration de la mesure de l'équité des soins de santé au Canada.

À l'issue d'une série d'exercices de concertation, les participants ont défini les principaux facteurs de stratification suivants comme étant prioritaires pour la mesure de l'équité des soins de santé :

- l'âge
- le sexe
- l'emplacement géographique
- le revenu
- la scolarité
- l'identité autochtone
- l'origine ethnique ou le groupe racial

D'autres facteurs de stratification ont obtenu des notes élevées, notamment le logement, l'invalidité, la langue, l'assurance-maladie, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle. Ils doivent cependant faire l'objet d'une analyse plus approfondie. Enfin, les participants ont accordé de faibles notes aux facteurs de stratification suivants : la composition du ménage, la situation de famille, le pays de naissance, la profession, l'emploi, la richesse et la religion. Ces facteurs ne seront donc pas inclus dans la liste des principaux facteurs de stratification.

Une fois les exercices de concertation terminés, des discussions avec un groupe d'experts et des séances plénières ont permis d'examiner les occasions et les défis liés à l'accès aux facteurs de stratification de l'équité à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale. Voici quelques-unes des principales constatations :

- Les facteurs de stratification de l'équité sont accessibles de 3 façons, soit
  - par intégration aux sources de données;
  - par couplage de données à l'échelle individuelle;
  - par couplage de données à l'échelle régionale.
- Des activités de collecte et de couplage de données sont déjà en cours à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale ainsi qu'à l'échelle de la prestation des soins. Les initiatives mises en place par le Centre manitobain des politiques en matière de santé (MCHP) et par le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto permettent le partage d'exemples de réussite et de leçons tirées.
- Grâce à son programme de couplage d'enregistrements, Statistique Canada devrait parvenir à coupler les sources de données sur la santé et les sources de données sociales à l'échelle individuelle. Par exemple, Statistique Canada a couplé les données de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) de l'ICIS à celles du recensement, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), du Fichier d'établissement des immigrants et des fichiers d'impôt. Des efforts sont actuellement déployés pour que ces fichiers de données soient accessibles par l'intermédiaire des Centres de données de recherche, dans la mesure du possible.
- Les besoins en matière de mesure diffèrent d'un niveau de déclaration à l'autre. Là où il y a chevauchement, l'établissement de normes de mesure permettrait le cumul et les comparaisons à de multiples échelons et dans l'ensemble des provinces et des territoires.
- La mobilisation des intervenants doit être continue de façon à favoriser l'adhésion et à éviter les obstacles à l'utilisation des données.

Les participants ont ensuite avancé des idées au sujet des prochaines étapes à suivre à court et à long terme une fois le dialogue terminé. Ces idées ont surtout porté sur le transfert des connaissances et la mobilisation des intervenants ainsi que sur l'élaboration et la mise en œuvre des facteurs de stratification. L'ICIS doit étudier les activités clés suivantes en partenariat avec d'autres organismes, les provinces et les territoires :

- mobiliser un plus grand nombre d'intervenants afin de convenir des principaux facteurs de stratification de l'équité;
- former des groupes de travail en vue de peaufiner et de réviser la définition des facteurs de stratification, mais également d'en préciser les objectifs sur le plan des politiques, de la pratique et de la gestion du système;
- favoriser la mise en commun des exemples de réussite et des leçons tirées pour faire progresser la collecte et l'utilisation de données comparables sur les facteurs de stratification de l'équité.

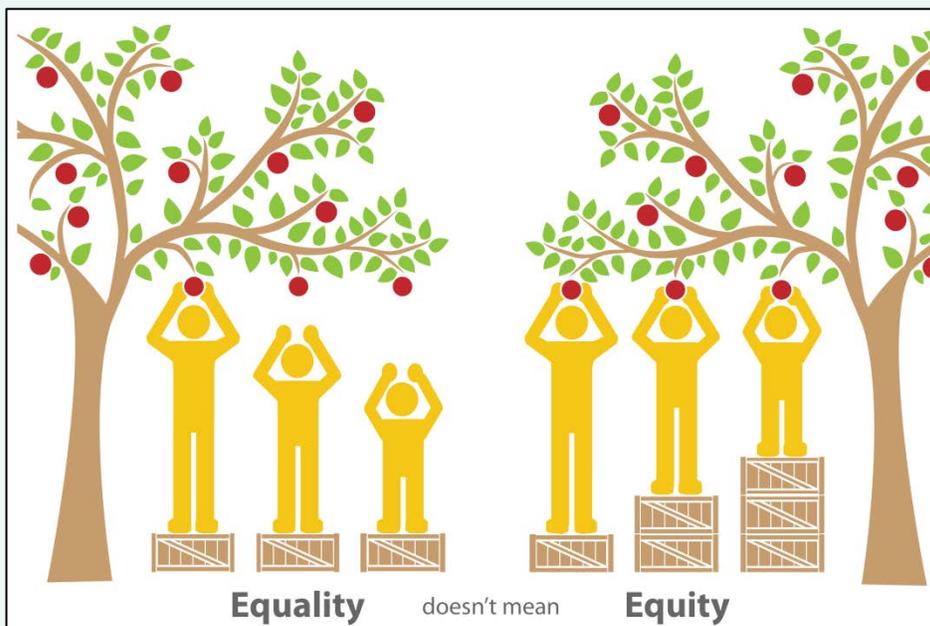
## Contexte

Une dynamique est en train de se créer au pays pour résoudre l'iniquité en matière de santé et de soins de santé. À bien des égards, cette résolution repose d'abord sur les données. La mesure des inégalités (ou différences) entre les groupes de population au chapitre de la santé et des soins de santé peut servir de point de départ. Elle permettra de déterminer si ces inégalités sont injustes et s'il est possible de les corriger pour parvenir à l'équité en santé (voir l'encadré 1). Le terme « équité » est fréquemment employé dans le présent rapport, puisque la mesure des inégalités jette les bases d'une meilleure compréhension de l'équité au Canada.

Au cours des 10 dernières années, de nombreux efforts ont été déployés pour rendre compte des inégalités en santé à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale<sup>1, 5-8</sup>. Au Canada comme à l'étranger, des initiatives ont récemment été mises en place en vue de la collecte de données sociodémographiques au point de service. Ces données servent à orienter la prestation de soins aux populations vulnérables<sup>9-12</sup>. À l'échelle du système, la mesure des inégalités peut attirer l'attention sur des champs d'action et permettre l'évaluation des interventions.

## Définition de l'équité en santé

L'**équité en santé** s'entend de l'état d'idéal où chaque personne est en mesure de réaliser pleinement son potentiel de santé, peu importe son lieu de résidence, ses caractéristiques personnelles ou ses avoirs<sup>13</sup>.



Traduction libre : L'égalité et l'équité sont distinctes.

© 2015, Région sanitaire de Saskatoon

L'ICIS a constaté qu'il y avait une volonté d'améliorer l'équité en santé dans l'ensemble des provinces et des territoires, mais également un certain manque d'unité quant aux méthodes utilisées pour mesurer les inégalités en matière de santé et de soins de santé. Pour établir des comparaisons à tous les échelons du système et dans l'ensemble des provinces et des territoires, il faut d'abord se concerter, établir des normes pour définir les principaux facteurs de stratification qui serviront à mesurer l'iniquité, et renforcer l'accès aux données.

À cette fin, l'ICIS a tenu un dialogue pancanadien avec des intervenants le 22 mars 2016 dans le but de faire progresser la mesure de l'équité des soins de santé (voir l'annexe A pour consulter l'ordre du jour). Le dialogue était axé sur l'équité des soins de santé, sur le plan notamment de l'accès, de la qualité et des résultats des soins. La mesure de l'équité des soins de santé se veut un premier pas vers l'équité en santé au Canada.

Des invitations à participer au dialogue ont été lancées à des personnes responsables de mesurer l'équité des soins de santé ou ayant une expertise en la matière. Au total, 37 participants ont pris part au dialogue. Ils représentaient des ministères de la Santé, des régions sanitaires, des professionnels de la santé, des conseils de la qualité en santé, des établissements universitaires de partout au pays, des organismes nationaux et le gouvernement fédéral (voir l'annexe B pour obtenir la liste des participants).

Le présent rapport résume les moyens utilisés pour atteindre un consensus et les résultats du dialogue avec les intervenants. L'information est organisée en fonction des 3 objectifs suivants :

1. Établir un consensus sur les principaux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé.
2. Trouver des façons de consulter ou de recueillir ces facteurs de stratification, et cerner les défis et les occasions qu'ils représentent.
3. Contribuer à l'élaboration d'un plan d'action visant l'amélioration de la mesure de l'équité des soins de santé au Canada.

La liste des principaux termes qui ont servi à établir le cadre de référence commun des participants figure à l'annexe C.

# Établir un consensus sur les principaux facteurs de stratification

## Aperçu

Des exercices de concertation ont permis de cerner les principaux facteurs de stratification qui serviront à mesurer l'équité des soins de santé :

- l'âge
- le sexe
- l'emplacement géographique
- le revenu
- la scolarité
- l'identité autochtone
- l'origine ethnique ou le groupe racial

D'autres facteurs de stratification ont été relevés, mais doivent faire l'objet d'une analyse plus approfondie : le logement, l'invalidité, la langue, l'assurance-maladie, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle. Enfin, les facteurs suivants ne sont plus envisagés à titre de principaux facteurs de stratification : la composition du ménage, la situation de famille, le pays de naissance, la profession, l'emploi, la richesse et la religion. La présente section décrit le processus de concertation sur les principaux facteurs de stratifications et résume les points saillants de la discussion.

Dans le présent contexte, un **facteur de stratification de l'équité**<sup>14</sup> désigne une variable qui rend compte d'une caractéristique démographique, sociale, économique, géographique ou autre et qui définit des sous-groupes de population pouvant servir à mesurer les inégalités liées à l'accès, à la qualité et aux résultats des soins. Une revue de la littérature a permis de cerner 22 facteurs de stratification qui ont ensuite fait l'objet d'un examen dans le cadre des exercices de concertation (voir l'annexe D).

## Sondage préalable

Comme coup d'envoi au processus de concertation sur les principaux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé, les personnes invitées à participer au dialogue (à l'exception du personnel de l'ICIS qui prenait part aux discussions) devaient répondre à un sondage préalable. Dans le cadre de ce sondage, les invités devaient attribuer une note à chacun des 22 facteurs de stratification qui avaient été relevés dans la littérature en fonction des 5 critères ci-dessous. Ces critères cadrent avec ceux utilisés par des organismes tels que l'Institute of Medicine dans le cadre d'exercices d'établissement de priorités semblables<sup>15-20</sup>.

### Critères pour l'exercice d'évaluation préalable de l'ICIS

- Qualité des éléments probants :** Des éléments probants de qualité (sur le plan qualitatif ou quantitatif) confirment que ce facteur de stratification est lié à l'accès, à la qualité ou aux résultats des soins de santé.
- Exploitabilité :** Le facteur de stratification définit une inégalité qui peut être corrigée par la mise en place de politiques ou de programmes d'intervention à l'échelle clinique ou à l'échelle du système de santé.
- Accessibilité et utilisation :** Une définition normalisée, valide et fiable du facteur de stratification existe et a déjà été utilisée pour mesurer les inégalités en matière de soins de santé au sein de votre province ou de votre territoire.

**Acceptabilité :** Les Canadiens fourniraient volontiers l'information relative à ce facteur de stratification sans s'inquiéter des questions de protection de la vie privée et de propriété des données.

**Pertinence :** Le facteur de stratification vise une population prioritaire au chapitre de l'amélioration de l'accès, de la qualité et des résultats des soins de santé au sein de votre province ou de votre territoire.

Au total, 25 personnes ont répondu au sondage. Dans l'ensemble, 92 % des répondants ont dit exercer (ou ont dit que leur organisme exerçait) des activités liées à la mesure de l'équité des soins de santé ou à la production de rapports sur le sujet.

Le tableau 1 présente un sommaire des résultats du sondage. L'âge et le sexe sont les facteurs de stratification qui ont reçu la note la plus élevée, tandis que la richesse et la religion ont obtenu les notes les plus faibles. En ce qui concerne plusieurs facteurs de stratification, notamment la richesse et la religion, plus de 20 % des répondants ont indiqué « je ne sais pas » plutôt que d'attribuer une note. À cet égard, l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle affichent la plus grande proportion de réponses « je ne sais pas ». Consultez l'annexe E pour connaître les résultats détaillés de l'exercice d'évaluation.

**Tableau 1** Facteurs de stratification selon la note générale médiane (ordre décroissant)

Facteur de stratification	Note médiane	Pourcentage de réponses « je ne sais pas »
Âge	4,7	9,6
Sexe	4,7	9,6
Emplacement géographique	4,7	8,0
Identité autochtone	4,0	10,4
Scolarité	4,0	8,8
Revenu	4,0	8,0
Assurance-maladie	4,0	21,6
Logement	3,8	16,8
Statut d'immigrant	3,8	12,0
Langue	3,6	17,6
Emploi	3,6	18,4
Invalidité	3,6	15,2
Pays de naissance	3,5	22,4
Groupe ethnique ou culturel	3,3	19,2
Orientation sexuelle	3,3	25,6
Identité sexuelle	3,2	26,4
Groupe de population	3,2	16,8
Composition du ménage	3,2	16,8
Situation de famille	3,0	17,6
Profession	3,0	21,6
Richesse	2,9	24,0
Religion	2,0	38,4

**Source**

Institut canadien d'information sur la santé. Sondage préalable au dialogue. 2016.

Les notes et le degré d'incertitude (mesuré par le pourcentage de réponses « je ne sais pas ») ont fait l'objet d'une synthèse visant à répartir les facteurs de stratification dans les 3 groupes suivants :

**Groupe A (notes élevées) :** sexe, âge, emplacement géographique, identité autochtone, scolarité, revenu

**Groupe B (notes moyennes ou pourcentage élevé de réponses « je ne sais pas »<sup>i</sup>) :** identité sexuelle<sup>i</sup>, orientation sexuelle<sup>i</sup>, pays de naissance<sup>i</sup>, statut d'immigrant, langue, groupe ethnique ou culturel, logement, emploi, profession<sup>i</sup>, richesse<sup>i</sup>, assurance-maladie<sup>i</sup>, invalidité, religion<sup>i</sup>

**Groupe C (notes faibles) :** groupe de population, composition du ménage, situation de famille

## Compte rendu du dialogue

Une série d'exercices de concertation en personne visant à établir les principaux facteurs de stratification qui feront progresser la mesure de l'équité des soins de santé a été organisée dans le cadre d'une rencontre d'une journée qui se tenait à Toronto, en Ontario (voir l'annexe A pour connaître l'ordre du jour). La section qui suit résume ce processus de concertation qui reposait sur les résultats du sondage.

### Discussion sur les résultats du sondage

Dans un premier temps, les résultats du sondage ont été présentés aux participants qui se sont dits d'accord avec les décisions suivantes :

- Les facteurs de stratification du groupe A (notes élevées et faible degré d'incertitude) ont été automatiquement envisagés à titre de principaux facteurs de stratification et une attention toute particulière leur a ensuite été accordée. Il s'agit du sexe, de l'âge, de l'emplacement géographique, de l'identité autochtone, de la scolarité et du revenu.
- Les facteurs de stratification du groupe B (notes moyennes ou fort degré d'incertitude) nécessitaient une analyse plus approfondie avant d'être envisagés à titre de principaux facteurs de stratification. Ils ont été pris en considération dans le cadre de l'exercice suivant, qui se voulait un tour de table itératif.

---

i. Un **pourcentage élevé de réponses « je ne sais pas »** correspond à plus de 20 %. Le calcul a été effectué selon le scénario type suivant : s'il y a un total de 20 répondants, le nombre maximal de notes pour un facteur de stratification est de 100 (une note pour chacun des 5 critères). Si 5 personnes ont chacune répondu « je ne sais pas » à 2 critères, le pourcentage de réponses « je ne sais pas » correspond à 10 % pour ce facteur de stratification.

- Les facteurs de stratification du groupe C (notes faibles et faible degré d'incertitude) ont été examinés comme suit :
  - Le groupe de population a soulevé une grande discussion. Il a été convenu que ce facteur de stratification devait être examiné plus en profondeur et passer du groupe C au groupe B. Les principaux points abordés incluaient les difficultés et l'importance d'entamer une discussion sur la discrimination raciale au Canada. Par ailleurs, une certaine confusion régnait quant à la différence entre le groupe de population (également appelé « groupe racial » ou « minorité visible ») et le groupe ethnique ou culturel.
  - Enfin, il n'a pas été question de réévaluer l'ajout de la situation de famille et de la composition du ménage aux principaux facteurs de stratification.

## Tour de table itératif

Dans un deuxième temps, les participants ont été invités à examiner la valeur des 14 facteurs de stratification du groupe B. L'exercice a pris la forme d'un tour de table itératif qui avait pour objectif de cerner les facteurs de stratification à inclure dans l'ensemble principal. Pour les besoins de l'exercice, des groupes de 2 à 3 personnes ont évalué la pertinence de chaque facteur de stratification du point de vue pancanadien, en accordant une attention particulière aux éléments suivants :

**Exploitabilité** : Dans quelle mesure les provinces et les territoires canadiens peuvent-ils remédier aux inégalités associées à ce facteur de stratification?

**Accessibilité et utilisation** : Dans quelle mesure les provinces et les territoires canadiens se servent-ils déjà de ce facteur de stratification pour mesurer les inégalités liées à l'accès, à la qualité et aux résultats des soins de santé?

**Acceptabilité** : Dans quelle mesure les Canadiens fourniraient-ils volontiers l'information relative à ce facteur de stratification sans s'inquiéter des questions de protection de la vie privée et de propriété des données?

Les participants ont inscrit leurs arguments pour chaque facteur de stratification sur des affiches qui ont ensuite été placardées sur les murs de la salle de réunion. Les participants ont ensuite fait le tour de la salle pour analyser tous les commentaires et se prononcer sur le transfert des facteurs de stratification au groupe A (c.-à-d. à l'ensemble des principaux facteurs de stratification).

Avant le début de l'exercice, les participants avaient fait remarquer que les arguments et le vote pouvaient grandement différer, selon que le facteur de stratification était envisagé du point de vue des soins cliniques ou de la performance du système de santé. Pour la tenue de l'exercice, l'animatrice a donc suggéré aux participants de préciser leur point de vue, si celui-ci était propre aux soins cliniques ou à la performance du système de santé.

## Séance plénière

Après le tour de table itératif, les participants ont discuté des résultats du vote<sup>ii</sup>. Ils ont convenu de mettre de côté les facteurs de stratification qui ont obtenu moins de 3 votes. Par conséquent, les facteurs de stratification suivants n'ont plus fait l'objet d'aucune autre discussion :

- richesse
- profession
- religion
- pays de naissance

## Groupes de travail : exercice de segmentation et de sélection de 6 facteurs

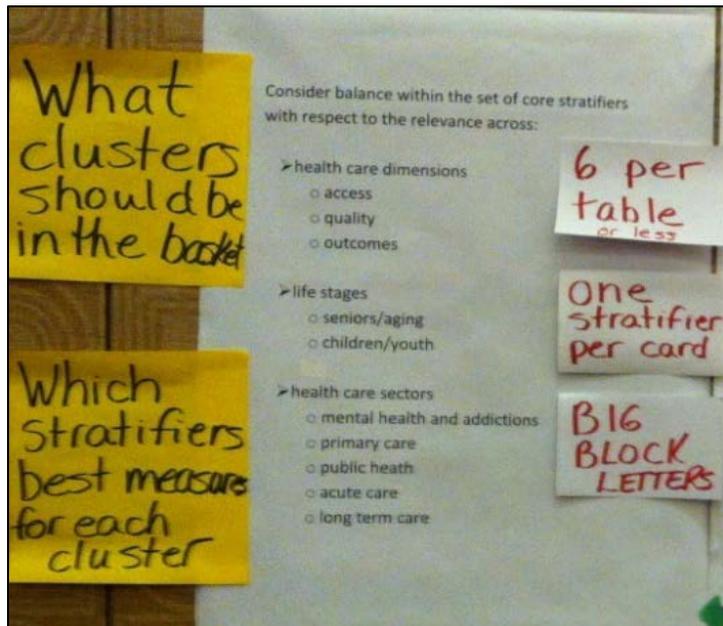
En groupes de 5 ou 6, les participants ont ensuite effectué un exercice de segmentation et de sélection de 6 facteurs dans le but d'analyser et de prioriser les facteurs de stratification retenus. Avant de commencer, ils ont convenu d'intégrer automatiquement l'âge et le sexe à l'ensemble des principaux facteurs de stratification puisqu'il s'agissait de données démographiques fondamentales. Ces 2 facteurs n'ont donc fait l'objet d'aucun autre examen. Les participants se sont plutôt penchés sur les facteurs initiaux du groupe A et sur ceux du groupe B retenus à l'issue du tour de table itératif, soit les suivants :

- revenu
- scolarité
- identité autochtone
- emplacement géographique
- logement
- assurance-maladie
- identité sexuelle
- langue
- invalidité
- orientation sexuelle
- statut d'immigrant
- emploi
- groupe de population
- groupe ethnique ou culturel

---

ii. Les résultats du vote et la synthèse des commentaires soulevés dans le cadre du tour de table itératif sont accessibles sur demande à [ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca).

**Figure 1** Directives relatives à l'exercice de sélection de 6 facteurs



**Source**

Bain K. Facilitator's report: pan-Canadian dialogue to advance the measurement of equity in health care, March 22, 2016. 2016.

Les participants devaient regrouper les facteurs de stratification par thèmes, comme l'illustre l'exemple ci-dessous. En tenant compte de cette segmentation, ils devaient ensuite sélectionner les 6 facteurs de stratification qu'ils estimaient être les plus importants. Ils devaient également s'assurer de préserver un équilibre entre les éléments suivants : les aspects des soins de santé (accès, qualité et résultats), les stades de la vie (aînés/vieillesse, enfants et jeunes) et les secteurs des soins de santé (santé mentale et toxicomanie, soins de santé primaires, santé publique, soins de courte durée, soins de longue durée) (voir la figure 1).

## Exemple des résultats d'un groupe pour l'exercice de segmentation

**Caractéristiques**

**démographiques :**

âge, sexe

**Accès social :**

identité sexuelle, orientation sexuelle, statut d'immigrant, langue, groupe ethnique ou culturel, groupe de population, identité autochtone, invalidité

**Accès matériel :**

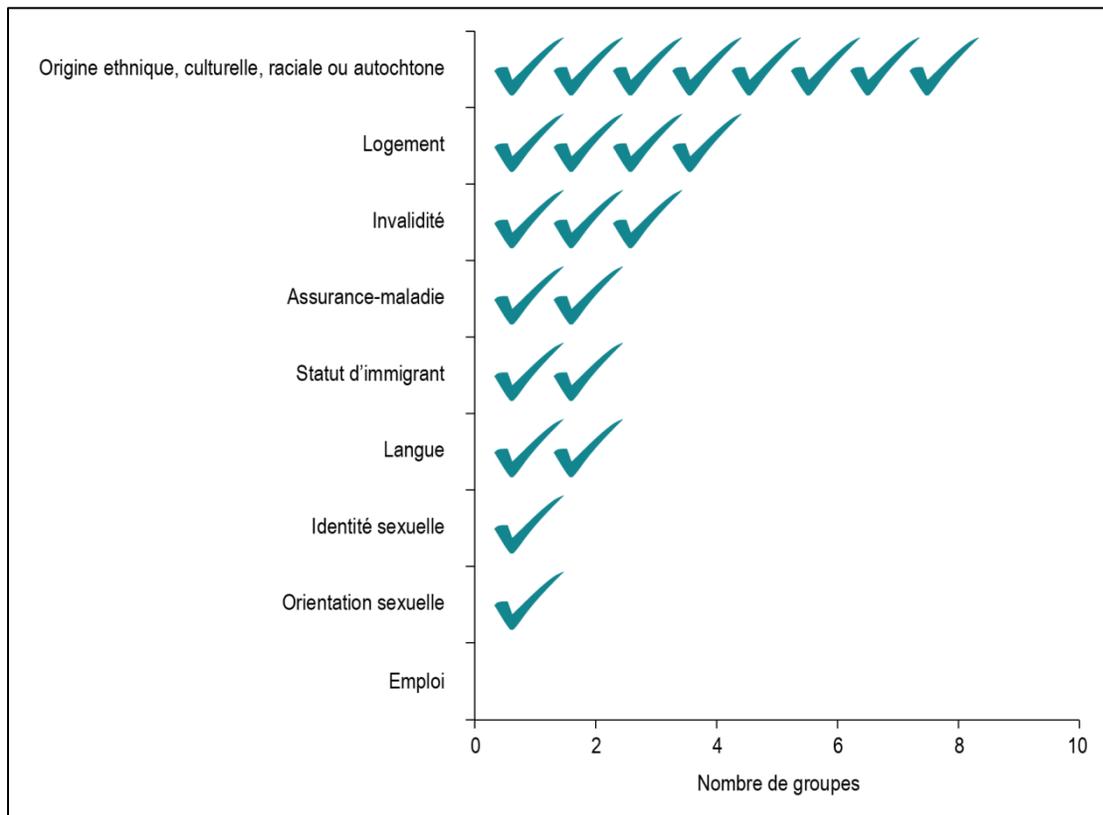
revenu, scolarité, logement, assurance-maladie, emploi

**Emplacement géographique :**

emplacement géographique

Comme l'indique la figure 2, les résultats de l'exercice de sélection ont confirmé que les participants appuient l'ajout d'un facteur lié au groupe ethnique ou racial à l'ensemble des principaux facteurs de stratification. Selon de nombreux participants, les renseignements sur l'identité autochtone devraient être inclus dans ce facteur de stratification. Aucun groupe n'a sélectionné l'emploi; ce facteur ne sera donc pas inclus. L'exercice a suscité bien des débats. De nombreux participants ont trouvé difficile de limiter leur choix à 6 facteurs de stratification. La séance plénière a révélé que les participants aimeraient continuer à discuter d'autres facteurs de stratification d'importance, notamment le logement, l'invalidité, la langue, l'assurance-maladie, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle. De l'avis d'un participant, bien que l'établissement des principaux facteurs de stratification soit prioritaire, car ces facteurs permettent d'élargir et d'améliorer la production de rapports sur l'équité des soins de santé à l'échelle pancanadienne, l'exploration de facteurs de stratification susceptibles d'être plus pertinents pour la production de rapports dans un contexte local pourrait également s'avérer nécessaire.

**Figure 2** Résultats de l'exercice de sélection de 6 facteurs



**Source**

Bain K. Facilitator's report: pan-Canadian dialogue to advance the measurement of equity in health care, March 22, 2016. 2016.

# Trouver des façons d'avoir accès à ces facteurs de stratification

## Aperçu

La présente section donne un aperçu des approches permettant d'accéder aux données des facteurs de stratification dans le but de produire des rapports pancanadiens sur l'équité des soins de santé. Elle présente aussi une analyse des occasions et des défis que soulève un accès élargi à des données comparables sur les facteurs de stratification dans l'ensemble des banques de données sur la santé.

## Accessibilité des facteurs de stratification de l'équité à des fins d'analyse à l'échelle nationale

Les approches suivantes permettent d'accéder aux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé :

**Intégration des facteurs de stratification aux sources de données :** recueillir des données sur les facteurs de stratification de l'équité dans le cadre de la collecte des données administratives ou d'enquête. Par exemple, en Australie, les hôpitaux sont tenus de recueillir auprès des patients des données sur l'âge, le sexe, la région de résidence habituelle et l'identité autochtone<sup>21</sup>.

**Couplage de données à l'échelle individuelle :** coupler les données sur les soins de santé dispensés à la personne et les données sur les facteurs de stratification de l'équité associés à cette même personne. Pour ce faire, il faut utiliser un identificateur unique personnel, par exemple le numéro d'assurance-maladie provincial, ou utiliser une méthodologie de couplage probabiliste pour établir une correspondance entre plusieurs identificateurs personnels non uniques. Par exemple, en Suède, les données issues de 5 registres relatifs à la santé et de plus de 100 registres nationaux relatifs à la qualité peuvent être couplées à des données telles que le revenu, le pays de naissance, la profession et l'emplacement géographique grâce à l'identificateur unique à 10 caractères attribué à chaque résident suédois<sup>22-25</sup>.

**Couplage de données à l'échelle régionale :** les données individuelles sur les soins de santé peuvent être couplées à des données agrégées sur les facteurs de stratification de l'équité (p. ex. le revenu, la scolarité, le statut d'immigrant ou l'identité autochtone) par régions (p. ex. les aires de diffusion de Statistique Canada) à l'aide du code postal.

L'accessibilité des données sur les facteurs de stratification de l'équité varie dans les banques de données de l'ICIS et ces données se limitent généralement à l'âge et au sexe (voir le tableau 2). Qui plus est, dans les cas où les banques de données intègrent d'autres facteurs de stratification,

- ceux-ci ne sont pas toujours saisis de façon uniforme dans l'ensemble des banques de données;
  - Par exemple, le nombre de catégories de réponses pour le facteur de stratification relatif à la scolarité varie de 7 à 9.
- la qualité ou la couverture des données ne sont pas uniformes;
  - Par exemple, bien que l'identité autochtone figure dans le Système d'information sur les soins de longue durée, le pourcentage de données manquantes varie — moins de 2 % au Manitoba et en Saskatchewan, mais plus de 10 % dans toutes les autres provinces (allant de 14 % en Nouvelle-Écosse à 100 % en Alberta).

**Tableau 2** Données individuelles sur les facteurs de stratification de l'équité intégrées aux banques de données de l'ICIS

Catégorie	Source des données de l'ICIS	Âge	Sexe	Emplacement géographique	Scolarité	Identité autochtone	Origine ethnique ou raciale	Sans-abri	Invalité	Langue	Population non assurée (sans carte d'assurance-maladie)	Orientation sexuelle	Situation de famille	Statut d'emploi	Soutien social (informel)
Soins hospitaliers et de courte durée	Base de données sur les congés des patients (BDCP)	d.	d.	d.	n.d.	d.p.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (Québec seulement)	d.	d.	d.	n.d.	d.p.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	d.	d.	d.	d.p.	d.p.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens (SDEPC)	d.	d.	n.d.	d.	d.	d.	n.d.	n.d.	d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.

Catégorie	Source des données de l'ICIS	Âge	Sexe	Emplacement géographique	Scolarité	Identité autochtone	Origine ethnique ou raciale	Sans-abri	Invalité	Langue	Population non assurée (sans carte d'assurance-maladie)	Orientat-ion sexuelle	Situation de famille	Statut d'emploi	Soutien social (informel)
Soins de santé primaires et médicaux	Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients (FMPEP)	d.	d.	d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Normes relatives au contenu des DME en lien avec les soins de santé primaires	d.	d.	d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Médicaments	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)	d.	d.	d.p.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Catégorie	Source des données de l'ICIS	Âge	Sexe	Emplacement géographique	Scolarité	Identité autochtone	Origine ethnique ou raciale	Sans-abri	Invalidité	Langue	Population non assurée (sans carte d'assurance-maladie)	Orientat-ion sexuelle	Situation de famille	Statut d'emploi	Soutien social (informel)
<b>Registres sur les maladies et les interventions chirurgicales</b>	Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)	d.	d.	d.	n.d.	d.	d.	n.d.	n.d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Registre ontarien des traumatismes (ROT), fichier étendu	d.	d.	d.	n.d.	n.d.	n.d.	d.	n.d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)	d.	d.	d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	d.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Services à domicile et soins de longue durée</b>	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)	d.	d.	d.	d.	d.p.	n.d.	n.d.	d.	d.	d.p.	n.d.	d.	n.d.	n.d.
	Système d'information sur les services à domicile (SISD)	d.	d.	d.	d.	d.	n.d.	n.d.	d.	d.	d.p.	n.d.	d.	n.d.	n.d.

Catégorie	Source des données de l'ICIS	Âge	Sexe	Emplacement géographique	Scolarité	Identité autochtone	Origine ethnique ou raciale	Sans-abri	Invalité	Langue	Population non assurée (sans carte d'assurance-maladie)	Orientat-ion sexuelle	Situation de famille	Statut d'emploi	Soutien social (informel)
Santé mentale et réadaptation	Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)	d.	d.	d.	n.d.	d.	n.d.	d.	d.	d.	d.p.	n.d.	n.d.	d.	d.
	Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)	d.	d.	d.	d.	d.	n.d.	d.	d.	d.	d.p.	n.d.	d.	d.	d.

#### Remarques

DME : dossier médical électronique.

L'emplacement géographique désigne le code postal de la résidence.

Les facteurs de stratification, tels que le revenu, qui ne sont pas saisis comme des éléments de données individuels dans les banques de données de l'ICIS ne sont pas inclus dans le présent tableau.

La mention « d. » indique la disponibilité d'un ensemble de référence pour le facteur de stratification dans la Norme relative au contenu du DME en lien avec les soins de santé primaires (version 3.0, publiée en avril 2014).

#### Légende

d. : disponible.

n.d. : non disponible.

d.p. : données partielles (c.-à-d. que les données ne sont pas complètes ou nécessitent une validation supplémentaire, ou encore que le taux de non-réponse est élevé).

#### Source

Institut canadien d'information sur la santé. [Banques de données](#). 2016.

À ce jour, la production de rapports pancanadiens sur l'équité des soins de santé a principalement reposé sur le couplage de données régionales (p. ex. les taux d'hospitalisation en fonction du revenu du quartier dans l'[outil interactif sur les inégalités en santé](#) et la [publication en ligne Indicateurs de santé](#) de l'ICIS). Le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de Statistique Canada est une source importante de mesures régionales au Canada. Il met en lien le code postal résidentiel à 6 caractères de la personne et les renseignements sociodémographiques recueillis dans le cadre du recensement canadien, regroupés par régions géographiques normalisées (comme les aires de diffusion et les secteurs de recensement)<sup>26</sup>. Grâce à ce couplage, les données individuelles sur la santé peuvent être analysées en fonction de facteurs de stratification régionaux comme le revenu, la défavorisation matérielle, le statut d'immigrant, l'identité autochtone et le type de collectivité (urbaine ou rurale). Les mesures régionales permettent également de calculer les indices de défavorisation au Canada (voir l'encadré 2).

## Indices de défavorisation en tant qu'éventuels facteurs de stratification

L'**indice de défavorisation matérielle et sociale de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)** est constitué de 3 indicateurs matériels et de 3 indicateurs sociaux dérivés des recensements canadiens. Les 3 indicateurs matériels sont la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, le rapport emploi/population des personnes âgées de 15 ans et plus et le revenu moyen des personnes âgées de 15 ans et plus. Les 3 indicateurs sociaux sont la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent seules, la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui sont séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales<sup>27</sup>.

L'**indice de marginalisation canadien** comporte 4 dimensions de la marginalisation : la défavorisation matérielle, l'instabilité résidentielle, la dépendance et la concentration ethnique<sup>28</sup>.

L'**indice de défavorisation à l'échelle des quartiers de la région de Vancouver** intègre 7 variables : la proportion de résidents âgés de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires, la proportion de résidents âgés de 20 ans et plus ayant un diplôme universitaire, le taux de chômage, la proportion de familles monoparentales, le revenu moyen, la proportion de propriétaires et le ratio d'emploi<sup>29</sup>.

## Accès aux facteurs de stratification : défis et occasions

Dans le cadre du dialogue, les discussions avec le groupe d'experts et les séances plénières ont permis d'aborder les occasions et les défis que présentaient (à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale) la collecte et le couplage de données comme moyens d'accès aux facteurs de stratification de l'équité.

À l'échelle nationale, un expert de Statistique Canada mentionnait que grâce à son programme de couplage d'enregistrements, l'organisme était en voie de coupler les sources de données sur la santé et les sources de données sociales à l'échelle individuelle de façon à répondre aux besoins futurs en matière d'information. Le nouvel Environnement de couplage de données sociales permet à Statistique Canada de lier des enregistrements à l'échelle de diverses données sociales et économiques, y compris les données administratives et d'enquête. Statistique Canada a également couplé les données de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) à celles du recensement<sup>iii</sup>, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)<sup>iv</sup>, du Fichier d'établissement des immigrants et des fichiers d'impôt. Le tableau 3 présente des exemples de facteurs de stratification accessibles au moyen de l'ESCC et du recensement. Des efforts sont par ailleurs déployés pour que ces fichiers de données soient accessibles par l'intermédiaire des Centres de données de recherche de Statistique Canada, dans la mesure du possible. Enfin, il y a moyen de tirer parti des normes et des définitions actuellement de Statistique Canada pour améliorer l'uniformité de la collecte et de la déclaration de données dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens.

---

iii. Variables associées au couplage de la BDCP et du recensement : date de naissance, sexe, code postal résidentiel.

iv. Variables associées au couplage de la BDCP et de l'ESCC : date de naissance, sexe, code postal résidentiel, numéro d'assurance-maladie, province émettrice du numéro d'assurance-maladie.

**Tableau 3** Facteurs de stratification de l'équité intégrés au questionnaire détaillé du Recensement de 2006 et à l'ESCC

Facteur de stratification	Recensement de 2006 (questionnaire détaillé)	ESCC
Âge	d.	d.
Sexe	d.	d.
Emplacement géographique	d.	d.
Revenu	d.	d.
Scolarité	d.	d.
Identité autochtone	d.	d.
Groupe ethnique ou culturel	d.	d.
Groupe de population (minorités visibles)	d.	d.
Sans abri	d.	n.d.
Invalidité	d.	d.
Langue	d.	d.
Population non assurée (sans carte d'assurance-maladie)	n.d.	n.d.
Orientation sexuelle	n.d.	d.
Situation de famille	d.	d.
Statut d'emploi	d.	d.
Identité sexuelle	n.d.	n.d.
Pays de naissance	d.	d.
Statut d'immigrant	d.	d.
Composition du ménage	d.	d.
Profession	d.	d.
Richesse	d.	n.d.
Religion	n.d.	n.d.

**Remarque**

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

**Légende**

d. : disponible.

n.d. : non disponible.

**Sources**Statistique Canada. [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\) — 2016](#). 2016.Statistique Canada. [Recensement 2006 — 2B \(formulaire long\)](#). 2010.

À l'échelle provinciale, le Centre manitobain des politiques en matière de santé (MCHP) utilise les données tirées de son programme de recherche sur les voies de l'équité en santé pour les enfants<sup>30</sup> et de son répertoire de données de recherche sur la santé de la population<sup>31</sup> pour orienter l'équité des soins de santé. Un expert du MCHP a indiqué que le répertoire de données du MCHP permet aux chercheurs de coupler des données individuelles sur les résidents manitobains à l'échelle de plusieurs domaines, comme celui de la santé, des services sociaux, de l'éducation, de la justice et des données d'enquête de Statistique Canada. Toutefois, en ce qui concerne l'analyse du revenu, le MCHP s'appuie encore sur des données régionales. Or ces données présentent certaines limites, spécialement dans le cas d'une analyse axée sur les populations rurales. Le couplage d'enregistrements semble très prometteur. Il pourrait faciliter les travaux visant l'équité en santé à l'échelle provinciale et territoriale. Toutefois, l'adhésion des ministères demeure essentielle pour assurer la mise en correspondance des bases de données sur la santé et des bases de données sociales.

À l'échelle régionale, un expert du RLISS du Centre-Toronto a parlé des efforts déployés par son organisme pour recueillir des données sur l'équité en santé<sup>12</sup>. Il a également discuté des données dont le RLISS avait besoin pour assurer une bonne planification en matière de santé de la population. Les données se rapportent à 8 questions sociodémographiques. Les hôpitaux torontois sont tenus de le réaliser au point de service depuis 2013 et les centres de santé communautaire et les centres de santé familiale l'utilisent depuis peu. Le but est de consigner les données dans le dossier des patients afin d'orienter la prestation de soins. Le sondage doit être réévalué en dépit de ses quelques exemples de réussite. Il faut aussi en démontrer l'utilité aux planificateurs des hôpitaux et du secteur de la santé en diffusant des exemples qui rendent compte de la force de ses données. Pendant la période de mise en œuvre du sondage, il s'est avéré essentiel d'obtenir l'appui de la direction des hôpitaux pour résoudre les difficultés techniques associées à la consignation des données dans les dossiers médicaux électroniques (DME). L'expert a par ailleurs mentionné qu'il fallait rapidement établir des liens avec les populations autochtones pour éviter les délais et les obstacles à l'utilisation des données. Du point de vue de la planification en matière de santé de la population, les données pourraient être utilisées si elles étaient couplées à celles d'autres bases de données sur la santé, par l'intermédiaire notamment de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Les séances plénières ont également fait ressortir les éléments clés suivants :

- Les besoins en matière de mesure diffèrent d'un niveau de déclaration à l'autre (ensemble du pays, province, territoire, région et lieu de prestation des soins). Là où il y a chevauchement, il faut convenir de normes de mesure pour permettre le cumul et les comparaisons à tous les échelons et dans l'ensemble des provinces et des territoires.

- Les travaux de couplage de Statistique Canada peuvent renforcer la mesure de l'équité des soins de santé. Toutefois, les données couplées doivent être accessibles aux provinces et aux territoires, et les niveaux de déclaration doivent être pertinents pour les décideurs et les planificateurs du système de santé.
- La mobilisation des intervenants est nécessaire, car elle favorise l'adhésion et permet d'éviter les obstacles à l'utilisation des données. L'ICIS et Statistique Canada doivent unir leurs efforts pour solliciter la participation des intervenants en vue d'orienter les priorités, d'élaborer des définitions et d'établir des normes.
- Un accès accru aux données sur les soins de santé primaires (y compris aux données relatives à l'équité) permettrait de combler de grandes lacunes au Canada, puisque la plupart des interactions dans le système de santé se déroulent en soins de santé primaires.

## Idées pour aller de l'avant

Dans la dernière portion du dialogue, les participants ont discuté en petits groupes des éventuelles prochaines étapes à court et à long terme. Lors d'une séance plénière, ils ont envisagé l'intégration de ces idées au plan d'action que devra étudier l'ICIS de concert avec d'autres organismes, les provinces et les territoires.

Les idées avancées sont résumées et réparties dans les 2 catégories suivantes :

1. transfert des connaissances et mobilisation des intervenants
2. élaboration et mise en œuvre des facteurs de stratification

## Transfert des connaissances et mobilisation des intervenants

Idées ayant une portée à court terme

- Publier un compte rendu du dialogue, après examen et validation par les participants.
- Renforcer la mobilisation des intervenants. Inclure les collectivités autochtones, les groupes de patients, d'autres organismes pancanadiens (p. ex. l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et Inforoute Santé du Canada), le milieu de la recherche, les hauts dirigeants (p. ex. sous-ministres et sous-ministres adjoints) et les régions sanitaires.

- Communiquer la raison d'être de la mesure de l'équité en santé. Celle-ci doit tenir compte des divers besoins en matière d'information sur l'équité à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale ainsi qu'à l'échelle de la prestation des soins.
- Collaborer avec Statistique Canada et d'autres partenaires en vue d'élaborer ou d'adapter un cadre conceptuel de l'équité en santé. Celui-ci doit pouvoir s'appliquer au Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS, et prendre en considération la compréhension et la mesure de l'équité à l'échelle de divers domaines de la performance.
- Renforcer la gouvernance de ce projet. Comme le faisait remarquer un des participants : l'équité relève actuellement de tout le monde et de personne. Déterminer qui assurera la direction et qui interviendra à titre de collaborateur.

#### Idées ayant une portée à long terme

- Collaborer avec Statistique Canada, les provinces, les territoires et d'autres dépositaires dans le but d'établir des ententes de partage de données qui permettront de mesurer l'équité. Celles-ci devront également tenir compte des questions de protection de la vie privée et des lois.
- Entreprendre des activités de transfert des connaissances afin de guider l'utilisation des données sur l'équité à divers échelons (p. ex. les façons dont les données sur l'équité peuvent orienter les interventions cliniques et les améliorations apportées au système de santé dans les régions, les provinces et les territoires). Ces activités peuvent être les suivantes : communiquer l'information relative aux études de cas des utilisateurs précoces, former une communauté de pratique qui tire parti des réseaux existants de professionnels et de chercheurs, concevoir des guides d'utilisation à des fins de formation et assurer une présence en ligne.
- Établir une stratégie de communication qui cadre avec les priorités stratégiques et les intérêts politiques des principaux décideurs (p. ex. en établissant des liens avec les dépenses du système de santé).

## Élaboration et mise en œuvre des facteurs de stratification

#### Idées ayant une portée à court terme

- Revoir la définition normalisée des facteurs de stratification utilisés par l'ICIS, Statistique Canada et d'autres organismes.
- Cerner les sources de données actuelles et les lacunes en matière de données servant à mesurer les facteurs de stratification. Définir les obstacles et les défis liés à la collecte ou au couplage de ces données.

- Former des groupes de travail, au besoin, afin de préciser la définition des facteurs de stratification en fonction des besoins des intervenants et des résultats de la recherche.
- Préciser les objectifs de chaque facteur de stratification sur le plan des politiques, de la pratique et de la gestion du système.

#### Idées ayant une portée à long terme

- Établir des normes nationales en matière de facteurs de stratification de l'équité (au chapitre notamment de la définition, de l'opérationnalisation et de l'accès) en collaboration avec Statistique Canada et en consultation avec les intervenants (dispensateurs, responsables de l'élaboration des politiques, chercheurs, patients, groupes vulnérables, groupes communautaires).
- Définir et mettre en œuvre des approches visant à favoriser l'accès aux facteurs de stratification, par exemple modifier les sondages ou coupler les données issues de bases de données sur les services sociaux, la justice, le logement et la fiscalité. Il peut aussi être question d'intégrer les indices de défavorisation et les renseignements sur les facteurs de stratification aux DME en partenariat avec Inforoute Santé du Canada. En ce qui concerne la collecte de nouvelles données, solliciter la participation des personnes responsables de cette collecte.
- Choisir 1 ou 2 facteurs de stratification qui ne font pas l'objet d'une utilisation courante, mais dont l'exploitabilité pourrait être démontrée pour la mesure de l'iniquité en matière de soins de santé.

# Annexe A : Ordre du jour du dialogue

## Dialogue entre les intervenants canadiens — ICIS : faire avancer la mesure de l'équité des soins de santé

Objectifs de la réunion :

- Établir ensemble les principaux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé
- Trouver des façons d'avoir accès à ces facteurs de stratification, et cerner les défis et les occasions
- Contribuer à l'élaboration d'un plan d'action visant l'amélioration de la mesure de l'équité des soins de santé au pays

8 h 30

*Déjeuner continental (salle Alpine II)*

9 h

### Accueil et mot de bienvenue

- *Jean Harvey, Institut canadien d'information sur la santé*
- *D<sup>r</sup> Jeffrey Turnbull, Qualité des services de santé Ontario et Hôpital d'Ottawa*

9 h 15

### Table ronde et examen de l'ordre du jour

*Animatrice : Kimberly Bain*

9 h 30

### Ordre des priorités dans les facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé (accès, qualité et résultats) : pertinence à l'échelle nationale

*Exercice en groupe de travail animé par Kimberly Bain*

10 h 30

*Pause*

10 h 45

### Établir un consensus sur les principaux facteurs de stratification

Examiner l'équilibre entre les principaux facteurs de stratification

- Leur pertinence par rapport à 3 aspects des soins de santé (accès, qualité et résultats)
- Leur pertinence par rapport aux stades de vie (aînés/vieillessement et enfants/jeunes) et aux secteurs de la santé (santé mentale et toxicomanie, soins primaires, santé publique, soins de courte et de longue durée)

*Exercice en groupe de travail animé par Kimberly Bain*

12 h *Repas (salle Alpine II)*

12 h 45

### **Discussion sur l'accès aux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité**

Des experts régionaux, provinciaux et nationaux exprimeront leurs points de vue sur les nouveaux développements, les innovations et les défis associés à l'accès aux facteurs de stratification servant à mesurer l'équité des soins de santé.

Experts

- *Sophia Ikura, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto*
- *Nathan Nickel, Centre manitobain des politiques en matière de santé*
- *Claudia Sanmartin, Statistique Canada*
- *Sara Allin, Institut canadien d'information sur la santé*

*Points de vue des experts et discussion de groupe*

*Animatrice : Kimberly Bain*

13 h 45

### **Les principaux facteurs de stratification sous la loupe**

Les participants discuteront des moyens d'avoir accès aux principaux facteurs de stratification ainsi que des défis et occasions que présentent la mesure et la normalisation.

*Exercice en groupes de travail animés par Kimberly Bain*

14 h 15 *Pause*

14 h 30

### **Élaboration d'un plan d'action pour la mesure de l'équité des soins de santé au pays : occasions et obstacles**

*Groupes de travail et discussion animée par Kimberly Bain*

15 h 30

### **Continuer sur l'élan et étapes suivantes**

*Jean Harvey, Institut canadien d'information sur la santé, et Kimberly Bain*

**Remarque :** Prenez un moment pour remplir le formulaire de rétroaction.

16 h *Levée de la séance*

# Annexe B : Liste des participants

## Participants au dialogue

### **Sara Allin**

Chercheuse principale, Initiative sur la santé de la population canadienne  
Institut canadien d'information sur la santé

### **Nam Bains**

Gestionnaire, Direction de l'analytique en matière de santé  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

### **Dawn Bruyere**

Infirmière-conseil, Politiques sur les soins de santé primaires et Pratique  
Santé Canada

### **Lisa Cardinal**

Directrice, Planification, Rapport et Évaluation  
Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

### **Jill Casey**

Directrice générale intérimaire, Intelligence d'affaires et Analyse  
Bureau de l'information sur la santé  
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

### **Joyce Douglas**

Conseillère stratégique  
Association médicale canadienne

### **Sarah Fleming**

Épidémiologiste principale, Évaluation et surveillance de la santé de la population  
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

### **Leila Gillis**

Directrice, Division des systèmes de soins de santé primaires  
Santé Canada

### **Rick Glazier**

Scientifique  
Institut de recherche en services de santé

### **Aisling Gogan**

Directrice, Stratégie de réduction de la pauvreté  
Ministère des Aînés, du Mieux-être et du Développement social de Terre-Neuve-et-Labrador

### **Lawson Greenberg**

Chef d'unité, Indicateurs de santé  
Statistique Canada

### **Yana Gurevich**

Gestionnaire, Indicateurs de santé et Soutien à la clientèle  
Institut canadien d'information sur la santé

### **Jeannie Haggerty**

Professeure agrégée  
Université McGill

**Jean Harvey**

Directrice, Initiative sur la santé  
de la population canadienne  
Institut canadien d'information sur la santé

**Michael Hunt**

Directeur, Dépenses de santé  
et Initiatives stratégiques  
Institut canadien d'information sur la santé

**Geoffrey Hynes**

Gestionnaire, Initiative sur la santé  
de la population canadienne  
Institut canadien d'information sur la santé

**Sophia Ikura**

Directrice principale, Stratégie, Engagement  
communautaire et Affaires générales  
Réseau local d'intégration des services de  
santé du Centre-Toronto

**Beth Jackson**

Gestionnaire, Analyse de l'équité et  
recherche stratégique  
Direction des déterminants sociaux et de  
l'intégration scientifique  
Agence de la santé publique du Canada

**Gina Lockwood**

Gestionnaire, Analyses et surveillance, et  
biostatisticienne principale  
Partenariat canadien contre le cancer

**Michelina Mancuso**

Directrice exécutive, Évaluation  
du rendement  
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

**Valerie Mann**

Épidémiologiste en chef, Santé de  
la population  
Ministère de la Santé de la Saskatchewan

**Cory Neudorf**

Médecin hygiéniste en chef  
Région sanitaire de Saskatoon

**Nathan Nickel**

Chercheur scientifique, Centre manitobain  
des politiques en matière de santé, et  
professeur adjoint, Département des  
sciences de la santé communautaire,  
Université du Manitoba

**Anne Pastuszak**

Directrice, Planification et recherche  
Inforoute Santé du Canada

**Mike Pennock**

Épidémiologiste, Santé de la population  
Ministère de la Santé de la  
Colombie-Britannique

**Erin Pichora**

Chef d'équipe, Initiative sur la santé de la  
population canadienne  
Institut canadien d'information sur la santé

**Andrew Pinto**

Scientifique et médecin  
Hôpital St. Michael's

**Gerry Predy**

Médecin hygiéniste principal  
Services de santé de l'Alberta

**Amélie Quesnel-Vallée**

Chaire de recherche du Canada en  
politiques et inégalités de santé  
Université McGill

**Heather Richards**

Directrice, Services opérationnels et Analyses  
Ministère de la Santé de la  
Colombie-Britannique

**Corinne Rowswell**

Agente principale, Planification de la santé  
publique et politiques  
Ministère de la Santé et du Mieux-Être de  
l'Île-du-Prince-Édouard

**Claudia Sanmartin**

Chef et chercheuse principale,  
Recherche sur les services de santé  
Statistique Canada

**Larry Svenson**

Directeur, Épidémiologie et Surveillance  
Santé Alberta

**Jeff Turnbull**

Chef, Qualité clinique, Qualité des services  
de santé Ontario, et médecin-chef,  
Hôpital d'Ottawa

**Alain Vanasse**

Professeur titulaire, Département  
de médecine  
Université de Sherbrooke

**Elise Weiss**

Administratrice en chef adjointe de la santé  
publique de la province  
Santé Manitoba

**Jessica Wu**

Gestionnaire, Information sur la santé  
de la population  
Ministère de la Santé et des Services  
sociaux du Nunavut

## Les personnes suivantes n'ont pas participé au dialogue, mais ont répondu au sondage préalable

**Yukiko Asada**

Professeure agrégée  
Université Dalhousie

**Trevor van Ingen**

Épidémiologiste  
Santé publique Ontario

**Kim McGrail**

Professeure agrégée  
Université de la Colombie-Britannique

## Animatrice

**Kimberly Bain**

Bain Group Consulting

## Annexe C : Glossaire

Terme général	Définition aux fins des travaux
<b>Facteur de stratification de l'équité</b>	Variable qui rend compte d'une caractéristique démographique, sociale, économique, géographique ou autre et qui définit des sous-groupes de population pouvant servir à mesurer les inégalités liées à l'accès, à la qualité et aux résultats des soins
<b>3 approches visant à donner accès aux facteurs de stratification de l'équité</b>	
<b>Intégration des facteurs de stratification de l'équité</b>	Facteur de stratification intégré aux sources de données sur les soins de santé (p. ex. dossiers médicaux électroniques ou sondages à l'intention des patients ou de la population) à titre d'élément de données
<b>Couplage de données à l'échelle individuelle</b>	Processus selon lequel les données sur les soins de santé dispensés aux patients sont couplées aux sources de données contenant des données individuelles sur les facteurs de stratification de l'équité, à l'aide d'un identificateur unique personnel
<b>Couplage de données à l'échelle régionale</b>	Processus selon lequel les principales caractéristiques d'une région (au chapitre des facteurs de stratification) sont attribuées à la personne en fonction de son lieu de résidence
<b>Domaines de la performance du système de santé</b>	
<b>Accès</b>	Fait d'obtenir les soins de santé requis au bon moment, sans obstacle (p. ex. financiers, culturels ou géographiques) <i>Exemples d'indicateurs</i> : Temps d'attente dans les services d'urgence ou Accès à un médecin régulier
<b>Qualité</b>	Soins de santé sécuritaires, pertinents, efficaces, efficients et axés sur les patients <i>Exemples d'indicateurs</i> : Taux de réadmission ou Taux de sepsie à l'hôpital
<b>Résultats</b>	Changements dans l'état de santé qui résultent d'investissements ou d'interventions en soins de santé <i>Exemple d'indicateur</i> : Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours, infarctus aigu du myocarde
<b>Critères des facteurs de stratification de l'équité</b>	
<b>Qualité des éléments probants</b>	Des éléments probants de qualité (sur le plan qualitatif ou quantitatif) confirment que ce facteur de stratification est lié à l'accès, à la qualité ou aux résultats des soins de santé.
<b>Exploitabilité</b>	Le facteur de stratification définit une inégalité qui peut être corrigée par la mise en place de politiques ou de programmes d'intervention à l'échelle clinique ou à l'échelle du système de santé.

Terme général	Définition aux fins des travaux
<b>Accessibilité et utilisation</b>	Une définition normalisée, valide et fiable du facteur de stratification existe et a déjà été utilisée pour mesurer les inégalités en matière de soins de santé au sein de votre province ou de votre territoire.
<b>Acceptabilité</b>	Les Canadiens fourniraient volontiers l'information relative à ce facteur de stratification sans s'inquiéter des questions de protection de la vie privée et de propriété des données.
<b>Pertinence</b>	Le facteur de stratification vise une population prioritaire au chapitre de l'amélioration de l'accès, de la qualité et des résultats des soins de santé au sein de votre province ou de votre territoire.
<b>Faisabilité*</b>	Le facteur de stratification est (ou pourrait être) facilement accessible dans les sources de données pancanadiennes sur les indicateurs d'accès, de qualité et de résultats des soins de santé.
<b>Comparabilité à l'échelle pancanadienne*</b>	Le facteur de stratification fait l'objet d'une définition normalisée qui s'applique à l'ensemble des provinces et des territoires et qui ne nécessite pas d'adaptation à l'échelle provinciale ou territoriale.
<b>Équilibre*</b>	Un ensemble de principaux facteurs de stratification s'applique aux aspects des soins de santé (accès, qualité et résultats), aux stades de la vie (aînés/vieillesse, enfant et jeunes) et aux secteurs des soins de santé (santé mentale et toxicomanie, soins de santé primaires, santé publique, soins de courte durée, soins de longue durée).
<b>Facteurs de stratification de l'équité</b>	
<b>Âge</b>	—
<b>Sexe</b>	Sexe biologique de la personne : homme, femme ou autre
<b>Identité sexuelle</b>	Façon dont la personne se perçoit, par exemple comme un homme, une femme ou une personne transgenre <sup>32</sup>
<b>Orientation sexuelle</b>	Attirance romantique ou physique d'une personne envers celles d'un sexe déterminé
<b>Identité autochtone</b>	Auto-identification de la personne en tant que membre des Premières Nations, Inuit ou Métis <sup>33</sup>
<b>Groupe ethnique ou culturel</b>	Groupe ethnique ou culturel fondé sur l'ascendance de la personne, par exemple canadienne, allemande, ukrainienne, asiatique du Sud ou portugaise <sup>34</sup>

Terme général	Définition aux fins des travaux
<b>Groupe de population</b>	Le groupe de population (également désigné sous le nom de groupe racial ou culturel <sup>35</sup> ) sert à identifier les minorités visibles, selon la définition qu'en donne la <i>Loi sur l'équité en matière d'emploi</i> <sup>36</sup> . Ce facteur de stratification comprend souvent des catégories telles que Blanc, Chinois, Arabe, Latino-Américain et Noir <sup>37</sup> .
<b>Statut d'immigrant</b>	Durée de résidence au Canada, que la personne soit réfugiée, immigrante ou née au Canada
<b>Langue</b>	La ou les langues dans lesquelles la personne se sent à l'aise de parler et de lire
<b>Pays de naissance</b>	—
<b>Emplacement géographique</b>	Adresse personnelle ou zone géographique plus étendue (p. ex. quartier, ville, province, milieu rural ou urbain)
<b>Composition du ménage</b>	Milieu de vie de la personne, comme vivre seule, vivre avec un conjoint ou être un parent unique
<b>Situation de famille</b>	Situation de la personne qui déclare être célibataire, mariée, séparée, divorcée ou veuve ou qui dit vivre en union de fait <sup>38</sup>
<b>Logement</b>	Situation de logement de la personne, ce qui pourrait comprendre le mode d'occupation (propriétaire, locataire auprès d'un propriétaire privé ou d'un bailleur social, sans-abri) ou le caractère inadéquat d'un logement (p. ex. surpeuplé, humide)
<b>Scolarité</b>	Nombre d'années d'études (école primaire, école secondaire, université, collège ou autre établissement d'enseignement postsecondaire) ou niveau de scolarité le plus élevé de la personne <sup>39, 40</sup>
<b>Statut d'emploi</b>	Indique si la personne occupe un emploi (à temps plein ou partiel), est sans emploi ou ne fait pas partie de la population active <sup>41, 42</sup>
<b>Profession</b>	Catégorie professionnelle de la personne (p. ex. chauffeur de véhicule de transport en commun, vendeur de commerce au détail, pharmacien) <sup>43</sup> ou son secteur d'activité (p. ex. construction, services éducatifs, arts et spectacles) <sup>44</sup>
<b>Revenu</b>	Revenu personnel ou revenu de ménage de la personne, lequel peut servir à calculer des mesures de pauvreté, le revenu du quartier ou les contraintes financières
<b>Richesse</b>	Caractéristiques et aménagement du foyer et biens de la personne

Terme général	Définition aux fins des travaux
<b>Assurance-maladie</b>	Étendue de la couverture d'assurance d'une personne pour les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires ou d'autres services de santé
<b>Invalidité</b>	Indique si la personne a une déficience durable ou récurrente soit de ses capacités physiques, mentales ou sensorielles, soit d'ordre psychiatrique ou en matière d'apprentissage et est considérée comme ayant des aptitudes réduites <sup>36</sup> . L'invalidité peut être saisie en fonction de l'état fonctionnel, de l'évaluation des activités de la vie quotidienne ou d'une catégorie précise d'invalidité (p. ex. incapacité physique, difficultés d'apprentissage).

**Remarque**

\* Ce critère ne faisait pas partie de l'exercice d'évaluation du sondage préalable. Toutefois, il a été pris en considération et a été appliqué à un groupe de facteurs de stratification à l'occasion du dialogue.

## Annexe D : Facteurs de stratification de l'équité relevés dans la littérature

Organisme/province ou territoire	Facteurs de stratification
<b>Canada</b>	
Agence de la santé publique du Canada <sup>6</sup> , 2016	Âge, sexe, scolarité, caractéristiques géographiques, revenu, statut d'emploi, profession, région rurale ou urbaine, statut d'immigrant, identité autochtone, origine culturelle ou raciale, orientation sexuelle, incidence des problèmes de santé, participation aux activités et limitations, santé fonctionnelle, indice de défavorisation
Partenariat canadien contre le cancer <sup>45</sup> , 2014	Revenu du ménage, statut d'immigrant, région rurale ou éloignée
Autorité provinciale des services de santé (Colombie-Britannique) <sup>16</sup> , 2014	Âge, sexe, orientation sexuelle, origine ethnique, identité autochtone, statut d'immigrant, scolarité, emploi, revenu du ménage, itinérance, personnes atteintes d'une maladie chronique, enfants dont les parents présentent une maladie mentale avec des troubles concomitants de toxicomanie, indices de défavorisation à l'échelle du quartier, personnes sous le seuil de faible revenu, résidence en région rurale ou urbaine, réfugiés
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto (Ontario) <sup>12, 46</sup> , 2013	Revenu familial, nombre de personnes à charge, origine raciale ou ethnique, langue d'expression privilégiée, invalidité, statut d'immigrant (c.-à-d. né au Canada, durée de résidence au Canada), sexe, orientation sexuelle, religion*, type de logement*, langue de lecture privilégiée*
Projet de rapport sur la santé des femmes de l'Ontario fondé sur des données probantes (Hôpital St. Michael's et Institut de recherche en services de santé, Toronto, Ontario) <sup>47</sup> , 2012	Âge, sexe, revenu de ménage, niveau de scolarité le plus élevé, origine ethnique, temps écoulé depuis l'immigration, connaissance des langues officielles, RLISS, résidence en région rurale ou urbaine
Institut national de santé publique du Québec <sup>27</sup> , 2009	Indice de défavorisation : scolarité (c.-à-d. diplôme d'études secondaires), emploi (c.-à-d. personnes occupant un emploi), revenu personnel moyen, situation de famille, composition du ménage (c.-à-d. personnes vivant seules, familles monoparentales)
Réseau pancanadien de santé publique <sup>48</sup> , 2010	Âge, sexe, revenu, emploi, profession, scolarité, statut d'immigrant, identité autochtone, origine ethnique, échelle géographique, invalidité, orientation sexuelle
Centre for Research on Inner City Health (Hôpital St. Michael's, Toronto, Ontario) <sup>17</sup> , 2009	Âge, sexe, code postal, langue, origine raciale ou ethnique, statut socioéconomique (p. ex. revenu de ménage, niveau de scolarité, statut d'immigrant, nombre de personnes à charge)
Centre for Research on Inner City Health (Hôpital St. Michael's,	Indice de marginalisation canadien : âge (c.-à-d. rapport de dépendance,

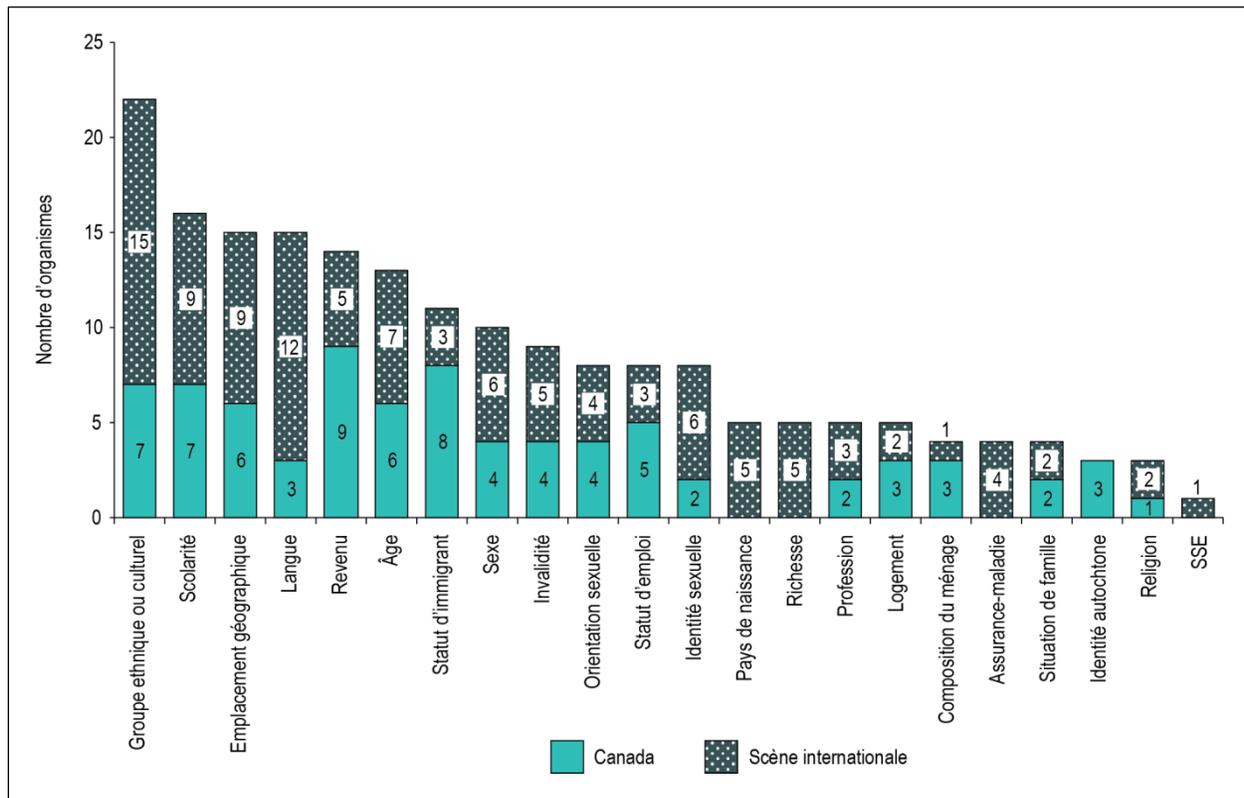
<b>Organisme/province ou territoire</b>	<b>Facteurs de stratification</b>
<b>Toronto, Ontario)<sup>28</sup>, 2006</b>	proportion de jeunes et de personnes âgées), composition du ménage (c.-à-d. proportion de personnes vivant seules, familles monoparentales), logement (c.-à-d. proportion de logements possédés, complexes domiciliaires, logements ayant besoin de réparations, mobilité résidentielle, nombre d'occupants par logement), situation de famille, scolarité (c.-à-d. proportion de personnes âgées de 25 ans et plus n'ayant pas de certificat, de diplôme ou de grade), revenu (c.-à-d. proportion de paiements de transfert du gouvernement, personnes sous le seuil de faible revenu), emploi (c.-à-d. proportion de personnes sans emploi, population active), origine ethnique ou raciale (c.-à-d. proportion de minorités visibles), statut d'immigrant (c.-à-d. proportion de nouveaux immigrants [5 ans])
<b>Organismes internationaux</b>	
<b>Organisation mondiale de la santé (OMS) — groupe de recherche affilié<sup>49</sup>, 2014</b>	Sexe, situation économique (richesse), résidence en région urbaine ou rurale, scolarité*
<b>OMS<sup>14</sup>, 2013</b>	Lieu de résidence, origine raciale ou ethnique, profession, sexe, religion, scolarité, statut socioéconomique, langue, statut d'immigrant
<b>OMS — Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant<sup>50</sup>, 2011</b>	Âge, richesse, sexe, résidence en région urbaine ou rurale, emplacement géographique, origine ethnique, scolarité, situation de famille, nombre d'enfants, VIH
<b>OMS — Commission des déterminants sociaux de la santé<sup>51</sup>, 2008</b>	Sexe, scolarité, revenu ou richesse, classe professionnelle, résidence en région rurale ou urbaine ou province, origine raciale, ethnique ou autochtone*
<b>Alliance globale des jauges de l'équité (GEGA)<sup>52</sup>, 2003</b>	Âge, sexe, statut socioéconomique (revenu, dépenses, biens accumulés, profession, niveau de scolarité), origine raciale ou ethnique, religion, langue, origine nationale, orientation sexuelle, invalidité, caractéristiques géographiques, toute autre caractéristique associée à des populations marginalisées ou tenues à l'écart du pouvoir
<b>États-Unis</b>	
<b>Department of Health and Human Services<sup>53</sup>, 2010</b>	Origine raciale ou ethnique, sexe, langue maternelle, invalidité
<b>Lois du Minnesota<sup>9, 54</sup>, 2015</b>	Âge, sexe, code postal, comté, payeur principal, origine raciale ou ethnique, langue privilégiée, pays d'origine, orientation sexuelle*, invalidité*

<b>Organisme/province ou territoire</b>	<b>Facteurs de stratification</b>
<b>Agency for Healthcare Research and Quality<sup>55</sup>, 2014</b>	Âge, sexe, origine raciale ou ethnique, revenu familial, niveau de scolarité le plus élevé, emploi, assurance-maladie, langue parlée à la maison, limitation des activités, état de santé perçu, nombre de maladies chroniques, né aux États-Unis, résidence en région rurale ou urbaine
<b>Institute of Medicine<sup>18</sup>, 2014</b>	Origine raciale ou ethnique, adresse personnelle, niveau de scolarité, contraintes financières, revenu médian du quartier, pays d'origine*, emploi*, langue*, profession*, type d'assurance*, situation de famille ou structure familiale*, logement (c.-à-d. stabilité, qualité et sécurité)*, orientation sexuelle*, identité sexuelle*
<b>Institute of Medicine<sup>56</sup>, 2003</b>	Origine raciale ou ethnique, statut socioéconomique (scolarité), langue maternelle
<b>National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care<sup>57</sup>, 2010</b>	Origine raciale ou ethnique, langue
<b>Essential Hospitals Institute<sup>58</sup>, 2008</b>	Origine raciale ou ethnique, langue maternelle
<b>Hôpital général du Massachusetts<sup>59</sup>, 2008</b>	Âge, sexe, origine raciale ou ethnique, langue (c.-à-d. habileté à parler l'anglais, à le lire et à le comprendre, besoin d'un interprète, langue privilégiée), niveau de scolarité le plus élevé et lieu d'études, assurance-maladie*, revenu familial ou personnel*, et pays d'origine, durée de résidence aux États-Unis et citoyenneté*
<b>Gouvernement du Massachusetts — Division of Healthcare Finance and Policy<sup>60</sup>, 2007</b>	Origine raciale ou ethnique
<b>Boston Public Health Commission<sup>11</sup>, 2006</b>	Âge, sexe, origine raciale ou ethnique, langue parlée à la maison, niveau de scolarité le plus élevé, identité sexuelle, orientation sexuelle, adresse
<b>Australie</b>	
<b>Gouvernements du Commonwealth, des États et des territoires d'Australie<sup>21</sup>, 1993</b>	Âge, sexe, adresse, pays de naissance, identité autochtone
<b>Royaume-Uni</b>	
<b>London Health Observatory<sup>61</sup>, 2003</b>	Origine ethnique, religion, langues d'expression et de lecture, besoin d'un interprète en langue des signes ou de matériel en braille, statut d'emploi, mode d'occupation, situation de logement, pays de naissance*
<b>Gouvernement du Royaume-Uni<sup>10, 62</sup>, 1995</b>	Âge, sexe, origine ethnique

**Remarque**

\* Facteur de stratification envisagé par l'organisme ou dans le cadre de l'initiative, mais non inclus dans leurs recommandations.

**Figure D1** Fréquence à laquelle les facteurs de stratification de l'équité ont été relevés dans les sources consultées



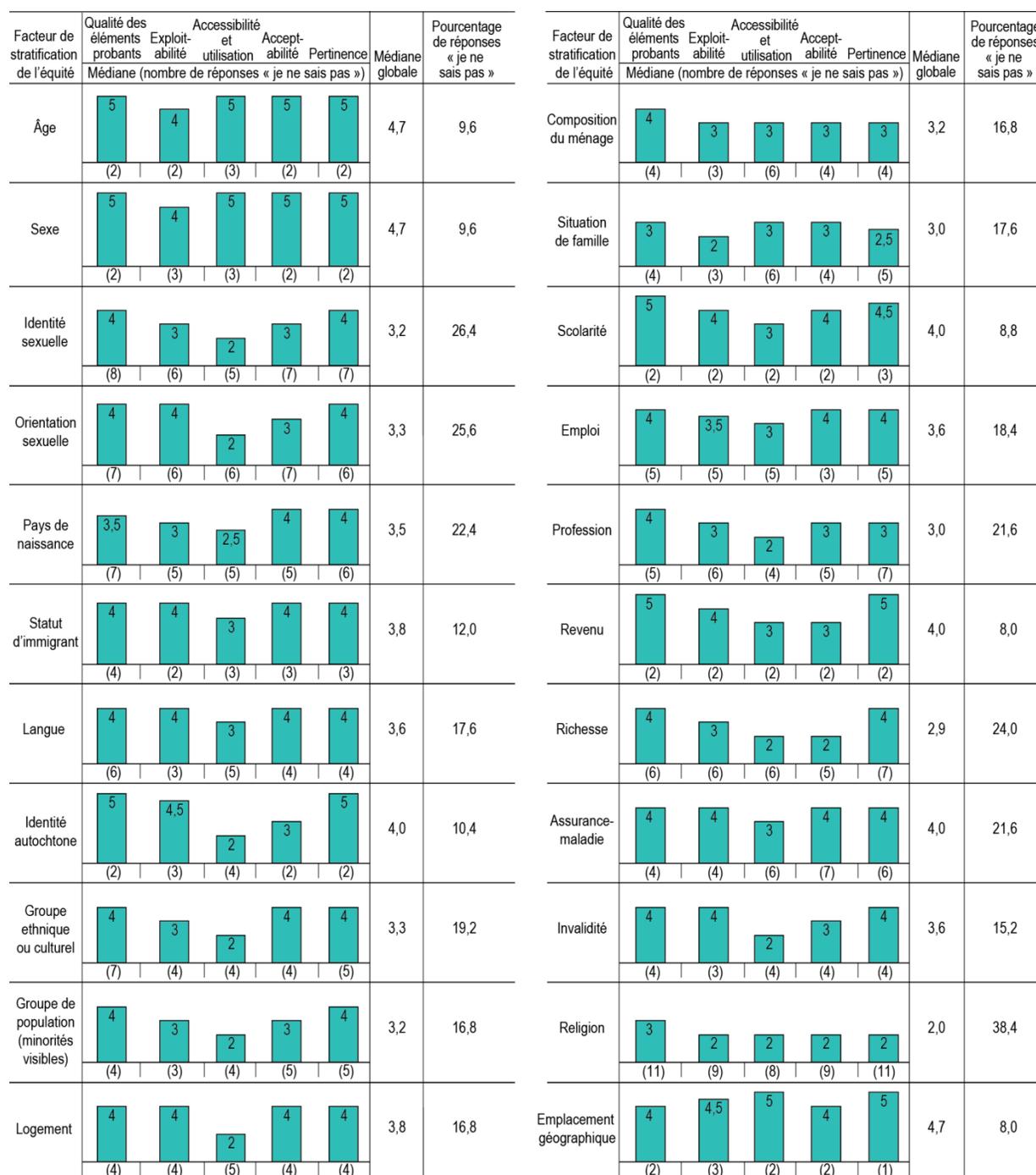
**Remarques**

SSE : statut socioéconomique.

Dans la figure ci-dessus, la catégorie « origine raciale ou ethnique » comprend le « groupe ethnique ou culturel » et le « groupe de population ». Ces 2 facteurs de stratification ont été utilisés dans l'exercice d'évaluation, car ils sont utilisés dans le recensement et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

# Annexe E : Résultats du sondage préalable

**Figure E1** Résultats de l'exercice d'évaluation des facteurs de stratification de l'équité



## Annexe F : Texte de remplacement pour les images

### Texte de remplacement pour l'image de l'encadré 1

L'image de la Région sanitaire de Saskatoon illustre la différence entre l'égalité et l'équité. On y voit des personnes de taille différente qui grimpent sur des caissons de bois afin de pouvoir cueillir une pomme sur l'arbre.

Dans la représentation de l'égalité, chaque personne (qu'elle soit de petite ou de grande taille) a droit à un seul caisson. Par conséquent, seule la personne de plus grande taille peut atteindre la pomme. Dans la représentation de l'équité, chaque personne a accès au nombre de caissons dont elle a besoin pour atteindre la pomme.

Ainsi, l'égalité consiste à fournir le même soutien à tous, sans égard aux besoins réels de chacun, alors que l'équité consiste à offrir le niveau de soutien qui correspond aux besoins de chacun.

### Texte de remplacement pour la figure 2 : Résultats de l'exercice de sélection de 6 facteurs

8 groupes ont sélectionné le facteur de stratification lié à l'origine ethnique, culturelle, raciale ou autochtone. 5 groupes ont sélectionné le revenu et l'emplacement géographique. 4 groupes ont sélectionné le logement. 3 groupes ont sélectionné l'invalidité et la scolarité. 2 groupes ont sélectionné l'assurance-maladie, le statut d'immigrant et la langue. Un groupe a sélectionné l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle. Aucun groupe n'a sélectionné l'emploi.

## Tableau de données pour la figure D1 : Fréquence à laquelle les facteurs de stratification de l'équité ont été relevés dans les sources consultées

Nombre d'organismes	Origine ethnique ou groupe culturel	Scolarité	Emplacement géographique	Langue	Revenu	Âge	Statut d'immigrant	Sexe	Invalidité	Orientation sexuelle	Statut d'emploi	Identité sexuelle	Pays de naissance	Richesse	Profession	Logement	Composition du ménage	Assurance-maladie	Situation de famille	Identité autochtone	Religion	SSE
Canada	7	7	6	3	9	6	8	4	4	4	5	2	0	0	2	3	3	0	2	3	1	0
Scène internationale	15	9	9	12	5	7	3	6	5	4	3	6	5	5	3	2	1	4	2	0	2	1

### Remarques

SSE : statut socioéconomique.

Dans le tableau ci-dessus, la catégorie « origine raciale ou ethnique » comprend le « groupe ethnique ou culturel » et le « groupe de population ». Ces 2 facteurs de stratification ont été utilisés dans l'exercice d'évaluation, car ils sont utilisés dans le recensement et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

## Tableau de données pour la figure E1 : Résultats de l'exercice d'évaluation des facteurs de stratification de l'équité

Facteur de stratification de l'équité	Qualité des éléments probants	Exploitabilité	Accessibilité et utilisation	Acceptabilité	Pertinence	Médiane globale	Pourcentage de réponses « je ne sais pas »
	Médiane (nombre de réponses « je ne sais pas »)						
Âge	5 (2)	4 (2)	5 (3)	5 (2)	5 (2)	4,7	9,6
Sexe	5 (2)	4 (3)	5 (3)	5 (2)	5 (2)	4,7	9,6
Identité sexuelle	4 (8)	3 (6)	2 (5)	3 (7)	4 (7)	3,2	26,4
Orientation sexuelle	4 (7)	4 (6)	2 (6)	3 (7)	4 (6)	3,3	25,6
Pays de naissance	3,5 (7)	3 (5)	2,5 (5)	4 (5)	4 (6)	3,5	22,4
Statut d'immigrant	4 (4)	4 (2)	3 (3)	4 (3)	4 (3)	3,8	12
Langue	4 (6)	4 (3)	3 (5)	4 (4)	4 (4)	3,6	17,6
Identité autochtone	5 (2)	4,5 (3)	2 (4)	3 (2)	5 (2)	4	10,4
Groupe ethnique ou culturel	4 (7)	3 (4)	2 (4)	4 (4)	4 (5)	3,3	19,2
Groupe de population (minorités visibles)	4 (4)	3 (3)	2 (4)	3 (5)	4 (5)	3,2	16,8
Logement	4 (4)	4 (4)	2 (5)	4 (4)	4 (4)	3,8	16,8
Composition du ménage	4 (4)	3 (3)	3 (6)	3 (4)	3 (4)	3,2	16,8
Situation de famille	3 (4)	2 (3)	3 (6)	3 (4)	2,5 (5)	3	17,6
Scolarité	5 (2)	4 (2)	3 (2)	4 (2)	4,5 (3)	4	8,8
Emploi	4 (5)	3,5 (5)	3 (5)	4 (3)	4 (5)	3,6	18,4

Facteur de stratification de l'équité	Qualité des éléments probants	Exploitabilité	Accessibilité et utilisation	Acceptabilité	Pertinence	Médiane globale	Pourcentage de réponses « je ne sais pas »
	Médiane (nombre de réponses « je ne sais pas »)						
Profession	4 (5)	3 (6)	2 (4)	3 (5)	3 (7)	3	21,6
Revenu	5 (2)	4 (2)	3 (2)	3 (2)	5 (2)	4	8
Richesse	4 (6)	3 (6)	2 (6)	2 (5)	4 (7)	2,9	24
Assurance-maladie	4 (4)	4 (4)	3 (6)	4 (7)	4 (6)	4	21,6
Invalité	4 (4)	4 (3)	2 (4)	3 (4)	4 (4)	3,6	15,2
Religion	3 (11)	2 (9)	2 (8)	2 (9)	2 (11)	2	38,4
Emplacement géographique	4 (2)	4,5 (3)	5 (2)	4 (2)	5 (1)	4,7	8

## Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada](#). 2015.
2. Institut canadien d'information sur la santé. [Outil interactif sur les inégalités en santé](#). Consulté le 2 juin 2016.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : infographies](#). 2015.
4. Institut canadien d'information sur la santé. [Plan stratégique 2016 à 2021 de l'ICIS](#). 2016.
5. Neudorf C, et al. [Changes in Social Inequalities in Health Over Time in Saskatchewan](#). 2016.
6. Réseau pancanadien de santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé. *Pan-Canadian Health Inequalities Data Cube, 2016 Edition*. 2016.
7. Qualité des services de santé Ontario. [Revenu et santé](#). 2016.
8. Institut canadien d'information sur la santé. [Indicateurs de santé, 2010](#). 2010.
9. Wray R, et al. [We Ask Because We Care: The Tri-Hospital + TPH Health Equity Data Collection Research Project Report](#). 2013.
10. Minnesota Department of Health. [Fact Sheet: Stratifying Quality Measures by Race, Ethnicity, Preferred Language, and Country of Origin](#). 2015.
11. Mathur R, et al. [Availability and Use of UK Based Ethnicity Data for Health Research](#). 2013.
12. Boston Public Health Commission. [Revised Guidelines for the Implementation, Interpretation, and Enforcement of the Boston Public Health Commission's Data Collection Regulation](#). 2015.
13. Whitehead M, Dahlgren G. [Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1](#). 2006.
14. Organisation mondiale de la santé. [Health Inequality Monitoring With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries](#). 2013.
15. Wong ST, et al. [Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi](#). *PLOS ONE*. Décembre 2014.

16. Provincial Health Services Authority. [Development of Priority Health Equity Indicators for British Columbia: Process and Outcome Report](#). 2014.
17. Centre for Research on Inner City Health. [Measuring Equity of Care in Hospital Settings: From Concepts to Indicators](#). 2009.
18. Institute of Medicine. [Capturing Social and Behavioral Domains and Measures in Electronic Health Records: Phase 2](#). 2014.
19. Institut canadien d'information sur la santé. [Repenser, renouveler, retirer : rapport de la quatrième Conférence consensuelle sur l'évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada](#). 2015.
20. Cookson R, et al. Health Equity Indicators for the English NHS. Sous presse.
21. Gouvernement de l'Australie (Metadata Online Registry). [Health care client identification DSS](#). Consulté le 15 février 2016.
22. Association suédoise des régions et des autorités locales. [National Healthcare Quality Registries in Sweden](#). 2005.
23. Ludvigsson JF, et al. [The Swedish personal identity number: possibilities and pitfalls in healthcare and medical research](#). *European Journal of Epidemiology*. Novembre 2009.
24. Agence fiscale de Suède. [Population Registration in Sweden](#). 2014.
25. Emilsson L, et al. [Review of 103 Swedish healthcare quality registries](#). *Journal of Internal Medicine*. Janvier 2015.
26. Statistique Canada. [Postal Code Conversion File Plus Version 6A Reference Guide](#). 2013.
27. Pampalon R, et al. [Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. Maladies chroniques au Canada](#). Octobre 2009.
28. Matheson FI, et al. [Development of the Canadian Marginalization Index: a new tool for the study of inequality](#). *Revue canadienne de santé publique*. Septembre 2012.
29. Bell N, et al. [The Vancouver Area Neighbourhood Deprivation Index \(VANDIX\): a census-based tool for assessing small area variations in health status](#). *Canadian Journal of Public Health*. Septembre 2012.
30. Centre manitobain des politiques en matière de santé. [PATHS Equity for Children](#). Consulté le 8 avril 2016.

31. Centre manitobain des politiques en matière de santé. [Population Health Research Data Repository](#). Consulté le 8 avril 2016.
32. American Psychological Association. [Definition of Terms: Sex, Gender, Gender Identity, Sexual Orientation](#). 2011.
33. Statistique Canada. [Identité autochtone](#). Consulté le 15 février 2016.
34. Statistique Canada. [Origine ethnique](#). Consulté le 15 février 2016.
35. Statistique Canada. [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\) — spécifications des variables dérivées](#). 2011.
36. Gouvernement du Canada. [Loi sur l'équité en matière d'emploi](#). 1995.
37. Statistique Canada. [Groupe de population de la personne](#). Consulté le 15 février 2016.
38. Statistique Canada. [Classification de l'état matrimonial](#). Consulté le 15 février 2016.
39. Statistique Canada. [Nombre d'années d'études terminées de la personne](#). Consulté le 15 février 2016.
40. Statistique Canada. [Niveau de scolarité de la personne](#). Consulté le 15 février 2016.
41. Statistique Canada. [Classification d'heures de travail temps plein et temps partiel](#). Consulté le 15 février 2016.
42. Statistique Canada. [Situation d'activité de la personne](#). Consulté le 15 février 2016.
43. Statistique Canada. [Classification nationale des professions \(CNP\)](#). 2011.
44. Statistique Canada. [Système de classification des industries de l'Amérique du Nord \(SCIAN\), Canada](#). 2012.
45. Partenariat canadien contre le cancer. [Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport thématique spécial sur le rendement du système](#). 2014.
46. Centres de santé communautaire de l'Ontario. [Measuring Health Equity in TC LHIN Community Health Centres Pilot Project](#). 2014.
47. Shiller SK, Bierman AS. [Ontario Women's Health Equity Report: Introduction to the POWER Study — Chapter 1](#). 2009.
48. Réseau pancanadien de santé publique. [Indicateurs des disparités sur le plan de la santé](#). 2009.

49. Hosseinpoor AR, et al. [Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage](#). *PLOS Medicine*. Septembre 2014.
50. Organisation mondiale de la santé. [Keeping Promises, Measuring Results](#). 2011.
51. Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé. [Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health](#). 2008.
52. Alliance globale des jauges de l'équité. [La jauge de l'équité : concepts, principes et lignes directrices](#). 2003.
53. U.S. Department of Health and Human Services. [U.S. Department of Health and Human Services Implementation Guidance on Data Collection Standards for Race, Ethnicity, Sex, Primary Language, and Disability Status](#). 2011.
54. Minnesota Department of Health. [Stratifying Health Care Quality Measures Using Socio-Demographic Factors](#). 2015.
55. Agency for Healthcare Research and Quality. [National healthcare quality and disparities reports](#). Consulté le 15 février 2016.
56. Institute of Medicine. [Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care](#). 2003.
57. U.S. Department of Health and Human Services. [National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care: A Blueprint for Advancing and Sustaining CLAS Policy and Practice](#). 2013.
58. National Public Health and Hospital Institute. [Assuring Healthcare Equity: A Healthcare Equity Blueprint](#). 2008.
59. Weinick RM, et al. [Creating Equity Reports: A Guide for Hospitals](#). 2008.
60. Weinick RM, et al. [Measuring racial and ethnic health care disparities in Massachusetts](#). *Health Affairs*. Septembre 2007.
61. Aspinall PJ, Jacobson B. [How to Analyse Ethnic Differences in Health, Health Care and the Workforce: A Toolkit for the NHS](#). 2006.
62. Health and Social Care Information Centre. [Hospital Episode Statistics Admitted Patient Care 2012–2013](#). 2013.



# Parlez-nous

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7  
**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7  
**514-842-2226**

**ICIS St. John's**

140, rue Water  
Bureau 701  
St. John's (T.-N.-L.)  
A1C 6H6  
**709-576-7006**