



## Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada

Rapport technique

Révisé en juillet 2016

Facteurs qui influent sur la santé



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

## Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

## Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

## Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation



# Correction apportée à *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport technique*

La correction suivante a été apportée au chapitre sur la mortalité infantile à la page 248 de *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport technique*, publié initialement le 18 novembre 2015. La correction concerne le taux national de 2011 déclaré à la page 248, à la première ligne du deuxième paragraphe.

## Texte original

En 2011 au Canada, environ 1 810 bébés (4,8 %) sont décédés au cours de leur première année de vie<sup>583</sup>.

## Texte corrigé

En 2011, au Canada, environ 1 810 bébés (soit 4,8 sur 1 000 naissances) sont décédés au cours de leur première année de vie<sup>583</sup>.



# Table des matières

Sommaire.....	5
Institut canadien d'information sur la santé.....	11
Initiative sur la santé de la population canadienne .....	13
Remerciements.....	15
Introduction .....	17
Structure du rapport .....	18
Analyse et présentation des inégalités liées au revenu au fil du temps.....	20
Sélection des exemples d'interventions .....	28
Section 1 : Facteurs structurels influant sur la santé — regard sur le revenu .....	31
Inégalité des revenus au fil du temps.....	33
Liens entre revenu, scolarité et emploi .....	43
Liens entre scolarité et emploi .....	47
Importance du genre, du sexe et de l'ethnicité .....	50
Tendances du revenu et du taux de chômage chez les Autochtones au fil du temps .....	51
Section 2 : Facteurs intermédiaires influant sur la santé .....	55
Indicateurs liés à la situation matérielle .....	55
Besoins impérieux en matière de logement.....	55
Insécurité alimentaire des ménages .....	62
Indicateurs liés à la petite enfance.....	69
Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel .....	69
Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance .....	82
Indicateurs comportementaux et biologiques.....	98
Tabagisme .....	98
Obésité.....	112
Indicateurs liés au système de santé .....	128
Vaccination antigrippale des personnes âgées.....	128
Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans .....	141
Section 3 : Résultats pour la santé et le mieux-être .....	155
Indicateurs liés aux blessures .....	155
Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées .....	155
Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur .....	169
Indicateurs liés à la maladie chronique .....	182
Hospitalisations liées à une maladie mentale .....	182
Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool .....	196

Crise cardiaque menant à une hospitalisation .....	210
Diabète.....	223
Indicateur lié au mieux-être .....	236
Autoévaluation de la santé mentale.....	236
Indicateur lié à la mortalité.....	248
Mortalité infantile .....	248
Références .....	259

# Sommaire

Depuis 10 ans, les appels à la réduction des inégalités en santé se multiplient au Canada<sup>2-9</sup>. Or, malgré toute l'attention suscitée, les données récentes révèlent que les inégalités en santé demeurent omniprésentes dans la société canadienne<sup>10</sup>. Ce constat peut sembler étonnant puisque le Canada a adopté des politiques de soins de santé qui visent à faciliter un accès raisonnable aux services de santé tout en éliminant les obstacles financiers ou d'autre nature<sup>11</sup>. En 2011, le Canada est devenu l'un des pays signataires de la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*<sup>12</sup>, conformément à laquelle il s'engage à réduire les iniquités en santé à l'échelle nationale.

La notion d'**inégalités en santé** renvoie aux différences observées dans la santé de différents groupes de population, tandis que celle d'**iniquités en santé** correspond aux différences issues d'une injustice<sup>1</sup>. Mesurer l'ampleur des inégalités en santé constitue donc une étape essentielle en vue de la détection et de la réduction des iniquités en santé au Canada.

## Approche

Le présent rapport vise à déterminer si le Canada et les provinces sont parvenus à réduire les inégalités socioéconomiques en matière de santé et de mieux-être au cours des 10 dernières années. Pour ce faire, les auteurs ont analysé une série d'indicateurs de santé au fil du temps et selon 5 niveaux de revenu pour déterminer la répartition des résultats pour la santé dans l'échelle des revenus. L'analyse met en évidence l'évolution de l'écart entre le niveau de revenu le plus élevé et le niveau le plus faible (c.-à-d. l'inégalité) au fil du temps. Pour bien la comprendre, on a mesuré l'inégalité sur une échelle absolue (différence), de même que sur une échelle relative (ratio). Le **ratio des taux de disparité (RTD)** représente la différence relative; il est calculé en divisant le taux le plus élevé (habituellement celui au niveau de revenu le plus faible) par le taux le plus faible (habituellement celui au niveau de revenu le plus élevé). Enfin, la **différence des taux de disparité (DTD)** représente la différence absolue; elle est calculée en soustrayant le taux le plus élevé et le taux le plus faible.

Par ailleurs, on a mesuré les répercussions des inégalités pour étudier les répercussions des inégalités liées au revenu dans toutes les catégories de revenu (c.-à-d. dans tous les quintiles de revenu). La **réduction potentielle du taux (RPT)** représente la réduction potentielle en pourcentage du taux d'un indicateur de santé si tous les niveaux de revenu affichaient le même taux que celui observé au niveau de revenu le plus élevé. Le **nombre de personnes à risque au sein de la population (NPRP)** sert à convertir la RPT en nombre approximatif de cas qui pourraient être évités si le taux à tous les niveaux de revenu était le même que celui au niveau de revenu le plus élevé.

En outre, les auteurs du rapport souhaitent présenter des programmes et des interventions susceptibles de réduire les inégalités en santé. Ils ont tenté de cerner des actions à divers paliers, dont celui de la mise en œuvre (p. ex. fédéral, provincial), celui du milieu (p. ex. hôpital, collectivité) et celui de la population cible (p. ex. personnes à faible revenu, personnes âgées).

## Sommaire des principales conclusions

Le tableau 1 présente un sommaire des inégalités à l'échelle nationale pour les 16 indicateurs examinés dans le rapport. On a réalisé une comparaison au fil du temps du RTD et de la DTD pour déterminer si les inégalités se sont creusées, ont diminué ou se sont maintenues. Les répercussions des inégalités sont présentées pour la dernière période analysée et sont basées sur un scénario dans lequel l'ensemble de la population affiche le même taux que le groupe au niveau de revenu le plus élevé.

Fait à souligner, dans le présent rapport, on note une *augmentation des inégalités* au fil du temps pour les 3 indicateurs suivants : Tabagisme, Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans et Autoévaluation de la santé mentale. Pour le tabagisme, l'augmentation des inégalités au fil du temps est attribuable à une diminution du taux au niveau de revenu le plus élevé et à une absence de changement significatif au niveau de revenu le plus faible. Dans le cas des hospitalisations liées à la MPOC, les inégalités se sont accentuées en raison de la hausse enregistrée au niveau de revenu le plus faible et du recul enregistré au niveau de revenu le plus élevé. Enfin, dans le cas de l'autoévaluation de la santé mentale, les inégalités se sont creusées en raison d'une augmentation de la proportion des autoévaluations passables ou mauvaises au niveau de revenu le plus faible.

Selon l'analyse, pour la majorité des indicateurs, les *inégalités* se sont maintenues au fil du temps. Pour certains indicateurs, cette tendance s'accompagne d'un maintien ou d'une augmentation des taux. C'est le cas notamment des indicateurs : Besoins impérieux en matière de logement (régions urbaines); Insécurité alimentaire des ménages; Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance; Obésité (chez les femmes); Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées; Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool; et Diabète. Par ailleurs, les inégalités se sont maintenues malgré une diminution globale des taux pour d'autres indicateurs : Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur; Crise cardiaque menant à une hospitalisation; et Mortalité infantile.

Même si le rapport met en évidence une augmentation ou un maintien des inégalités pour la majorité des indicateurs, il importe de noter que les inégalités se sont *résorbées* au fil du temps pour les indicateurs Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et Hospitalisations liées à une maladie mentale. Cette diminution des inégalités est toutefois due à l'augmentation du taux au niveau de revenu le plus élevé, plutôt qu'à une diminution aux niveaux de revenu inférieurs.

Pour la plupart des indicateurs analysés, les *inégalités ont évolué de la même manière pour les hommes et les femmes au fil du temps*. L'indicateur Obésité fait toutefois exception; aucune inégalité n'a été observée chez les hommes, tandis que chez les femmes, elles ont persisté au fil du temps. En outre, les inégalités étaient légèrement plus importantes chez les hommes que chez les femmes pour l'indicateur Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool. Cette constance des tendances des inégalités est observée bien que le taux à tous les niveaux de revenu chez les hommes soit plus élevé que celui chez les femmes pour les indicateurs suivants : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance; Tabagisme; Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation

impliquant un véhicule à moteur; Hospitalisations liées à une maladie mentale; Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool; et Crise cardiaque menant à une hospitalisation. Quant aux femmes, elles ont affiché un taux plus élevé que les hommes pour l'indicateur Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées.

*Les tendances des inégalités étaient très semblables d'une province à l'autre, à quelques exceptions près. À titre d'exemple, les inégalités liées au revenu en ce qui a trait au diabète n'ont pas changé au fil du temps à l'échelle nationale, mais elles ont nettement augmenté en Saskatchewan. En 2003, dans cette province, le taux de diabète au niveau de revenu le plus faible n'était pas beaucoup plus haut qu'au niveau de revenu le plus élevé. Or, en 2013, il était plus de 4 fois supérieur (soit 13,7 points de pourcentage) au taux au niveau de revenu le plus élevé.*

Les inégalités en santé ont des conséquences importantes pour la société, et surtout pour le système de santé. Selon la présente analyse, aplanir les inégalités en santé qui sont liées au revenu permettrait de générer des économies considérables pour le système de santé. À titre d'exemple, on pourrait réduire de 45 % le taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans si tous les niveaux de revenu affichaient le même taux d'hospitalisations que celui au niveau de revenu le plus élevé. Cette réduction potentielle du taux représente 18 700 hospitalisations de moins au Canada par année et des économies d'environ 149 millions de dollars pour le système de santé (Base de données canadienne SIG, données non publiées, 2012).

L'analyse a permis de recenser diverses stratégies éprouvées ou prometteuses de réduction des inégalités en santé liées au revenu en vue de les présenter dans le rapport. Un nombre relativement restreint d'interventions ciblant les populations à faible revenu au Canada ont été évaluées. Il convient aussi de noter qu'en raison de l'ampleur de la question, aucune revue systématique et complète de la littérature sur la réduction des inégalités en santé liées au revenu n'a été réalisée dans le cadre de ce rapport. Les interventions présentées ont été mises en œuvre entre la fin des années 1980 et les dernières années à l'échelle locale, provinciale et nationale. Elles touchent le secteur de la santé ou d'autres secteurs et ciblent divers groupes de la population. Même si certaines des actions ont été évaluées, on dispose de peu d'information sur leur efficacité réelle pour la réduction des inégalités liées au revenu. Cependant, compte tenu de la persistance et de la croissance des inégalités observées, il convient de déployer des efforts ciblés pour réduire les inégalités en santé et les évaluer.

## Prochaines étapes

Dans l'avenir, il sera essentiel de continuer à surveiller les tendances et à évaluer les retombées des interventions axées sur les populations à faible revenu. Il importe de surveiller la santé de la population au fil du temps pour plusieurs raisons. Cette surveillance permet notamment de déceler les problèmes de santé de la population et du système de santé qui persistent et qui durent depuis longtemps. Elle permet également de cerner les nouveaux besoins en matière de santé de la population, en particulier ceux des groupes prioritaires. Il est par ailleurs important d'examiner l'évolution de la santé au sein d'une population pour une planification répondant aux besoins actuels et futurs en matière de santé. Enfin, la surveillance à long terme permet de recueillir des données sur l'efficacité des politiques et des programmes qui visent à améliorer la santé de la population.



Pour réaliser ce type d'analyse, il est essentiel de disposer de données socioéconomiques et démographiques fiables, notamment sur le revenu, la scolarité, l'emploi, l'ethnicité et les incapacités. Il est fondamental d'avoir accès à de telles données (et de coupler les sources de données) pour mieux suivre et comprendre les nombreux facteurs complexes qui déterminent la santé et le mieux-être des groupes vulnérables. Il faut aussi procéder à l'analyse de ces données, de même que de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions ciblées sur les interactions complexes entre les déterminants pour que les politiques adoptées soient fondées sur des données probantes.

## Résumé

Selon la présente analyse, les progrès accomplis en 10 ans quant à l'aplanissement des inégalités en matière de santé entre les Canadiens à faible revenu et à revenu élevé sont minimes. Pour la majorité des indicateurs, les inégalités se sont maintenues ou se sont creusées au fil du temps. Les tendances et l'ampleur des inégalités varient considérablement d'une province à l'autre de sorte qu'il est difficile de tirer des conclusions. Par ailleurs, dans le cadre de l'étude, on a constaté que les données qui proviennent des évaluations servant à mesurer l'efficacité des approches de réduction des inégalités en santé sont insuffisantes. Afin d'aider les décideurs et les responsables de l'élaboration des politiques à contenir et à atténuer les inégalités en santé, il faudra donc approfondir les recherches et surtout évaluer l'efficacité des interventions. Finalement, ce rapport sera utile aux acteurs à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé qui peuvent contribuer à réduire les inégalités en santé.

Tableau 1 : Aperçu des conclusions du rapport

Indicateur	Période	Comment les inégalités ont-elles évolué au fil du temps?	Répercussions hypothétiques si les 4 niveaux de revenu inférieurs affichaient le même taux que celui au niveau de revenu le plus élevé au Canada
<b>1. Facteurs structurels — regard sur le revenu</b>			
Revenu personnel après impôt	1976 à 2011	Les inégalités commencent à <b>augmenter</b> au milieu des années 1990 en raison d'une <b>hausse plus importante du revenu</b> au niveau de revenu le plus élevé par rapport au niveau de revenu le plus faible.	s.o.
<b>2. Facteurs intermédiaires influant sur la santé</b>			
Besoins impérieux en matière de logement	2001 à 2011	<b>Inégalités persistantes</b> (ménages urbains seulement); <b>réduction des inégalités</b> (tous les ménages)	<b>1,6 million</b> de ménages de moins affichent des besoins impérieux en matière de logement en 2011 au Canada.
Insécurité alimentaire des ménages	2007-2008 à 2011-2012	<b>Inégalités persistantes</b> (analyse des tendances limitée)	<b>1 million</b> de ménages de moins sont en situation d'insécurité alimentaire en 2011-2012.
Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel	2001 à 2011	<b>Réduction des inégalités</b> due à <b>une augmentation des taux</b> au niveau de revenu le plus élevé	<b>4 200</b> nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel de moins en 2011 (réduction de <b>13,2 %</b> )
Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance	Variable	<b>Inégalités persistantes</b> (analyse des tendances limitée)	<b>14 800</b> enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance de moins (réduction variant de <b>23 % à 29 %</b> ) en Ontario, en Colombie-Britannique et au Manitoba (estimations non disponibles pour le reste du Canada)
Tabagisme	2003 à 2013	<b>Hausse des inégalités</b> due à <b>une diminution des taux</b> au niveau de revenu le plus élevé et à <b>l'absence de changement</b> au niveau de revenu le plus faible	<b>1 656 400</b> fumeurs de moins au Canada en 2013 (réduction de <b>27,5 %</b> )
Obésité	2003 à 2013	<b>Inégalités persistantes</b> chez les femmes seulement; aucune inégalité chez les hommes <b>Augmentation des taux</b> chez les hommes au niveau de revenu le plus élevé	<b>580 700</b> femmes de moins souffrent d'obésité en 2013 (réduction de <b>24,1 %</b> ).
Vaccination antigrippale des personnes âgées	2003 à 2013	<b>Inégalités persistantes</b> , mais <b>diminution des taux</b> au niveau de revenu médian	<b>89 500</b> personnes âgées de plus vaccinées contre la grippe en 2013 (augmentation de <b>4,5 %</b> )

(suite à la page suivante)

Tableau 1 : Aperçu des conclusions du rapport (suite)

Indicateur	Période	Comment les inégalités ont-elles évolué au fil du temps?	Répercussions hypothétiques si les 4 niveaux de revenu inférieurs affichaient le même taux que celui au niveau de revenu le plus élevé au Canada
Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans	2001 à 2012	Hausse des inégalités due à une diminution des taux au niveau de revenu le plus élevé et à une augmentation au niveau de revenu le plus faible	18 700 hospitalisations de moins en raison d'une MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans en 2012 (réduction de 45,3 %)
<b>3. Résultats pour la santé et le bien-être</b>			
Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées	2001 à 2012	Inégalités persistantes, mais augmentation des taux à tous les niveaux de revenu	1 000 hospitalisations de moins à la suite d'une chute chez les hommes de 65 ans et plus en 2012 (réduction de 3,2 %)
Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur	2001 à 2012	Inégalités persistantes, mais diminution des taux à tous les niveaux de revenu	2 200 hospitalisations de moins à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur en 2012 (réduction de 13,5 %)
Hospitalisations liées à une maladie mentale	2006 à 2012	Réduction des inégalités due à une augmentation des taux au niveau de revenu le plus élevé	40 300 hospitalisations de moins liées à une maladie mentale en 2012 (réduction de 26,8 %)
Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool	2007 à 2012	Inégalités persistantes, mais augmentation des taux à tous les niveaux de revenu	9 000 hospitalisations de moins attribuables à la consommation d'alcool en 2012 (réduction de 31,6 %)
Crise cardiaque menant à une hospitalisation	2008 à 2012	Inégalités persistantes, mais diminution des taux au niveau de revenu le plus faible	11 000 hospitalisations de moins en raison d'une crise cardiaque en 2012 (réduction de 14,6 %)
Diabète	2003 à 2013	Inégalités persistantes, mais augmentation des taux à tous les niveaux de revenu, sauf le plus élevé	673 700 Canadiens de moins sont atteints de diabète en 2013 (réduction de 32,1 %)
Autoévaluation de la santé mentale	2003 à 2013	Hausse des inégalités due à une augmentation des taux à tous les niveaux de revenu, sauf le plus élevé	1 042 900 Canadiens de moins ont évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise en 2013 (réduction de 58,2 %)
Mortalité infantile	2001 à 2011	Inégalités persistantes, mais diminution des taux au niveau de revenu médian	300 décès de nourrissons de moins en 2011 (réduction de 15,1 %)

**Remarque**

Les résultats dans des cases ombrées représentent les tendances négatives observées quant à la santé des Canadiens (hausse des inégalités en santé ou détérioration des taux pour certains niveaux de revenu, ou les 2).

# Institut canadien d'information sur la santé

## Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

## Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

## Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation



# Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), une composante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été créée en 1999. Sa mission consiste à appuyer les responsables de l'élaboration des politiques et les gestionnaires du système de santé au Canada dans les efforts qu'ils déploient pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités en matière de santé grâce à des travaux de recherche et d'analyse, de synthèse des données probantes et de mesure de la performance.

À titre d'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population, l'ISPC

- permet de mieux connaître et comprendre les facteurs qui influent sur la santé de la population, les résultats du système de santé et les inégalités en santé;
- favorise l'adoption d'approches stratégiques et augmente la capacité des décideurs et des gestionnaires du système de santé à prendre des mesures relatives à la santé de la population et aux résultats du système de santé.



# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier les nombreuses personnes et les nombreux organismes qui ont participé à la rédaction du rapport *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*. Nous remercions particulièrement les membres du groupe consultatif d'experts pour leurs précieux conseils durant le processus de planification et d'élaboration du rapport :

- **Arlene Bierman**  
Scientifique, Hôpital St. Michael's
- **Marni Brownell**  
Chercheuse principale, Centre manitobain des politiques en matière de santé
- **Connie Clement**  
Directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
- **Bob Gardner**  
Directeur, Réforme des soins de santé et politiques publiques, Institut Wellesley
- **Trevor Hancock**  
Professeur, École de santé publique et de politiques sociales, Université de Victoria
- **Beth Jackson**  
Gestionnaire, Recherche et développement des connaissances, Agence de la santé publique du Canada
- **Cory Neudorf**  
Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon
- **Mike Pennock**  
Épidémiologiste, ministère de la Santé, Colombie-Britannique

L'ISPC tient également à remercier le Conseil consultatif sur la santé de la population de l'ICIS pour ses conseils et son soutien, ainsi que Yukiko Asada, Elizabeth Dyke, Sam Harper, Nathan Nickel, Rob Raos et Claudia Sanmartin pour leur expertise et leurs précieux commentaires durant le processus d'évaluation par les pairs.

Il est à noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du groupe consultatif d'experts, des lecteurs critiques ou de leurs organismes associés.

Le rapport a été produit grâce au soutien, à la collaboration et à la précieuse contribution des membres actuels et anciens de l'équipe de l'ISPC ainsi que d'autres sections de l'ICIS.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)  
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
[ispc@icis.ca](mailto:ispc@icis.ca)





# Introduction

Les Canadiens à faible revenu vivent moins longtemps et sont globalement en moins bonne santé que les Canadiens à revenu élevé<sup>13, 14</sup>. Au Canada, ces inégalités en santé liées au revenu ont persisté malgré la mise en place des systèmes de santé publics universels et des dépenses nettes relatives aux programmes sociaux qui se situent dans la moyenne de celles des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>15</sup>. Phénomène bien connu, cette variation de la santé selon le niveau de revenu coïncide avec les tendances observées dans d'autres pays développés<sup>16-21</sup>. Au cours des dernières années, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et d'autres organismes nationaux, provinciaux et régionaux ont commencé à publier davantage d'information sur des indicateurs de santé selon le revenu et d'autres mesures du statut socioéconomique qu'auparavant<sup>10, 22-25</sup>. Ces efforts nous ont permis de mieux comprendre les inégalités en santé et les facteurs qui agissent sur la santé à différents moments. Néanmoins, nous en savons peu sur l'évolution de ces inégalités en santé au cours de la dernière décennie.

Il est important de faire un suivi des inégalités en santé de manière systématique et comparable au fil du temps si l'on veut, d'une part, cerner les populations à cibler en priorité dans le cadre des initiatives d'amélioration de la santé, et, d'autre part, examiner l'effet des politiques et des interventions sur les inégalités en santé au Canada<sup>5, 12, 26</sup>. Autrement dit, en surveillant les inégalités en santé au fil du temps, on peut déterminer les secteurs dans lesquels il faut agir et les améliorations qui se sont opérées. De plus, en procédant à des évaluations et en diffusant de l'information sur les programmes et les interventions éprouvés pour la réduction des inégalités en santé, on peut enrichir la base de données probantes, laquelle sera utile aux autres provinces et territoires qui souhaiteraient adopter des stratégies similaires.

Le présent rapport a pour objectif de

- décrire dans quelle mesure les inégalités en santé liées au revenu et les facteurs influant sur la santé ont évolué au fil du temps au Canada et dans les provinces<sup>i</sup>;
- donner des exemples d'interventions prometteuses pour l'aplanissement des inégalités en santé liées au revenu et des facteurs agissant sur la santé.

La notion d'**inégalités en santé** (ou de disparités en santé) renvoie aux différences observées dans la santé de différents groupes de population<sup>1</sup>. L'inégalité peut survenir pour diverses raisons, dont des différences biologiques, des choix individuels, une variation aléatoire, ou encore une répartition inégale de facteurs socioéconomiques qui influent sur la santé, comme le revenu, la scolarité, l'emploi et le soutien social<sup>13</sup>. En revanche, la notion d'**iniquités en santé** correspond aux différences qu'on juge issues d'une injustice<sup>1, 27, 28</sup>. Par exemple, il pourrait s'agir de différences attribuables à des facteurs socialement modifiables, comme la pauvreté ou les obstacles culturels à l'accès aux soins de santé. Mesurer l'ampleur des inégalités en santé constitue donc une étape essentielle en vue de la détection et de la réduction des iniquités en santé au Canada.

i. Les tendances des inégalités en santé liées au revenu n'ont pas été examinées pour les territoires canadiens, car les données nécessaires n'étaient pas accessibles.

Le présent rapport s'inscrit dans une série d'initiatives nationales en cours qui visent à corroborer les données probantes sur les inégalités en santé au Canada. L'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada et l'ICIS, en collaboration avec le Réseau pancanadien de santé publique, travaillent également à la mise au point d'indicateurs sur les inégalités en santé au Canada. Cette initiative permettra de broser un portrait statistique complet et actuel des inégalités en santé au pays et de rendre publiques des données sur plus de 50 indicateurs de santé selon un large éventail de facteurs socioéconomiques et démographiques (publication prévue en 2016).

## Structure du rapport

Comme l'indique la figure 1, un ensemble d'indicateurs a été sélectionné pour l'analyse des tendances des inégalités en santé liées au revenu. Ces indicateurs devaient refléter la complexité et la chaîne de facteurs qui influent sur ce type d'inégalités. Par conséquent, le rapport et la présentation des indicateurs sont divisés en 3 sections; la structure est fondée en grande partie sur le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, voir la figure 2)<sup>29</sup>. Ce cadre illustre l'enchaînement par lequel les facteurs structurels (comme le revenu) agissent par l'intermédiaire de facteurs intermédiaires (comme l'insécurité alimentaire ou le tabagisme) et créent ultimement des inégalités liées au revenu dans les résultats pour la santé et le mieux-être. Les indicateurs inclus dans le présent rapport servent de point de départ pour l'analyse de l'évolution des inégalités en santé au Canada. De la même façon, la structure du rapport permet de présenter une analyse des approches qui pourraient être adoptées pour la réduction des inégalités en santé au Canada.

La section 1 donne un aperçu des tendances des inégalités des revenus au fil du temps, ainsi que des tendances d'autres indicateurs socioéconomiques, comme le taux de participation aux études universitaires et le taux de chômage. L'analyse porte sur les stratégies de réduction des inégalités des revenus, telles que les stratégies de réduction de la pauvreté. La section 2 présente un survol des tendances des inégalités liées au revenu pour certains indicateurs qui portent sur des facteurs intermédiaires influant sur la santé. Diverses stratégies de réduction des inégalités pour ces indicateurs y sont présentées : des programmes visant à combler les besoins impérieux en matière de logement et des programmes de soins de santé primaires intégrés dans les quartiers à faible revenu. Enfin, la section 3 présente les tendances des inégalités liées au revenu pour certains indicateurs liées à la santé et au mieux-être. La complexité des facteurs qui agissent sur les résultats pour la santé et le mieux-être, comme la mortalité infantile, est abordée dans cette section; elle nous rappelle l'importance d'agir sur de multiples déterminants de la santé pour que les inégalités en santé soient réduites et que la santé de la population soit améliorée<sup>29</sup>.

Pour chaque section du rapport, les auteurs ont examiné la littérature sur les inégalités en santé et ont consulté les experts du domaine en vue de sélectionner les indicateurs. Ils se sont notamment penchés sur les indicateurs pancanadiens des inégalités en santé recommandés par le Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population du Réseau pancanadien de santé publique<sup>4</sup>. Ce processus visait à dégager des indicateurs de santé pertinents et exploitables pour lesquels la variation selon le revenu était déjà documentée. Enfin, le dernier critère de sélection des indicateurs était l'accessibilité de données fiables et cohérentes au fil du temps et selon le niveau

de revenu. Le rapport met l'accent sur les inégalités en santé liées au revenu puisque le revenu et le statut socioéconomique ont des répercussions directes et indirectes importantes sur la santé. En outre, les données sur le revenu sont plus facilement accessibles dans les sources de données que celles sur les autres variables socioéconomiques (comme l'emploi ou la scolarité) qui pourraient servir à stratifier la population pour l'analyse des inégalités en santé.

Figure 1 : Tendances des inégalités en santé liées au revenu — structure du rapport et indicateurs

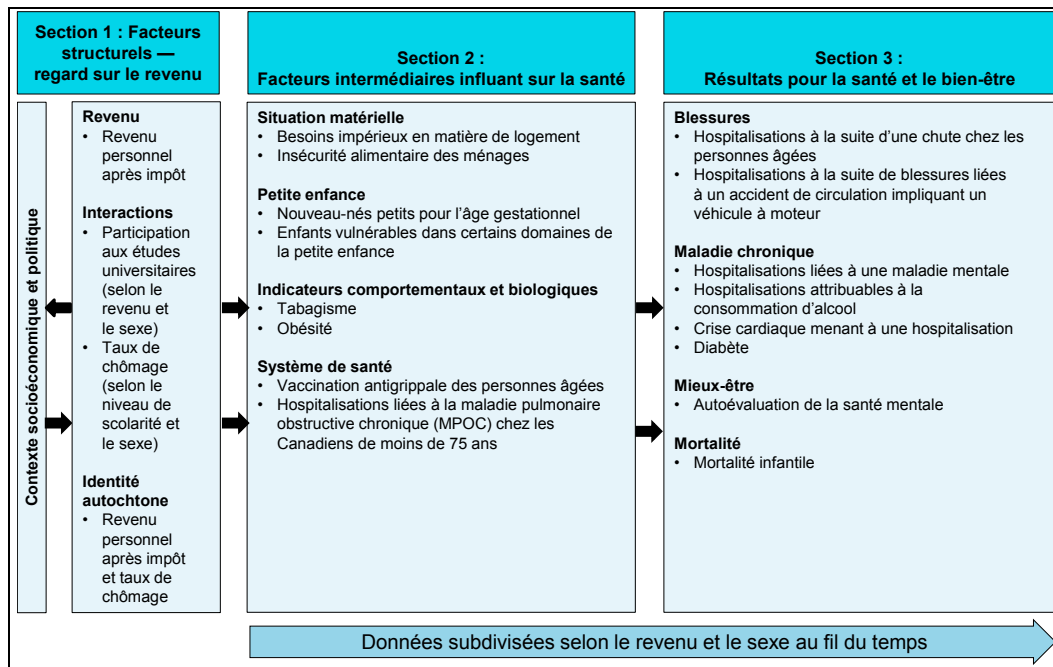
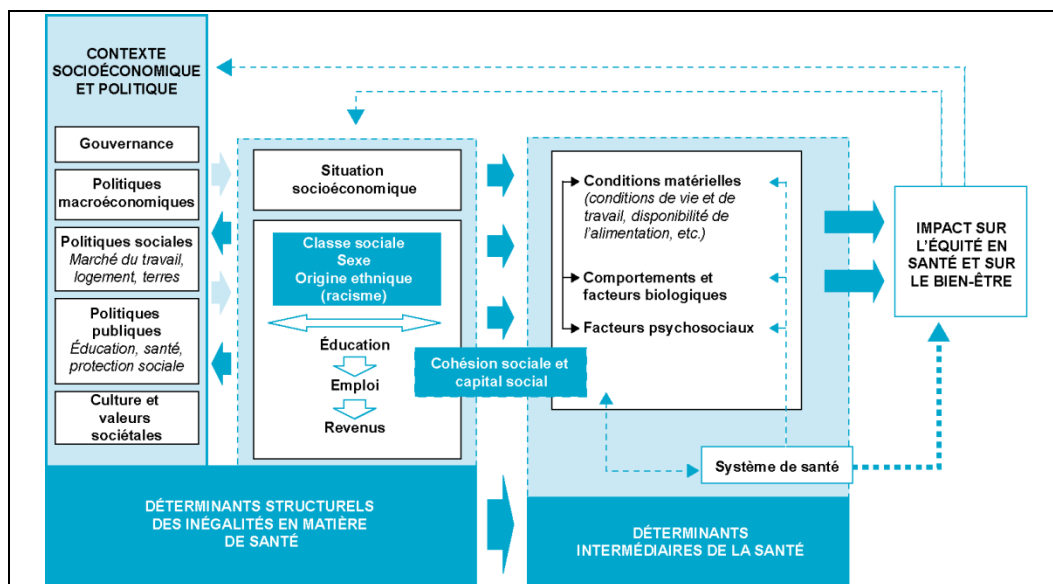


Figure 2 : Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé<sup>30</sup>



#### Source

Reproduit avec la permission de l'éditeur. Tiré de Solar O., Irwin A. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health — Social Determinants of Health Discussion Paper 2 — Debates, Policy and Practice, Case Studies*. Genève, Suisse : OMS; 2010.

## Analyse et présentation des inégalités liées au revenu au fil du temps

L'un des objectifs principaux du rapport est de décrire dans quelle mesure les inégalités en santé liées au revenu et les facteurs influant sur la santé ont changé au fil du temps au Canada et dans les provinces. Pour ce faire, 5 étapes ont été suivies :

- Étape 1 : Classer la population en niveaux de revenu et calculer le taux des indicateurs selon le niveau de revenu pour chaque point dans le temps.
- Étape 2 : Quantifier, au moyen du ratio des taux de disparité (RTD) et de la différence des taux de disparité (DTD), l'écart entre le taux au niveau de revenu le plus élevé et celui au niveau le plus faible (c.-à-d. l'inégalité liée au revenu) pour chaque point dans le temps.
- Étape 3 : Déterminer si les inégalités ont changé au fil du temps en comparant les mesures des inégalités entre le premier et le dernier point dans le temps.
- Étape 4 : Examiner l'évolution du taux des indicateurs par niveau de revenu afin de déterminer quel niveau est à l'origine de la variation des inégalités liées au revenu.
- Étape 5 : Quantifier l'ampleur des inégalités pour l'ensemble des niveaux de revenu en calculant les mesures des répercussions des inégalités, lesquelles utilisent comme point de référence le niveau de revenu le plus élevé : la réduction potentielle du taux (RPT) et le nombre de personnes à risque au sein de la population (NPRP).

Chacune de ces étapes est décrite de façon plus détaillée dans les paragraphes qui suivent. Ces descriptions serviront de cadre de référence pour la lecture du rapport et l'interprétation des résultats. Pour obtenir la méthodologie technique complète du projet, se reporter aux [Notes méthodologiques](#).

### **Étape 1 : Classer la population en niveaux de revenu et calculer le taux des indicateurs selon le niveau de revenu pour chaque point dans le temps**

Les inégalités liées au revenu peuvent être analysées de diverses façons<sup>31-37</sup>. On peut entre autres les analyser en divisant la population en tranches équivalentes selon le revenu, puis en comparant le taux de chaque indicateur de santé entre chacune des tranches. Aux fins du rapport, on a analysé les tendances des indicateurs pour 5 tranches de revenu (ou quintiles), lesquelles ont été établies principalement à partir du revenu rajusté autodéclaré des ménages ou du revenu moyen du quartier (voir l'encadré 1). Employée dans nombre d'analyses des inégalités en santé liées au revenu réalisées au Canada<sup>14, 38-45</sup>, cette approche permet d'avoir une bonne représentation du taux par niveau de revenu au fil du temps. Les inégalités liées au revenu peuvent également être analysées au moyen d'autres méthodes comme le classement plus détaillé de la population selon le revenu (p. ex. par décile) ou l'analyse du revenu en tant que variable continue.

## Encadré 1 : Classement des Canadiens par niveau (quintile) de revenu

### Revenu rajusté autodéclaré des ménages

Pour les indicateurs dérivés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le revenu total autodéclaré du ménage a servi à regrouper les répondants en quintiles de revenu<sup>46</sup>. Cette mesure de revenu autodéclaré est ajustée en fonction de la taille du ménage et de la collectivité, puisque ces 2 facteurs influent sur le coût de la vie d'un ménage et déterminent le seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne<sup>47</sup>. Pour les indicateurs fondés sur l'ESCC dans le présent rapport, la proportion de la population échantillonnée pour laquelle les données sur le revenu étaient manquantes variait de 9 % à 23 % environ.

### Revenu du quartier

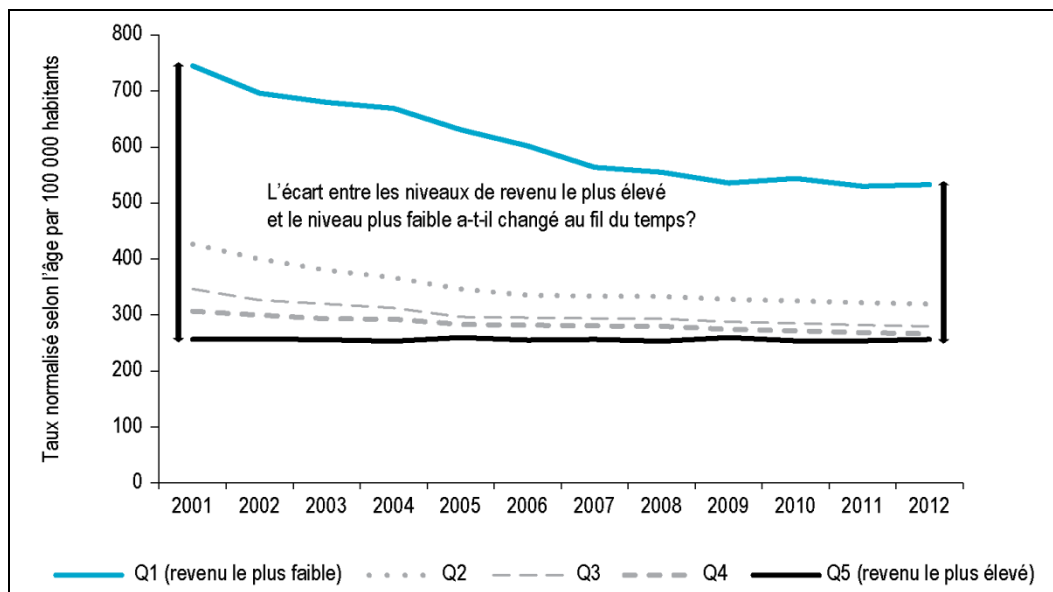
Pour les indicateurs fondés sur des données administratives tirées notamment des bases de données hospitalières et des statistiques de l'état civil, l'information sur le revenu n'était pas accessible au niveau individuel. Par conséquent, une mesure du revenu du quartier a été utilisée pour regrouper les personnes en quintiles de revenu. Selon cette méthode fondée sur la région, le classement est effectué par un couplage du code postal de la résidence des personnes avec le revenu moyen de leur quartier<sup>48</sup>. Pour les indicateurs inclus dans le présent rapport, la proportion de la population pour laquelle le code postal était manquant ou non valide variait entre 1 % et 5 % environ.

Pour obtenir une description détaillée et une comparaison des méthodologies employées pour l'établissement des quintiles de revenu des ménages et du quartier, se reporter aux [Notes méthodologiques](#).

## Étape 2 : Quantifier les inégalités liées au revenu

On peut appliquer différentes approches pour quantifier les inégalités en santé liées au revenu<sup>31, 49</sup>. Le présent rapport porte surtout sur l'évolution de l'écart entre les niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible au fil du temps (figure 3). D'autres approches sont fondées sur des mesures « complexes » qui quantifient l'inégalité entre tous les niveaux de revenu. La réduction potentielle du taux (RPT) et le nombre de personnes à risque au sein de la population (NPRP) sont 2 autres mesures utilisées dans le rapport qui tiennent compte des différences entre les 5 niveaux de revenu. Elles sont décrites à l'étape 5.

Figure 3 : Quantifier les inégalités liées au revenu au fil du temps



Les inégalités en santé entre le niveau de revenu le plus élevé et le niveau le plus faible peuvent être mesurées sur une échelle **absolue** (différence) ou sur une échelle **relative** (ratio). Les mesures relative et absolue de l'inégalité doivent toutes 2 être consignées et être surveillées au fil du temps puisque, ensemble, elles tracent un portrait exact et complet de l'inégalité<sup>50-52</sup>. Comme l'illustre le scénario 3 (page 28), ces 2 types de mesures peuvent révéler des tendances différentes, voire opposées. Une analyse fondée uniquement sur une de ces mesures mènerait donc à une interprétation différente des tendances des inégalités<sup>52-55</sup>. Il est recommandé par conséquent de tenir compte de l'inégalité relative et de l'inégalité absolue en parallèle lorsqu'on établit les tendances des inégalités et qu'on utilise cette information pour orienter les interventions de réduction des inégalités en santé liées au revenu<sup>56</sup>.

### Mesures servant à quantifier les inégalités liées au revenu

Le **ratio des taux de disparité (RTD)** représente la différence **relative**. Il est calculé en divisant le taux le plus élevé (habituellement celui au niveau de revenu le plus faible) par le taux le plus faible (habituellement celui au niveau de revenu le plus élevé).

**Exemple : Q1 ÷ Q5**

$$= 750 \text{ par } 100\,000 \div 250 \text{ par } 100\,000$$

$$= 3$$

**Interprétation :** Le taux de l'affection X est 3 fois plus élevé chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible que chez ceux au niveau de revenu le plus élevé.

La **différence des taux de disparité (DTD)** représente la différence **absolue**. Elle est calculée en soustrayant le taux le plus élevé et le taux le plus faible.

**Exemple : Q1 - Q5**

$$= 750 \text{ par } 100\,000 - 250 \text{ par } 100\,000$$

$$= 500 \text{ par } 100\,000$$

**Interprétation :** L'affection X atteint 500 Canadiens de plus par 100 000 au niveau de revenu le plus faible qu'au niveau de revenu le plus élevé.

### Étape 3 : Déterminer si les inégalités ont changé au fil du temps

Pour déterminer si les inégalités liées au revenu ont varié au fil du temps, nous avons vérifié si les mesures de l'inégalité — le RTD et la DTD — ont augmenté, diminué ou sont restées stables entre le premier et le dernier point dans le temps. Pour la variation au fil du temps, nous avons rendu compte des changements statistiquement significatifs seulement, c'est-à-dire les cas où les intervalles de confiance (IC) de 95 % du premier et du dernier point dans le temps ne se chevauchent pas. Nous avons également rendu compte de la variation en pourcentage et de la différence des mesures de l'inégalité pour montrer l'ampleur de la variation au fil du temps. Enfin, nous avons présenté seulement les changements statistiquement significatifs puisque, dans la pratique, il est difficile de dégager de manière systématique des messages clés pour la rédaction d'un rapport de cet envergure. Il est donc possible que les conclusions présentées tracent un portrait conservateur des inégalités qui ont changé au fil des ans.

Tableau 2 : Exemple de résultats indiquant la variation de l'inégalité au fil du temps

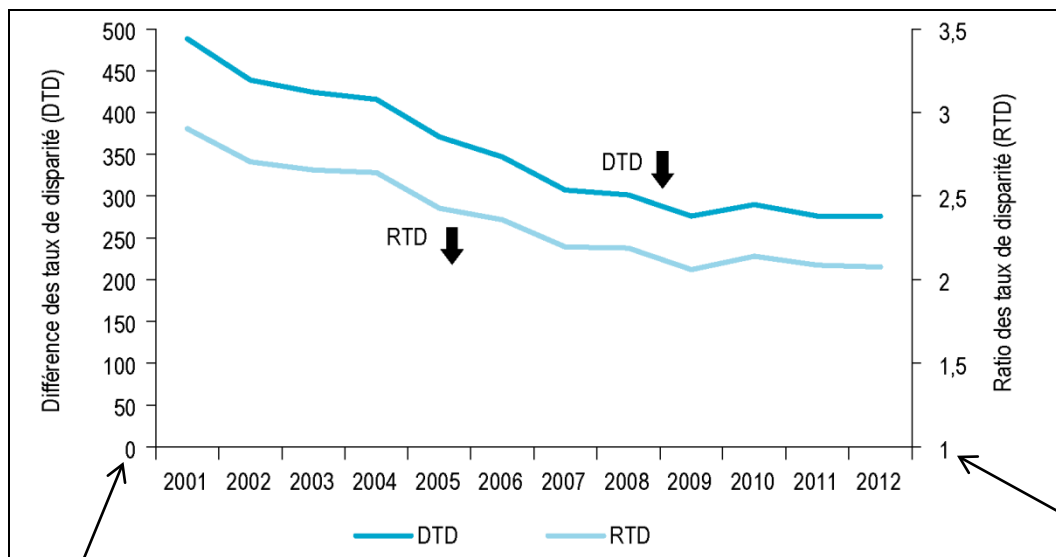
Mesure de l'inégalité	2001	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	1,99* (1,78 à 2,23)	1,56* (1,38 à 1,77)	↓	-21,5* (-29,2 à -13,8)	-0,43* (-0,60 à -0,26)
<b>DTD (IC 95 %)</b>	313* (263 à 363)	177* (129 à 225)	↓	-43,5* (-61,2 à -25,7)	-136* (-205 à -67)

Dans ce scénario, le RTD et la DTD étaient beaucoup plus bas en 2012 qu'en 2001. Cela signifie que l'inégalité a diminué tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.

De plus, puisque cette approche ne représente que l'inégalité entre le premier et le dernier point dans le temps, les RTD et les DTD sont également présentés dans un graphique pour la période complète (figure 4). Ces figures offrent de l'information complémentaire sur l'évolution des inégalités durant la période complète. Les résultats complets de l'analyse pour l'ensemble de la période sont également disponibles sur le site Web de l'ICIS.



Figure 4 : Tendances du ratio des taux de disparité et de la différence des taux de disparité au fil du temps



Une DTD de 0 indique qu'il n'y a aucune différence absolue entre le taux de l'indicateur au premier (Q1) et au cinquième (Q5) quintile de revenu. Une valeur inférieure à 0 indique que les taux sont plus élevés au Q5 (association inverse).

Un RTD de 1 indique qu'il n'y a aucune différence relative entre le taux de l'indicateur au premier (Q1) et au cinquième (Q5) quintile de revenu. Une valeur entre 0 et 1 indique que les taux sont plus élevés au Q5 (association inverse).

## Étape 4 : Examiner l'évolution du taux des indicateurs par niveau de revenu afin de déterminer quel niveau est à l'origine de la variation des inégalités liées au revenu

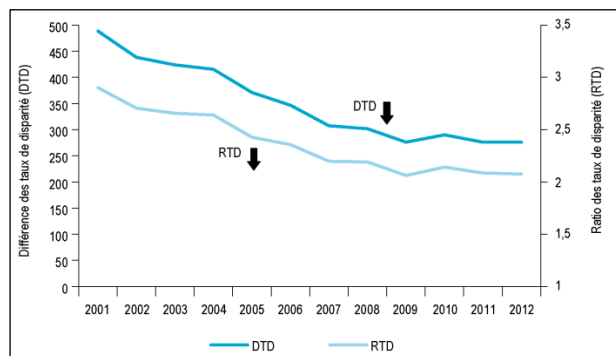
Pour comprendre comment et pourquoi l'inégalité a varié au fil du temps, il faut examiner le taux des indicateurs par niveau de revenu<sup>49, 57</sup>. Les inégalités liées au revenu peuvent augmenter, se résorber ou rester stables pour diverses raisons. Par exemple, comme l'illustre le scénario 1, une réduction des inégalités liées au revenu peut résulter d'une *amélioration* des taux aux niveaux de revenu inférieurs. L'idée de rapprocher l'état de santé des groupes les moins en santé de celui des groupes en meilleure santé se nomme « nivellement vers le haut » et constitue une évolution positive. À l'inverse, la réduction des inégalités liées au revenu peut découler d'une *détérioration* des taux aux niveaux de revenu supérieurs (scénario 2). Une atténuation des inégalités qui découlerait d'une détérioration au sein des groupes en meilleure santé (c.-à-d. un « nivellement vers le bas ») n'est pas souhaitable : il s'agit d'une tendance négative<sup>52</sup>.

Il importe de comprendre comment les inégalités ont varié au fil du temps afin de déterminer quels types d'interventions permettront d'améliorer la santé des Canadiens et, au besoin, de contrer directement les inégalités en santé.

## Scénario 1 : Amélioration des taux

### Comment l'inégalité évolue-t-elle?

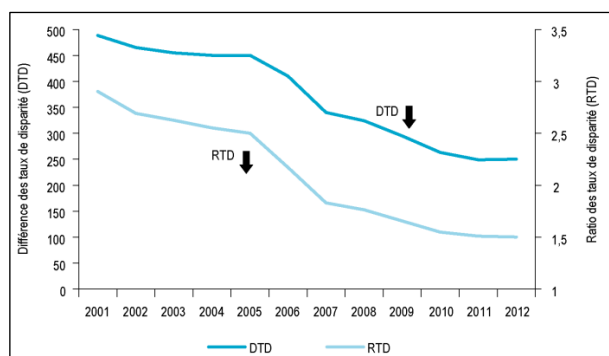
L'inégalité se résorbe au fil du temps, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.



## Scénario 2 : Détérioration des taux

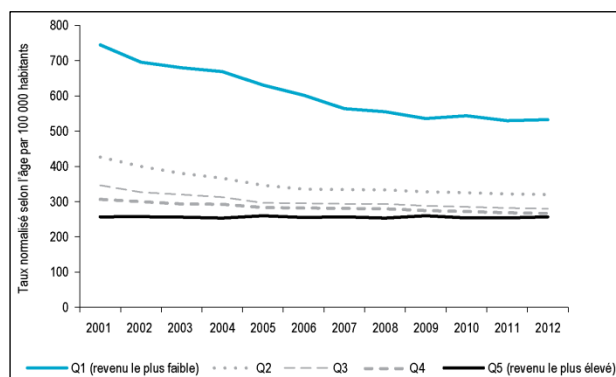
### Comment l'inégalité évolue-t-elle?

L'inégalité se résorbe au fil du temps, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.



### Pourquoi l'inégalité change-t-elle?

Les taux s'améliorent chez les personnes à faible revenu et restent stables chez les personnes à revenu élevé.



### Qu'est-ce que cela signifie?

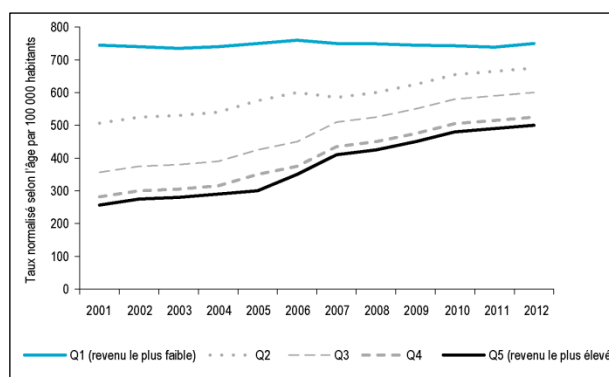
Ce scénario montre une tendance positive; l'inégalité s'atténue parce que le taux s'améliore au niveau de revenu le plus faible.

### Intervention possible

Chercher la cause de l'amélioration au niveau de revenu le plus faible et continuer de réduire l'inégalité.

### Pourquoi l'inégalité change-t-elle?

Les taux se détériorent chez les personnes à revenu élevé et restent stables chez les personnes à faible revenu.



### Qu'est-ce que cela signifie?

Ce scénario montre une tendance négative; l'inégalité s'atténue parce que le taux se détériore au niveau de revenu le plus élevé.

### Intervention possible

Chercher la cause de la détérioration et poursuivre la lutte contre ce problème de santé à tous les niveaux de revenu.

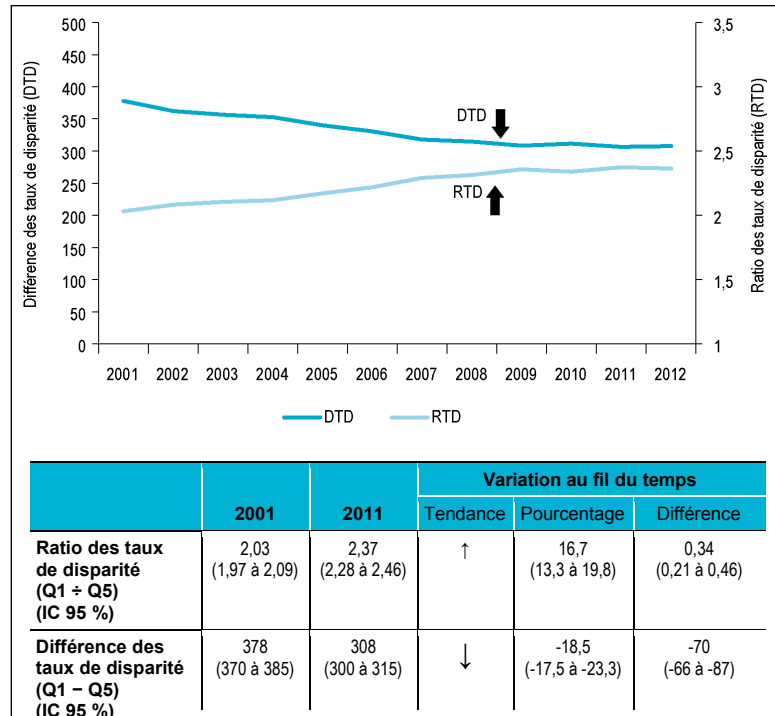
### Scénario 3 : Tendances opposées entre l'inégalité relative et l'inégalité absolue

#### Comment l'inégalité évolue-t-elle?

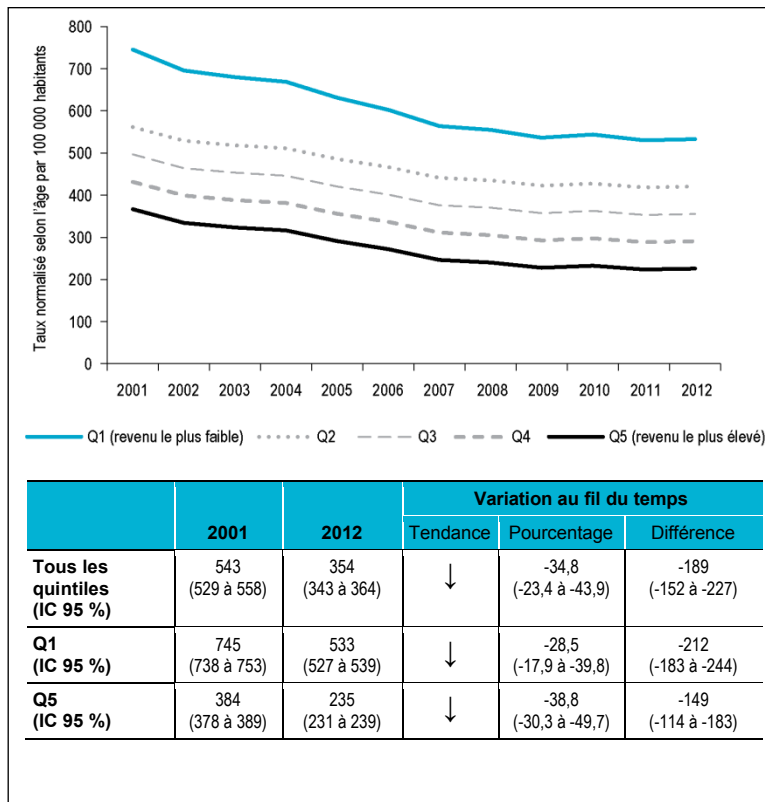
L'inégalité se creuse au fil du temps sur une échelle relative, mais s'atténue sur une échelle absolue.

#### Pourquoi l'inégalité évolue-t-elle?

Les taux s'améliorent à tous les niveaux de revenu, ce qui diminue la fourchette de valeurs de cet indicateur (c.-à-d. les valeurs supérieure et inférieure). Lorsque les taux approchent de 0, les différences relatives tendent à augmenter et les différences absolues, à diminuer (voir l'encadré Comparaison des tendances des inégalités).



Bien que la plus forte amélioration des taux ait été observée au niveau de revenu le plus faible, l'amélioration devrait être encore plus marquée pour que l'inégalité relative demeure constante ou diminue.



#### Qu'est-ce que cela signifie?

Dans l'ensemble, les tendances des inégalités se maintiennent au fil du temps, tandis que les taux diminuent à tous les niveaux de revenu.

#### Intervention possible

Continuer de mettre l'accent sur l'amélioration des résultats chez les Canadiens aux niveaux de revenu inférieurs pour atténuer les inégalités persistantes.

## Étape 5 : Quantifier l'ampleur des inégalités pour l'ensemble des niveaux de revenu

Les écarts de santé liés au revenu n'existent pas seulement entre les niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé : la santé tend à s'améliorer à chacun des échelons de l'échelle des revenus<sup>52</sup>. Ainsi, en plus d'examiner la différence entre les niveaux de revenu supérieur et inférieur au fil du temps, nous avons calculé la **réduction potentielle du taux** (RPT) et le **nombre de personnes à risque au sein de la population** (NPRP) afin de quantifier l'inégalité pour tous les niveaux de revenu sur une échelle relative et absolue, respectivement. Ces mesures sont nommées « mesures des répercussions des inégalités » dans le rapport. Elles sont calculées selon le scénario hypothétique où toute la population afficherait le même taux que celui observé au niveau de revenu le plus élevé.

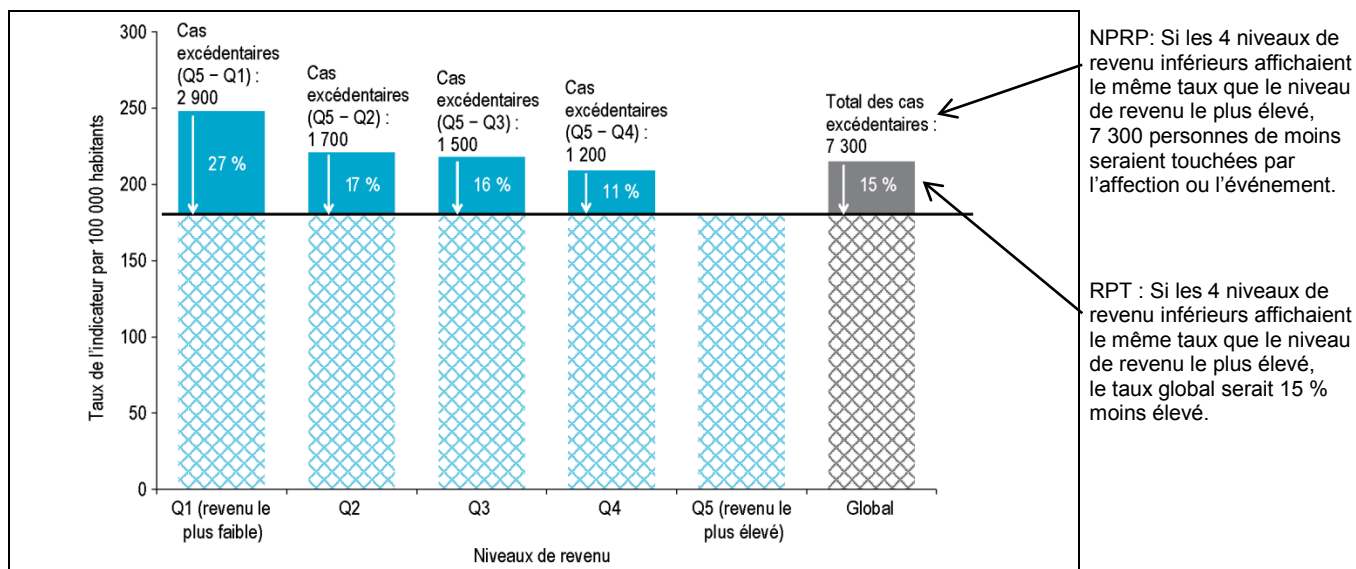
- La **réduction potentielle du taux** (RPT) indique la réduction du taux d'un indicateur de santé qui serait observée si tous les niveaux de revenu affichaient le même taux que celui observé au niveau de revenu le plus élevé. Également appelée « fraction étiologique du risque »<sup>58</sup>, il s'agit d'une mesure *relative* qui rend compte de l'inégalité à tous les niveaux de revenu.

**Exemple** : Au cours d'une année donnée, 15 % des hospitalisations auraient pu être évitées si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux que celui au niveau de revenu le plus élevé (figure 5).

- Le **nombre de personnes à risque au sein de la population** (NPRP), calculé à partir de la RPT, correspond au nombre approximatif de cas qui pourraient être évités si le taux à tous les niveaux de revenu était le même que celui au niveau de revenu le plus élevé<sup>59</sup>. Il s'agit d'une mesure *absolue* qui rend compte du gradient de l'inégalité pour tous les niveaux de revenu.

**Exemple** : Au cours d'une année donnée, 7 300 hospitalisations auraient pu être évitées si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux que celui au niveau de revenu le plus élevé (figure 5).

Figure 5 : Illustration du calcul de la réduction potentielle du taux et du nombre de personnes à risque au sein de la population



## Comparaison des tendances des inégalités

Ce projet vise principalement à comparer les tendances des inégalités au fil du temps, dans les provinces et les territoires et pour des indicateurs précis. Fait à noter : il est *difficile* de comparer adéquatement les tendances des inégalités d'une population ou d'un indicateur à l'autre, surtout lorsqu'on n'utilise que les ratios des taux de disparité ou les différences des taux de disparité.

Il peut être difficile de comparer les tendances des inégalités d'une population ou d'un indicateur à l'autre, car, d'une part, l'inégalité est un concept relationnel, et, d'autre part, la variation potentielle de l'étendue de l'inégalité relative ou absolue dépend de la valeur de l'indicateur. En effet, la différence absolue entre les niveaux de revenu peut être beaucoup plus marquée pour les indicateurs qui affichent un taux élevé que pour ceux qui affichent un taux faible. L'exemple suivant illustre bien ce phénomène :

Un indicateur de l'ordre de 500 par 100 000 pourrait théoriquement avoir une différence absolue de 500 par 100 000 si le problème ne se produisait pas du tout au niveau de revenu le plus élevé, tandis que pour un indicateur de l'ordre de 50 par 100 000, la différence absolue maximale serait beaucoup plus faible.

De la même façon, pour les indicateurs qui rendent compte d'événements rares, de légères variations peuvent entraîner de grandes différences relatives. L'exemple suivant illustre bien ce phénomène :

L'ajout d'un cas par 100 000 au niveau de revenu le plus faible peut représenter une différence relative de 25 % ou de 2 %, selon la valeur de l'indicateur :

- RTD1 :  $Q1 \div Q5 = 5 \text{ par } 100\,000 \div 4 \text{ par } 100\,000 = 1,25$
- RTD2 :  $Q1 \div Q5 = 50 \text{ par } 100\,000 \div 49 \text{ par } 100\,000 = 1,02$

## Sélection des exemples d'interventions

Le présent rapport vise également à présenter des interventions prometteuses de réduction des inégalités en santé liées au revenu au Canada. Dans le cadre de l'évaluation des interventions, nous nous sommes heurtés à 2 grandes difficultés : le manque de données permettant d'établir un lien clair entre les interventions et la réduction des inégalités en santé; et la façon d'atteindre les segments les plus vulnérables de la population. Malgré ces contraintes, des exemples d'interventions qui permettent de réduire les inégalités en santé liées au revenu (ou qui ont le potentiel de le faire) ont été présentés pour la plupart des indicateurs du rapport. Plusieurs facteurs ont été pris en considération lors de l'évaluation de ces approches : l'approche est-elle universelle ou est-elle ciblée?, touche-t-elle plusieurs secteurs?, à quel palier est-elle mise en œuvre?, quel est le milieu visé (interne ou externe au système de santé)?, et quelle est la population visée? Nous savons que, pour s'attaquer aux inégalités en santé liées au revenu, il faut faire appel à des stratégies globales regroupant diverses approches, comme celles mentionnées dans le rapport.

Les interventions peuvent s'appliquer de façon universelle à l'ensemble de la population, ou encore cibler certains groupes, comme les Canadiens à faible revenu. Les mesures universelles telles que les programmes de protection du revenu pour les personnes qui ne peuvent travailler permettent de créer un filet de sécurité et de donner accès aux services essentiels à tous les

Canadiens. Ce type d'intervention peut toutefois favoriser les inégalités si, par exemple, les personnes ayant davantage de ressources socioéconomiques ont plus facilement accès aux programmes offerts<sup>60, 61</sup>. Malgré cet inconvénient potentiel, les interventions universelles constituent un volet important des stratégies de promotion de la santé. L'encadré 2 présente un type d'intervention universelle couramment utilisé : les mesures fiscales.

Les interventions ciblées font partie intégrante des stratégies de réduction des inégalités en santé, puisqu'elles permettent d'améliorer directement la santé des groupes vulnérables<sup>62</sup>. Elles peuvent toutefois contribuer à stigmatiser les groupes vulnérables en les étiquetant comme ayant besoin d'une aide supplémentaire<sup>63</sup>. En outre, elles risquent de ne pas agir sur les inégalités dans l'ensemble de l'échelle des revenus. Il est généralement admis qu'une combinaison de mesures universelles et ciblées est nécessaire pour une lutte globale contre les inégalités en santé<sup>64, 65</sup>.

Il était également important de présenter dans le rapport des interventions réalisées à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé. La collaboration intersectorielle, notamment, est particulièrement utile pour la réduction des inégalités sur lesquelles agissent de multiples facteurs de risque<sup>66</sup>. Par exemple, pour réduire les inégalités en matière d'obésité, il faut mettre en œuvre des stratégies axées non seulement sur les comportements liés à la santé, mais également sur les conditions de vie et de travail ainsi que sur les caractéristiques de l'environnement physique, comme l'accessibilité piétonnière, l'accès aux espaces verts et à des aliments nutritifs<sup>67, 68</sup>. Nous souhaitons ainsi montrer les programmes mis en œuvre actuellement dans plusieurs provinces canadiennes qui prennent appui sur de multiples démarches d'amélioration de la santé et qui s'adressent à des groupes variés, à différentes étapes de la vie.

Le présent document n'est pas une revue systématique et complète de ces interventions. Il relève des exemples éprouvés et des démarches prometteuses qui pourraient réduire les inégalités en santé liées au revenu. Le premier critère d'inclusion était donc la pertinence de l'intervention en ce qui a trait à ce type d'inégalités. Un juste équilibre a été recherché entre les interventions établies depuis longtemps qui ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses et les approches plus récentes et novatrices qui sont en cours d'évaluation, ou dont les résultats d'évaluation ne sont pas accessibles. Puisque la sélection des interventions était fondée sur un équilibre entre différents objectifs, il est possible que l'intervention présentée pour un indicateur donné ne soit pas celle qui a fait l'objet de l'évaluation la plus rigoureuse, mais qu'elle constitue plutôt un exemple d'approche particulière qui n'est pas abordée ailleurs dans le rapport. La méthode de recherche et de sélection des interventions est décrite en détail dans les [Notes méthodologiques](#).

## Encadré 2 : Interventions universelles de réduction des inégalités — l'exemple des mesures fiscales

Les mesures fiscales, comme la taxation et les hausses de prix, font partie des interventions universelles que les gouvernements peuvent mettre en œuvre pour favoriser la santé de la population générale. Ces mesures servent d'incitatifs financiers à l'adoption de saines habitudes (ou à l'abandon de comportements nuisibles à la santé). Selon l'OMS, par exemple, l'augmentation du prix des cigarettes est la politique antitabac qui réussit le mieux à réduire les taux de tabagisme et les problèmes de santé connexes dans la population<sup>69</sup>. Des stratégies semblables ont récemment été mises en œuvre dans d'autres domaines clés de la santé publique, comme la consommation d'alcool : plusieurs provinces canadiennes, dont la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, ont ainsi augmenté le prix minimal à l'unité pour les boissons alcoolisées<sup>70, 71</sup>. Des organismes scientifiques internationaux<sup>72, 73</sup> et canadiens<sup>74-77</sup>, de concert avec certaines provinces (dont la Colombie-Britannique<sup>78</sup>, l'Alberta<sup>79</sup> et le Québec<sup>80</sup>), ont récemment demandé l'imposition d'une taxe sur les boissons sucrées, dans le cadre d'une vaste stratégie visant à diminuer la consommation de boissons et d'aliments malsains et à réduire les taux d'obésité dans la population.

Avant de mettre en œuvre des interventions universelles, il est important de prendre en considération que les répercussions pourraient être différentes selon le groupe socioéconomique<sup>81, 82</sup>. Par exemple, si une politique fiscale telle que l'augmentation du prix des cigarettes impose un fardeau financier disproportionné aux Canadiens à faible revenu, elle pourrait être considérée comme régressive. En revanche, si cette même politique procure de plus grands bienfaits pour la santé dans les groupes à faible revenu que dans la population générale (p. ex. des taux plus élevés d'abandon ou de réduction de la consommation de tabac), on considère que ces bienfaits ont un effet progressif sur la santé publique<sup>83-86</sup>. Même si les politiques d'augmentation du prix des cigarettes présentent un fort potentiel de réduction des inégalités socioéconomiques relatives au tabagisme<sup>84, 87, 88</sup> et qu'elles ont été adoptées partout au Canada au cours des dernières décennies<sup>89, 90</sup>, d'importantes inégalités socioéconomiques persistent à ce chapitre<sup>91-94</sup>.

En observant ces tendances, on constate qu'il est difficile de résoudre les problèmes d'équité en santé au moyen d'interventions universelles et qu'il est primordial de tenir compte des questions d'équité à toutes les étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques<sup>81, 86, 95, 96</sup>. Les études d'impact axées sur l'équité, qui peuvent être intégrées au processus décisionnel, permettent d'évaluer les effets indésirables éventuels des interventions sur divers groupes de population, et de déterminer si les mesures risquent d'exacerber les inégalités existantes en santé<sup>97, 98</sup>. Bien que de nombreuses études portent sur les approches efficaces pour la diminution des comportements nuisibles à la santé, comme le tabagisme et ses répercussions sur la santé de la population générale<sup>69</sup>, très peu de données probantes existent sur les meilleures démarches de réduction des inégalités socioéconomiques<sup>87, 95</sup>. Des intervenants réclament donc que des recherches soient réalisées sur les types d'interventions qui creusent ou atténuent les inégalités<sup>82, 96</sup>. Le consensus actuel veut qu'une combinaison d'approches universelles et ciblées — comme l'affectation des taxes supplémentaires perçues sur les cigarettes à des programmes d'abandon du tabac destinés aux groupes à faible revenu — soit probablement la plus efficace pour l'amélioration de l'état de santé de la population générale et la réduction des inégalités en santé<sup>65, 81, 84, 96</sup>.

## Section 1 : Facteurs structurels influant sur la santé — regard sur le revenu

Les facteurs structurels influant sur la santé comprennent un large éventail de déterminants qui influencent la situation d'une personne dans la hiérarchie sociale et économique. Cette situation, à son tour, agit fortement sur les possibilités de la personne en matière de santé<sup>29</sup>. Comme leur nom l'indique, les facteurs structurels englobent le contexte socioéconomique et politique général dans lequel vivent les gens. Déterminant fondamental du statut socioéconomique, le revenu agit sur la santé de façons multiples et complexes<sup>99-101</sup>. Dans le présent rapport, les auteurs analysent les tendances des inégalités en santé qui sont liées au revenu. Pour ce faire, ils examinent les écarts entre les résultats de divers indicateurs par niveau de revenu. Parmi les indicateurs examinés, citons les expériences en bas âge, les comportements liés à la santé, l'utilisation du système de santé, ainsi que les résultats pour la santé et le bien-être. Selon les recherches antérieures sur les inégalités en santé qui ont été fondées sur divers résultats liés à la morbidité et à la mortalité, les personnes à revenu élevé tendent à afficher de meilleurs résultats pour la santé que celles à faible revenu. On appelle ce phénomène « gradient socioéconomique de la santé »<sup>14, 21, 102, 103</sup>. Par exemple, l'Étude canadienne de suivi de la mortalité, pour laquelle les données de recensement et les données sur la mortalité d'une grande cohorte ont été couplées, a démontré qu'un faible revenu était associé à des taux accrus de mortalité normalisés selon l'âge<sup>102</sup>. L'inégalité des revenus (c.-à-d. la répartition du revenu dans la population) doit également être prise en considération : les habitants de régions affichant une forte inégalité des revenus tendent à présenter de pires résultats pour la santé<sup>100, 104-106</sup>.

Le revenu est un déterminant phare du statut socioéconomique (SSE). Le SSE joue un rôle déterminant dans l'accès aux ressources et aux soutiens de promotion de la santé. De plus, il permet en partie d'expliquer les facteurs qui mènent aux inégalités en santé<sup>29, 99, 107</sup>. Le niveau de revenu, qu'il soit absolu ou relatif, a toujours une incidence sur la santé. Le revenu absolu correspond à la capacité d'une personne de se procurer les biens essentiels à sa santé, tandis que le revenu relatif correspond au revenu de la personne par rapport à celui des autres; ce dernier permet d'illustrer le degré d'inégalité au sein de la population<sup>100, 106</sup>.

Comme le décrit le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, la relation entre revenu et santé s'explique par 5 mécanismes :

- **Revenu personnel** : L'inégalité des revenus signifie que les personnes à faible revenu ont moins d'argent à investir dans des ressources qui favorisent la santé (p. ex. des aliments sains ou un logement acceptable).
- **Statut social** : La hiérarchie sociale au sein d'une société est renforcée par l'inégalité des revenus, ce qui occasionne un stress chronique et de moins bons résultats pour la santé chez les personnes au bas de la hiérarchie.
- **Association inverse (c.-à-d. répercussion de la santé sur le revenu)** : Une personne en mauvaise santé peut plus difficilement obtenir et conserver un emploi, ce qui réduit sa capacité éventuelle à générer des revenus.



- **Cohésion sociale** : L'inégalité des revenus entraîne un effritement des liens sociaux entre les personnes, ce qui accentue les conditions défavorables à la santé (p. ex. un taux de criminalité accru).
- **Désinvestissement social** : Dans les quartiers à faible revenu, moins de ressources qu'ailleurs sont investies pour la création de conditions favorables à la santé dans l'environnement social et physique (p. ex. moins d'argent est consacré à l'entretien et à la rénovation des écoles)<sup>29</sup>.

Selon des rapports récents fondés sur divers indicateurs, l'inégalité des revenus se creuserait au Canada<sup>108-110</sup>. L'incidence négative d'une telle inégalité ne se limite cependant pas au domaine de la santé ni aux personnes affichant les revenus les plus faibles. Une grande inégalité des revenus peut en effet contribuer à ralentir la croissance économique<sup>111, 112</sup>. L'inégalité des revenus peut par ailleurs réduire les sommes que les personnes à faible revenu peuvent consacrer à leur éducation, ce qui limite leur capacité à participer à l'économie et nuit à leur mobilité sociale et à leur mobilité économique basée sur le mérite<sup>108, 111</sup>. L'inégalité des revenus se répercute également sur l'environnement social. Par exemple, une importante inégalité des revenus est associée à une confiance et une participation citoyenne moindres, ainsi qu'à des taux de criminalité élevés<sup>113-117</sup>. L'inégalité des revenus a donc une incidence sur l'ensemble de la société : les personnes, les collectivités, les organismes, les structures et les systèmes<sup>114</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, Division de la statistique du revenu, Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision des inégalités</b>	Quintiles (fondés sur la répartition du revenu personnel après impôt)
<b>Période</b>	1976 à 2011

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile) ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le ratio des revenus (RR), ou différente de 0 pour la différence des revenus (DR), la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 1993 et l'estimation de 2011
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 1993 et l'estimation de 2011
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 1993 et l'estimation de 2011

(suite à la page suivante)

### Notes supplémentaires

Le ratio des revenus est également appelé ratio entre les quintiles de revenus (S80 ÷ S20)<sup>a, b</sup>.

- a. Commission européenne. Quality of life indicators—material living conditions. Eurostat. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_material\\_living\\_conditions](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_material_living_conditions). Consulté le 2 mars 2015.
- b. Organisation de coopération et de développement économiques. *Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. Paris, France : OCDE; 2008.

## Inégalité des revenus au fil du temps

L'évolution de l'écart entre le niveau de revenu le plus élevé et le plus faible au fil du temps et d'une province à l'autre est l'assise contextuelle qui permettra d'interpréter les tendances observées pour les indicateurs de santé liés au revenu qui sont présentés plus loin dans le rapport. Voici donc une analyse des tendances de l'indicateur Revenu personnel après impôt, au fil du temps et par quintile de revenu, en dollars constants de 2011. Pour que les résultats de cette analyse soient compatibles et comparables avec ceux des analyses des inégalités en santé liées au revenu présentées ailleurs dans le rapport, l'écart entre le quintile de revenu inférieur et le quintile de revenu supérieur est quantifié de façon relative (ratio) et absolue (différence). Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie du présent rapport, reportez-vous à l'introduction ou aux [Notes méthodologiques](#).

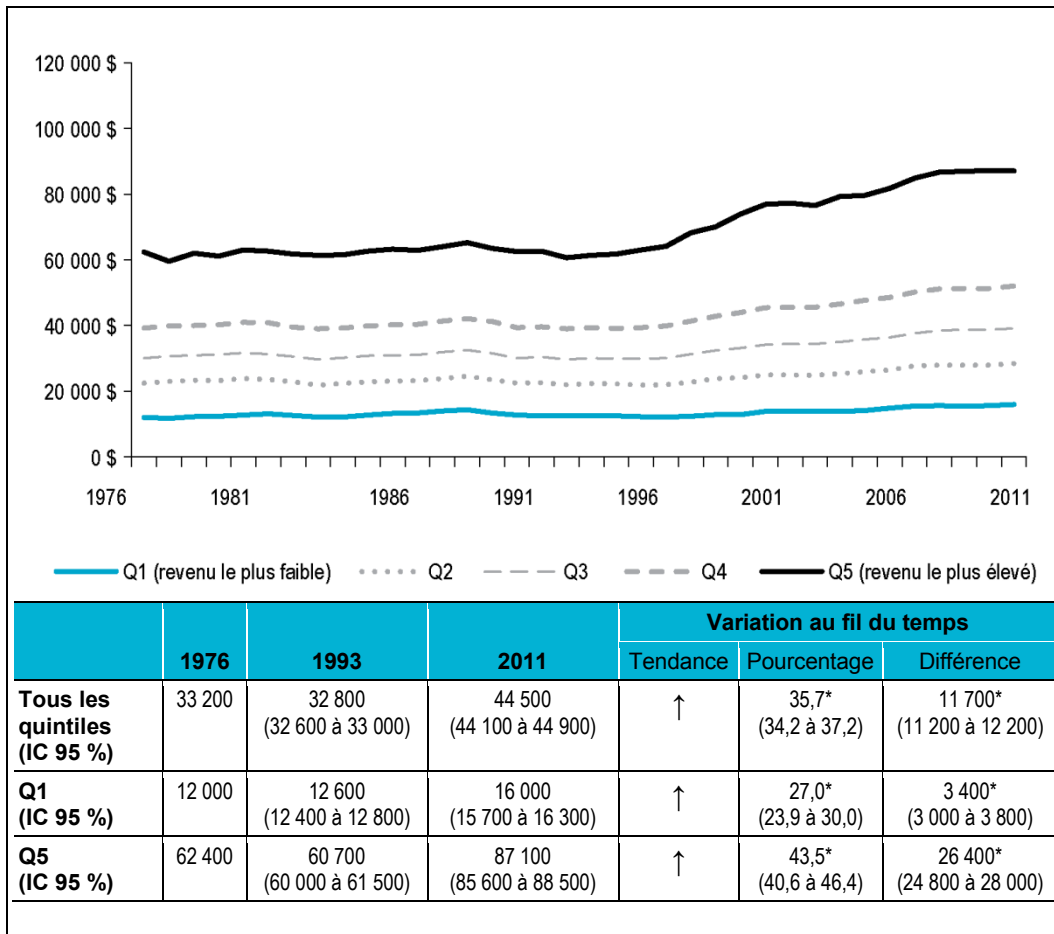
### Comment l'inégalité des revenus a-t-elle évolué de 1976 à 2011?

Depuis le milieu des années 1990, l'inégalité des revenus augmente au Canada, surtout en raison d'une augmentation plus rapide des gains de revenu des Canadiens qui se situent au niveau de revenu le plus élevé par rapport à ceux aux niveaux de revenu les plus bas.

#### *Tendances par niveau de revenu*

- De 1976 au milieu des années 1990, le revenu après impôt est demeuré relativement stable au sein d'un même niveau de revenu.
- De 1993 à 2011, le revenu après impôt des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé a augmenté de 43,5 %, ou de 26 400 \$.
- En comparaison, durant la même période, le revenu après impôt des Canadiens au niveau de revenu le plus faible a augmenté de 27 %, ou 3 400 \$.

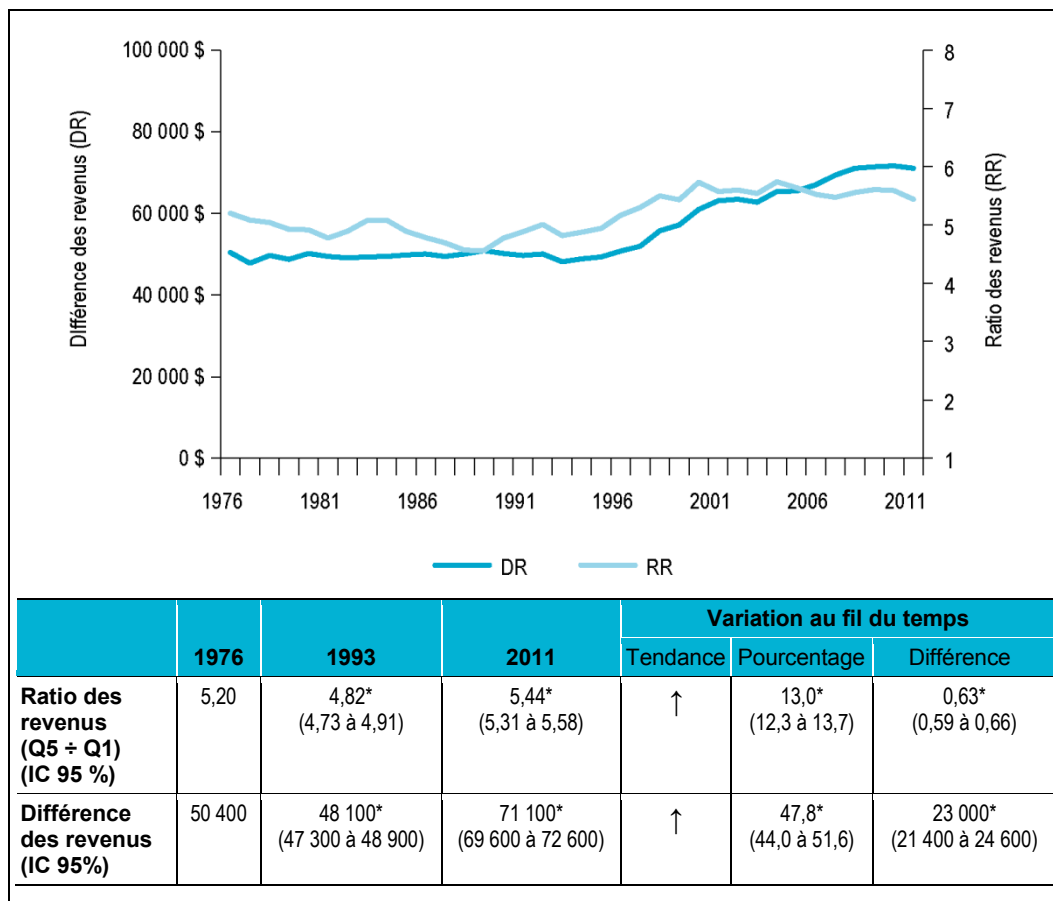
Figure 6 : Revenu personnel après impôt (dollars canadiens constants de 2011), par quintile, Canada, 1976 à 2011



### Tendances des inégalités de revenus

- De 1976 au milieu des années 1990, l'inégalité des revenus est restée constante sur l'échelle absolue, mais a légèrement fluctué sur l'échelle relative (les limites de confiance de 95 % ne sont pas connues avant 1993).
- De 1993 à 2011, l'inégalité des revenus s'est creusée, tant sur l'échelle relative que sur l'échelle absolue.
- En 1993, le revenu des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé était environ 4,82 fois supérieur à celui des Canadiens au niveau de revenu le plus faible, soit 48 100 \$ de plus.
- En 2011, le revenu des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé était environ 5,44 fois supérieur à celui des Canadiens au niveau de revenu le plus faible, soit 71 100 \$ de plus.

Figure 7 : Mesures de l'inégalité du revenu personnel après impôt (dollars canadiens constants de 2011), Canada, 1976 à 2011



## Tendances du faible revenu au Canada

En plus de recenser les personnes à faible revenu au moyen de leur quintile de revenu, nous pouvons distinguer les familles à faible revenu des autres familles au moyen des seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Le SFR correspond à une limite de revenu en deçà de laquelle une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de produits de première nécessité comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne. Ainsi, une famille est considérée comme étant à faible revenu si, pour se procurer ces produits, elle dépense 20 points de pourcentage de son revenu de plus qu'une famille moyenne. Les SFR tiennent compte de la taille de la famille et du coût de la vie dans différentes collectivités<sup>118</sup>.

- Au fil du temps, le pourcentage de Canadiens à faible revenu a diminué, passant d'un sommet de 15 % en 1996-1997 à un peu moins de 9 % en 2011<sup>119</sup>.
- La proportion des familles à faible revenu avec enfants de moins de 18 ans est passée de 13 % en 1976 à un sommet de 18 % en 1996, avant de redescendre à un peu moins de 9 % en 2011<sup>120</sup>.
- La proportion de faible revenu chez les personnes âgées a constamment diminué au cours des dernières décennies : les taux chez les femmes et les hommes seuls sont passés respectivement de 68 % et de 56 % en 1976, à 16 % et à 12 % en 2011<sup>119</sup>.

## Réduction de l'inégalité des revenus

L'inégalité des revenus s'est fortement accentuée au Canada depuis le milieu des années 1990, en raison de l'augmentation des gains au niveau de revenu le plus élevé. L'augmentation de l'inégalité des revenus au Canada et dans le monde tient surtout à la croissance plus rapide des revenus d'emploi au sommet de la distribution des revenus qu'à la base de celle-ci<sup>121, 122</sup>. De 2008 à 2012, le revenu médian des contribuables canadiens du 1 % supérieur est passé de 291 000 \$ à 299 000 \$<sup>123</sup>. De 1982 à 2004, le revenu moyen du 1 % supérieur a augmenté de 59 %, tandis que le revenu de la première tranche de 0,01 % a augmenté de 104 %<sup>110</sup>.

Parmi les autres facteurs déterminants de l'inégalité des revenus figurent le nombre croissant de familles où les 2 conjoints gagnent un revenu élevé, la baisse du taux d'imposition des Canadiens au revenu le plus élevé, la réduction de l'aide sociale et la diminution des prestations d'assurance-emploi<sup>7, 109, 121, 124-126</sup>.

Parmi les diverses approches permettant de combattre l'inégalité des revenus, mentionnons :

- La **redistribution des revenus par les taxes, les impôts et les transferts** consiste en un transfert de revenus par l'intermédiaire de mécanismes sociaux comme les impôts et les taxes, les politiques monétaires et l'aide sociale. La redistribution est le moyen d'action le plus direct dont dispose le gouvernement pour combattre l'inégalité des revenus sans nuire à la croissance économique<sup>112, 127, 128</sup>.

Voici 2 exemples de programmes de transfert qui contribuent à résorber l'inégalité des revenus au moyen de crédits d'impôt ciblés :

- le Supplément de la prestation nationale pour enfants, qui offre un soutien d'appoint aux familles à faible revenu avec enfants en s'ajoutant aux paiements mensuels qu'elles reçoivent dans le cadre du système de prestation fiscale canadienne pour enfants;
- la Prestation fiscale pour le revenu de travail, qui est un crédit d'impôt remboursable et qui vise à offrir un allègement fiscal aux travailleurs et aux familles de travailleurs à faible revenu admissibles, ainsi qu'à encourager d'autres Canadiens à intégrer le marché du travail.

Ces transferts, financés par le système d'imposition progressif, permettent de redistribuer des milliards de dollars chaque année, ce qui peut avoir une incidence considérable sur l'inégalité des revenus<sup>129, 130</sup>.

Il existe plusieurs autres programmes gouvernementaux de supplément au revenu des particuliers, comme la Sécurité de la vieillesse (SV), le Supplément de revenu garanti (SRG), le Régime de pensions du Canada (RPC) et le Régime des rentes du Québec (RRQ). Il a été prouvé que ces programmes réduisent la pauvreté chez les personnes âgées, de même que l'inégalité des revenus<sup>131, 132</sup>.

Le **revenu annuel garanti** procure aux particuliers et aux familles une prestation minimale en espèces, sans égard au statut d'emploi. Cette prestation diminue au fur et à mesure que les revenus d'emploi augmentent. Dans le cadre d'une étude pilote, un programme de revenu annuel garanti a été instauré dans une ville du Manitoba dans les années 1970. Selon les conclusions de l'étude, un revenu annuel garanti entraîne une augmentation du taux d'achèvement des études secondaires et une réduction du taux d'hospitalisations<sup>133, 134</sup>.

Les **politiques du marché du travail** sont des interventions gouvernementales visant à aider les citoyens à trouver un emploi et à le conserver. Les politiques sur le salaire minimum, par exemple, accroissent le revenu des travailleurs les moins rémunérés. Les groupes les plus susceptibles d'être rémunérés au salaire minimum sont les jeunes, les femmes, les personnes ayant un faible niveau de scolarité et les travailleurs à temps partiel<sup>135</sup>.

Les **sommes engagées en éducation et dans les programmes de formation** pourraient contribuer à aplanir l'inégalité des revenus et améliorer les perspectives d'emploi et la mobilité salariale de la main-d'œuvre, particulièrement chez les travailleurs peu qualifiés<sup>136-138</sup>.

Les **mesures de réduction de la pauvreté** peuvent également atténuer l'inégalité des revenus. Ces mesures consistent entre autres à diminuer les dépenses qui exercent une pression financière sur les familles à faible revenu (p. ex. frais de transport et de garde d'enfants)<sup>139</sup>. Les mesures de réduction de la pauvreté combattent l'inégalité des revenus en augmentant le revenu des personnes à la base de la distribution des revenus. On considère également ces mesures comme une stratégie importante pour l'amélioration de la santé et la diminution des inégalités en santé<sup>140-142</sup>.

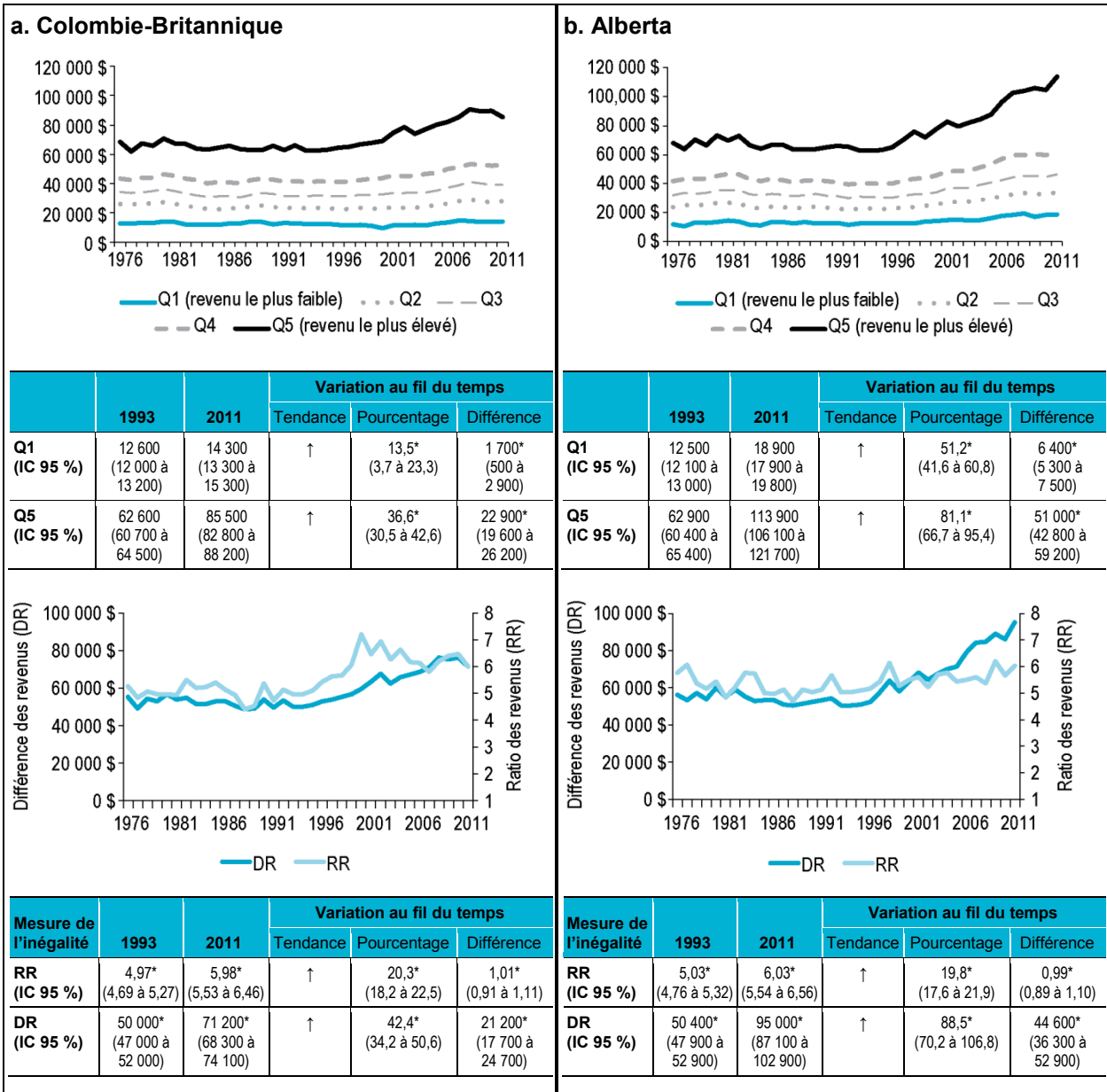
La plupart des provinces et des territoires canadiens ont mis en place des programmes de réduction de la pauvreté<sup>143, 144</sup>. Selon les premiers résultats recueillis à Terre-Neuve-et-Labrador, ces programmes ont permis de réduire la proportion et l'importance du faible revenu. On constate notamment que la proportion des personnes à faible revenu, calculée selon les SFR (qui varient selon l'année et le lieu), est passée de 12,2 % en 2003 à 5,3 % en 2011<sup>145</sup>.

Le faible revenu est associé à de nombreuses conditions de vie qui compromettent la santé. Les mesures de réduction de la pauvreté pourraient donc aplanir bon nombre des inégalités liées au revenu relevées pour les indicateurs de santé présentés dans ce rapport. Pour une description détaillée des liens entre le plan de réduction de la pauvreté et les résultats en matière d'insécurité alimentaire à Terre-Neuve-et-Labrador, se reporter à l'encadré 8 du chapitre Insécurité alimentaire des ménages.

### **Comment l'inégalité des revenus a-t-elle évolué dans les provinces de 1976 à 2011?**

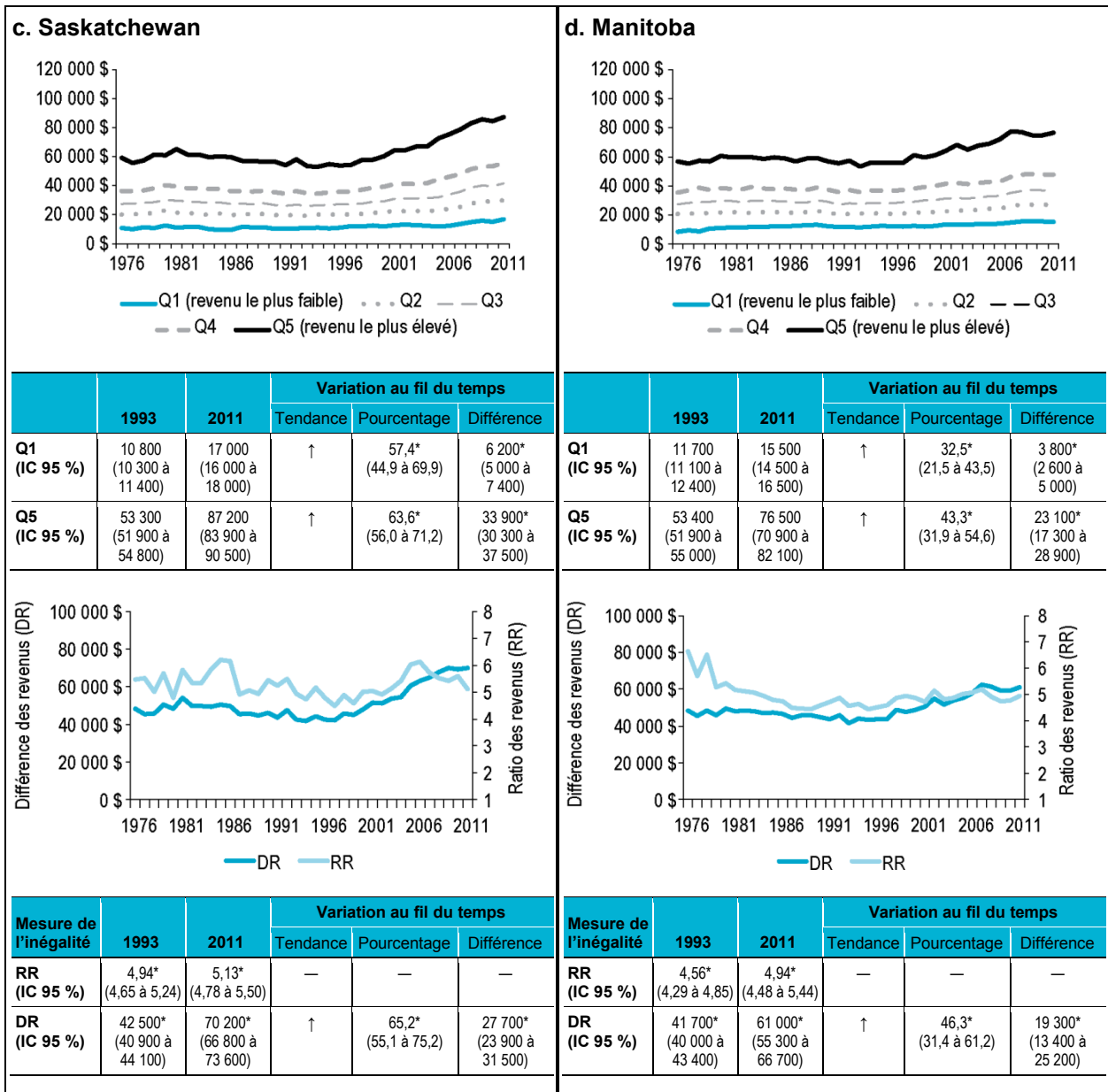
- L'inégalité des revenus est restée relativement stable dans toutes les provinces de 1976 au milieu des années 1990.
- De 1993 à 2011, l'inégalité des revenus s'est creusée dans toutes les provinces, en raison surtout d'une augmentation plus rapide des revenus chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé.
- Sur l'échelle absolue, la plus forte hausse de l'inégalité a été observée en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador, où l'écart a augmenté d'environ 44 600 \$ et 29 700 \$, respectivement.

Figure 8 : Revenu personnel après impôt et mesures de l'inégalité (dollars canadiens constants de 2011), par quintile et par province, 1976 à 2011



(suite à la page suivante)

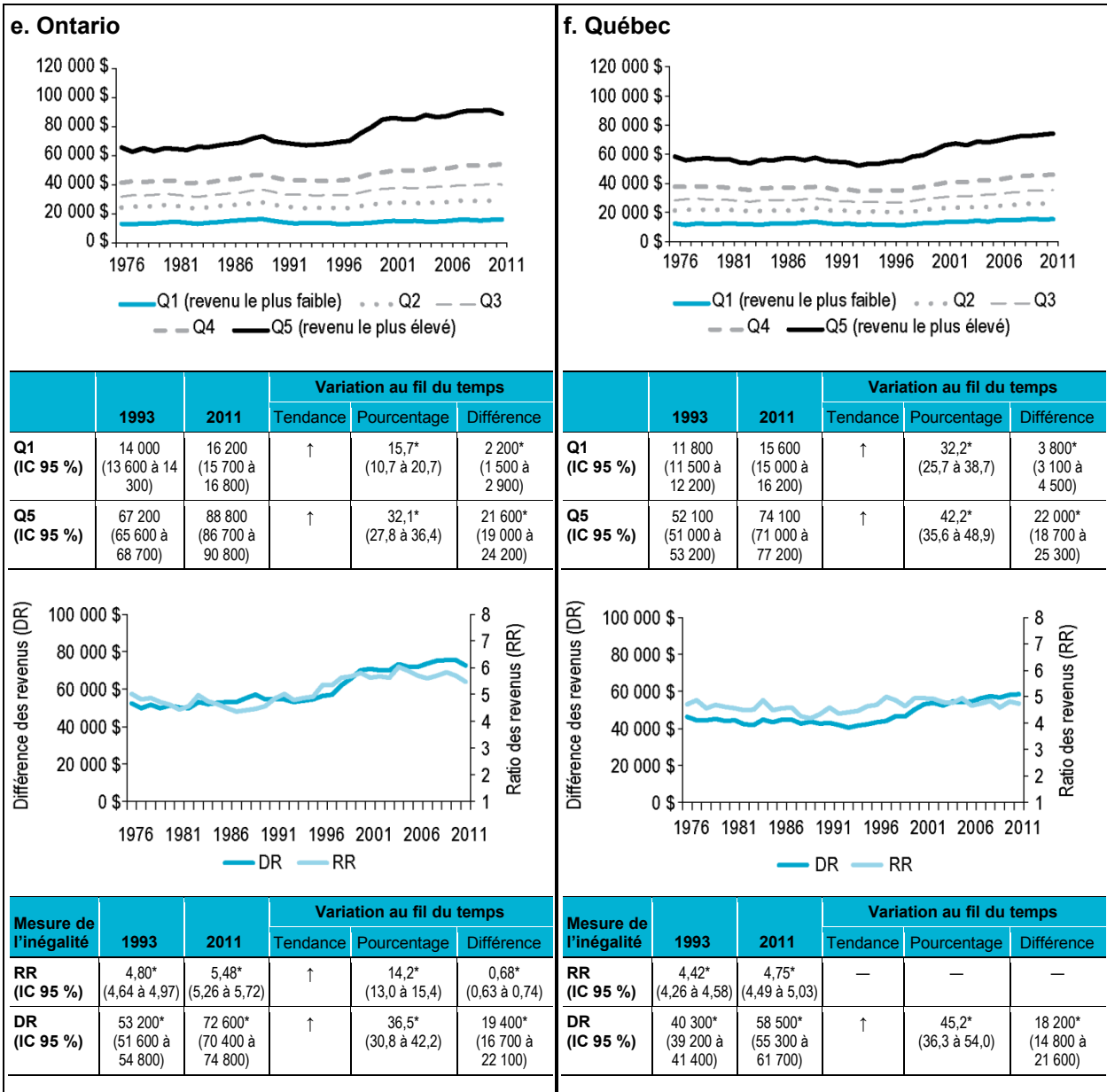
Figure 8 : Revenu personnel après impôt et mesures de l'inégalité (dollars canadiens constants de 2011), par quintile et par province, 1976 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

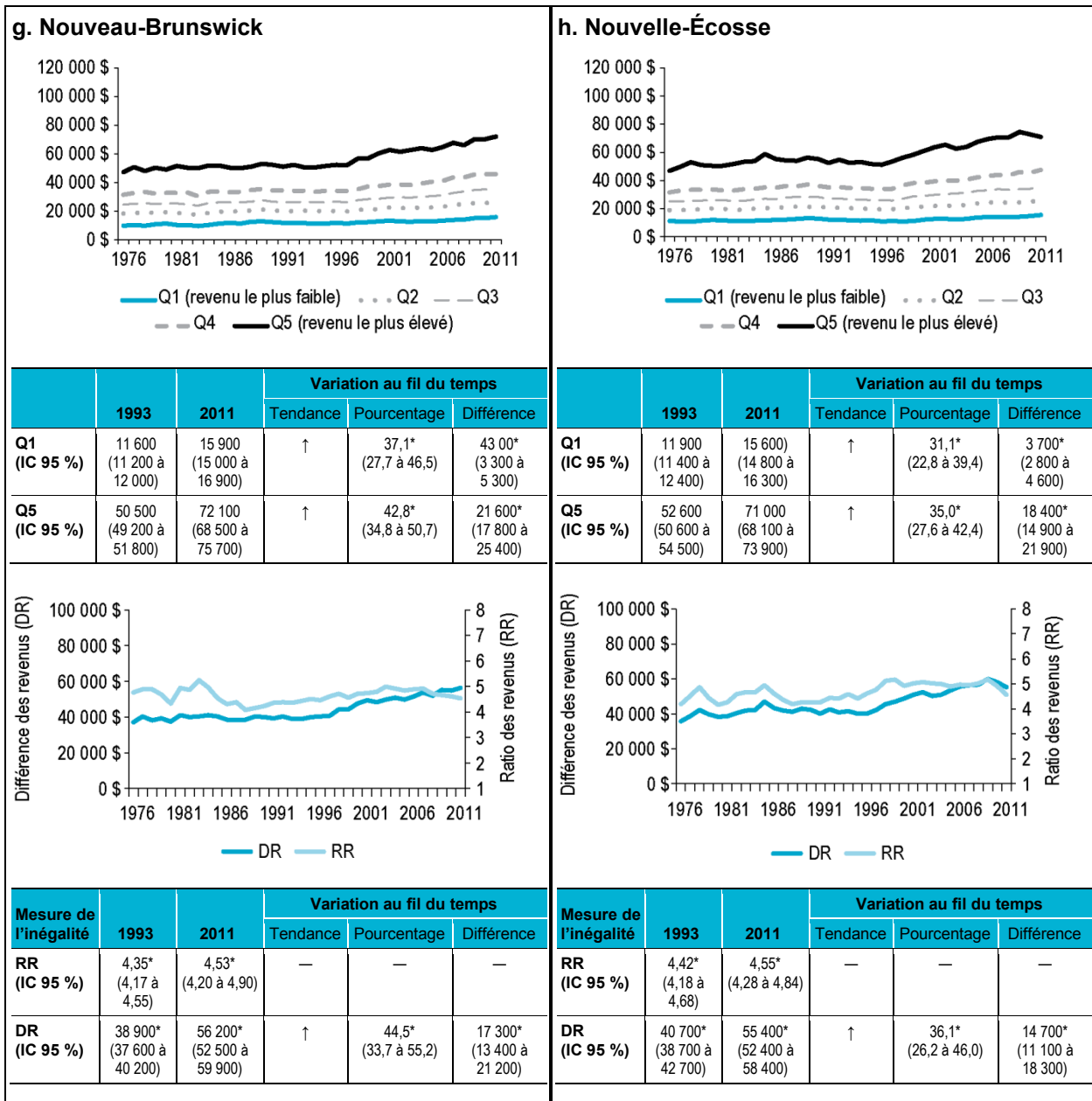


Figure 8 : Revenu personnel après impôt et mesures de l'inégalité (dollars canadiens constants de 2011), par quintile et par province, 1976 à 2011 (suite)



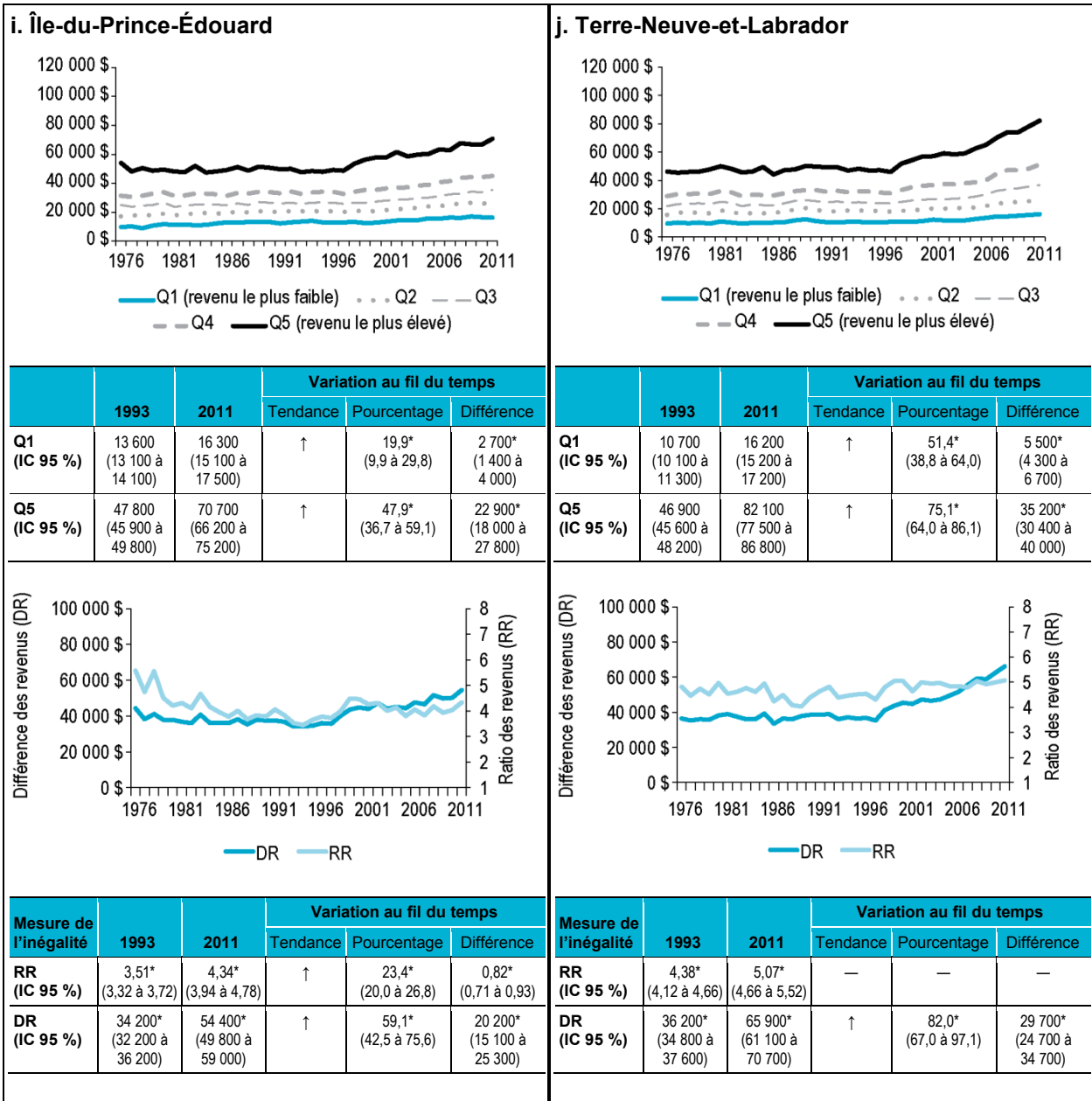
(suite à la page suivante)

Figure 8 : Revenu personnel après impôt et mesures de l'inégalité (dollars canadiens constants de 2011), par quintile et par province, 1976 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 8 : Revenu personnel après impôt et mesures de l'inégalité (dollars canadiens constants de 2011), par quintile et par province, 1976 à 2011 (suite)



## Liens entre revenu, scolarité et emploi

Le statut socioéconomique (SSE) est en grande partie déterminé par le revenu, la scolarité et l'emploi<sup>146</sup>. Ces déterminants du SSE agissent l'un sur l'autre de manière complexe et varient selon d'autres facteurs tels que le genre, le sexe et l'ethnicité<sup>147</sup>. En plus d'exercer individuellement une influence sur la santé, de nombreux indicateurs du SSE sont interdépendants et ont une incidence combinée sur la santé<sup>148</sup>. La présente sous-section examine les tendances observées au fil du temps pour certains des liens entre les indicateurs du SSE, notamment le revenu, la scolarité et l'emploi. En saisissant la complexité des tendances des inégalités ainsi que les liens entre les indicateurs du SSE, on peut mieux comprendre la complexité des inégalités liées au revenu pour d'autres facteurs qui agissent sur la santé et les résultats pour la santé, qui seront abordés dans ce rapport.

### Notes sur l'indicateur Participation aux études universitaires

<b>Source des données</b>	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, Division de la statistique du revenu, Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision des inégalités</b>	Quintiles du revenu parental (revenu avant impôt pour l'année précédant l'enquête ou revenu autodéclaré dans le cadre de l'enquête)
<b>Période</b>	1993 à 2011

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Notes sur l'indicateur Taux de chômage

<b>Source des données</b>	Enquête sur la population active, Statistique Canada (base de données CANSIM, tableau 282-0004)
<b>Facteur de subdivision des inégalités</b>	Niveau de scolarité
<b>Période</b>	1990 à 2013

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile) ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Notes supplémentaires

La signification statistique fondée sur les intervalles de confiance de 95 % qui ne se chevauchent pas n'a pas été évaluée, car les variances estimées n'étaient pas accessibles dans les données de base.

## Liens entre revenu et scolarité

La scolarité influence le revenu et le SSE en favorisant les possibilités sur le marché du travail et la probabilité de mobilité sociale ascendante<sup>149</sup>. Par exemple, les Canadiens qui ne terminent pas leurs études secondaires peuvent s'attendre à ne gagner qu'environ 80 % du salaire des titulaires d'un diplôme d'études secondaires et moins de la moitié du salaire des diplômés universitaires<sup>150, 151</sup>. En outre, la scolarité peut avoir des effets directs sur la santé, car elle agit sur différentes facettes de l'hygiène de vie telles que le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique<sup>149</sup>. Les personnes qui ont un niveau de scolarité moins élevé sont moins susceptibles de déclarer qu'elles sont en excellente ou en très bonne santé que celles qui ont un niveau de scolarité plus élevé<sup>13</sup>. La scolarité des parents est aussi étroitement liée à la santé, car ceux qui ont atteint un haut niveau d'instruction disposent en général de ressources supplémentaires pour offrir un milieu de vie sain à leurs enfants et leur inculquer l'importance de la scolarité<sup>153</sup>.

Selon une analyse des inégalités dans la participation des jeunes Canadiens aux études universitaires en fonction du revenu, 12 % de ces inégalités sont directement attribuables aux contraintes financières et 84 % à d'autres facteurs tels que l'influence des parents, les résultats aux épreuves uniques et la qualité de l'école secondaire fréquentée<sup>153</sup>. Les parents à faible revenu et au niveau de scolarité moindre sont moins susceptibles d'épargner pour les études de leurs enfants, ce qui fait obstacle à la poursuite des études postsecondaires<sup>154</sup>. Une épargne-études insuffisante ainsi que l'augmentation des frais de scolarité au fil du temps peuvent également contribuer aux inégalités des études postsecondaires<sup>155</sup>. Par ailleurs, des obstacles non financiers peuvent aussi agir sur cette inégalité. Par exemple, les enfants issus de familles à revenu élevé sont plus susceptibles d'avoir les ressources nécessaires pour réussir à l'école dès leur plus jeune âge (accès aux livres, milieu stimulant, soutien des parents, etc.), et d'avoir un entourage qui valorise la scolarité<sup>153, 156</sup>. Enfin, les écoles situées dans les quartiers à revenu élevé peuvent disposer de meilleures ressources et peuvent, en général, s'attendre à ce que les élèves issus de leurs réseaux fréquentent un jour l'université<sup>155, 157</sup>.

Pour illustrer la corrélation entre revenu et scolarité, nous présenterons les tendances au fil du temps relatives à la participation aux études universitaires selon le revenu parental dans les pages qui suivent.

## Comment l'inégalité liée au revenu dans la participation aux études universitaires a-t-elle évolué de 1993 à 2011?

Chez les jeunes de 18 à 24 ans issus de familles à revenu élevé, le taux de participation aux études universitaires est nettement supérieur à celui observé chez ceux issus de familles à faible revenu. Toutefois, l'inégalité liée au revenu varie selon le sexe et a évolué au fil de temps.

- De 1993 à 2011, l'inégalité liée au revenu dans la participation aux études universitaires a augmenté chez les hommes. On observe en effet une hausse du taux de participation chez les hommes provenant de familles au revenu supérieur à 100 000 \$ et un taux relativement stable chez ceux issus de familles appartenant aux autres niveaux de revenu.
- Durant la même période, l'inégalité liée au revenu a diminué chez les femmes, car l'augmentation des taux de participation a été plus importante chez les femmes issues de familles à faible revenu que chez celles provenant de familles à revenu élevé. Fait à souligner, les taux semblent avoir augmenté dans tous les niveaux de revenu chez les femmes.

- En 2011, le taux de participation était 2,35 fois (23,6 points de pourcentage) supérieur chez les hommes de familles au niveau de revenu le plus élevé que chez ceux de famille au niveau de revenu le plus faible.
- La même année, le taux de participation était 1,42 fois (16,4 points de pourcentage) supérieur chez les femmes de familles au niveau de revenu le plus élevé que chez celles de famille au niveau de revenu le plus faible.
- Dans l'ensemble, le taux de participation aux études universitaires chez les Canadiens de 18 à 24 ans est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Figure 9 : Participation aux études universitaires selon le sexe et le revenu parental avant impôt, jeunes de 18 à 24 ans, Canada, 1993 à 2011

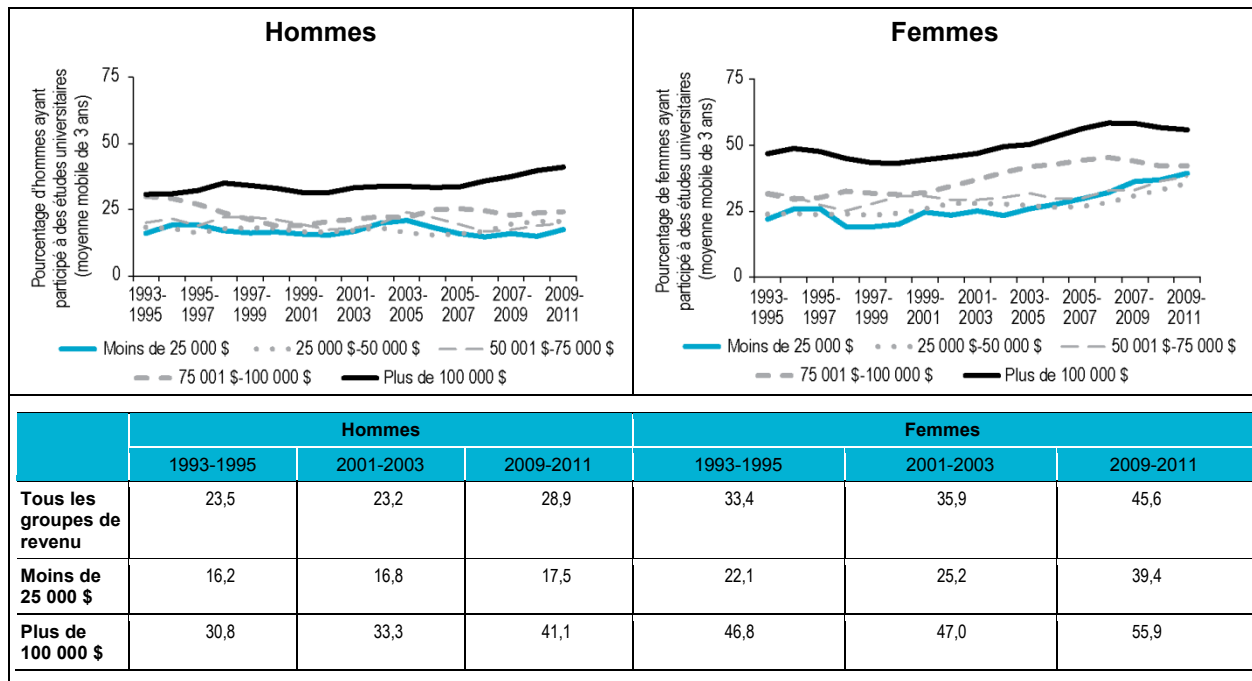
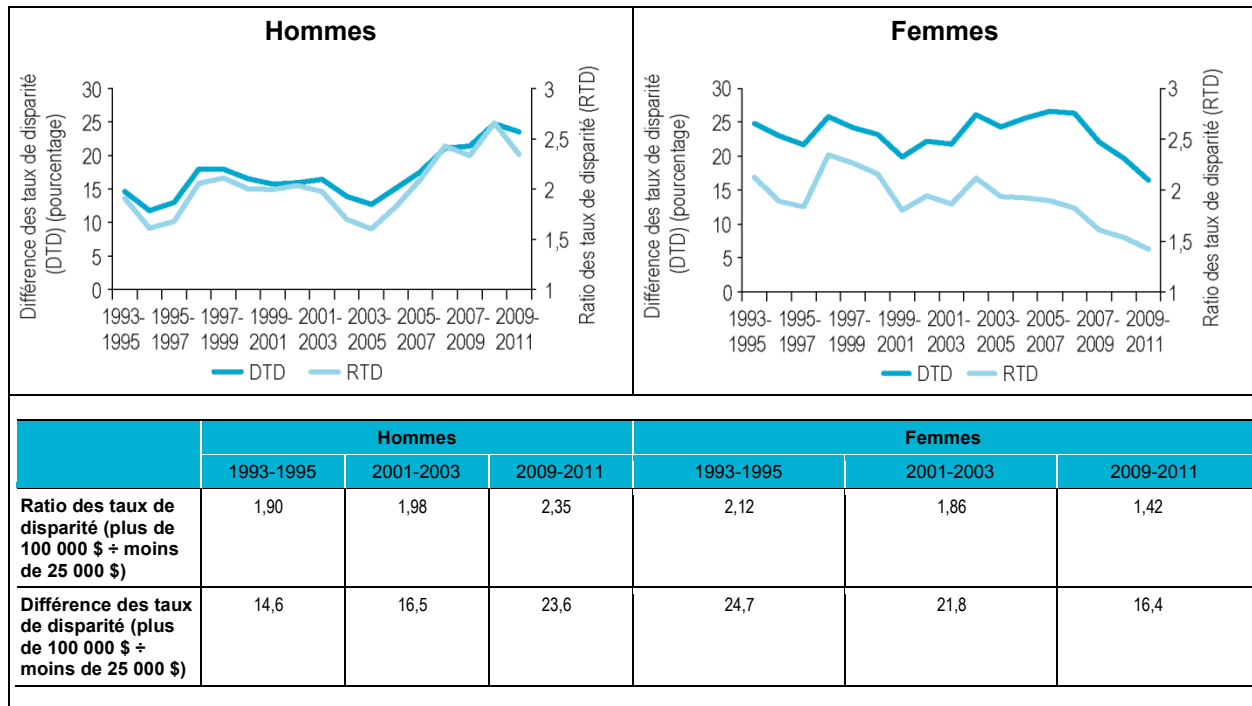


Figure 10 : Mesures de l'inégalité de la participation aux études universitaires selon le sexe, jeunes de 18 à 24 ans, Canada, 1993 à 2011



### Réduction de l'inégalité liée au revenu dans la participation aux études universitaires

Certaines mesures gouvernementales qui visent à lever les obstacles financiers peuvent réduire l'inégalité liée au revenu dans la participation aux études postsecondaires, y compris aux études universitaires, notamment l'aide financière ciblant les étudiants à faible revenu et à faible niveau de scolarité, ainsi que les mesures et les mécanismes favorisant l'épargne en prévision des études postsecondaires pour les familles à plus faible revenu<sup>153, 155</sup>. Les organismes gouvernementaux peuvent aussi s'attaquer aux obstacles non financiers qui empêchent les personnes à faible revenu de faire des études postsecondaires. Par exemple, comme l'indique l'encadré 3, les interventions destinées aux jeunes à faible revenu et axées sur la promotion des avantages liés aux études postsecondaires peuvent contribuer à faire augmenter la participation des étudiants à faible revenu<sup>158</sup>.

### Encadré 3 : Un avenir à découvrir, Nouveau-Brunswick et Manitoba, 2004 à 2008

**Problème** : Les étudiants à faible revenu dont les parents n'ont pas fait d'études postsecondaires sont beaucoup moins susceptibles de poursuivre des études postsecondaires<sup>153</sup>.

**Intervention** : Ce projet pilote comprenait 2 volets : Explorez vos horizons et Fonds du savoir. Le premier volet, Explorez vos horizons, est une intervention universelle mise en œuvre dans les classes. Elle visait à souligner l'importance de l'éducation postsecondaire et à montrer son influence sur les futurs choix de carrière. Le volet Fonds du savoir permettait d'offrir une bourse maximale de 8 000 \$ aux étudiants à faible revenu qui souhaitaient faire des études postsecondaires.

**Justification et données probantes** : Une évaluation du projet a révélé que le volet Fonds du savoir donnait les meilleurs résultats et était le plus efficace d'un point de vue économique. Il a en effet permis de hausser de 7 % à 11 % le taux d'achèvement des études secondaires au sein du groupe d'étude et de 9 % à 14 % le taux d'inscription au collège ou à l'université. De plus, pour chaque dollar investi, le projet a donné un avantage social à hauteur de 2 \$ à 3,40 \$<sup>158</sup>. Le projet a été particulièrement efficace dans les régions francophones du Nouveau-Brunswick.

## Liens entre scolarité et emploi

L'emploi a une incidence sur les ressources qu'une personne peut consacrer à sa santé et à son bien-être<sup>225</sup>. Le gradient social entre l'emploi et les résultats pour la santé, y compris les comportements liés à la santé et la mortalité, ne fait aucun doute selon les études Whitehall et Whitehall II. En effet, ces 2 études réalisées auprès de fonctionnaires britanniques ont démontré que les résultats pour la santé s'améliorent avec l'ascension des échelons professionnels<sup>159, 160</sup>. Au bas du gradient social, le chômage a été associé à certains résultats pour la santé tels un risque élevé de mortalité prématurée, un mauvais état de santé autodéclaré et une diminution de l'espérance de vie<sup>161, 162</sup>.

Durant les récessions, comme celles du début des années 1990 et de 2008, on a observé une forte augmentation du taux de chômage chez les Canadiens ayant un faible niveau de scolarité alors que le taux d'emploi chez ceux ayant fait des études universitaires est resté relativement stable<sup>163</sup>. Cette tendance pourrait en partie s'expliquer par le fait que les Canadiens ayant un faible niveau de scolarité, en particulier les hommes, sont plus susceptibles d'occuper un emploi dans les industries de l'extraction des ressources primaires, de la transformation, de la fabrication et du transport<sup>164</sup>. En général, ces industries sont davantage touchées par les fluctuations sur les marchés internationaux (p. ex. les entreprises peuvent faire des mises à pied en période de ralentissement économique, lorsque la demande est à la baisse). En réaction à l'économie mouvante des marchés étrangers et du Canada, le nombre d'emplois précaires tend à augmenter (emplois atypiques qui sont mal rémunérés, précaires ou non protégés, ou dont le salaire est insuffisant pour faire vivre un ménage)<sup>165, 166</sup>.



Un changement technologique favorisant les plus qualifiés s’opère graduellement dans le monde à mesure que la mécanisation et l’informatisation diminuent les besoins en main-d’œuvre peu qualifiée<sup>124</sup>. À mesure que cette tendance s’accroît, la scolarisation et la formation deviennent les pierres angulaires de l’employabilité et des perspectives salariales<sup>124, 167, 615</sup>.

Pour montrer le lien entre ces indicateurs du SSE, nous expliquerons les tendances du chômage au fil du temps selon le niveau de scolarité.

### Comment l’inégalité du taux de chômage liée à la scolarité a-t-elle évolué de 1990 à 2013?

Au Canada, les adultes (25 ans et plus) qui n’ont pas fréquenté l’école secondaire affichent le taux de chômage le plus élevé. Ces taux diminuent à mesure que le niveau de scolarité augmente. Cette inégalité en emploi liée à la scolarité est similaire chez les hommes et les femmes et tend à s’accroître durant les périodes de ralentissement économique.

- De 1990 à 2013, les taux de chômage sont restés relativement stables chez les titulaires d’un diplôme universitaire (niveau de scolarité le plus élevé).
- À l’inverse, ils ont considérablement fluctué au fil du temps chez les hommes et les femmes comptant 8 années ou moins de scolarité (niveau le moins élevé); les augmentations coïncident avec les périodes de ralentissement économique (p. ex. durant la récession de 2008-2009).
- En 2013, les taux de chômage étaient 2,47 et 2,89 fois (de 6,9 et 8,3 points de pourcentage) plus élevés chez les hommes et les femmes, respectivement, comptant 8 années ou moins de scolarité que chez les titulaires d’un diplôme universitaire.

Figure 11 : Taux de chômage selon le niveau de scolarité et le sexe, personnes de 25 ans et plus, Canada, 1990 à 2013

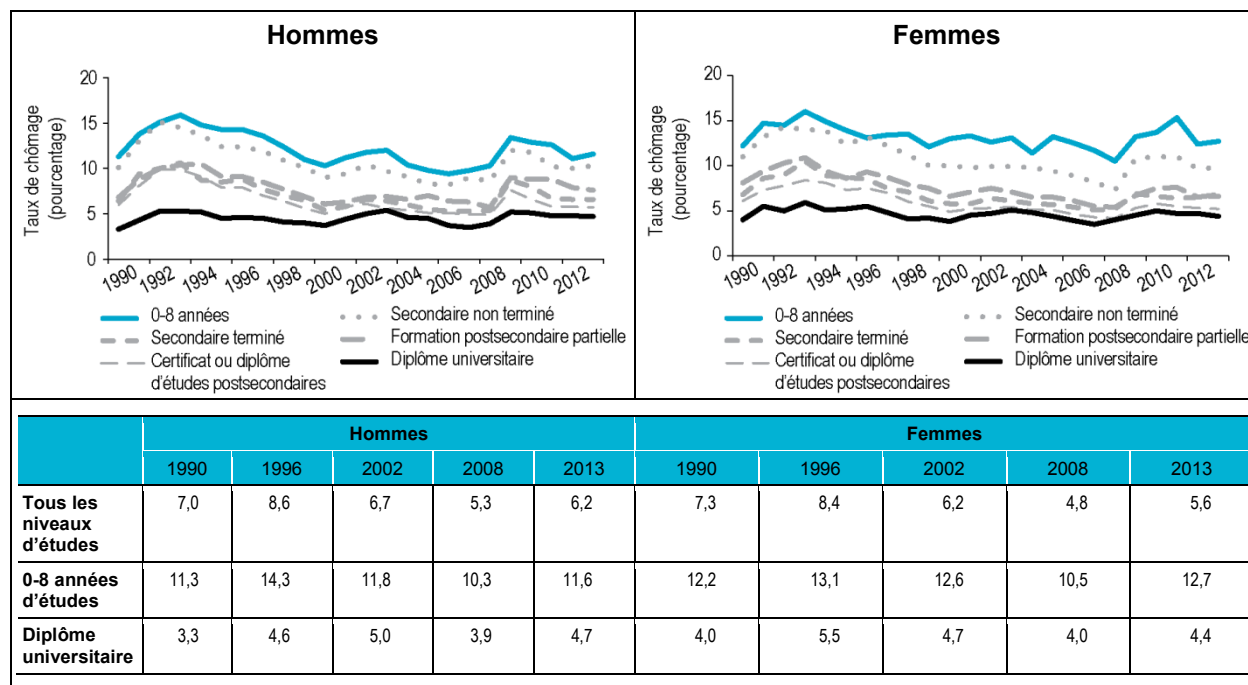
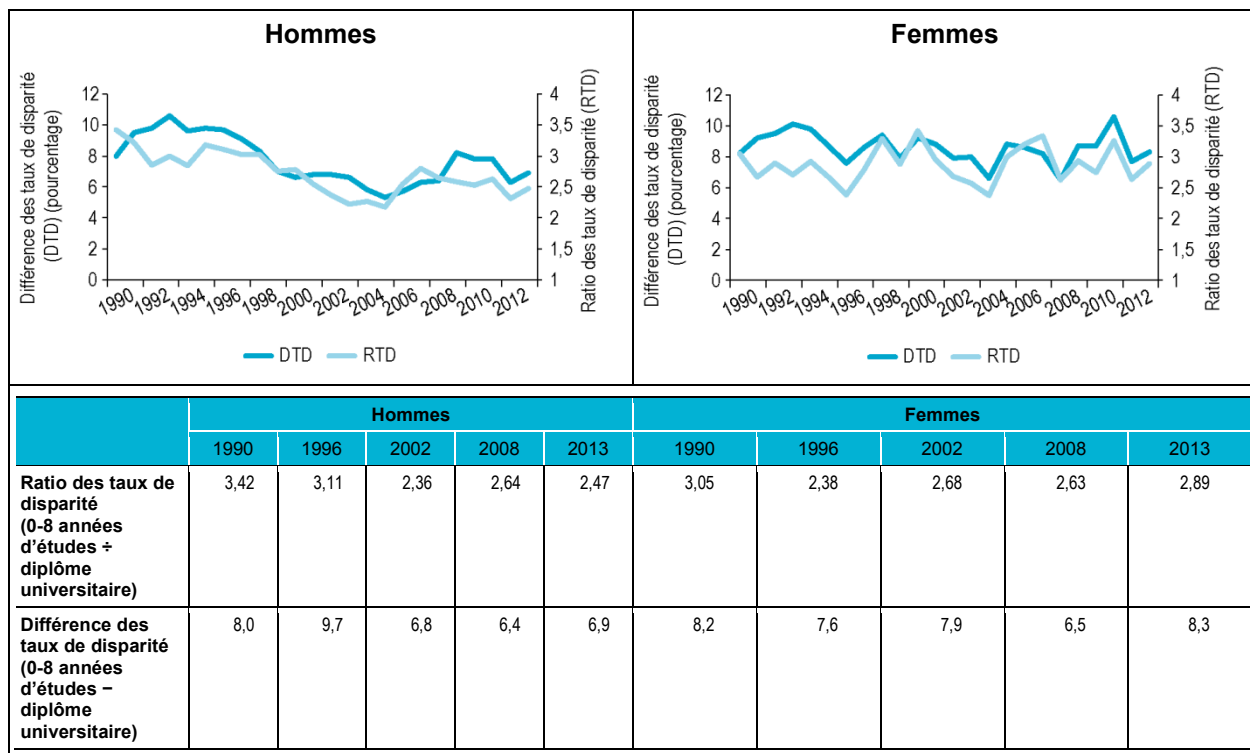


Figure 12 : Mesures de l'inégalité des taux de chômage selon le sexe, personnes de 25 ans et plus, Canada, 1990 à 2013



### Réduction de l'inégalité en emploi liée à la scolarité

Comme l'indique l'analyse, les Canadiens ayant un faible niveau de scolarité sont plus susceptibles que les autres de se retrouver sans emploi, surtout en période de ralentissement économique. Toutefois, il existe plusieurs moyens de réduire l'inégalité en emploi ou les emplois précaires.

Les **programmes de formation** peuvent aider les travailleurs qualifiés à se trouver un créneau sur le marché du travail et à combler une pénurie de main-d'œuvre. Les programmes de formation ou de rétention, dans le cadre desquels les travailleurs peuvent acquérir des compétences essentielles (alphabétisation, résolution de problèmes, etc.), peuvent aider certains Canadiens à se tailler une place sur le marché du travail ou à les rendre admissibles à des possibilités de perfectionnement<sup>168</sup>. Se reporter à l'encadré 4 pour un exemple de programme destiné à réduire les inégalités de revenu.

Les **services de garde d'enfant de grande qualité**, fournis à un coût raisonnable, peuvent aussi aider les personnes à faible revenu, en particulier les femmes, à participer à la vie active<sup>169</sup>.

Les **subventions salariales** peuvent favoriser l'emploi et réduire la dépendance à l'aide sociale<sup>64</sup>.

## Encadré 4 : Initiative Women in Trades Training, Colombie-Britannique, Industry Training Authority, 2012

**Problème** : Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être exclues des métiers spécialisés et des professions des secteurs du transport et de l'extraction des ressources<sup>170</sup>. En outre, celles qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ou qui ont un faible niveau de littératie ont de la difficulté à intégrer la population active et à progresser dans leur carrière.

**Intervention** : L'initiative Women in Trades Training (les femmes en formation professionnelle) s'adresse aux femmes sans emploi ou à celles qui occupent un emploi, mais qui sont peu qualifiées. Elle cible en particulier les femmes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ou celles pour lesquelles on a relevé un faible niveau de littératie ou un manque de compétences essentielles. Dans le cadre du programme, ces femmes peuvent tirer profit d'une aide financière pour les droits de scolarité, d'une formation en compétences essentielles, de maillage avec des employeurs et de possibilités de stage<sup>171</sup>. Elles peuvent également profiter des mesures de soutien, comme une subvention pour les services de garde d'enfant, pour lever les obstacles à la scolarité.

**Justification et données probantes** : Par la formation professionnelle, l'amélioration de la littératie et le perfectionnement des compétences essentielles, ce programme permet aux femmes de commencer une nouvelle carrière, de poursuivre leur scolarité et de se perfectionner. En éliminant l'obstacle que représentent parfois les services de garde, le programme devient plus accessible aux femmes à faible revenu. Dans l'ensemble, le programme peut aussi servir à réduire les écarts d'emploi et de salaires, non seulement entre les hommes et les femmes, mais aussi entre les femmes qui ont un niveau de scolarité élevé et celles dont le niveau de scolarité est faible.

## Importance du genre, du sexe et de l'ethnicité

Le genre, le sexe et l'ethnicité influent également sur la relation entre revenu et santé de même que sur l'interaction entre les déterminants du SSE, notamment le revenu, la scolarité et l'emploi<sup>26, 109, 147, 175</sup>. L'exclusion sociale et la discrimination sont les principaux mécanismes par lesquels le genre, le sexe et l'ethnicité accentuent les différences en matière de SSE et de résultats pour la santé<sup>172, 173</sup>. Dans le présent rapport, toutes les analyses ont été effectuées par sexe, car les tendances et les caractéristiques des inégalités en santé liées au revenu peuvent varier en fonction de ce facteur.

Le genre et le sexe interagissent avec les déterminants du SSE<sup>147</sup>. En effet, des études démontrent qu'une même situation professionnelle n'entraîne pas le même revenu pour un homme que pour une femme<sup>44, 174</sup>. Selon un rapport récent, l'écart de revenu entre les hommes et les femmes est de 19 % au Canada<sup>175</sup>. Le rapport entre le salaire moyen des femmes et celui des hommes, pour les travailleurs à temps plein, était de 72 % en 2011<sup>176</sup>. Ce ne sont là que quelques exemples de l'action du genre et du sexe sur le SSE.

Dans le contexte de la recherche en santé, on préfère souvent employer le terme « ethnicité » plutôt que « race »<sup>177</sup>, même si les 2 termes se recoupent et ont évolué au fil du temps<sup>152</sup>. Ces dernières années, la race est le plus souvent interprétée comme une catégorie sociale qu'une catégorie biologique, et sert à désigner les groupes pouvant faire l'objet de discrimination<sup>178</sup>.

L'ethnicité (dans le sens d'identité ethnique) peut être invoquée par les groupes qui se considèrent culturellement et historiquement distincts<sup>614</sup>. Les éléments biologiques de l'ethnicité peuvent accroître ou diminuer la prédisposition de certains groupes à des affections particulières, mais l'ethnicité peut aussi agir sur la santé par l'intermédiaire de la discrimination et de l'exclusion sociale<sup>172, 173</sup>. En outre, les groupes raciaux peuvent être davantage victimes de marginalisation et faire face à plus d'obstacles économiques et sociaux à la promotion de la santé<sup>173, 179</sup>. Au Canada, bien qu'elle ait le même niveau d'éducation, une personne issue d'un groupe racial minoritaire n'a souvent pas le même niveau de revenu qu'une personne appartenant à un groupe racial non minoritaire<sup>172</sup>. La discrimination raciale est associée à une moins bonne perception de l'état de santé et à une incidence accrue de certaines maladies, dont la dépression et l'anxiété<sup>172</sup>.

De plus, la scolarité est plus difficilement le garant d'un emploi chez les immigrants<sup>179</sup>. En effet, un grand nombre d'entre eux se heurtent à des obstacles en matière d'emploi même s'ils présentent un niveau de scolarité élevé<sup>180</sup>. La population immigrante présente également un taux plus élevé de personnes à faible revenu<sup>181, 182</sup>.

Dans la présente section, nous avons brièvement examiné l'influence du genre, du sexe, de la race et de l'ethnicité sur les inégalités en santé liées au revenu. Toutefois, il faudrait approfondir la recherche à cet égard pour exposer toutes les inégalités de revenu entre ces différents sous-groupes de population et pour mettre en œuvre d'éventuelles interventions ciblées. Se reporter à la prochaine sous-section pour obtenir un compte rendu des inégalités de revenu et d'emploi chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada.

## Tendances du revenu et du taux de chômage chez les Autochtones au fil du temps

En moyenne, l'état de santé et la qualité de vie des Canadiens sont parmi les meilleurs au monde<sup>183</sup>. Toutefois, la population autochtone du Canada, notamment les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, est en général en moins bonne santé que la population non autochtone<sup>184</sup>. Les différences entre l'état de santé de ces 2 groupes de population sont largement attribuables à des conditions socioéconomiques et à des circonstances historiques, comme le colonialisme, les pensionnats et le racisme<sup>6</sup>. Par exemple, la discrimination et le racisme ont un effet négatif sur la santé et peuvent dissuader les Autochtones de recevoir des soins de santé primaires ou de suivre un programme de traitement<sup>6, 185-187</sup>.

En outre, les problèmes de santé et les facteurs de risque qui touchent les Autochtones, de même que les difficultés rencontrées dans les actions menées contre ceux-ci, sont vécus différemment par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis<sup>6</sup>.

### Tendances du revenu et du taux de chômage selon l'identité autochtone

En raison des lacunes sur le plan des données, il est difficile d'analyser les tendances au fil du temps chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les indicateurs Revenu personnel après impôt (valeur médiane) et Taux de chômage peuvent néanmoins servir à établir des comparaisons entre les années 2000 et 2005 et entre 2001 et 2006, respectivement. Comme l'indiquent les figures 13 et 14, le revenu après impôt a augmenté et le taux de chômage a diminué chez les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis et la population non autochtone durant

ces 2 périodes quinquennales. Toutefois, une inégalité considérable persiste entre les Canadiens non autochtones et les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Précisons que la collecte de données par identité autochtone (Premières Nations, Inuits et Métis) renforcerait l'exactitude des comparaisons entre les populations autochtone et non autochtone au fil du temps<sup>188</sup>.

## Revenu médian

De 2000 à 2005, le revenu médian a augmenté pour les 3 groupes autochtones. Durant cette période, l'écart entre le revenu des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis et celui de la population non autochtone s'est légèrement résorbé. Malgré la hausse observée pour les 3 groupes autochtones, le revenu d'emploi médian annuel en 2005 était nettement inférieur (de 5 000 \$ à 11 400 \$ de moins) à celui des Canadiens non autochtones, ce qui coïncide avec les résultats d'autres analyses<sup>6</sup>.

## Chômage

De 2001 à 2006, le taux de chômage chez les personnes de 25 à 54 ans a diminué pour les 3 groupes autochtones. Toutefois, il est resté supérieur à celui observé dans la population non autochtone. En 2006, les membres des Premières Nations et les Inuits présentaient le taux de chômage le plus élevé, soit de 16,3 % et 19 % respectivement; ils étaient suivis des Métis (8,4 %) et des non-Autochtones (5,2 %).

### Notes sur l'indicateur Revenu personnel après impôt (valeur médiane)

<b>Sources des données</b>	Statistique Canada, Recensement du Canada de 2006 : Tableaux thématiques, numéro au catalogue XCB2006008 Statistique Canada, Recensement de la population.
<b>Facteur de subdivision des inégalités</b>	Identité autochtone
<b>Période</b>	2000, 2005

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Notes sur l'indicateur Taux de chômage

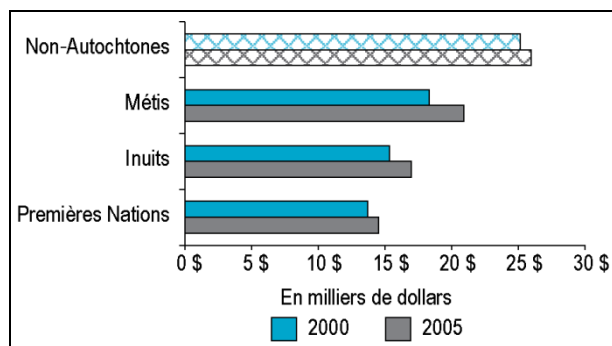
<b>Source des données</b>	Statistique Canada, Recensement de la population
<b>Indicateur de subdivision des inégalités</b>	Identité autochtone
<b>Période</b>	2001, 2006

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

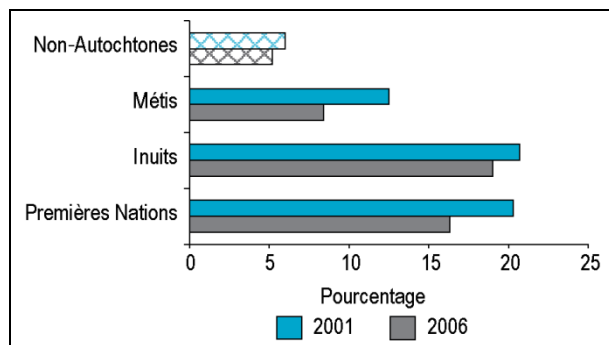
### Notes supplémentaires

- Les données comprennent les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve.
- La signification statistique fondée sur les intervalles de confiance de 95 % qui ne se chevauchent pas n'a pas été évaluée, car les variances estimées n'étaient pas accessibles dans les données de base.
- Les estimations du revenu tirées du recensement concernent l'année précédente (c.-à-d. les estimations des recensements de 2001 et de 2006 concernent les années 2000 et 2005 respectivement).

**Figure 13 : Revenu personnel après impôt (valeur médiane) en milliers de dollars (dollars canadiens constants de 2005) selon l'identité autochtone, Canada, 2000 et 2005**



**Figure 14 : Taux de chômage selon l'identité autochtone, personnes de 25 à 54 ans, Canada, 2001 et 2006**



**Tableau 3 : Revenu personnel après impôt (valeur médiane), 2000 et 2005, et Taux de chômage, 2001 et 2006, chez les Canadiens autochtones et non autochtones**

	Revenu médian (dollars canadiens constants de 2005), personnes de plus de 15 ans		Taux de chômage (pourcentage), personnes de 25 à 54 ans	
	2000	2005	2001	2006
<b>Métis</b>	18 329	20 936	12,5	8,4
<b>Inuits</b>	15 363	16 969	20,7	19,0
<b>Premières Nations</b>	13 732	14 517	20,3	16,3
<b>Non-Autochtones</b>	25 168	25 955	6,0	5,2

### Stratégies de réduction des inégalités

En 2005-2006, les Autochtones affichaient encore des niveaux de revenu plus faibles et des taux de chômage plus élevés que les Canadiens non autochtones. Le revenu médian le plus bas a été enregistré chez les membres des Premières Nations et le taux de chômage le plus élevé, chez les Inuits. En fait, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis se heurtent encore à de multiples inégalités sociales et relatives à la santé par rapport aux non-Autochtones<sup>189</sup>.

L'autodétermination, c'est-à-dire le droit pour tous les peuples de déterminer leur propre développement économique, social et culturel, est un facteur important pour la santé des peuples autochtones<sup>189</sup>. Les communautés qui ont une plus grande autonomie gouvernementale et qui exercent un contrôle direct sur leurs revendications territoriales, leur éducation, leur santé ainsi que leur service de police et d'incendie ont de meilleurs résultats pour la santé que celles qui exercent moins de contrôle<sup>190, 191</sup>.

En Colombie-Britannique, la Régie de la santé des Premières Nations est un partenariat récemment formé entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et les Premières Nations de la Colombie-Britannique. Elle a été créée pour gérer les programmes de santé à l'intention des Premières Nations de la province qui étaient autrefois administrés par Ottawa. Cette collaboration novatrice a pour objectif d'améliorer les résultats pour la santé des Premières Nations<sup>192</sup> et est un bon exemple de stratégie visant à combattre les inégalités.

## Section 2 : Facteurs intermédiaires influant sur la santé

Les facteurs intermédiaires englobent les facteurs matériels, psychosociaux, biologiques, comportementaux et relatifs au système de santé qui influent sur la santé<sup>29</sup>. Certains facteurs agissent sur la santé de multiples façons; le logement notamment agit sur le plan matériel (p. ex. la qualité de l'air intérieur, la protection contre les éléments de la nature) et sur le plan psychosocial (p. ex. l'accession à la propriété comme prise de pouvoir sur sa propre vie)<sup>100</sup>. Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue que ces facteurs s'influencent mutuellement tout au long de la vie pour agir sur la santé et que les expériences en bas âge revêtent une importance particulière<sup>29</sup>. En outre, bon nombre de ces facteurs, par exemple les comportements nuisibles pour la santé liés à l'obésité, peuvent être modifiés par des interventions ciblant de multiples facettes du système : les personnes, le milieu familial, le milieu scolaire, la collectivité dans son ensemble et les politiques publiques<sup>193</sup>.

La présente section porte sur les tendances des inégalités liées au revenu observées pour les indicateurs suivants :

- indicateurs liés à la situation matérielle : Besoins impérieux en matière de logement, Insécurité alimentaire des ménages;
- indicateurs liés à la petite enfance : Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance;
- indicateurs comportementaux et biologiques : Tabagisme, Obésité;
- indicateurs liés au système de santé : Vaccination antigrippale des personnes âgées, Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans.

### Indicateurs liés à la situation matérielle

#### Besoins impérieux en matière de logement

##### Contexte

L'indicateur Besoins impérieux en matière de logement rend compte de la proportion des ménages canadiens qui occupent un logement inacceptable et qui n'ont pas accès à un logement acceptable sur le marché local<sup>194</sup>. Un logement est considéré comme étant acceptable s'il est de qualité convenable (ne nécessite pas de réparations majeures), de taille convenable (est assez grand pour le nombre d'occupants) et abordable (le ménage y consacre moins de 30 % de son revenu avant impôt)<sup>194</sup>. Au Canada, des données permettant d'estimer les besoins impérieux en matière de logement pour tous les ménages sont produites tous les 5 ans dans le cadre du Recensement de la population et de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM), ainsi qu'annuellement, pour les ménages urbains seulement (environ 80 % des ménages canadiens), dans le cadre de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)<sup>194, 195</sup>. Ces 2 sources de données fournissent de l'information complémentaire sur l'importance des besoins impérieux en matière de logement au Canada au cours de la dernière décennie.



Le fait de vivre dans un logement inacceptable (c.-à-d. de qualité insuffisante, trop petit ou surpeuplé, ou inabordable) peut avoir diverses conséquences négatives sur la santé<sup>196-199</sup>. L'impossibilité de trouver un logement abordable est le principal motif pour lequel les Canadiens déclarent avoir des besoins impérieux en matière de logement<sup>200</sup>. Vivre dans un logement inabordable réduit également le revenu qu'une personne dispose pour l'achat de biens essentiels à la santé, comme les aliments sains, ainsi que pour l'épargne en vue des études et de la retraite<sup>197</sup>.

Le logement inadéquat est un problème pour au moins 15 % des Canadiens qui déclarent avoir des besoins impérieux en matière de logement<sup>194</sup>. Un logement qui nécessite des réparations majeures peut exposer ses occupants à des dangers pour la santé, comme l'humidité et les moisissures, lesquels augmentent le risque de bronchite chez les enfants<sup>196, 198, 201, 202</sup>. Les escaliers mal conçus, l'éclairage insuffisant, les réseaux électriques et les systèmes de chauffage dangereux et d'autres types de dangers (comme la peinture au plomb ou l'amiante utilisés dans les anciennes maisons) peuvent également poser des risques pour la santé<sup>196</sup>. Une revue systématique des études portant sur l'incidence sur la santé de la mise à niveau d'un logement a révélé que la santé physique et mentale des occupants s'était améliorée après que des mesures visant à rendre leur logement plus chaud et moins énergivore aient été prises<sup>199</sup>.

Plus de 10 % des Canadiens qui déclarent avoir des besoins impérieux en matière de logement vivent dans un logement inadéquat ou surpeuplé<sup>194</sup>. Il a été démontré que de telles conditions d'habitation augmentent le risque de maladies respiratoires et de détresse psychologique<sup>198, 202-204</sup>.

### Notes sur l'indicateur

*Besoins impérieux en matière de logement : ménages urbains*

<b>Sources des données</b>	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), Statistique Canada, et Société canadienne d'hypothèques et de logement
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Quintiles de revenu (fondés sur le revenu autodéclaré ou les déclarations de revenus)
<b>Période</b>	2002 à 2011

*Besoins impérieux en matière de logement : tous les ménages*

<b>Sources des données</b>	Recensement de la population (2001, 2006) et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) (2011), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Quintiles de revenu (fondés sur le revenu autodéclaré ou les déclarations de revenus)
<b>Période</b>	2001, 2006, 2011

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données de l'EDTR pour la totalité de la période ne sont pas présentées dans le rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

(suite à la page suivante)

## Symboles et abréviations

†† Données trop peu fiables pour être publiées.

## Notes supplémentaires

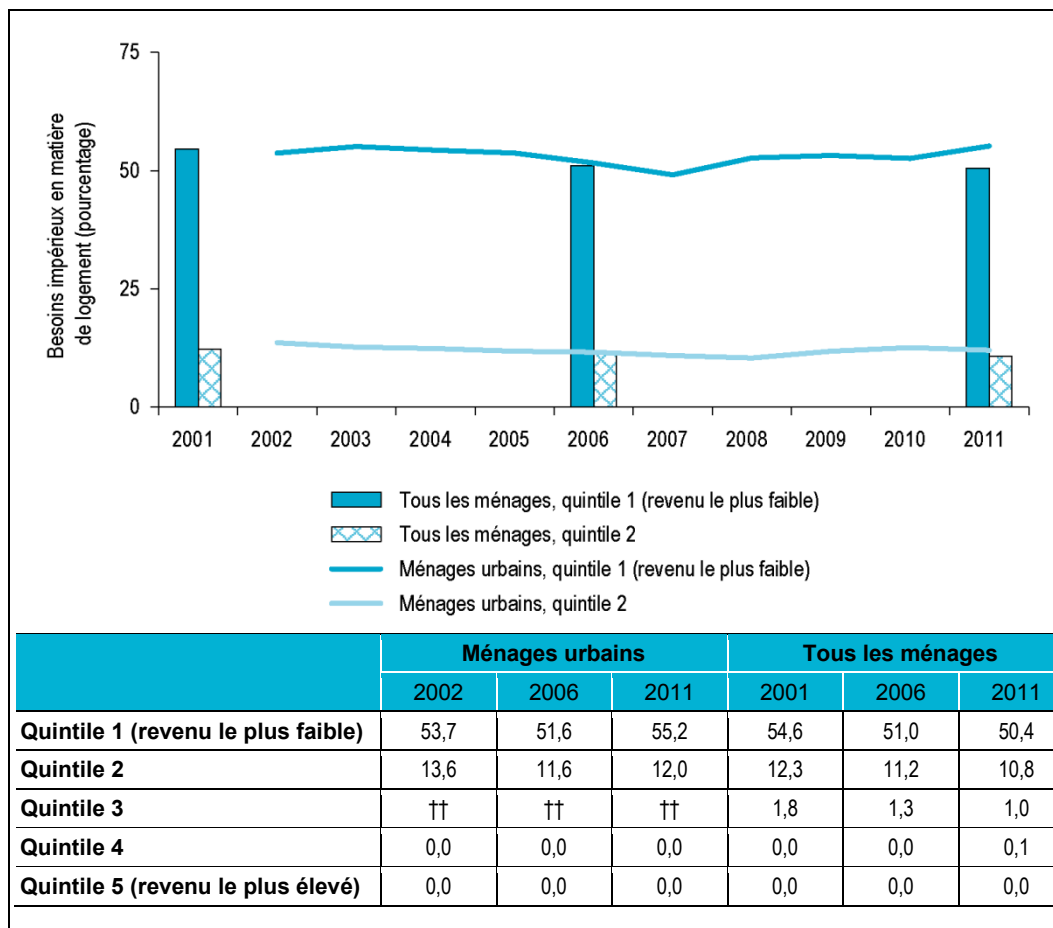
- Les estimations du revenu tirées de l'EDTR concernent l'année de référence, tandis que celles tirées du recensement et de l'ENM concernent l'année précédente. Par conséquent, les estimations de 2005 et de 2010 pour les ménages urbains devraient idéalement être comparées aux estimations de 2006 et de 2011 pour tous les ménages.
- La signification statistique fondée sur les intervalles de confiance de 95 % qui ne se chevauchent pas n'a pas été évaluée, car les variances estimées n'étaient pas accessibles dans les données de base.

## Comment les besoins impérieux en matière de logement par niveau de revenu ont-ils évolué de 2001 à 2011?

- Les besoins impérieux en matière de logement sont étroitement liés au revenu : plus de 50 % des Canadiens du quintile de revenu le plus faible et plus de 10 % du deuxième quintile de revenu ont déclaré avoir de tels besoins.
- Les mesures synthétiques des inégalités n'ont pas été calculées, puisque les Canadiens au plus haut niveau de revenu n'ont pas de besoins impérieux en matière de logement (c.-à-d. taux de 0 %). Les tendances des taux aux niveaux de revenu inférieurs sont donc révélatrices de l'évolution des inégalités liées au revenu au fil du temps.
- Dans les ménages urbains, le taux de besoins impérieux en matière de logement au niveau de revenu le plus faible se chiffrait à environ 54 % en 2002 et à 55 % en 2011. Ce taux a cependant diminué entre 2002 et 2007, pour atteindre un plancher de 49 %, avant d'augmenter de nouveau de 2007 à 2011.
- Pour tous les ménages, le taux de besoins impérieux en matière de logement au niveau de revenu le plus faible a diminué de façon constante de 2001 à 2011, passant d'environ 55 % à 50 %<sup>ii</sup>.

ii. Note : Statistique Canada conseille de comparer les estimations tirées du recensement et de l'ENM avec prudence, en raison des différences méthodologiques entre les sources<sup>194</sup>.

Figure 15 : Besoins impérieux en matière de logement, par quintile de revenu, Canada, 2001 à 2011



## Réduction des besoins impérieux en matière de logement

Les analyses qui précèdent portent à croire qu'au cours de la dernière décennie, les besoins impérieux en matière de logement au Canada se sont atténués pour l'ensemble des ménages, mais n'ont pas changé pour les ménages urbains. À l'échelle provinciale, de 2002 à 2011, le taux de besoins impérieux en matière de logement parmi les ménages urbains (selon les données de l'EDTR) a diminué dans les provinces de l'Atlantique, mais est resté identique partout ailleurs<sup>194</sup>. Pour l'ensemble des ménages (selon les données du recensement et de l'ENM), le taux a diminué dans les provinces et les territoires, sauf en Saskatchewan, en Alberta et au Nunavut<sup>194</sup>. Les tendances des besoins impérieux en matière de logement par quintile de revenu ne sont pas présentées à l'échelle provinciale dans le rapport, les estimations étant peu fiables.

### Répercussions des inégalités

- Selon les données de l'ENM, environ 1 552 100 ménages canadiens de moins auraient eu des besoins impérieux en matière de logement en 2011 si tous les ménages avaient affiché le même faible taux pour cet indicateur que les ménages au niveau de revenu le plus élevé.

### *Stratégies de réduction des inégalités*

Plus de 13 % des Canadiens déclarent avoir des besoins impérieux en matière de logement; l'impossibilité de trouver un logement abordable est le plus souvent à la source du problème<sup>205</sup>. Sans surprise, la proportion des Canadiens dans le besoin est considérablement plus élevée au bas de la distribution des revenus : au niveau de revenu le plus faible, plus de 50 % déclarent avoir de tels besoins.

Pour favoriser l'accès au logement abordable, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont mis en place une série de programmes. Sous la direction de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), le gouvernement canadien a conclu des ententes avec les provinces et les territoires au titre de l'Investissement dans le logement abordable (IDLA)<sup>206</sup>. En vertu de ces ententes, les gouvernements provinciaux et territoriaux versent une contribution égale à celle du gouvernement fédéral afin de concevoir et de mettre en œuvre des programmes visant à répondre aux priorités et aux besoins locaux en matière de logement<sup>207</sup>. Outre ces ententes, les provinces et les territoires mettent aussi en place leurs propres programmes d'accessibilité au logement abordable. Or, malgré ces investissements, la pénurie de logements abordables est répandue dans l'ensemble du Canada, surtout sur le marché des logements locatifs et dans les grandes régions urbaines, où les logements sont plus coûteux<sup>208-211</sup>. À titre d'exemple, selon l'enquête annuelle de l'Association du logement sans but lucratif de l'Ontario, le nombre de ménages sur les listes d'attente pour des logements à loyer proportionné au revenu est passé de 129 253 en 2008 à 165 069 en 2013<sup>212</sup>.

Pour rendre les logements plus abordables, les gouvernements peuvent influencer sur l'offre en finançant la construction de nouvelles habitations abordables ou en offrant des incitatifs aux entreprises privées qui souhaitent le faire. Ils peuvent également réduire l'écart entre le loyer réel des logements disponibles et la capacité de payer des locataires. Parmi ces mesures, mentionnons les suppléments au loyer qui permettent aux propriétaires de réduire le loyer de leurs logements, ainsi que les subventions et autres programmes de soutien du revenu qui permettent d'augmenter le revenu que les locataires peuvent consacrer au loyer<sup>211, 213-215</sup>.

Les suppléments au loyer sont offerts dans toutes les provinces. Ils sont habituellement fournis aux propriétaires et se rattachent à un secteur précis, tandis que les subventions transférables sont versées directement aux locataires. Ce dernier type de subvention est particulièrement utile pour certains groupes; il permet notamment à la famille d'une personne atteinte d'une incapacité de pouvoir choisir parmi un plus large éventail de logements adaptés à leurs besoins, même en cas de pénurie de logements abordables<sup>211, 213, 216</sup>. Se reporter à l'encadré 5 pour un exemple de soutien financier favorisant l'accès à la propriété.

Les mesures de réduction de la pauvreté, dont les mesures de soutien du revenu comme les crédits d'impôt ciblés, peuvent augmenter le revenu des personnes à risque de devenir sans-abris. L'augmentation de l'aide sociale est souvent citée comme une solution au problème d'abordabilité des logements<sup>211</sup>. Ces mesures sont particulièrement importantes pour les familles, puisque les couples avec enfants sont près de 2 fois plus susceptibles d'avoir des besoins impérieux en matière de logement que les couples sans enfants, et les ménages monoparentaux sont près de 4 fois plus susceptibles d'avoir de tels besoins que les couples avec enfants<sup>207</sup>.

## Encadré 5 : Programmes Housing Choices, Territoires du Nord-Ouest, 2007

**Problème** : L'accès à la propriété peut être difficile, particulièrement pour les personnes à faible revenu et dont les connaissances financières sont limitées<sup>217</sup>. Or, les bienfaits d'être propriétaire vont bien au-delà de la protection contre les éléments naturels et les dangers; pour de nombreuses personnes, l'achat d'une propriété est un objectif personnel qui représente une prise de pouvoir sur leur propre vie<sup>218, 219</sup>.

**Intervention** : Les programmes Housing Choices (options de logement) englobent une série d'interventions qui visent à abolir les obstacles à la stabilité du logement et à l'accès à la propriété<sup>220</sup>.

- Le programme Solutions to Educate People (STEP, ou solutions pour éduquer les gens) permet aux participants de suivre des formations sur le financement, les opérations bancaires et le crédit, ainsi que sur l'achat et l'entretien d'une maison.
- Le programme Homeownership Entry Level (HELP, ou programme pour les acheteurs d'une première maison) offre un soutien financier aux participants afin qu'ils puissent accumuler une mise de fonds suffisante. Le programme HELP permet aux participants ayant terminé la formation STEP de louer une maison pendant 2 ans pour un coût équivalant à 20 % de leur revenu brut. Après le bail de 2 ans, les participants qui cherchent à acheter une propriété peuvent recevoir jusqu'à 10 000 \$ applicables à une mise de fonds, afin de réduire le prix d'achat d'une maison.
- Le programme Providing Assistance for Territorial Homeownership (PATH, ou aide pour l'accès à la propriété dans les territoires) offre du financement selon la taille de la famille, le revenu et le lieu de résidence afin de faciliter l'accès à la propriété dans les Territoires du Nord-Ouest.
- Le programme Contributing Assistance for Repairs and Enhancements (CARE, ou contribution financière pour les réparations et l'amélioration) apporte une aide financière aux propriétaires pour les réparations et l'entretien de leur maison. Les travaux favorisant la santé et la sécurité des occupants sont en priorité.
- Le programme Securing Assistance for Emergencies (SAFE, ou aide offerte en cas d'urgence) vise à offrir une aide d'urgence aux propriétaires à faible et à moyen revenu en cas de problèmes majeurs, comme le bris d'un système de chauffage central.

**Justification et données probantes** : Le renforcement des connaissances financières, les subventions au logement et l'aide offerte pour l'accès à la propriété peuvent accroître la capacité des personnes à faible revenu à planifier l'acquisition d'un logement stable. Les 16 entrevues, 8 groupes de discussions et 357 sondages réalisés sur l'efficacité des programmes Housing Choices ont révélé que ces derniers réussissent généralement à réduire les besoins impérieux en matière de logement en mettant l'accent sur l'abordabilité. Les personnes interviewées ont souligné que l'ajout d'un programme de formation permettant d'acquérir des connaissances, en plus d'un filet de sécurité, a permis de renforcer le programme HELP<sup>221</sup>.

## Itinérance

L'itinérance est très difficile à mesurer, et les données fiables sur les tendances en la matière sont rares<sup>210</sup>. Comme il est difficile de faire le suivi des personnes sans coordonnées ni domicile fixes, aucune série de données fiables au fil du temps n'a encore été établie. Des progrès ont néanmoins été effectués dans le cadre d'initiatives prises récemment et visant à mesurer l'étendue de l'itinérance au Canada. Selon des données de 2013 et 2014, on estime que chaque nuit, de 30 000 à 35 000 Canadiens sont sans abri<sup>222, 223</sup>. De plus, selon les données, plus de 700 000 Canadiens éprouvent des besoins impérieux extrêmes en matière de logement — c'est-à-dire qu'ils consacrent plus de 50 % de leur revenu au logement — et sont donc à risque de devenir sans-abris<sup>223</sup>.

En 2014, environ 180 000 Canadiens ont eu recours à un refuge d'urgence, contre environ 150 000 annuellement de 2005 à 2009<sup>223, 224</sup>. La clientèle des refuges a toutefois changé avec le temps; en effet, la proportion de femmes et de familles augmente plus rapidement que les autres types d'usagers<sup>224</sup>. Le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant recours aux refuges d'urgence est passé d'environ 6 200 en 2005 à près de 9 500 en 2009<sup>224</sup>. Le recours aux refuges se fait également plus intense au fil du temps : la durée moyenne des séjours est passée de 13,6 nuits en 2005 à 16 nuits en 2009.

L'itinérance est directement liée au revenu, et les risques pour la santé associés à ce problème touchent de façon disproportionnée, voire exclusive, les personnes à très faible revenu. L'espérance de vie des sans-abris est inférieure de 7 à 10 ans à celle des Canadiens ayant un logement stable<sup>225, 226</sup>. Une étude menée à Montréal auprès de sans-abris de 14 à 25 ans a révélé un taux de mortalité 9 fois plus élevé que dans la population générale chez les jeunes hommes de ce groupe, et 31 fois plus élevé chez les jeunes femmes<sup>227</sup>. Les sans-abris courent également un risque accru d'être agressés physiquement et sexuellement, ainsi que de vivre des difficultés d'accès aux soins et de prise en charge des maladies mentales et des affections chroniques<sup>226, 228-230</sup>.

Pour réduire l'étendue du problème, les gouvernements peuvent adopter des approches ciblant les personnes en situation précaire et des stratégies de prévention. Ils peuvent par ailleurs privilégier les initiatives du type Logement d'abord qui sont efficaces pour améliorer l'état de santé et les résultats en matière de logement des sans-abris<sup>211, 231-233</sup>. L'encadré 6 présente un exemple d'initiative basée sur le modèle Logement d'abord.

## Encadré 6 : Projet Chez soi, Canada, 2009 à 2013

**Problème** : Les sans-abris affichent de moins bons résultats que la population générale sur le plan de la santé mentale; ils présentent notamment des taux plus élevés de maladie mentale, de toxicomanie et de suicide<sup>229, 234</sup>. L'itinérance réduit également de plusieurs années l'espérance de vie de ceux qui vivent dans la rue. En plus du fardeau individuel qu'elle représente, l'itinérance entraîne des coûts importants pour la société canadienne : nombre de visites au service d'urgence, d'hospitalisations et d'incarcérations pourraient être évitées si un hébergement adéquat était mis à la disposition des sans-abris<sup>233</sup>.

**Intervention** : Le projet Chez soi, un projet de démonstration menée sur 4 ans par la Commission de la santé mentale du Canada, visait à combler les besoins en habitation des sans-abris atteints de troubles mentaux à Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton<sup>235</sup>. Le projet était fondé sur le modèle Logement d'abord, selon lequel les sans-abris se voient offrir l'accès à un logement subventionné ainsi qu'à des services de santé et de soutien social; on souhaite ainsi faciliter le traitement de leurs troubles mentaux et physiques<sup>235</sup>.

**Justification et données probantes** : Les évaluations du projet ont révélé que les personnes visées par le modèle Logement d'abord ont occupé un logement stable 2 fois plus longtemps que les personnes ayant reçu les services de soutien habituels. Selon l'évaluation finale du projet, 62 % du groupe Logement d'abord occupait un logement stable, contre 31 % des participants ayant reçu les services habituels<sup>233</sup>. Les sans-abris qui ont reçu des services Logement d'abord avaient également une meilleure qualité de vie et fonctionnaient mieux en société que les personnes ayant reçu les services habituels<sup>233</sup>. Le projet Chez soi s'est par ailleurs révélé financièrement avantageux, en particulier en ce qui concerne les sans-abris qui utilisaient fréquemment les services d'urgence et d'autres services publics. En effet, pour les 10 % de sans-abris qui utilisaient le plus les services au moment de leur recrutement dans le programme, chaque tranche de 1 \$ investie dans l'approche Logement d'abord a entraîné des économies de 2,17 \$ en services de santé, sociaux et judiciaires<sup>233</sup>. Chez les participants aux besoins élevés, dans les 2 ans qui ont suivi le recrutement, chaque dollar investi dans le programme a permis d'économiser 0,96 \$ en services de santé, sociaux et judiciaires<sup>233</sup>.

## Insécurité alimentaire des ménages

### Contexte

L'insécurité alimentaire, c'est-à-dire l'accès inadéquat ou incertain à la nourriture en raison d'un manque de ressources financières, est un important problème de santé publique au Canada<sup>3</sup>. Le module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) définit 2 degrés d'insécurité alimentaire : l'insécurité alimentaire modérée survient lorsque certains signes montrent que la qualité ou la quantité des aliments consommés par les adultes ou les enfants est compromise pour des raisons financières, tandis que l'insécurité alimentaire grave se traduit par des signes d'une consommation alimentaire réduite et d'habitudes alimentaires perturbées en raison d'un manque d'argent<sup>236</sup>.

Les membres d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles d'avoir un apport nutritionnel inadéquat et de voir la qualité de leur alimentation compromise que les autres<sup>237-241</sup>. Les adultes qui font partie d'un tel ménage sont également plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé (physique et mentale), un stress accru et un nombre plus

élevé d'affections chroniques multiples, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et la dépression<sup>242-245</sup>. Les enfants qui grandissent dans ces ménages, en particulier dans ceux en situation d'insécurité alimentaire grave causant la faim, courent un risque élevé de souffrir à long terme d'importants problèmes physiques et mentaux<sup>246, 247</sup>.

En 2011-2012, plus de 8 % des ménages canadiens (un peu plus d'un million de foyers) avaient déclaré vivre une situation d'insécurité alimentaire allant de modérée à grave au cours de l'année précédente. Durant la même période, les ménages monoparentaux et les ménages avec enfants de moins de 6 ans étaient particulièrement vulnérables : 22 % des premiers et 10,7 % des seconds ont déclaré avoir connu l'insécurité alimentaire<sup>248</sup>. Parmi les autres facteurs de risque figure le fait de ne pas être propriétaire de son logement, de compter sur l'aide sociale ou l'assurance-chômage comme principale source de revenus, et de faire partie d'un ménage autochtone ou récemment immigré<sup>244, 249, 250</sup>. Le taux d'insécurité alimentaire varie de façon importante d'une région à l'autre du Canada, les résidents des régions nordiques et de collectivités autochtones éloignées y étant particulièrement susceptibles<sup>249, 251, 252</sup>. Les facteurs qui contribuent aux taux élevés d'insécurité alimentaire dans les collectivités autochtones éloignées sont le prix élevé des aliments commercialisés, le coût de la vie élevé et l'accès limité à des aliments du commerce et à des aliments traditionnels sains<sup>251, 252</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC
<b>Période</b>	Données nationales : 2007-2008 à 2011-2012 Données provinciales : 2005 à 2011-2012

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période ne sont pas présentées dans le rapport. Elles sont accessibles site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 0 pour la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
†	Interpréter avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre la première estimation et l'estimation de 2011-2012
↓	Diminution statistiquement significative entre la première estimation et l'estimation de 2011-2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre la première estimation et l'estimation de 2011-2012

### Notes supplémentaires

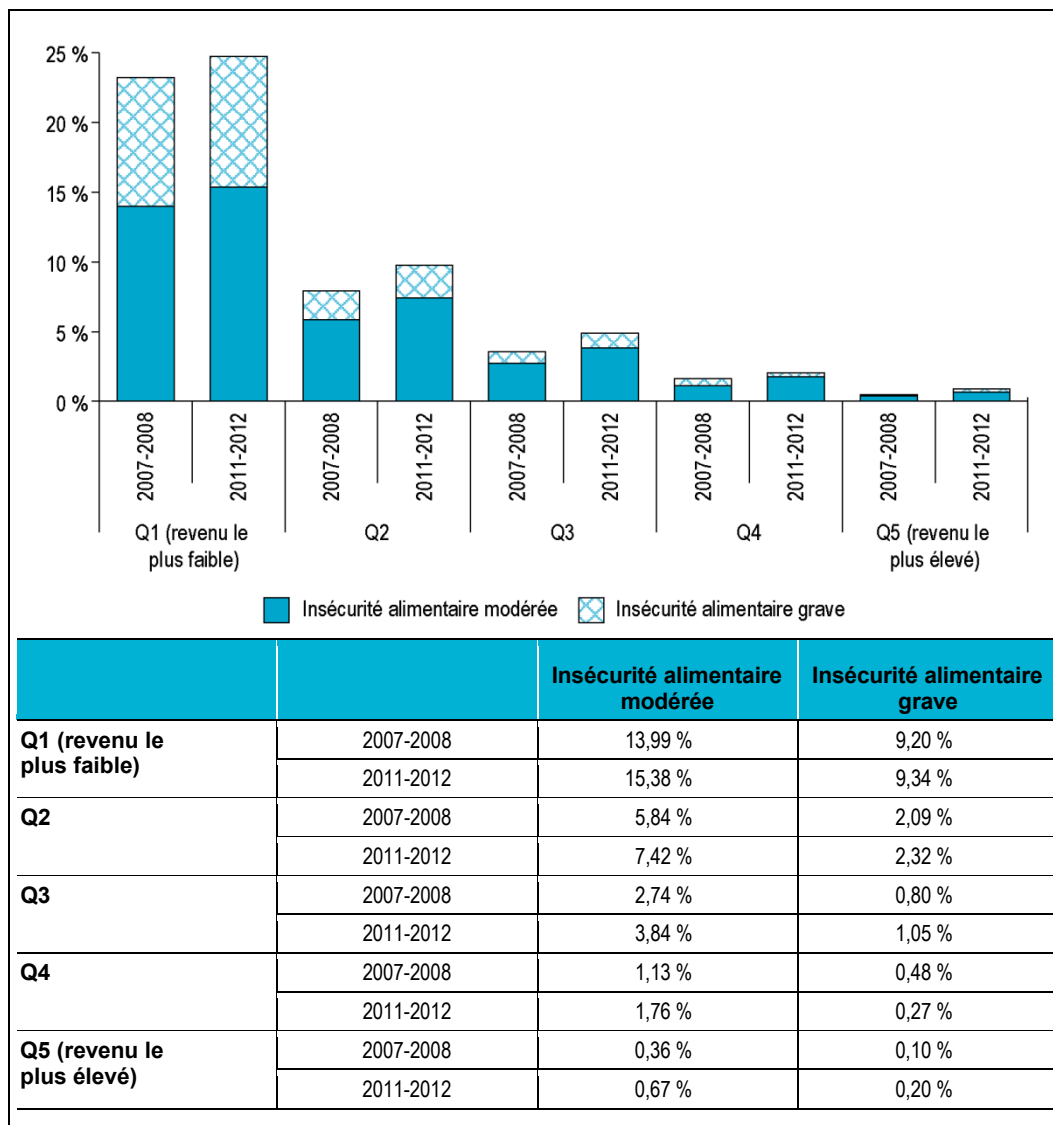
- À moins d'indication contraire, les taux d'insécurité alimentaire englobent l'insécurité alimentaire modérée et grave.
- Résultats provinciaux pour la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec, soit les provinces qui ont participé aux 4 cycles du module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages de l'ESCC de 2005 à 2011-2012.



## **Comment les taux d'insécurité alimentaire selon le niveau de revenu ont-ils évolué de 2007-2008 à 2011-2012?**

- Tous niveaux de revenu confondus, au moins 8 % des ménages canadiens ont vécu une insécurité alimentaire. Ce taux est resté stable de 2007-2008 à 2011-2012.
- Le taux d'insécurité alimentaire est étroitement lié au revenu : près de 25 % des ménages canadiens au niveau de revenu le plus faible sont touchés par l'insécurité alimentaire.
- L'inégalité n'est pas calculée puisque les Canadiens au plus haut niveau de revenu vivent très rarement de l'insécurité alimentaire (c.-à-d. une proportion inférieure à 1 %). Les tendances des taux aux niveaux de revenu inférieurs témoignent donc de l'évolution de l'inégalité liée au revenu au fil du temps.
- Au cours des dernières années, le taux global d'insécurité alimentaire n'a pas changé au quintile de revenu le plus faible, mais il a augmenté aux deuxième et troisième quintiles (de 7,9 % à 9,7 % et de 3,5 % à 4,9 %, respectivement).
- Plus de 9 % des ménages du quintile de revenu le plus faible et plus de 2 % de ceux du deuxième quintile ont déclaré avoir connu une insécurité alimentaire grave. Ces taux sont restés stables au fil du temps.

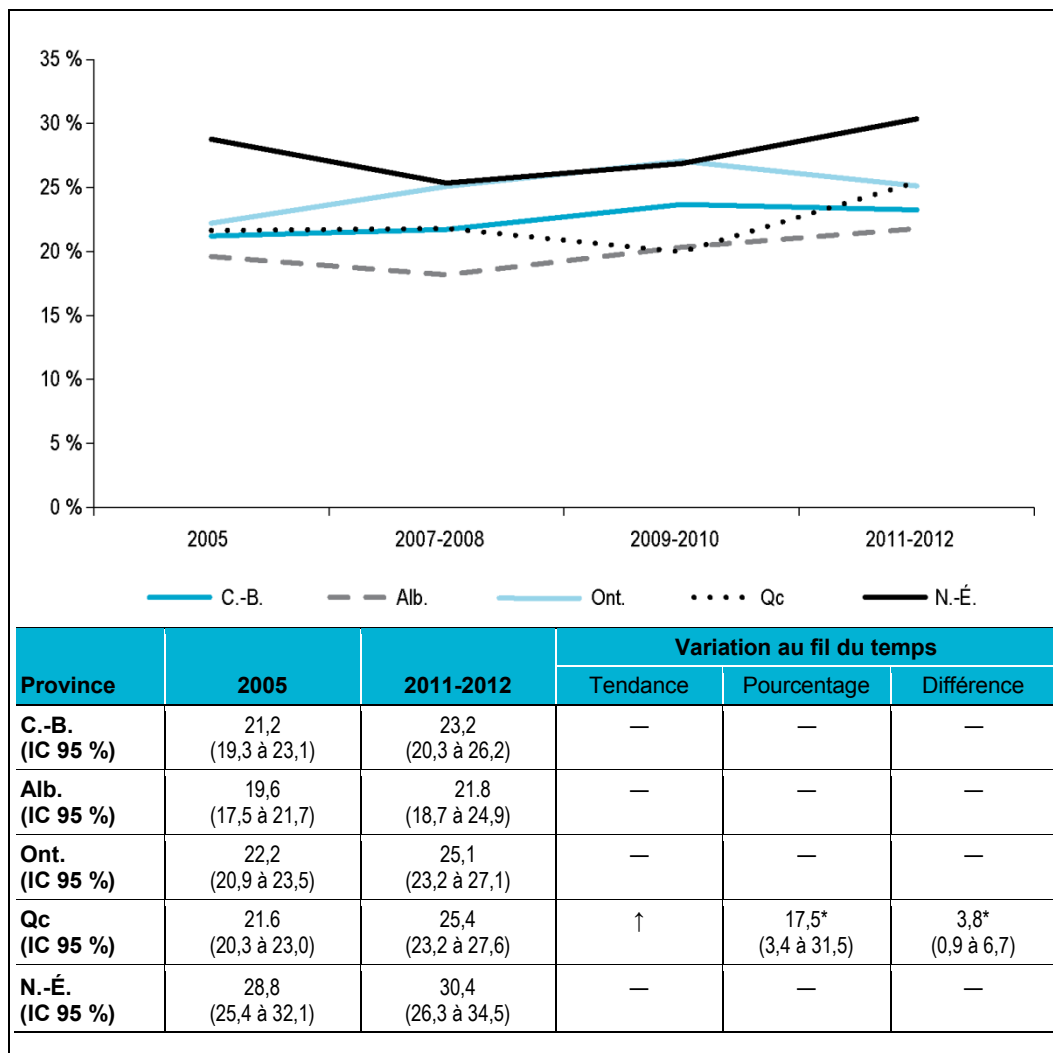
Figure 16 : Proportion des ménages en situation d'insécurité alimentaire, par quintile de revenu, Canada, 2007-2008 à 2011-2012



### Tendances de l'insécurité alimentaire des ménages au niveau de revenu le plus faible, provinces sélectionnées, 2005 à 2011-2012

- Dans les 5 provinces pour lesquelles des données sur l'insécurité alimentaire de 2005 à 2011-2012 étaient disponibles (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse), le taux d'insécurité alimentaire au niveau de revenu le plus faible a augmenté au Québec; il est passé de 21,6 % à 25,4 %. Il est toutefois resté relativement stable dans les autres provinces.
- En 2011-2012, les ménages de la Nouvelle-Écosse affichaient le taux le plus élevé d'insécurité alimentaire, soit 30,4 %, comparativement à l'Alberta, à la Colombie-Britannique, à l'Ontario et au Québec, où le taux oscillait entre 21,8 % et 25,4 %.

Figure 17 : Proportion des ménages du quintile de revenu le plus faible en situation d'insécurité alimentaire, provinces sélectionnées, 2005 à 2011-2012



## Réduction de l'insécurité alimentaire des ménages

Selon les analyses qui précèdent, le taux d'insécurité alimentaire est demeuré élevé dans les ménages canadiens au niveau de revenu le plus faible de 2007-2008 à 2011-2012. Le taux a légèrement augmenté durant la même période aux deuxième et troisième quintiles de revenu. Parmi les 5 provinces qui ont mesuré le taux d'insécurité alimentaire tous les ans de 2005 à 2011-2012 (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse), seul le Québec a vu augmenter la proportion des ménages au revenu le plus faible en situation d'insécurité alimentaire.

### *Incidence des inégalités*

- En 2011-2012, environ un million de ménages de moins auraient connu une insécurité alimentaire grave ou modérée si tous les ménages canadiens avaient affiché le même faible taux d'insécurité alimentaire que les ménages au niveau de revenu le plus élevé.

### Stratégies de réduction des inégalités

Au Canada, la lutte contre l'insécurité alimentaire prend 4 grandes formes<sup>253</sup> :

1. la distribution d'aliments par des organismes de bienfaisance;
2. les programmes alimentaires en milieu communautaire (p. ex. cuisines collectives, jardins communautaires, programmes Bonne boîte Bonne bouffe);
3. les programmes de nutrition en milieu scolaire;
4. les programmes gouvernementaux (p. ex. Prestation nationale pour enfants, Nutrition Nord Canada).

Parmi ces approches, les dons d'aliments (surtout dans les banques alimentaires) demeurent la principale intervention directe dans le cadre de la lutte contre l'insécurité alimentaire au Canada<sup>3, 254</sup>. Au cours des dernières décennies, bon nombre des initiatives alimentaires en milieu communautaire au pays ont été appuyées par les conseils alimentaires. Le rôle de ces conseils consiste généralement à élaborer des politiques facilitant un accès local à des aliments abordables et nutritifs<sup>255</sup>. Ces conseils ont donc intégré ces initiatives à leurs activités. Malgré ces efforts, les Canadiens à faible revenu restent très vulnérables à l'insécurité alimentaire; en effet, près d'un ménage à faible revenu sur 4 a déclaré avoir été en situation d'insécurité alimentaire en 2011-2012.

Les programmes alimentaires des organismes de bienfaisance et ceux en milieu communautaire ont une portée et une capacité limitées. Ils sont néanmoins importants, car ils permettent d'offrir de l'aide alimentaire d'urgence, d'accroître les connaissances de leur clientèle en nutrition et en alimentation, ainsi que d'assurer un soutien social et un développement communautaire (voir l'encadré 7). Ces programmes à petite échelle peuvent servir de complément aux vastes politiques sociales, comme les programmes de supplément du revenu ou les stratégies de réduction de la pauvreté. Ces grandes politiques peuvent réduire de façon significative le taux d'insécurité alimentaire dans les groupes les plus vulnérables puisqu'il existe un lien étroit entre le revenu et la capacité à se procurer des aliments nutritifs en quantité suffisante (voir l'encadré 8)<sup>256-259</sup>.

### Encadré 7 : Centres d'alimentation communautaires, Canada, 2012

**Problème** : En 2011-2012, plus d'un million de foyers canadiens ont connu une insécurité alimentaire allant de modérée à grave. Malgré leur portée et leurs ressources financières limitées, les programmes alimentaires en milieu communautaire demeurent l'un des principaux moyens que la société civile peut prendre pour combattre l'insécurité alimentaire au Canada et aider les personnes vulnérables.

**Intervention** : Depuis 2012, l'organisme Community Food Centres Canada étend le modèle The Stop, un modèle innovateur de centre d'alimentation communautaire (CAC) qui a fait ses preuves à Toronto, à d'autres collectivités canadiennes, dont Dartmouth (Nouvelle-Écosse) et Winnipeg-Nord (Manitoba)<sup>260</sup>.

En plus d'offrir une aide d'urgence (repas, banque alimentaire, etc.), les CAC offrent des cours de cuisine et enseignent la saine alimentation. Le modèle comprend également des jardins ou des serres communautaires. En plus de fournir des fruits et légumes frais, ces endroits offrent aux membres de la collectivité l'occasion de faire de l'activité physique, de participer à la communauté et d'apprendre des techniques de jardinage qu'ils peuvent

(suite à la page suivante)

ensuite reproduire chez eux. Le modèle CAC tient également compte que la pauvreté est un facteur déterminant de l'insécurité alimentaire. C'est pourquoi il offre aux utilisateurs une formation qui leur permet ensuite d'intervenir efficacement contre la pauvreté dans leur collectivité respective<sup>260</sup>.

**Justification et données probantes** : Selon des sondages réalisés par le CAC The Stop de Toronto, une participation à ce genre d'organisme améliore la santé physique, augmente la consommation de fruits et légumes, permet de mieux composer avec la faim et l'insécurité alimentaire et accroît la participation citoyenne<sup>260</sup>. En 2013, des membres de la communauté formés à cet effet ont donné des conseils de nature générale à plus de 2 000 de leurs pairs. Dans certains cas, ils les ont même orientés vers des programmes de soutien du revenu, de services sociaux, d'aide au logement, d'aide juridique et de services d'établissement<sup>261, 262</sup>. Toutefois, aucune évaluation systématique de l'incidence des CAC et autres programmes semblables sur la réduction de l'insécurité alimentaire n'a encore été réalisée.

## Encadré 8 : Stratégie de réduction de la pauvreté de Terre-Neuve-et-Labrador, 2006

**Problème** : L'insécurité alimentaire est une conséquence directe de la pauvreté<sup>251</sup>. Actuellement, 11 des 13 provinces et territoires du Canada se sont dotés d'un plan de réduction de la pauvreté<sup>143</sup>.

**Intervention** : En 2006, Terre-Neuve-et-Labrador a mis en œuvre une stratégie exhaustive de réduction de la pauvreté, axée en grande partie sur l'amélioration du bien-être financier des prestataires de l'aide sociale, sous-groupe de la population le plus touché par l'insécurité alimentaire<sup>145</sup>. Dans le cadre de cette stratégie, la province concentre ses efforts financiers sur la mise en place d'un train de mesures visant à améliorer le filet de sécurité sociale et à accroître le revenu des personnes et des familles défavorisées. Parmi les initiatives ainsi mises de l'avant, la province a haussé les seuils d'admissibilité à la réduction d'impôt pour faible revenu et à la prestation fiscale pour enfants, elle a étendu la couverture de l'assurance-maladie aux adultes à faible salaire et elle a accru l'accès aux logements à prix abordable. Autre objectif important de sa stratégie : l'amélioration du bien-être financier des prestataires de l'aide sociale grâce à diverses mesures directes et indirectes (p. ex. hausse des prestations d'aide sociale, indexation de l'allocation de base du soutien du revenu, hausse des exemptions sur l'avoir liquide, élimination des dispositions de récupération fiscale, etc.). En outre, plusieurs mesures visant à favoriser l'emploi parmi la clientèle de l'aide sociale et à permettre aux clients de garder une part plus importante de leur revenu ont été adoptées<sup>145</sup>.

**Justification et données probantes** : Durant les 5 années qui ont suivi la mise en œuvre de la stratégie, le taux d'insécurité alimentaire à Terre-Neuve-et-Labrador a accusé un recul constant jusqu'au point d'atteindre le taux le plus bas au pays (de 9,6 % en 2007-2008 à 7,7 % en 2011-2012) et le plus bas pour l'ensemble des foyers prestataires de l'aide sociale au Canada<sup>248, 249</sup>. Bien que les données qui permettraient d'évaluer l'incidence d'initiatives particulières sur l'insécurité alimentaire ne soient pas disponibles, une analyse exploratoire réalisée à l'aide des données de l'ESCC a révélé que la baisse importante du taux d'insécurité alimentaire observée à Terre-Neuve-et-Labrador depuis 2007 est attribuable en partie à la hausse du revenu des ménages et à la baisse du nombre de ménages prestataires de l'aide sociale. Toutefois, puisque l'un des principaux éléments touchés par le déclin était la vulnérabilité des prestataires de l'aide sociale à l'insécurité alimentaire, il est raisonnable de conclure que les nombreuses mesures prises par la province dans le cadre de sa stratégie de réduction de la pauvreté ont eu un effet combiné<sup>263</sup>. Ces résultats portent à croire que les politiques des provinces peuvent jouer un rôle important dans la réduction du taux d'insécurité alimentaire au sein de la population.

## Indicateurs liés à la petite enfance

### Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel

#### Contexte

L'indicateur Nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel représente la proportion de nouveau-nés uniques vivants dont le poids à la naissance est inférieur au 10<sup>e</sup> percentile de référence pour leur sexe et leur âge gestationnel<sup>264</sup>. En d'autres termes, ces nouveau-nés sont plus petits à la naissance que 90 % des bébés d'une population de référence de même sexe et de même âge gestationnel<sup>264</sup>.

En 2011-2012, environ 373 000 bébés sont nés dans les hôpitaux du Canada. De ce nombre, près de 9 % des nouveau-nés uniques étaient petits pour l'âge gestationnel<sup>265</sup>. Le faible poids à la naissance permet de prédire les résultats pour la santé durant l'enfance et à l'âge adulte<sup>266</sup>. Par rapport aux autres bébés, les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel courent un risque environ 3 fois plus élevé de mourir au cours de leur première année<sup>266</sup>. En outre, ils présentent un risque accru de morbidité (p. ex. déficience des fonctions cognitives, maladie cardiovasculaire, hypertension artérielle et diabète de type 2) tout au long de leur vie<sup>267-269</sup>.

Le faible poids à la naissance ou la naissance prématurée sont des déterminants importants des coûts hospitaliers. En effet, plus le poids à la naissance et l'âge gestationnel diminuent, plus la durée moyenne du séjour à l'hôpital augmente. Le degré de complexité et de gravité des maladies détermine également la durée du séjour à l'hôpital des nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel. Ce facteur peut entraîner une hausse disproportionnée des coûts liés aux soins de santé et alourdir le fardeau économique de ce secteur<sup>270</sup>. En 2005-2006, le coût hospitalier moyen d'un nouveau-né petit pour l'âge gestationnel était de 2 297 \$, ce qui est environ 1,6 fois plus élevé que pour les autres nouveau-nés<sup>271</sup>.

De nombreuses études font un rapprochement direct entre d'une part le faible revenu et la défavorisation matérielle et, d'autre part, les taux plus élevés d'issues défavorables à la naissance, y compris les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel<sup>272-274</sup>. Les autres facteurs de risque incluent la petite taille de la mère, la primiparité, le poids insuffisant, l'hypertension et le tabagisme<sup>272</sup>.

## Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances, Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux, Statistique Canada
<b>Période</b>	2001 (2000 à 2002), 2006 (2005 à 2007), 2011 (2009 à 2011)

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

## Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

## Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2011
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2011
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2011

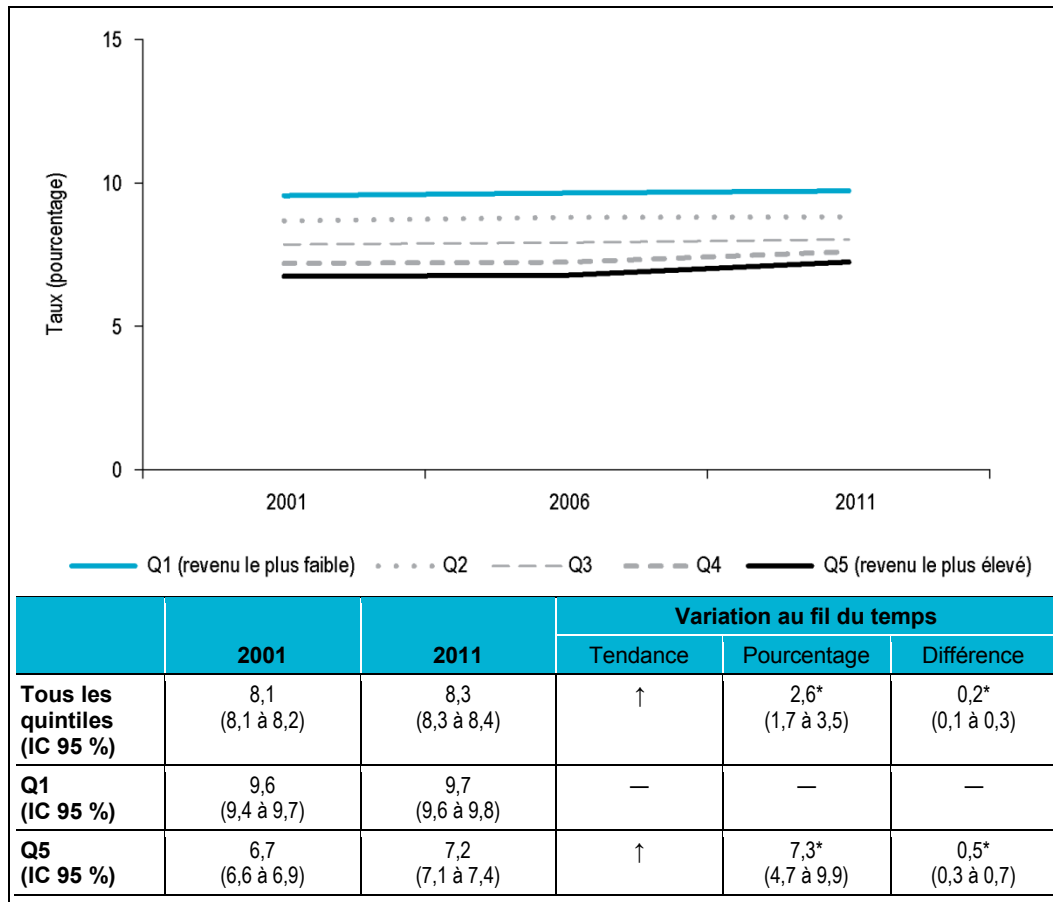
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a-t-elle évolué de 2001 à 2011?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a diminué au fil du temps, surtout en raison de la hausse des taux au niveau de revenu le plus élevé et de leur stabilité au niveau de revenu le plus faible.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2001 à 2011, les taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel ont augmenté pour l'ensemble des niveaux de revenu. Cette augmentation était principalement attribuable à la hausse des taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel au niveau de revenu le plus élevé.
- Le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a grimpé de 7,3 % (0,5 point de pourcentage) au niveau de revenu le plus élevé. Il est toutefois resté le même au fil du temps au niveau de revenu le plus faible.

Figure 18 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, par quintile de revenu, Canada, 2001 à 2011

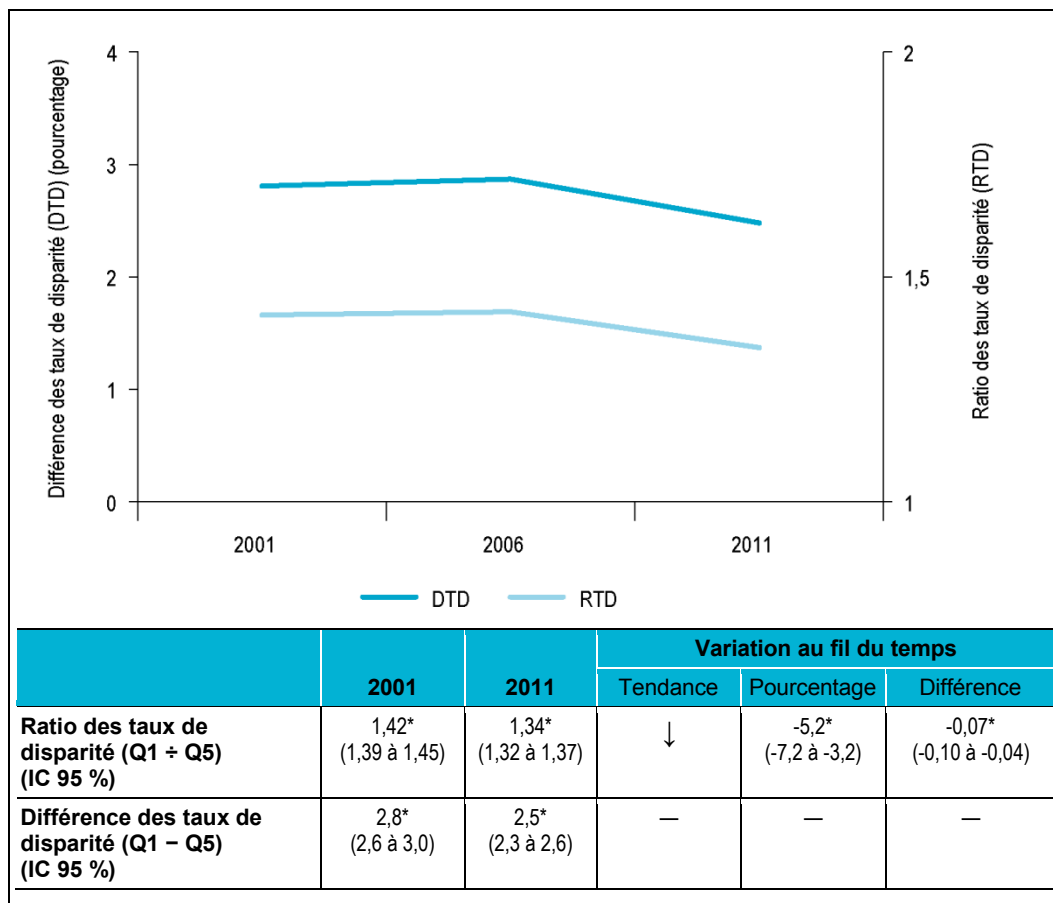


### Tendances des inégalités

- De 2001 à 2011, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a diminué sur une échelle relative et s'est maintenue sur une échelle absolue.
- En 2001, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel chez les Canadiennes au niveau de revenu le plus faible était 1,42 fois supérieur à celui chez les Canadiennes au niveau de revenu le plus élevé. Le ratio des taux est passé à 1,34 en 2011.
- Durant ces années, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel au niveau de revenu le plus faible était de 2,5 à 2,8 points de pourcentage supérieur à celui au niveau de revenu le plus élevé.



Figure 19 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, Canada, 2001 à 2011



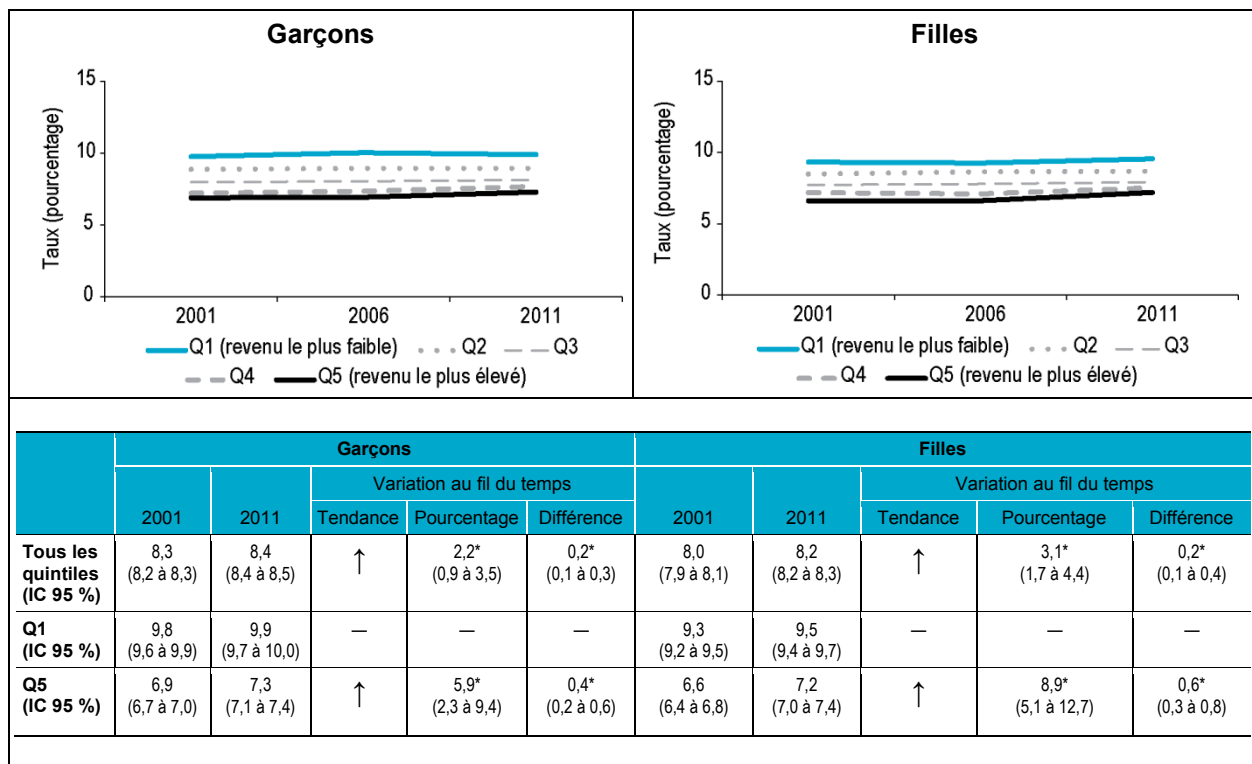
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2001 à 2011 pour les filles et les garçons?

Pour les filles et les garçons, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a augmenté au fil du temps au niveau de revenu le plus élevé. L'inégalité liée au revenu s'est quant à elle maintenue pour les garçons et a diminué sur une échelle relative pour les filles.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- De 2001 à 2011, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a augmenté au niveau de revenu le plus élevé et est resté stable au niveau de revenu le plus faible. Ces tendances ont été observées pour les 2 sexes.

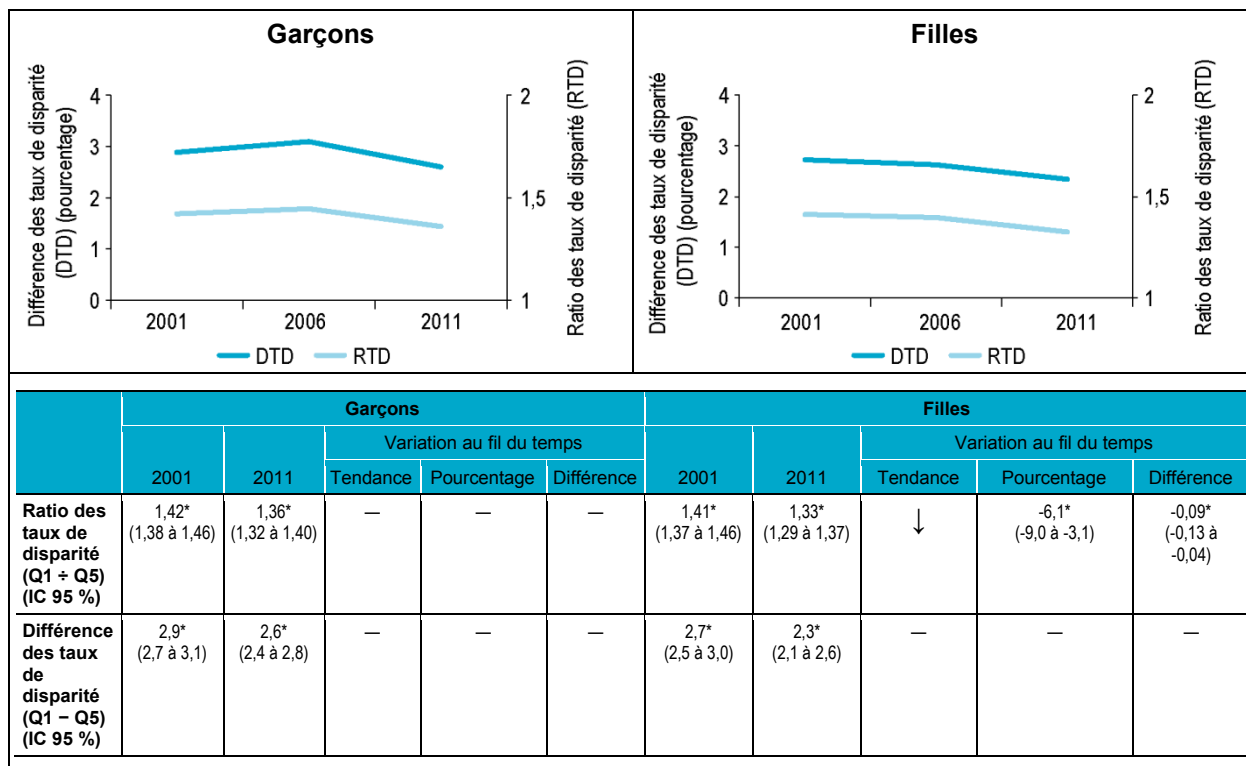
Figure 20 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2001 à 2011



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les garçons, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel s'est maintenue sur une échelle absolue et une échelle relative.
- Pour les filles, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a diminué sur une échelle relative et s'est maintenue sur une échelle absolue.

Figure 21 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, selon le sexe, Canada, 2001 à 2011



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel

Ces analyses portent à croire que le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel est resté supérieur chez les Canadiennes à faible revenu au cours de la dernière décennie, mais que l'écart s'est légèrement résorbé en raison d'une hausse du taux au niveau de revenu le plus élevé. Bien qu'en général le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel évolue selon l'échelle des revenus, les différences de taux observées entre les 3 niveaux de revenu inférieurs sont plus importantes que celles observées entre les 2 niveaux supérieurs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2011, environ 4 200 cas (13,2 %) de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, pour les 2 sexes, auraient pu être évités si toutes les femmes avaient affiché le même taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel que celles au niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 4 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, Canada, 2001 à 2011

	Les 2 sexes		Garçons		Filles	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	17,1* (15,7 à 18,4)	13,2* (11,9 à 14,5)	16,9* (15,0 à 18,8)	13,9* (12,1 à 15,6)	17,2* (15,2 à 19,2)	12,6* (10,7 à 14,4)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	5 200	4 200	2 700	2 300	2 500	1 900

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

La hausse du taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel chez les femmes vivant dans les quartiers à revenu élevé et le taux globalement élevé chez les femmes des quartiers à faible revenu semblent suggérer qu'il faudrait envisager une combinaison d'approches universelles et ciblées afin de réduire l'incidence des cas de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel. En outre, la mise en place de programmes axés sur certains facteurs de risque pourrait se révéler utile autant pour les femmes à revenu élevé que pour celles à faible revenu, car les facteurs de risque semblent varier selon le niveau de revenu. Le risque de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel est plus grand chez les adolescentes, les femmes au poids insuffisant et sous-alimentées, les fumeuses, les femmes qui font de l'hypertension durant la grossesse et celles qui ont recours à des techniques de procréation assistée<sup>272, 275, 276</sup>. Ces facteurs de risque, à l'exception du recours à des techniques de procréation assistée, sont plus fréquents au sein des populations à faible revenu<sup>272</sup>.

La sous-alimentation de la mère est un facteur de risque modifiable que l'on pourrait intégrer dans les initiatives ciblant les populations à faible revenu et visant à prévenir les issues défavorables à la naissance<sup>277</sup>. Les programmes prénataux qui fournissent des conseils en nutrition ainsi que des suppléments de vitamines et de minéraux sont efficaces pour que l'état nutritionnel des femmes enceintes sous-alimentées soit amélioré, en particulier au sein des populations à faible revenu<sup>277, 278</sup>. Un exemple de ce type de programme, le Programme canadien de nutrition prénatale, est présenté à l'encadré 9.

Au cours de la dernière décennie, les taux de fécondité au Canada ont augmenté chez les femmes de 30 ans et plus et diminué chez celles de moins de 30 ans<sup>279</sup>. La proportion de femmes primipares de 35 ans et plus a triplé (11 %) depuis 1984<sup>280</sup>. L'âge de la première grossesse a augmenté, et cette tendance a donné lieu à une hausse de l'aide à la fécondité, notamment du recours aux techniques de procréation assistée<sup>280</sup>. Selon des études, le recours aux techniques de procréation assistée contribue à l'augmentation des naissances multiples et des risques d'issues défavorables à la naissance, ce qui comprend les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel<sup>276</sup>. Le recours accru à ces technologies au cours des dernières années peut donc avoir contribué à la hausse des taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel au Canada.

## Encadré 9 : Aide à la nutrition prénatale et issues favorables à la naissance, échelle nationale, 1995

**Problème** : Le revenu, la nutrition de la mère, la morbidité et l'exposition ambiante font partie des facteurs pouvant entraîner des issues défavorables à la naissance, notamment à des cas de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel, chez les femmes vivant dans les quartiers à faible revenu<sup>281, 282</sup>. Les interventions visant à encourager l'adoption de comportements sains et à favoriser la santé de la mère en général peuvent modifier certains de ces facteurs de risque<sup>283</sup>.

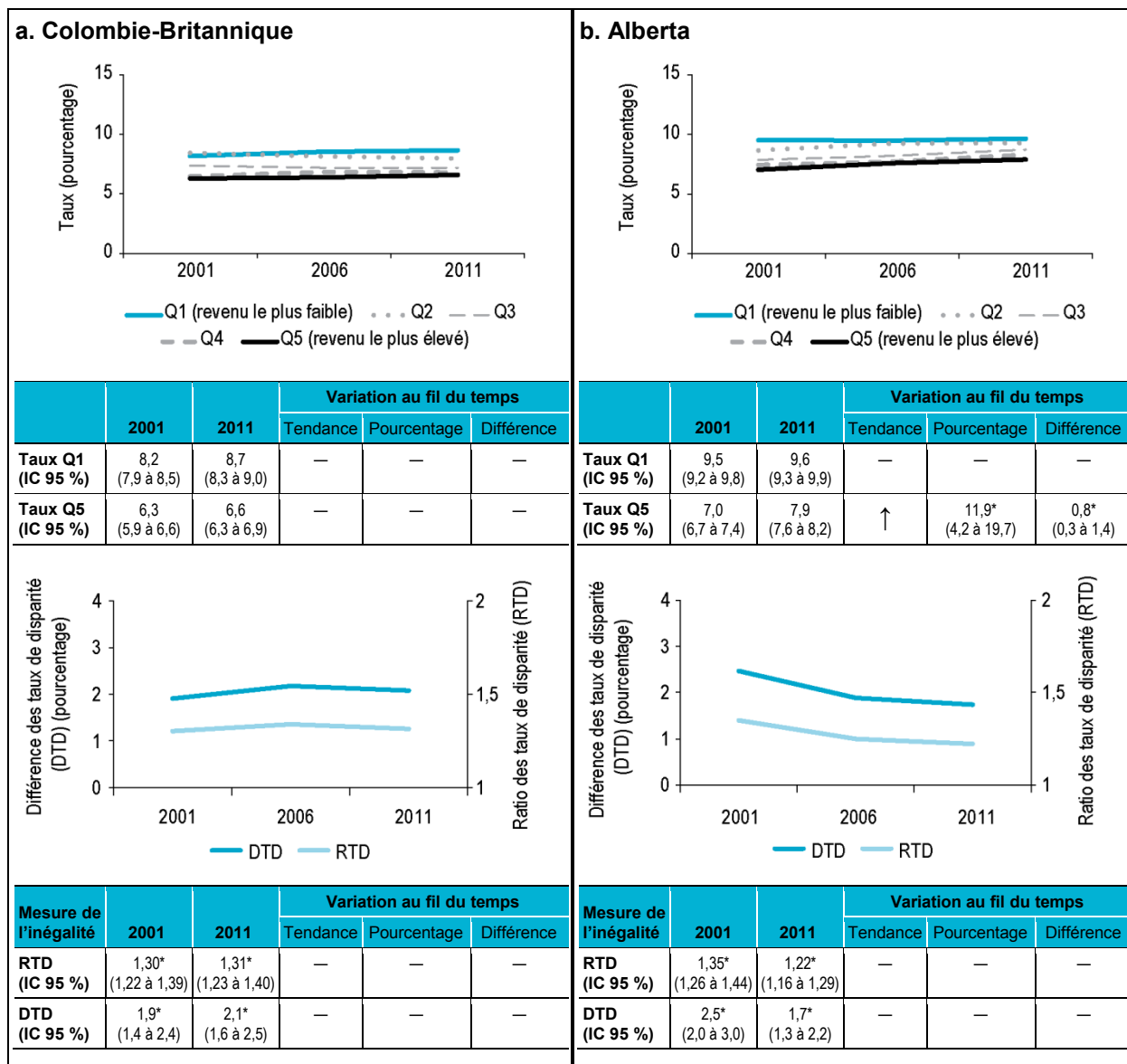
**Intervention** : Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) répond aux besoins des femmes enceintes qui vivent dans des conditions à risque, telles que la pauvreté, la grossesse chez les adolescentes et l'abus d'alcool ou de drogue, qui augmentent les probabilités d'issues défavorables pour elles-mêmes et leurs enfants<sup>283</sup>. Le PCNP permet notamment de fournir des conseils concernant la nutrition, la santé prénatale et le mode de vie ainsi que des vitamines, de la nourriture et des bons alimentaires.

**Justification et données probantes** : Les interventions axées sur la nutrition des femmes enceintes permettent d'améliorer les issues à la naissance. Une participation précoce et durable au programme durant la grossesse diminue la probabilité pour les femmes d'accoucher d'un nouveau-né petit pour l'âge gestationnel et de connaître des issues défavorables à la naissance<sup>283</sup>. Selon une évaluation, une participation active au PCNP réduit de 11 % la probabilité de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel<sup>283</sup>. Chez les groupes de la population à risque exposés au PCNP, une baisse marquée de cette possibilité a été observée. Les femmes au revenu mensuel inférieur à 1 000 \$ ont réduit de 18 % leur risque d'accoucher d'un bébé petit pour l'âge gestationnel<sup>283</sup>. De toutes les interventions en santé publique, les programmes comme le PCNP sont parmi les plus rentables, car ils produisent une série de résultats favorables en matière de santé et de vie sociale<sup>284</sup>.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel a-t-elle évolué de 2001 à 2011 selon la province?

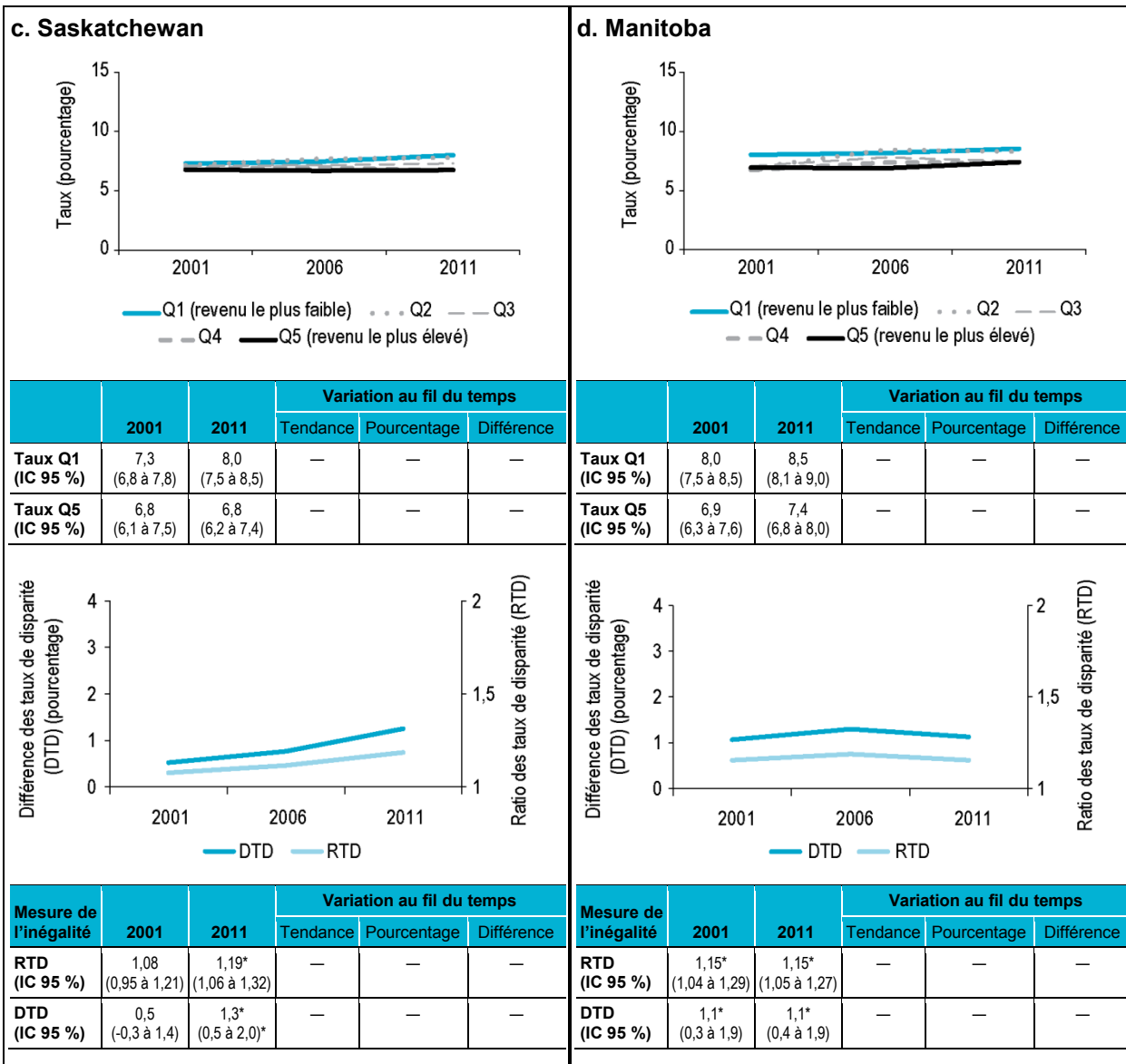
- L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel s'est maintenue au fil du temps dans toutes les provinces, mais à divers degrés.
- Par exemple, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel au niveau de revenu le plus bas était environ 1,5 fois ou 3,5 points de pourcentage plus élevé que celui au niveau de revenu le plus élevé. En Saskatchewan et au Manitoba, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel au niveau de revenu le plus bas était environ 1,2 fois (1,1 à 1,3 point de pourcentage) plus élevé que celui au niveau de revenu le plus élevé.
- Dans l'ensemble, le taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel n'a pas changé. En Alberta et en Ontario toutefois, il a augmenté au niveau de revenu le plus élevé.

Figure 22 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011



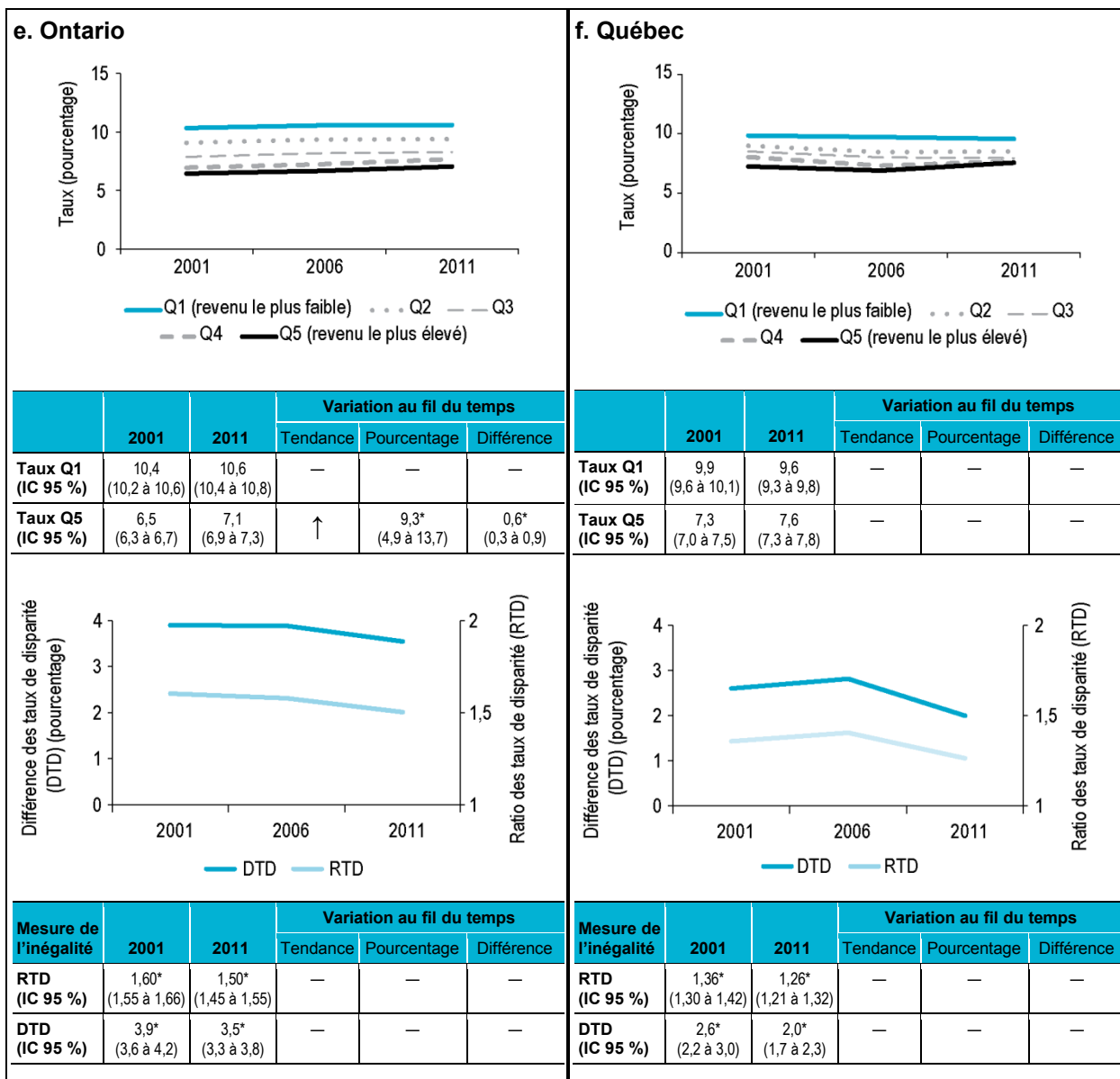
(suite à la page suivante)

Figure 22 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

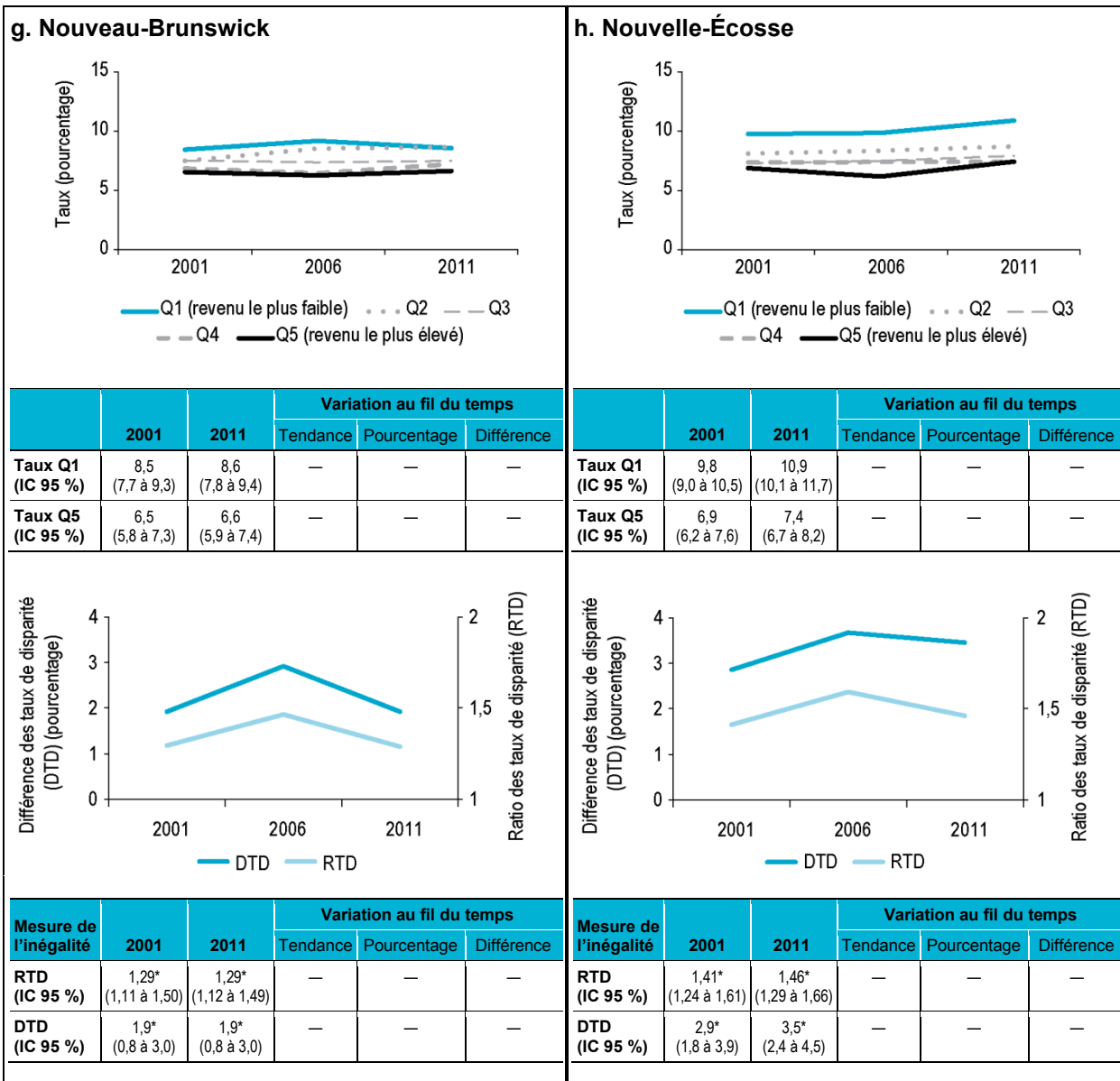
Figure 22 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

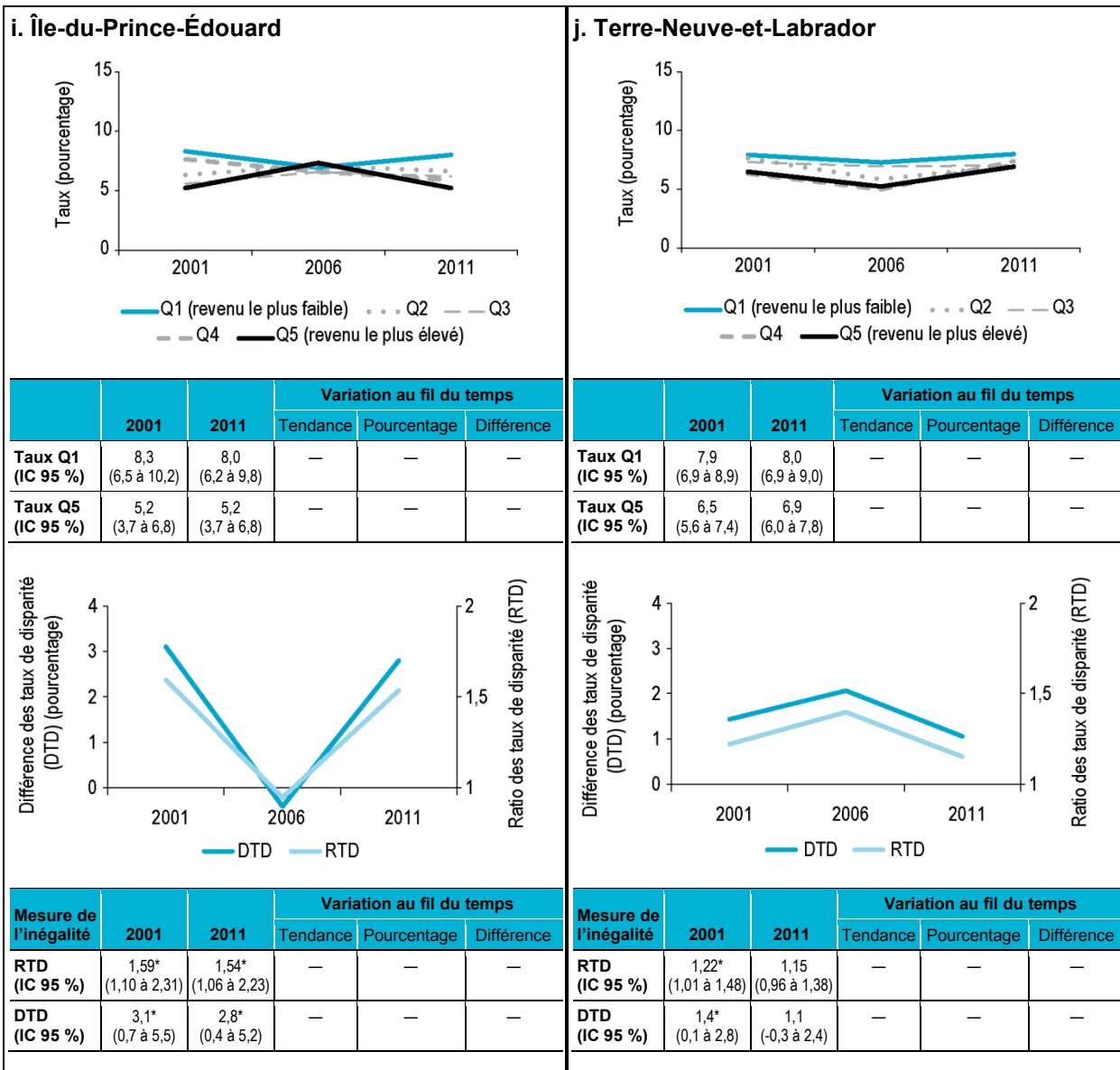


Figure 22 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 22 : Taux de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



## Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance

### Contexte

L'indicateur Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance est une mesure utilisée en milieu scolaire et sert à évaluer la santé et le bien-être des enfants de 5 ans<sup>285</sup>. Cet indicateur est fondé sur les données de l'Instrument de mesure de développement de la petite enfance (IMDPE). Remplie par les enseignants, la liste de vérification de l'IMDPE sert à mesurer 5 domaines fondamentaux du développement de l'enfant, soit la santé physique, le bien-être émotionnel, le langage, les compétences sociales et les habiletés de communication. L'indicateur correspond à la proportion des enfants qui se situent dans les 10 % inférieurs dans au moins un des 5 domaines de développement, parmi l'ensemble des enfants pour lesquels on détient des données valides de l'IMDPE<sup>286, 287</sup>.

Au Canada, au moins un enfant sur 4 est vulnérable (10 % inférieurs) dans au moins un des 5 domaines fondamentaux du développement. En outre, cette vulnérabilité est plus élevée chez les garçons (33 %) que chez les filles (19 %) et varie selon la province. Chez les enfants vulnérables dans au moins un domaine de la petite enfance, les « habiletés de communication et connaissances générales » et la « maturité affective » sont les vulnérabilités les plus fréquentes (environ 44 % des cas chacune). Fait à souligner, les domaines de vulnérabilité varient selon le sexe des enfants et le niveau de revenu du quartier<sup>285</sup>.

Le développement de la petite enfance dans les domaines évalués par l'IMDPE est un important déterminant de la santé et du mieux-être plus tard dans la vie. Un environnement sain entraîne des retombées positives durables pour un enfant, notamment sur diverses de ses habiletés cognitives et non cognitives, sur ses comportements sociaux, sur sa réussite scolaire et, plus tard, sur ses occasions d'emploi<sup>288</sup>. Il agit également sur les risques de problèmes de santé mentale, d'obésité, de maladie du cœur, de malnutrition et de criminalité<sup>26</sup>. À l'inverse, les enfants qui grandissent en milieu défavorisé sont susceptibles, à l'âge adulte, d'atteindre un niveau d'instruction beaucoup plus faible, d'être en moins bonne santé et d'avoir un statut social inférieur<sup>289</sup>. De nombreux facteurs interviennent dans le développement d'un enfant, y compris le milieu de vie avant et après la naissance, les facteurs biologiques et le statut socioéconomique<sup>290</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Instrument de mesure de développement de la petite enfance, Offord Centre for Child Studies, Université McMaster
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux, Statistique Canada
<b>Période</b>	Colombie-Britannique : 2004-2005 à 2006-2007 jusqu'à 2009-2010 à 2010-2011 Manitoba : 2005-2006 à 2010-2011 Ontario : 2006-2007 à 2008-2009 jusqu'à 2009-2010 à 2011-2012

(suite à la page suivante)

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile) ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, réduction potentielle du taux, variation au fil du temps [pourcentage] et variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre la première et la dernière estimation disponible
↓	Diminution statistiquement significative entre la première et la dernière estimation disponible
—	Aucune variation statistiquement significative entre la première et la dernière estimation disponible

### Notes supplémentaires

La collecte de données au moyen de l'IMDPE est relativement récente au Canada et varie selon les provinces et les territoires. Compte tenu de cette variation, les analyses des tendances à court terme portent uniquement sur les données de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Ontario.

## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance a-t-elle évolué au fil du temps?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de vulnérabilité (ou taux d'enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance) s'est maintenue au fil du temps dans les 3 provinces pour lesquelles des données recueillies au fil du temps étaient disponibles (la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Ontario). Les tendances des taux de vulnérabilité ont, quant à elles, connu des variations d'une province à l'autre.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- En Colombie-Britannique, le taux de vulnérabilité a augmenté de 5,4 % ou 1,7 point de pourcentage pour tous les niveaux de revenu pour la période de 2004-2005 à 2006-2007 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2010-2011. Toutefois, il est resté le même pour les enfants du quintile de revenu le plus faible et ceux du quintile le plus élevé.
- Au Manitoba, le taux de vulnérabilité est resté stable à tous les niveaux de revenu du cycle de données 2005-2006 au cycle 2010-2011.
- En Ontario, le taux de vulnérabilité a diminué de 4,0 % ou 1,0 point de pourcentage, tous niveaux de revenu confondus, pour les cycles de données 2006-2007 à 2008-2009 et 2009-2010 à 2011-2012. Durant ces années, le taux de vulnérabilité pour les enfants du quintile de revenu le plus faible a diminué de 4,4 % ou 1,5 point de pourcentage et est resté le même pour les enfants du quintile de revenu le plus élevé.

Figure 23 : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, par quintile de revenu, Colombie-Britannique, période de 2004-2005 à 2006-2007 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2010-2011

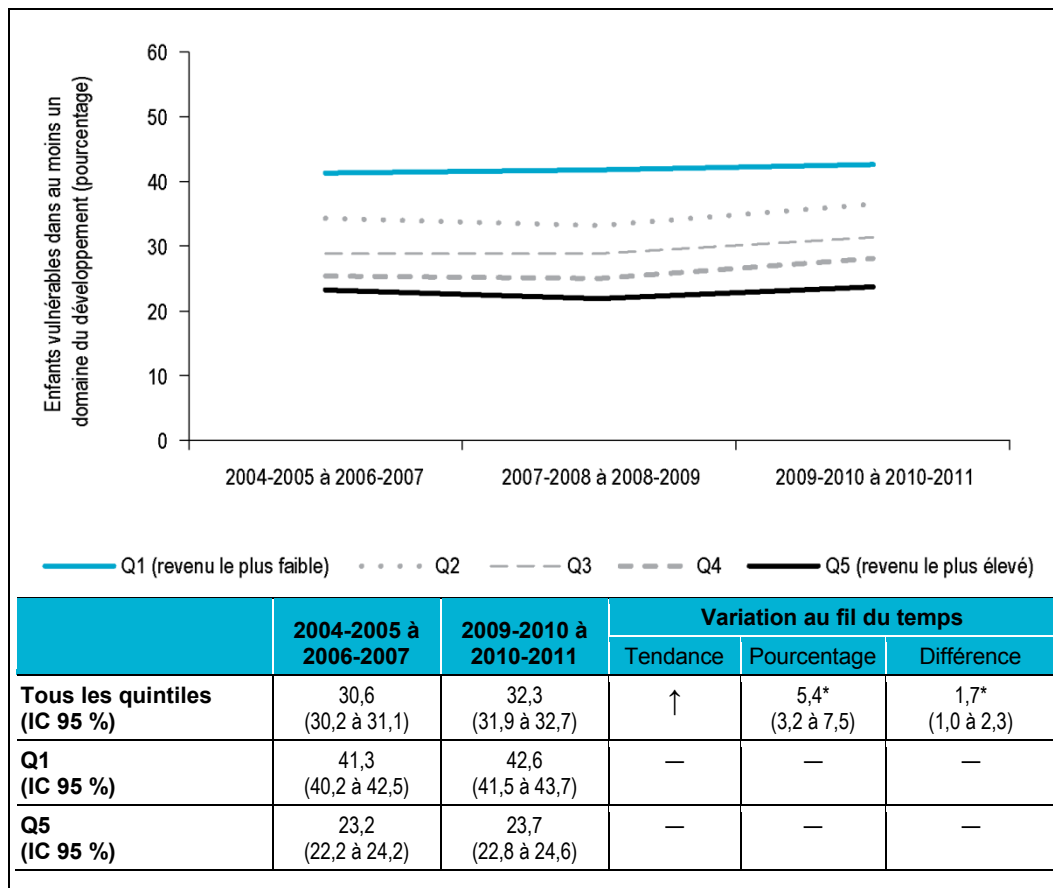


Figure 24 : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, par quintile de revenu, Manitoba, 2005-2006 à 2010-2011

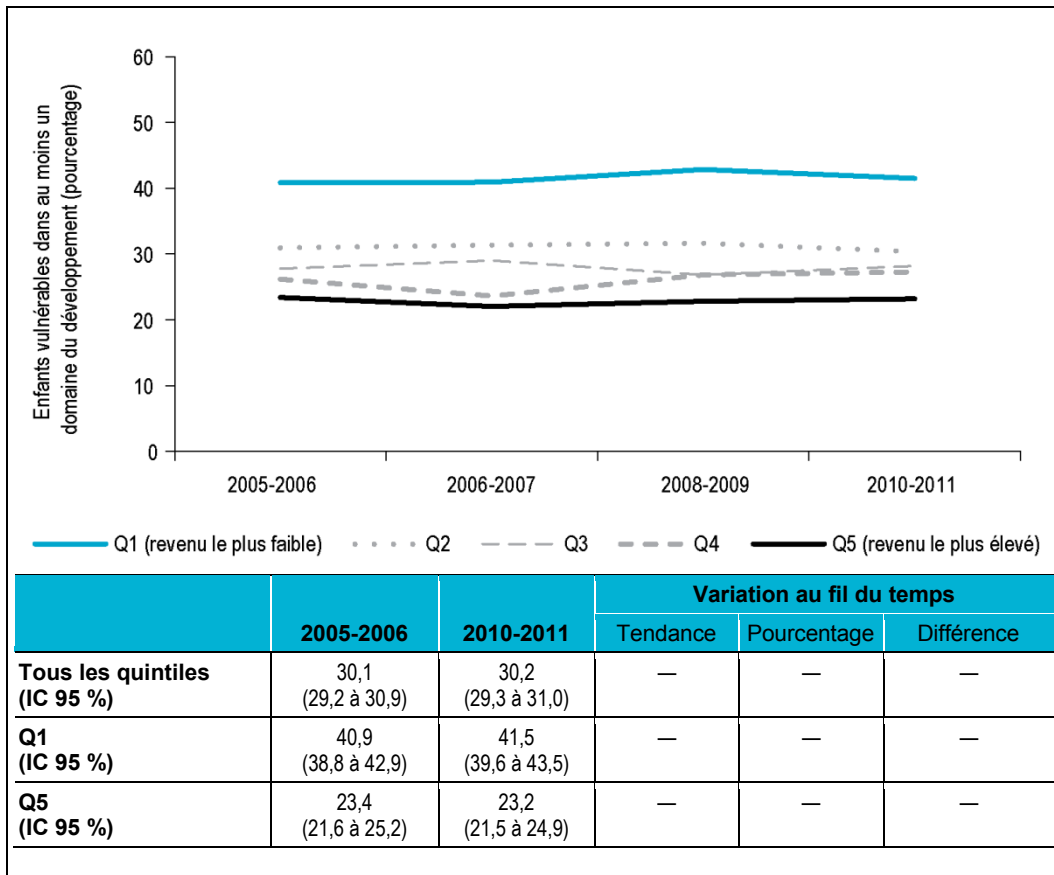
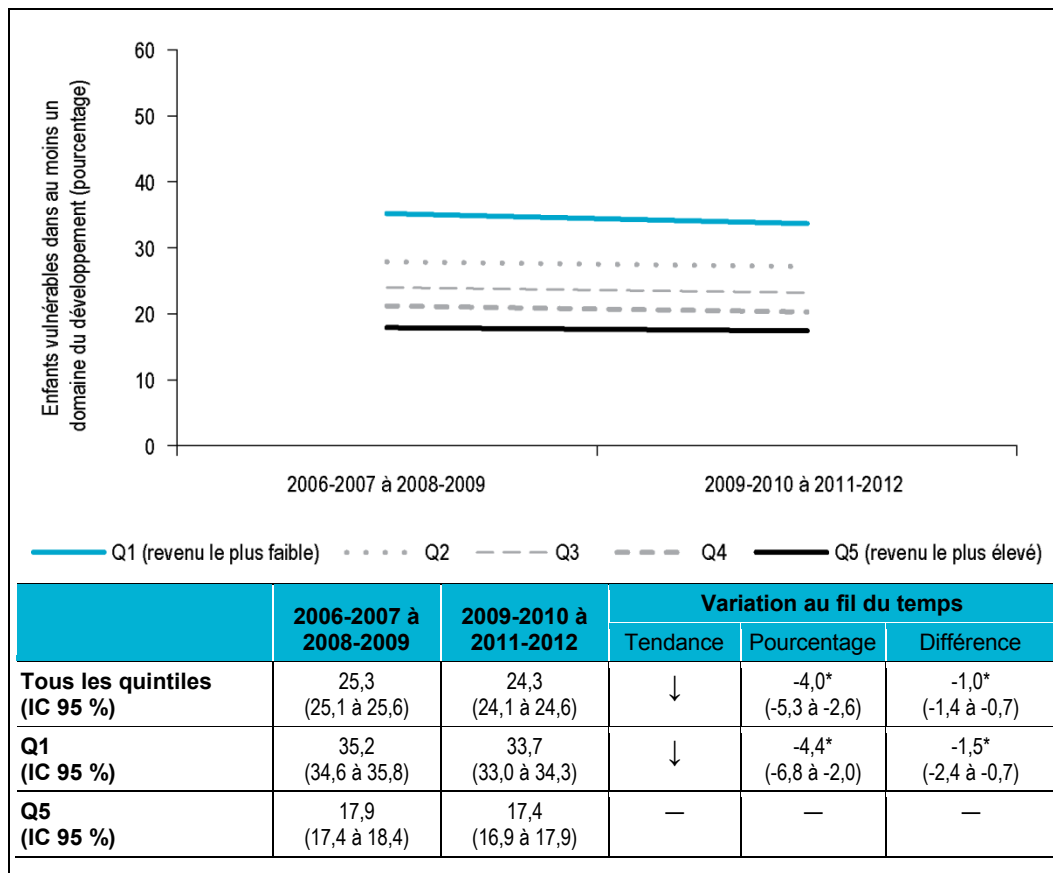


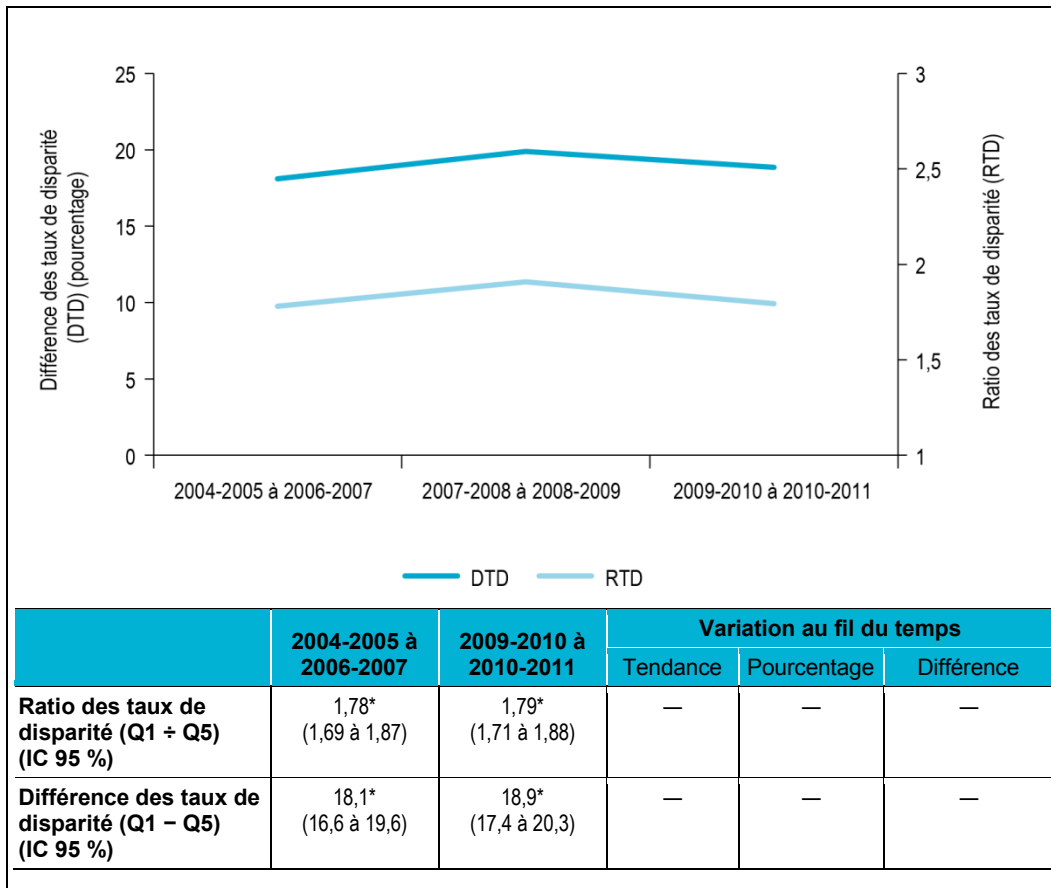
Figure 25 : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, par quintile de revenu, Ontario, période de 2006-2007 à 2008-2009 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2011-2012



### Tendances des inégalités

- L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de vulnérabilité s'est maintenue dans les 3 provinces (la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Ontario), tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Au cours de la dernière période analysée, le taux de vulnérabilité au niveau de revenu le plus faible était de 1,79 à 1,93 fois supérieur (soit près de 16 à 19 points de pourcentage) à celui au niveau de revenu le plus élevé.

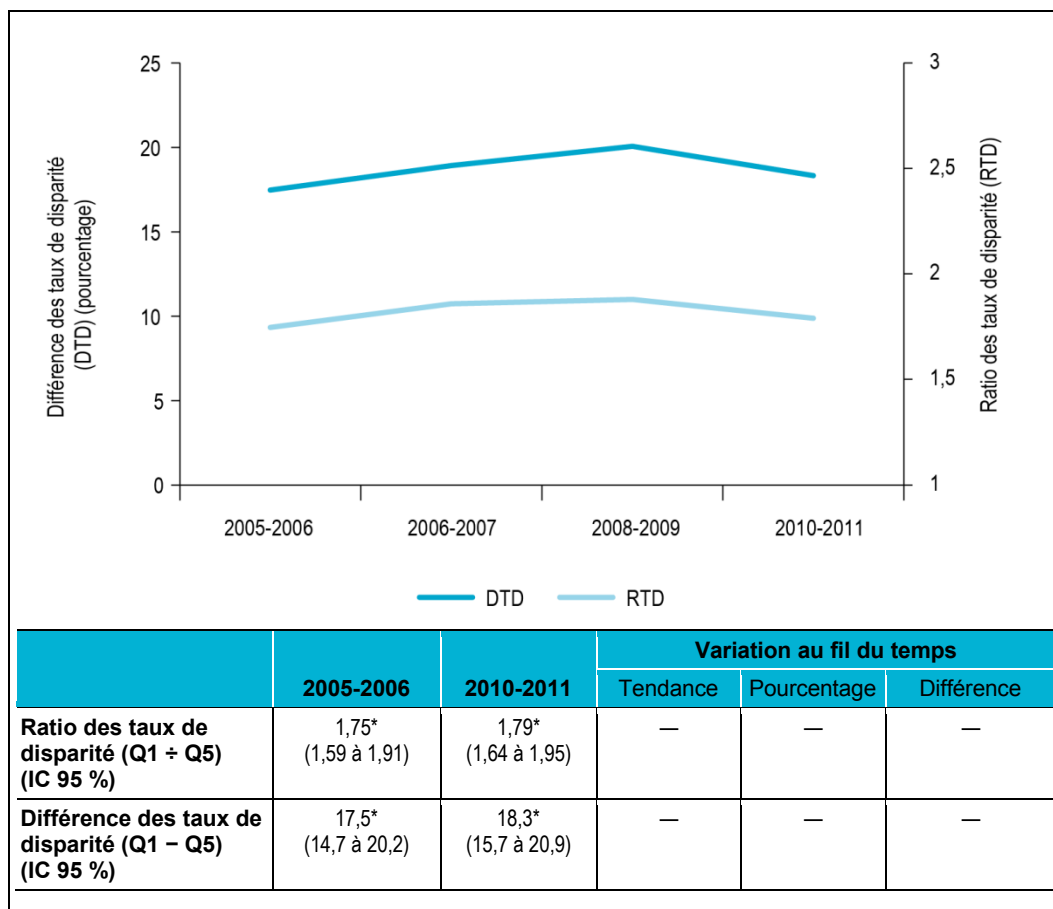
Figure 26 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, Colombie-Britannique, période de 2004-2005 à 2006-2007 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2010-2011



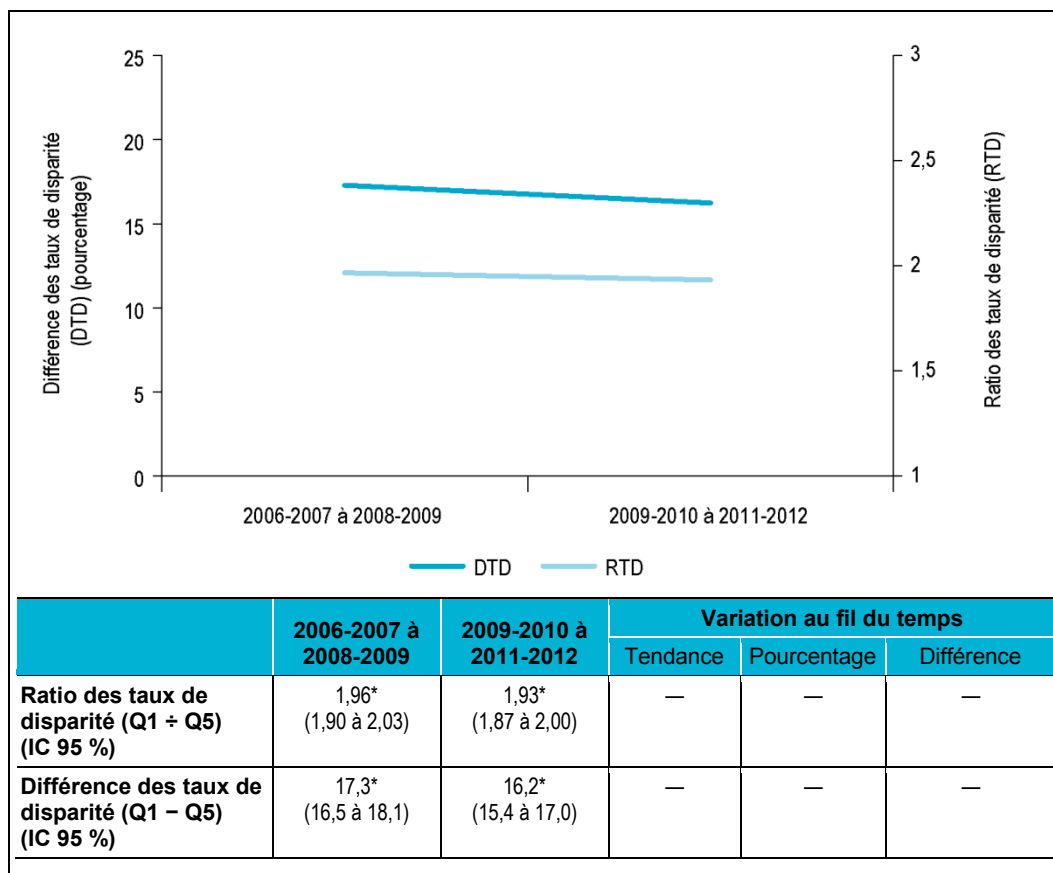
	2004-2005 à 2006-2007	2009-2010 à 2010-2011	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Ratio des taux de disparité (Q1 ÷ Q5) (IC 95 %)</b>	1,78* (1,69 à 1,87)	1,79* (1,71 à 1,88)	—	—	—
<b>Différence des taux de disparité (Q1 - Q5) (IC 95 %)</b>	18,1* (16,6 à 19,6)	18,9* (17,4 à 20,3)	—	—	—



Figure 27 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, Manitoba, 2005-2006 à 2010-2011



**Figure 28 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, Ontario, période de 2006-2007 à 2008-2009 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2011-2012**



### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué au fil du temps pour les garçons et les filles?

En Colombie-Britannique et au Manitoba, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de vulnérabilité s'est maintenue au fil du temps, tant pour les garçons que pour les filles.

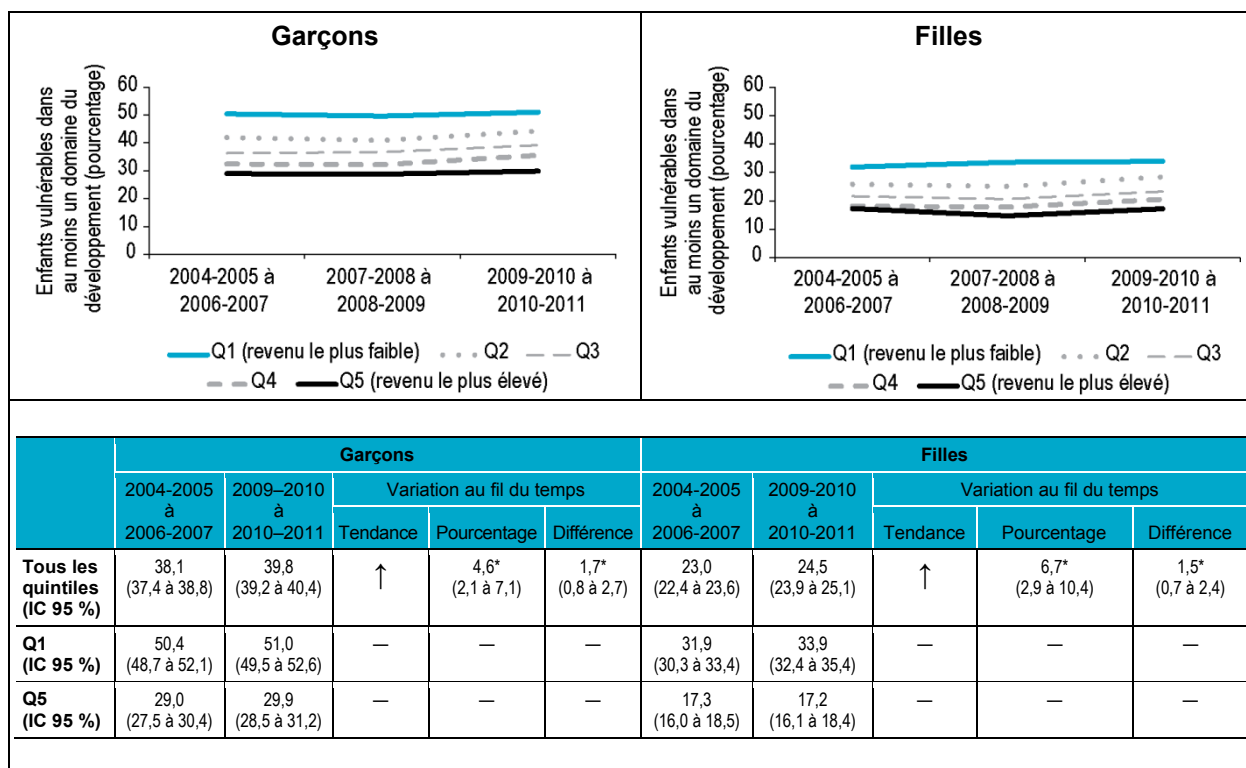
En Ontario toutefois, il est intéressant de noter que l'inégalité s'est maintenue chez les garçons, mais s'est résorbée chez les filles, en raison surtout de la diminution des taux de vulnérabilité pour les filles issues du quintile de revenu le plus faible.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- En Colombie-Britannique, le taux de vulnérabilité a augmenté chez les garçons et les filles, tous niveaux de revenu confondus, mais n'a pas changé aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé.
- Au Manitoba, le taux de vulnérabilité est resté le même de 2005-2006 à 2010-2011, tant chez les garçons que chez les filles.

- En Ontario, ce taux a diminué chez les garçons et chez les filles, tous niveaux de revenu confondus. À noter, il a également diminué chez les filles du quintile de revenu le plus faible.
- Dans l'ensemble, le taux de vulnérabilité était plus élevé chez les garçons que chez les filles dans les 3 provinces.

Figure 29 : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, selon le quintile de revenu et le sexe, Colombie-Britannique, période de 2004-2005 à 2005-2006 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2010-2011



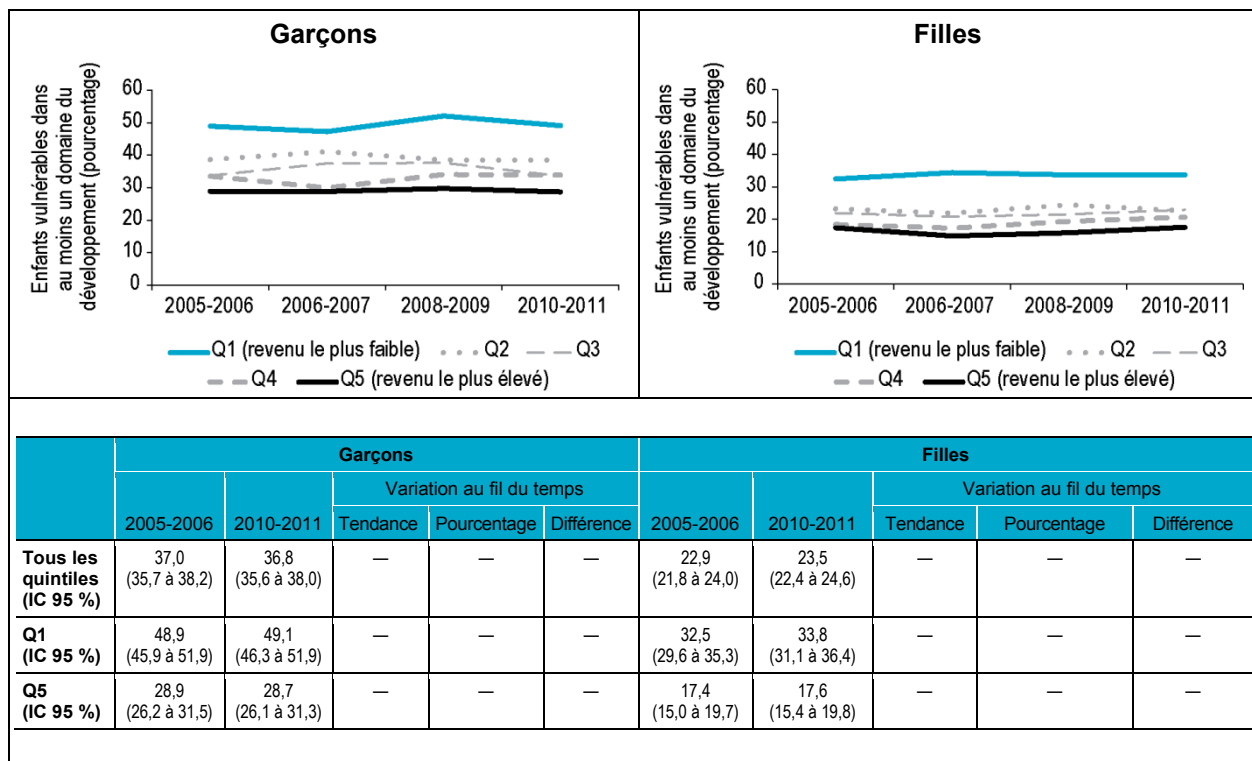
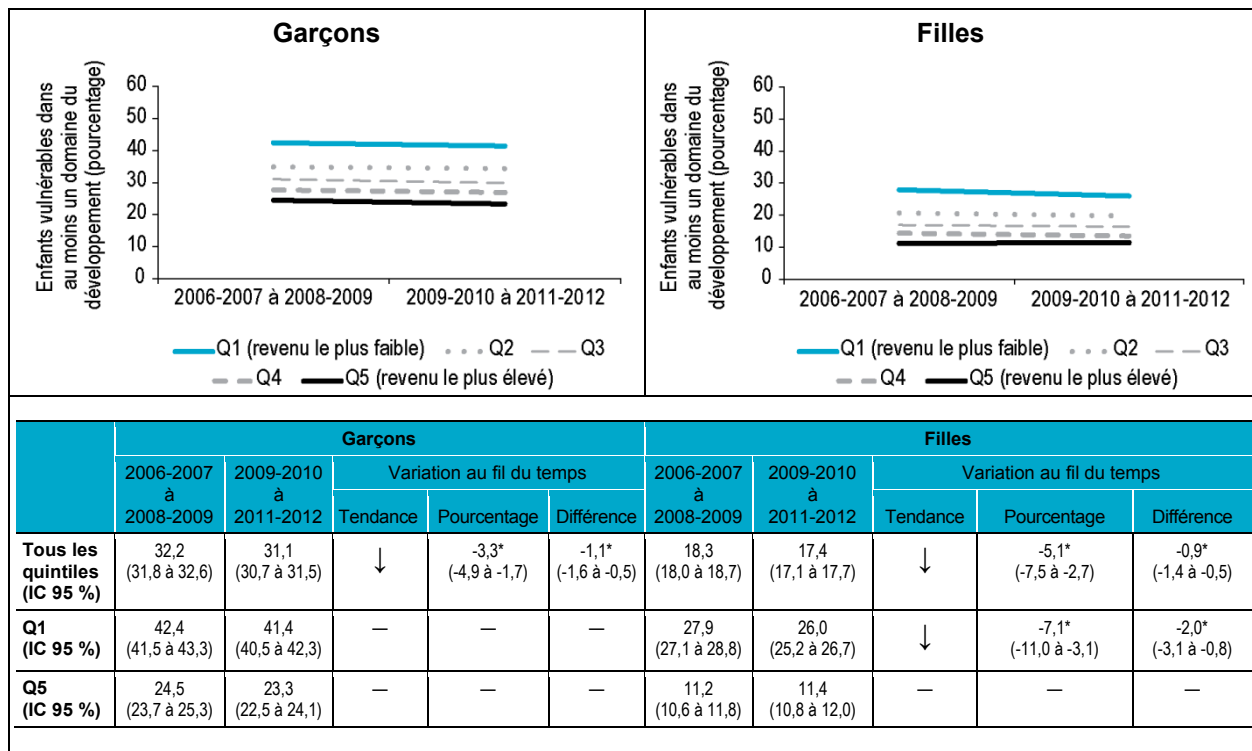
**Figure 30 : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, selon le quintile de revenu et le sexe, Manitoba, 2005-2006 à 2010-2011**


Figure 31 : Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, selon le quintile de revenu et le sexe, Ontario, période de 2006-2007 à 2008-2009 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2011-2012



### Tendances des inégalités selon le sexe

- En Colombie-Britannique et au Manitoba, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de vulnérabilité s'est maintenue au fil du temps sur une échelle absolue et une échelle relative, tant pour les garçons que pour les filles.
- En Ontario, cette inégalité est restée stable sur une échelle relative pour les garçons et pour les filles. Sur une échelle absolue toutefois, l'inégalité s'est maintenue pour les garçons et s'est résorbée pour les filles au fil du temps.

Figure 32 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, selon le sexe, Colombie-Britannique, période de 2004-2005 à 2005-2006 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2010-2011

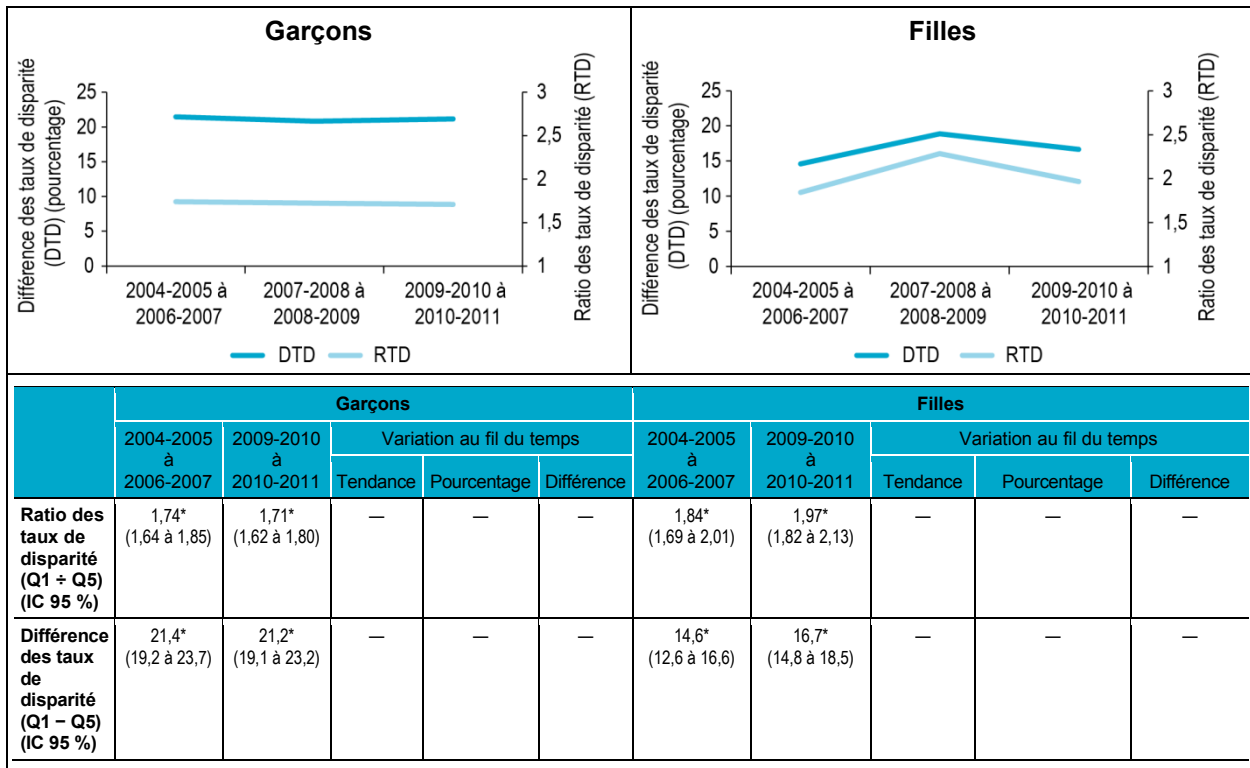


Figure 33 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, selon le sexe, Manitoba, 2005-2006 à 2009-2010

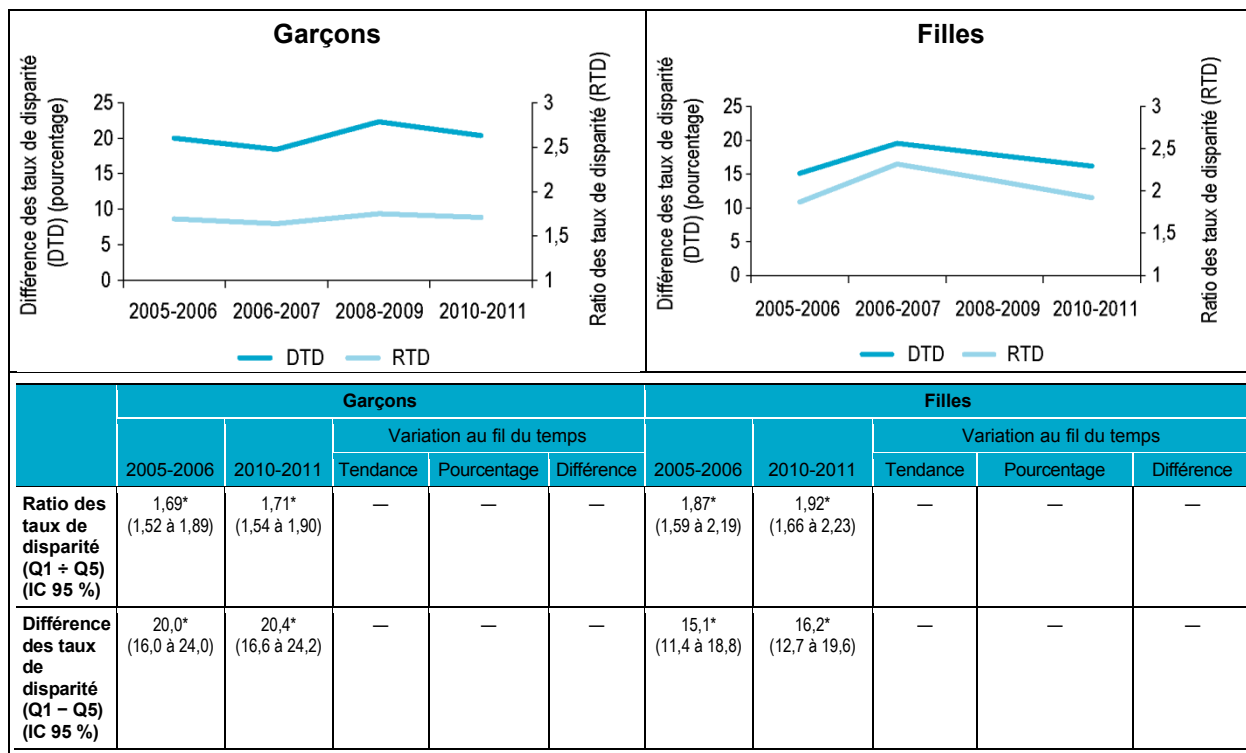
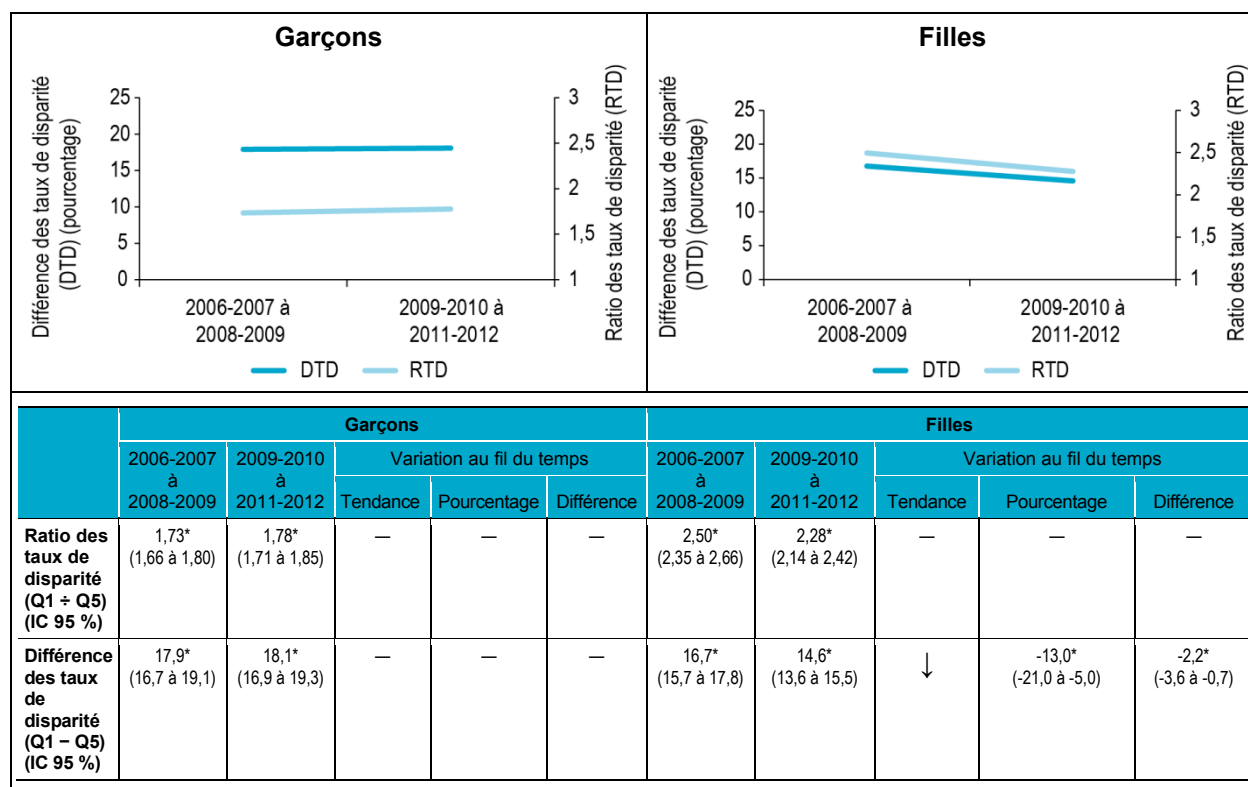


Figure 34 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, selon le sexe, Ontario, période de 2006-2007 à 2008-2009 jusqu'à la période de 2009-2010 à 2011-2012



## Réduction de l'inégalité liée au revenu pour les enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance

Ces dernières années, l'inégalité liée au revenu s'est maintenue dans les 3 provinces. Les taux de vulnérabilité, quant à eux, ont augmenté en Colombie-Britannique, sont demeurés stables au Manitoba et ont diminué en Ontario. En Colombie-Britannique et en Ontario, les taux de vulnérabilité ont dans l'ensemble augmenté dans l'échelle des revenus alors qu'au Manitoba, la différence la plus marquée a été observée entre le quintile de revenu le plus faible et le deuxième quintile.

### Mesure des répercussions des inégalités

- Au cours de la période la plus récente, quelque 14 800 enfants de moins (de 23 % à 29 %) vivant en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Ontario auraient présenté des vulnérabilités dans certains domaines de la petite enfance si les enfants de tous les quintiles de revenu avaient présenté le même taux de vulnérabilité que ceux du quintile de revenu le plus élevé dans leur province respective.



Tableau 5 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance, par province

	Colombie-Britannique		Manitoba		Ontario	
	2004-2005 à 2006-2007	2009-2010 à 2010-2011	2005-2006	2010-2011	2006-2007 à 2008-2009	2009-2010 à 2011-2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	24,0* (21,1 à 26,9)	26,3* (23,7 à 28,8)	21,6* (16,0 à 27,0)	23,1* (17,8 à 28,1)	29* (27,1 à 30,9)	28,3* (26,4 à 30,2)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	3 200	3 700	1 000	1 000	10 600	9 900

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

*Stratégies de réduction des inégalités*

Les enfants qui grandissent dans un milieu stimulant dès leur jeune âge ont de meilleures chances d'être en santé et heureux<sup>291</sup>. En revanche, les mauvaises expériences vécues dans l'enfance peuvent avoir des effets néfastes sur la santé (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, abus d'alcool ou de drogue, dépression, etc.) et de vie sociale (faible niveau d'instruction, dépendance économique, violence, criminalité, etc.)<sup>292</sup>. Conjugués, ces effets néfastes peuvent avoir une incidence considérable sur la santé des personnes, sur l'économie et sur la société<sup>291, 293</sup>.

Même si une alimentation adéquate et un environnement sûr sont essentiels au bon développement des jeunes enfants, ces derniers doivent aussi évoluer dans un milieu aimant et adapté à leurs besoins qui leur donne la possibilité de s'épanouir<sup>294</sup>. L'accès universel à un éventail de services axés sur le développement des jeunes enfants, tels que le soutien aux parents et aux gardiens, les services de garde réglementés, les soins de santé primaires et l'éducation, figure parmi les politiques et pratiques profamilles qui favorisent la création d'environnements sains pour la croissance des enfants<sup>291, 295</sup>. Au Canada, des interventions qui ciblent la petite enfance (p. ex. les indemnités de garde d'enfants et les politiques en matière de congé parental) et qui offrent un soutien aux familles défavorisées (p. ex. accès à de la nourriture saine ainsi qu'à des logements propres et sûrs) sont déjà en place à différentes échelles pour appuyer les familles avec de jeunes enfants<sup>296-298</sup>.

Malgré l'existence d'un certain nombre de programmes d'aide à la petite enfance au pays<sup>295</sup>, nos analyses indiquent que l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux d'enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance perdure. En effet, le nombre plus élevé d'enfants issus de quartiers défavorisés qui obtiennent de faibles résultats relativement aux domaines de la petite enfance peut être attribué à plusieurs facteurs. Par exemple, les familles à faible revenu peuvent se heurter à plusieurs difficultés telles que l'accès à des services de garde de qualité (hors du milieu familial), à des aliments nutritifs et à des soins médicaux<sup>156, 299</sup>. En outre, les enfants qui vivent dans la pauvreté sont plus susceptibles de connaître des bouleversements familiaux, de la violence, une séparation (p. ex. le divorce des parents),

un manque d'interaction avec leurs parents (p. ex. faible participation des parents aux activités scolaires, et à des activités de littératie comme la lecture et de stimulation cognitive), autant d'éléments qui influent directement sur leur développement<sup>300, 301</sup>.

Les interventions précoces qui appuient les familles à faible revenu par divers moyens ont un effet bénéfique sur le développement des enfants et le bien-être de la mère. De plus, le rendement économique positif de certaines interventions ciblées a été prouvé<sup>64, 296, 297</sup>. Ces actions visent à travailler avec les populations défavorisées dans le but de réduire leur exposition à des conditions défavorables, y compris à l'insécurité alimentaire, aux milieux dangereux et aux comportements nuisibles à la santé (p. ex. mauvaise alimentation et tabagisme); on souhaite ultimement réussir à combler les inégalités en santé. Un exemple de programme d'intervention axé sur la petite enfance est fourni à l'encadré 10.

## Encadré 10 : Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, Ontario, 1991

**Problème** : Les vulnérabilités dans certains domaines de la petite enfance tels que les habiletés de communication ou la santé et le bien-être physique sont plus fréquentes chez les enfants des quartiers défavorisés<sup>285, 302</sup>. Des études longitudinales ont prouvé que l'enrichissement du milieu dans lequel évoluent les jeunes enfants a des retombées positives importantes sur diverses habiletés cognitives et non cognitives ainsi que sur la réussite scolaire, le rendement professionnel et les comportements sociaux, et ce, longtemps après la fin des interventions<sup>303</sup>.

**Intervention** : Le modèle ontarien Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur sert à faire la promotion des facteurs associés au développement sain des enfants en s'appuyant sur une combinaison de stratégies individuelles, familiales et collectives. En particulier, ce modèle donne accès à des environnements stimulants pour les enfants, entre autres grâce à des joujouthèques, à des programmes de petits déjeuners en milieu scolaire et à de l'aide aux devoirs. De plus, il offre des programmes à l'intention des parents, des programmes communautaires pour les mères adolescentes, des activités socrécréatives et des cuisines familiales dans les communautés économiquement défavorisées<sup>304</sup>.

**Justification et données probantes** : Selon les recherches, réduire l'exposition aux facteurs de risque et faire la promotion des facteurs de protection dès la petite enfance permet de diminuer le recours à des interventions plus coûteuses à l'âge adulte<sup>297, 302</sup>. Les interventions positives auprès des jeunes enfants peuvent aussi atténuer les conséquences des expériences défavorables<sup>297</sup>. Selon une évaluation du modèle Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, mis en œuvre dans 8 communautés de l'Ontario depuis 1991, une baisse des taux de vulnérabilité et une amélioration globale des résultats ont été observées chez les enfants qui participent au programme<sup>305</sup>. En outre, une analyse coût-avantages révèle que d'ici à ce que l'enfant atteigne la 12<sup>e</sup> année, le programme aura rapporté au gouvernement 2,50 \$ pour chaque dollar investi<sup>306</sup>. Les initiatives comme le programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur favorisent la création d'environnements sains pour le développement des enfants, aident les parents et, surtout, réduisent l'incidence de la pauvreté.

## Indicateurs comportementaux et biologiques

### Tabagisme

#### Contexte

L'indicateur Tabagisme rend compte de la proportion de Canadiens de 18 ans et plus qui fument la cigarette quotidiennement ou occasionnellement.

Les incidences sur la santé et les coûts économiques du tabagisme sont multiples et incontestables. Le tabagisme est le premier des 5 principaux facteurs de risque de mortalité à l'échelle mondiale<sup>307</sup>. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le tabagisme cause 5,4 millions de décès dans le monde chaque année<sup>308</sup>. Au Canada, il est la première cause évitable de mortalité prématurée<sup>309, 312</sup>. En 2002, on a estimé que plus de 16 % des décès au Canada étaient attribuables au tabagisme; les principales causes de morbidité et de mortalité liées au tabac étaient le cancer, les maladies cardiovasculaires et les troubles respiratoires<sup>310, 311</sup>. La même année, au Canada, 2 210 155 jours d'hospitalisation en soins de courte durée — soit 10,3 % du nombre de jours total — étaient attribuables au tabagisme, pour un coût total s'élevant à plus de 2,5 milliards de dollars<sup>311, 312</sup>. En 2002, les coûts directs et indirects de la consommation de tabac au Canada ont été estimés à 17 milliards de dollars annuellement<sup>311</sup>.

Le nombre de fumeurs dans la population canadienne en général est en déclin depuis quelques décennies. Ce recul n'est cependant pas le même chez les hommes et les femmes; le taux diminue chez les hommes canadiens depuis le milieu des années 1960, tandis que chez les femmes, la diminution s'est amorcée à la fin des années 1970<sup>313</sup>. Entre 1980 et le début des années 2000, un recul constant du taux de tabagisme a été observé pour les 2 sexes, mais la diminution est moins prononcée depuis quelques années<sup>313</sup>.

En 2013, environ un Canadien (18 ans et plus) sur 5 (5,7 millions) déclarait fumer quotidiennement ou occasionnellement, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; au fil du temps, les hommes affichent systématiquement un taux plus élevé que les femmes<sup>314, 616</sup>.

Par ailleurs, le taux de tabagisme est nettement plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones au Canada. À l'heure actuelle, le taux chez les membres des Premières Nations (hors réserve), les Inuits et les Métis est au moins 2 fois plus élevé que celui observé chez les Canadiens non autochtones<sup>315</sup>. Bien que de nombreuses communautés autochtones utilisent toujours le tabac à des fins spirituelles, cérémonielles et médicinales<sup>316</sup>, c'est la consommation non traditionnelle de tabac (comme la cigarette) qui demeure un problème de santé publique important dans de nombreuses communautés des Premières Nations, inuites et métisses au Canada<sup>316</sup>.

Par ailleurs, la proportion de tabagisme varie beaucoup en fonction du statut socioéconomique (SSE)<sup>317-321</sup>. Par exemple, les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont au moins 3 fois plus susceptibles de fumer que les diplômés universitaires, et risquent moins de cesser de fumer<sup>317-319</sup>. Les Canadiens qui exercent des métiers manuels ou occupent un emploi en ventes ou en services sont environ 2 fois plus susceptibles d'être un fumeur actuel que les titulaires d'un poste professionnel<sup>317</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2003 à 2013

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD, ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
†	Interpréter avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013

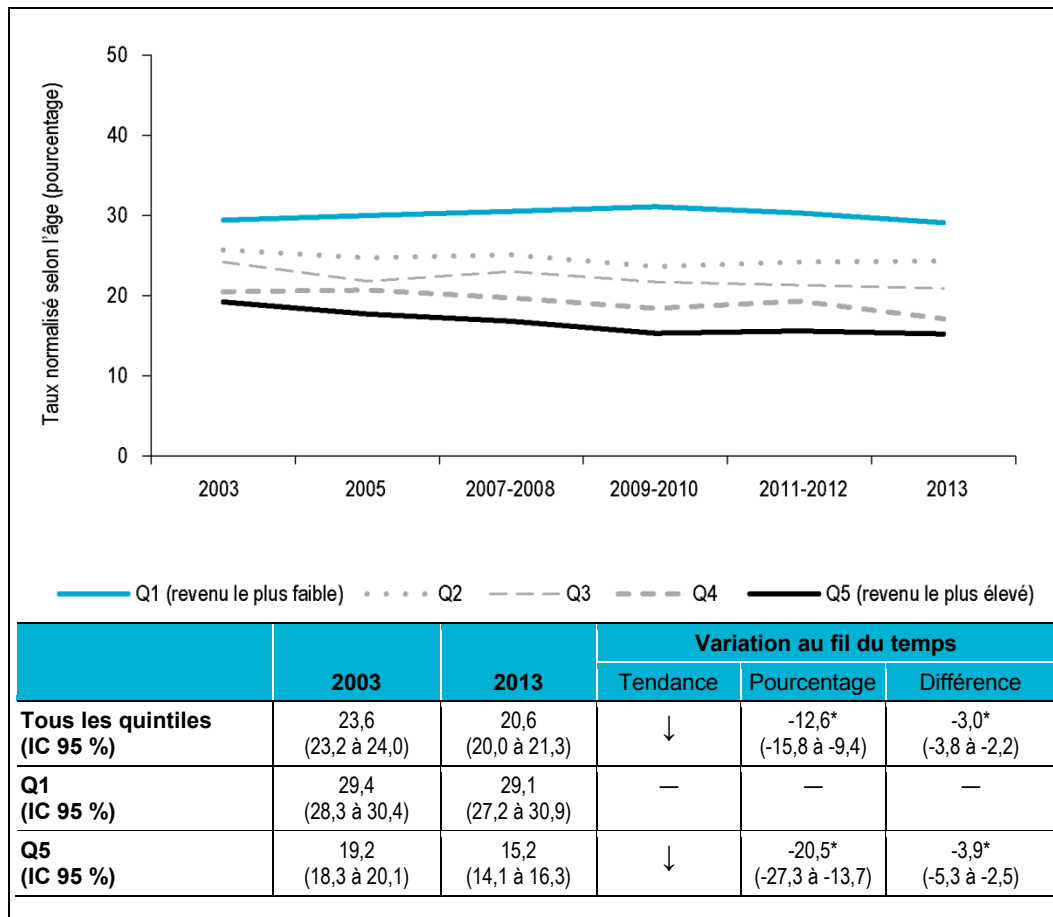
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme a-t-elle évolué de 2003 à 2013?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme s'est résorbée au fil du temps, en raison surtout de la baisse des taux au niveau de revenu le plus élevé et de leur stabilité au niveau de revenu le plus faible.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2003 à 2013, le taux de tabagisme pour tous les niveaux de revenu combinés est passé de 23,6 % à 20,6 %. Cette tendance est toutefois due à une diminution du taux de tabagisme aux niveaux de revenu supérieurs.
- Le taux de tabagisme a diminué de 20,5 % (3,9 points de pourcentage) au niveau de revenu le plus élevé. Il est resté le même au fil du temps au niveau de revenu le plus faible.

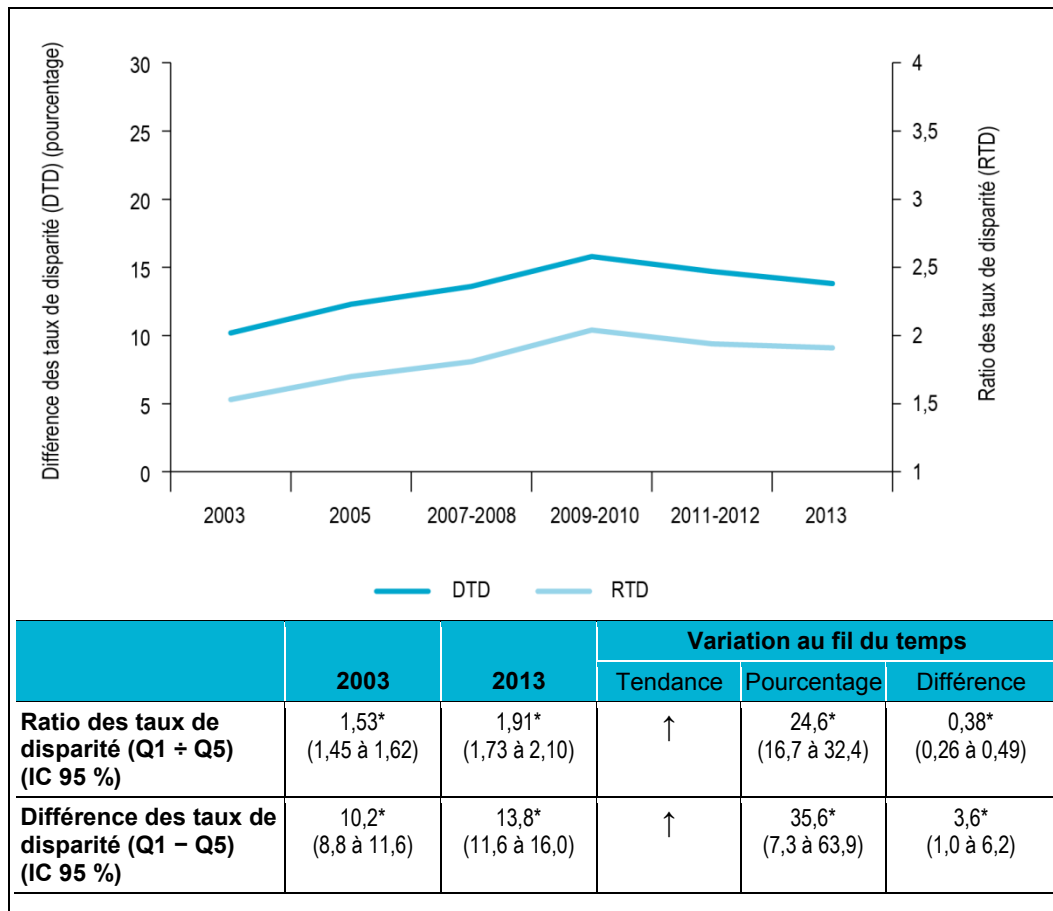
Figure 35 : Taux de tabagisme, par quintile de revenu, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités

- De 2003 à 2013, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme s'est creusée, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- En 2003, le taux de tabagisme chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était 1,53 fois, ou 10,2 points de pourcentage, plus élevé que chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé.
- En 2013, cependant, le taux de tabagisme chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était 1,91 fois, ou 13,9 points de pourcentage, plus élevé qu'au niveau de revenu le plus élevé.

Figure 36 : Mesures de l'inégalité du tabagisme, Canada, 2003 à 2013



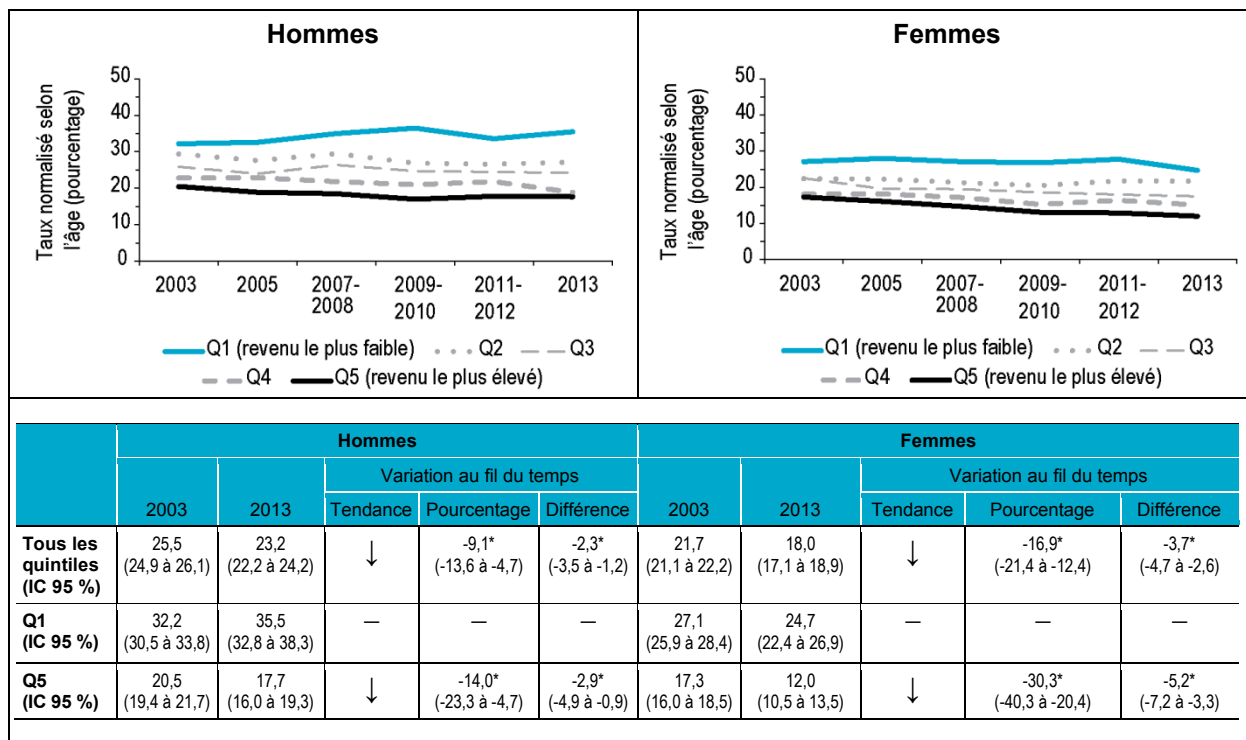
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2003 à 2013 pour les hommes et les femmes?

L'inégalité liée au revenu a augmenté pour les 2 sexes, en raison de la baisse du taux de tabagisme au niveau de revenu le plus élevé et du maintien du taux au niveau de revenu le plus faible.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- De 2003 à 2013, pour les 2 sexes, le taux de tabagisme a diminué au niveau de revenu le plus élevé tandis qu'il s'est maintenu au niveau de revenu le plus faible.
- Dans l'ensemble, le taux de tabagisme était plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

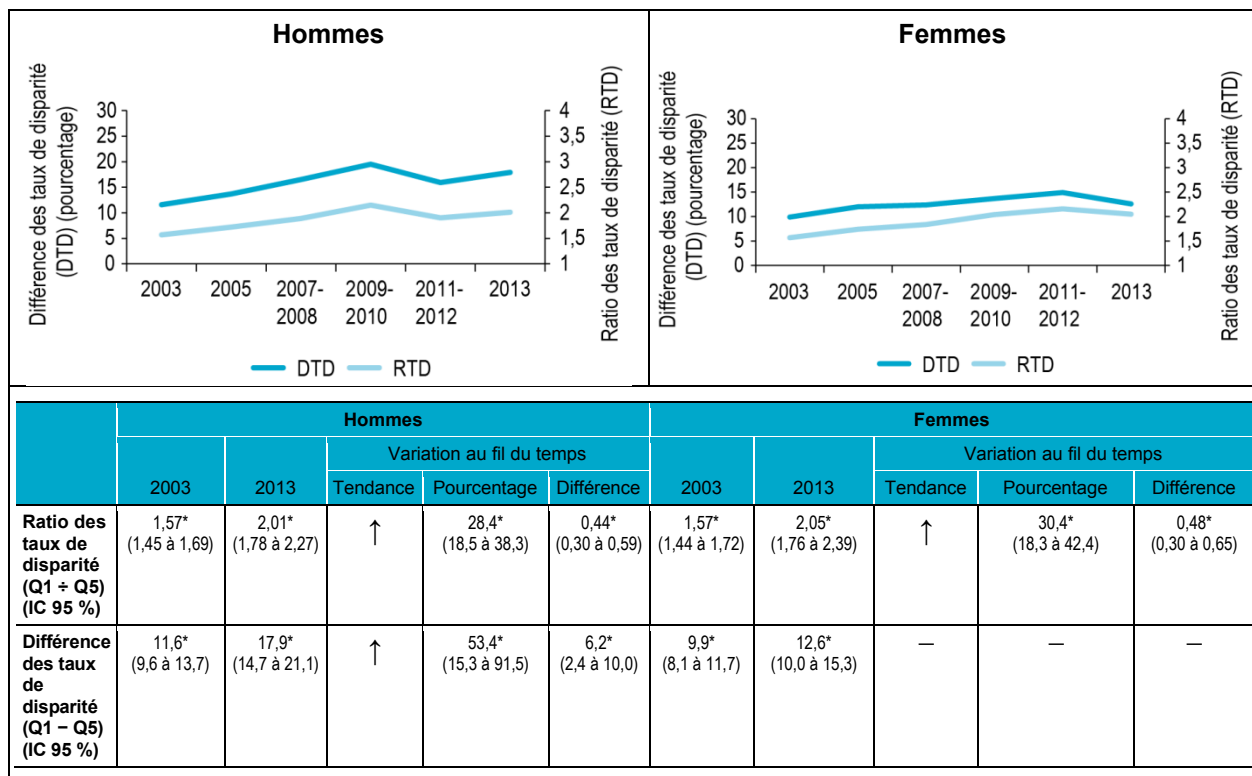
Figure 37 : Taux de tabagisme, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les hommes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme s'est creusée, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Pour les femmes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme a augmenté sur une échelle relative, mais est restée stable sur une échelle absolue.

Figure 38 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait au tabagisme, selon le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme

Les analyses qui précèdent indiquent que la proportion de fumeurs au Canada a diminué au cours de la dernière décennie. Cependant, cette diminution s'est opérée principalement aux niveaux de revenu supérieurs, tandis qu'au niveau de revenu le plus faible, le taux est resté inchangé. Les taux de tabagisme suivent habituellement l'échelle des revenus : ils augmentent lorsque le niveau de revenu baisse.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2013, il y aurait eu environ 1 656 400 fumeurs des 2 sexes (27,5 %) de moins si les Canadiens de tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux de tabagisme que celui au niveau de revenu le plus élevé.



Tableau 6 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait au tabagisme, Canada, 2003 à 2013

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	19,4* (15,9 à 22,7)	27,5* (22,5 à 32,2)	20,0* (15,9 à 24,0)	25,2* (18,7 à 31,2)	20,9* (15,4 à 26,0)	34,7* (26,6 à 41,9)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	1 318 000	1 656 400	687 100	785 600	630 900	870 800

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur le tabac* en 1997, un certain nombre d'interventions de prévention et de lutte contre le tabagisme ont été mises en œuvre par les administrations municipales, provinciales, territoriales et fédérale au Canada. À ce titre, citons l'imposition de taxes, la hausse des prix, les changements d'étiquetage (p. ex. les avertissements relatifs à la santé sur l'emballage), la création de lieux sans fumée, les campagnes d'éducation et de sensibilisation, ainsi que la restriction et l'interdiction de la publicité et du marketing liés au tabac<sup>313, 323, 324</sup>. Par exemple, en 2001, le Canada est devenu le premier pays à imposer l'insertion de mises en garde illustrées sur les paquets de cigarettes<sup>322</sup>. De plus, depuis 2010, la commercialisation des produits du tabac dans les commerces de détail fait l'objet de restrictions dans l'ensemble des provinces et des territoires<sup>325</sup>. Ces interventions et cette nouvelle réglementation agissent sur les nombreux facteurs de risque liés au tabagisme, comme les normes sociales, la sensibilisation aux dangers du tabagisme, ainsi que l'accessibilité, la commercialisation et le coût des cigarettes. Les mesures d'abandon du tabac comprennent le counseling et la pharmacothérapie (p. ex. le financement du coût des médicaments de renoncement au tabac)<sup>325</sup>. Toutefois, malgré les vastes efforts déployés sur plusieurs plans, la présente analyse, à l'instar d'autres études, montre que l'inégalité socioéconomique en matière de tabagisme persiste, voire s'accroît au fil du temps<sup>318-320</sup>. Comme il est mentionné tout particulièrement dans ce rapport, l'augmentation de l'inégalité liée au revenu est due à une baisse du taux de tabagisme au niveau de revenu le plus élevé, tandis que le taux au niveau de revenu le plus faible est resté stable.

Une combinaison de mesures universelles et ciblées pourrait réduire les inégalités en santé<sup>52, 326,-</sup>

<sup>327</sup>. Les politiques universelles de prévention et d'abandon ne parviennent pas à elles seules à réduire le taux de tabagisme de façon uniforme dans tous les groupes socioéconomiques. Les personnes issues de groupes de faible statut socioéconomique présentent des fragilités et sont exposées à des facteurs qui favorisent le tabagisme et nuisent à l'abandon du tabac. Elles sont notamment plus susceptibles de commencer à fumer à l'adolescence (p. ex. en raison d'une résistance moindre à la pression des pairs) et d'éprouver de la difficulté à cesser de fumer à l'âge adulte (p. ex. en raison de milieux de vie et de travail stressants, ou de l'incapacité de payer les médicaments ou les services d'aide à l'abandon du tabac)<sup>328</sup>. L'adoption de politiques de prévention et de lutte contre le tabac axées sur les groupes à risque (comme les personnes à faible revenu et les Autochtones), en plus de politiques universelles, pourrait contribuer à atténuer les inégalités en matière de tabagisme<sup>91, 94, 328</sup>.

D'autres facteurs doivent également être pris en considération lors de l'élaboration de politiques sur le tabagisme axées sur les groupes à risque. Des études récentes menées aux États-Unis ont jeté la lumière sur certains facteurs qui pourraient contribuer aux taux élevés de tabagisme dans les groupes minoritaires et à faible revenu. Tout d'abord, la commercialisation des produits du tabac est souvent plus importante dans les collectivités où habitent ces groupes qu'ailleurs. Ensuite, l'accès aux produits du tabac est facilité dans ces collectivités, en raison de la densité plus grande de marchands de tabac et de dépanneurs<sup>329-332</sup>. Selon 2 études menées récemment en Ontario, la promotion des produits du tabac sur le lieu de vente était plus fréquente (avant l'interdiction partielle en 2006) chez les détaillants situés dans les quartiers à faible revenu et près des écoles, et les marchands de tabac étaient également plus nombreux dans ces secteurs<sup>333, 334</sup>. Des études américaines indiquent par ailleurs que les fabricants de produits du tabac conçoivent leurs publicités et leurs promotions par les prix en fonction des jeunes<sup>329, 332</sup>. Or, il a été démontré que si un adolescent est exposé à la publicité et aux promotions liées au tabac, il y a plus de risque qu'il commence à fumer<sup>335</sup>.

Les fumeurs précoces risquent de fumer pendant une plus longue période et éprouvent plus de difficulté à cesser de fumer que les personnes qui commencent à fumer à l'âge adulte<sup>336, 337</sup>. Par conséquent, on devrait envisager d'intégrer aux politiques de lutte contre le tabagisme des actions visant à dissuader les adolescents de commencer à fumer. Un exemple d'intervention prometteuse de prévention du tabagisme chez les adolescents à risque est décrit à l'encadré 11.

### Encadré 11 : Programme Nimi Icinohabi (Adapted Life Skills Training), Alberta, 2007 à aujourd'hui

**Problème** : Les jeunes commencent souvent à fumer avant 18 ans<sup>338-340</sup>. Les fumeurs précoces sont plus susceptibles de continuer à fumer à l'âge adulte que ceux qui ne commencent pas à un jeune âge<sup>336-338</sup>. Certains groupes présentent un risque accru de commencer à fumer à l'adolescence : les jeunes de SSE faible, les jeunes des Premières Nations (habitant dans une réserve ou hors réserve), ainsi que les jeunes inuits et métis<sup>340, 342</sup>.

**Intervention** : Dans le cadre du programme Life Skills Training (LST, ou programme de formation en dynamique de la vie), on intervient en milieu scolaire au moyen d'approches axées sur les compétences et l'influence sociales afin de réduire ou de prévenir les comportements à risque (p. ex. le tabagisme) chez les adolescents<sup>343</sup>. Dans le volet sur les compétences sociales, les jeunes acquièrent des habiletés d'autogestion et d'adaptation, des aptitudes sociales et des compétences cognitives qui les aideront à faire face au stress et à l'anxiété, à renforcer leur estime d'eux-mêmes et à mieux se préparer à ne pas se laisser influencer par les médias et leurs pairs<sup>344</sup>. Dans le volet sur l'influence sociale, les jeunes apprennent à résister aux influences qui les poussent à fumer (ou à adopter d'autres comportements à risque) et à mieux connaître les dangers du tabagisme et d'autres situations à risque<sup>344</sup>.

Adaptable aux besoins de chaque collectivité<sup>345</sup>, le programme LST a été mis en œuvre dans divers milieux (régions urbaines et rurales, banlieues) et dans des groupes de divers statuts socioéconomiques et origines ethniques. Une version du programme adaptée à la culture des Premières Nations a également été mise en œuvre dans plusieurs communautés en Alberta et en Saskatchewan.

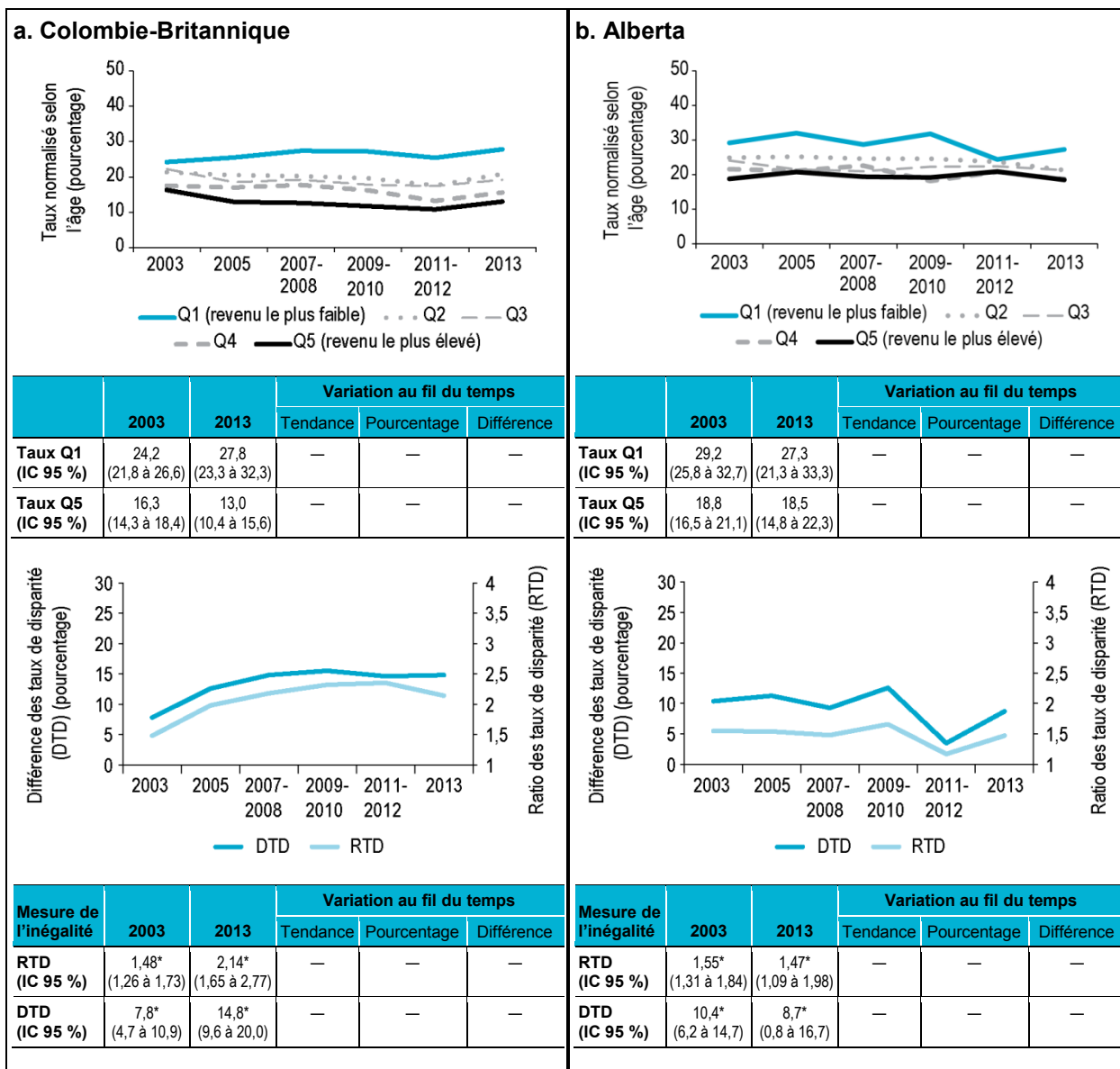
(suite à la page suivante)

**Justification et données probantes :** Les interventions en milieu scolaire qui, comme le programme LST, combinent les approches axées sur les compétences et l'influence sociales se sont révélées efficaces pour la prévention du tabagisme chez les jeunes<sup>344</sup>. Les évaluations du programme LST, notamment dans les écoles situées au centre-ville, révèlent qu'il a le potentiel de réduire les comportements à risque, dont le tabagisme<sup>343, 346</sup>. L'étude de faisabilité initiale du projet pilote de LST intitulé Nimi Icinohabi, à l'école de la nation sioux des Nakota d'Alexis, en Alberta, a révélé que le programme avait permis de renforcer la capacité des participants à refuser la consommation d'alcool et de drogues, et de les sensibiliser aux dangers de la consommation<sup>347, 348</sup>. Compte tenu du succès du projet pilote, un programme complet sur 3 ans a été mis en œuvre et évalué<sup>348</sup>. Selon les résultats de l'évaluation qualitative, les enseignants et les aînés estiment que le programme a eu une incidence positive chez les jeunes. En revanche, l'évaluation quantitative n'a pas révélé d'incidence significative sur le tabagisme<sup>348</sup>, mais les résultats pourraient être faussés par une fréquentation scolaire irrégulière et la petite taille de l'échantillon<sup>348</sup>. L'évaluation continue des programmes culturellement adaptés de prévention et d'abandon du tabagisme sera essentielle à l'élaboration de politiques et de programmes qui réduisent les inégalités en matière de tabagisme.

### **Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme a-t-elle évolué de 2003 à 2013 selon la province?**

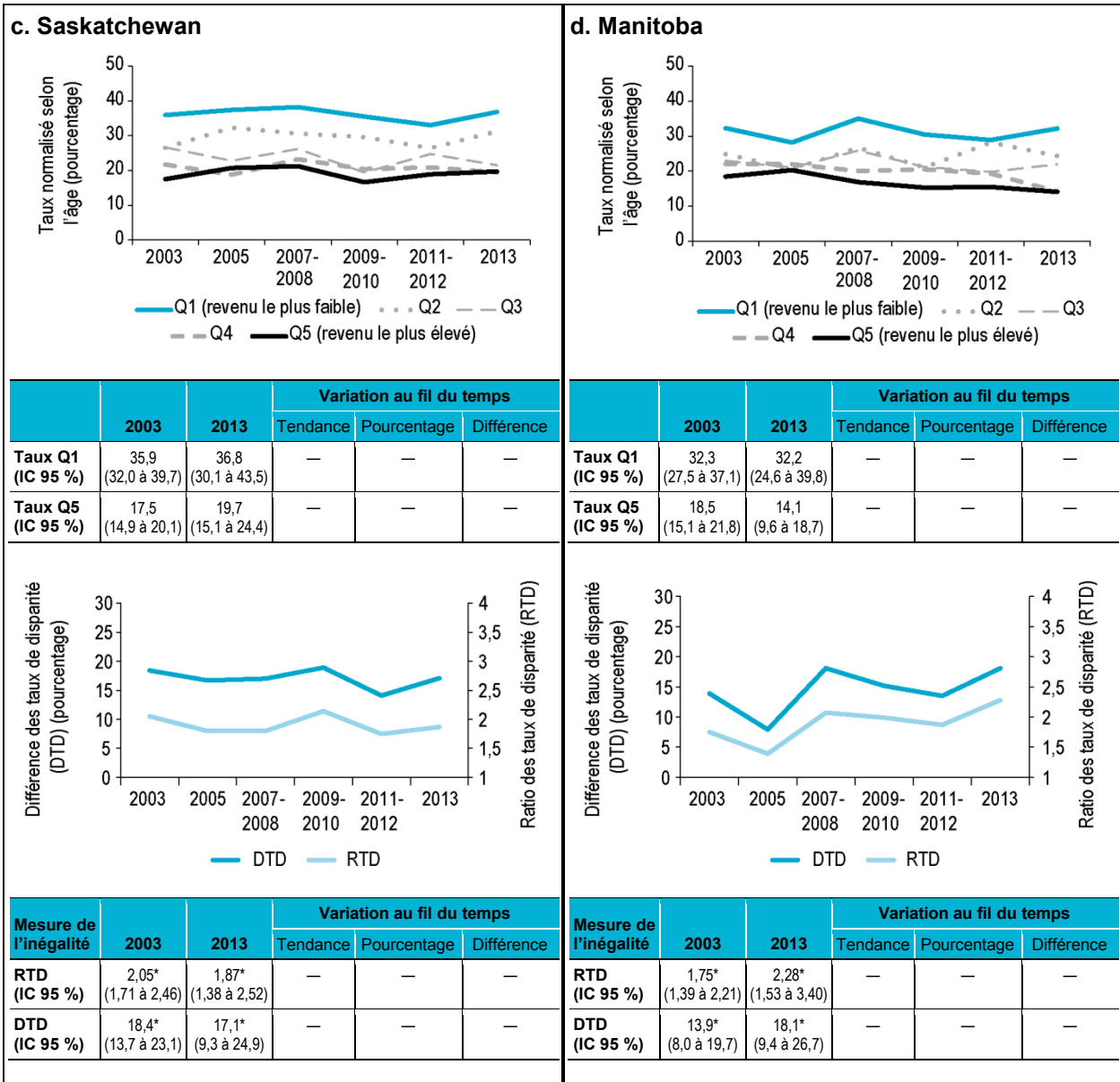
- Dans la plupart des provinces, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au tabagisme s'est maintenue au fil du temps. Le Québec fait exception à cet égard, puisque l'inégalité s'y est accentuée, tant sur une échelle absolue que sur une échelle relative.
- Dans toutes les provinces, le taux de tabagisme est resté stable au niveau de revenu le plus faible. L'Ontario et le Québec sont les seules provinces ayant affiché une diminution significative du taux au niveau de revenu le plus élevé.
- Le taux de tabagisme aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible varie grandement d'une province à l'autre. Par exemple, en 2013, le taux de tabagisme au niveau de revenu le plus faible varie de 25,2 % en Ontario à 41,9 % au Nouveau-Brunswick, tandis que le taux au niveau de revenu le plus élevé varie de 10,1 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 19,7 % en Saskatchewan.

Figure 39 : Taux de tabagisme et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013



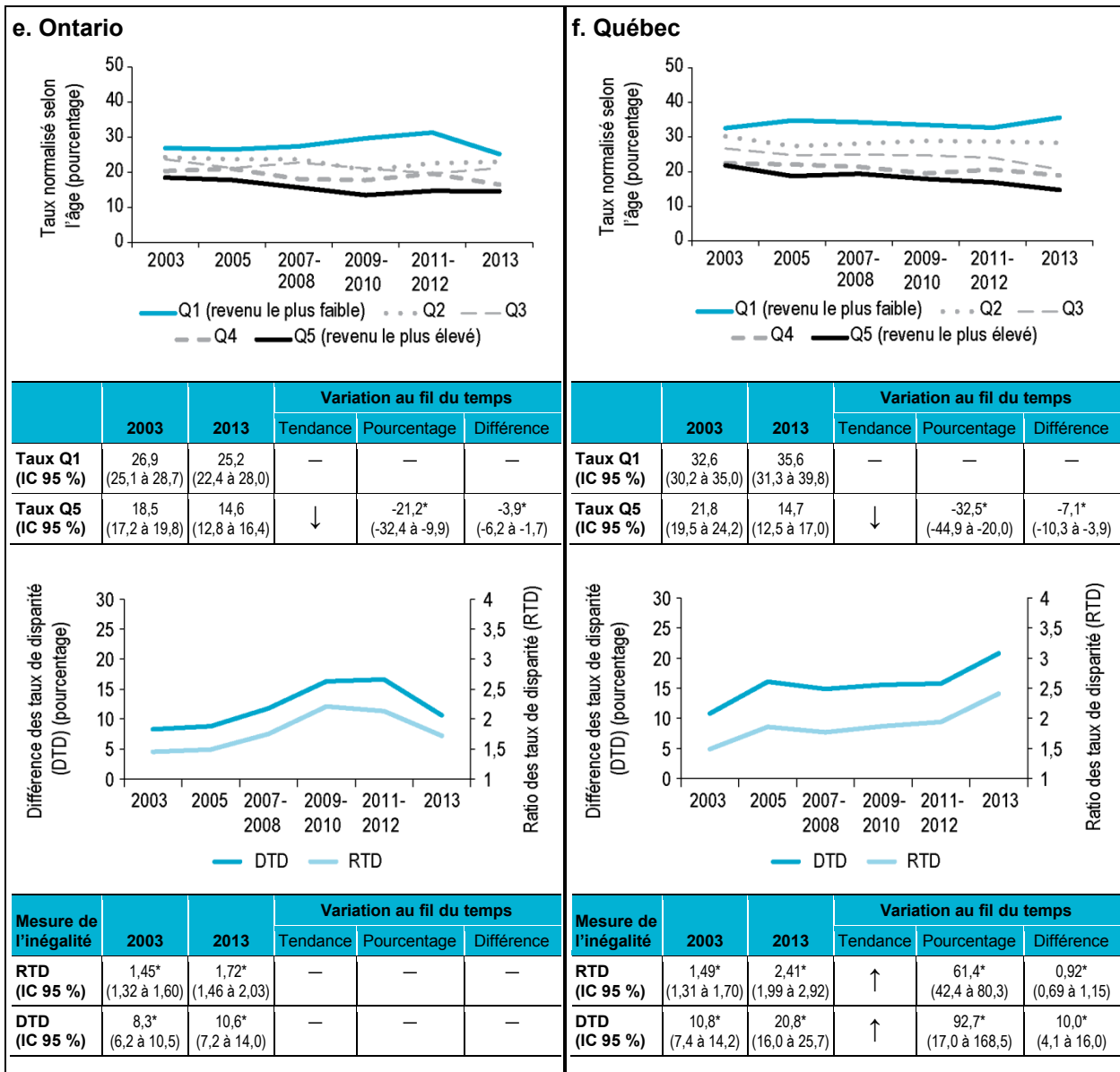
(suite à la page suivante)

Figure 39 : Taux de tabagisme et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



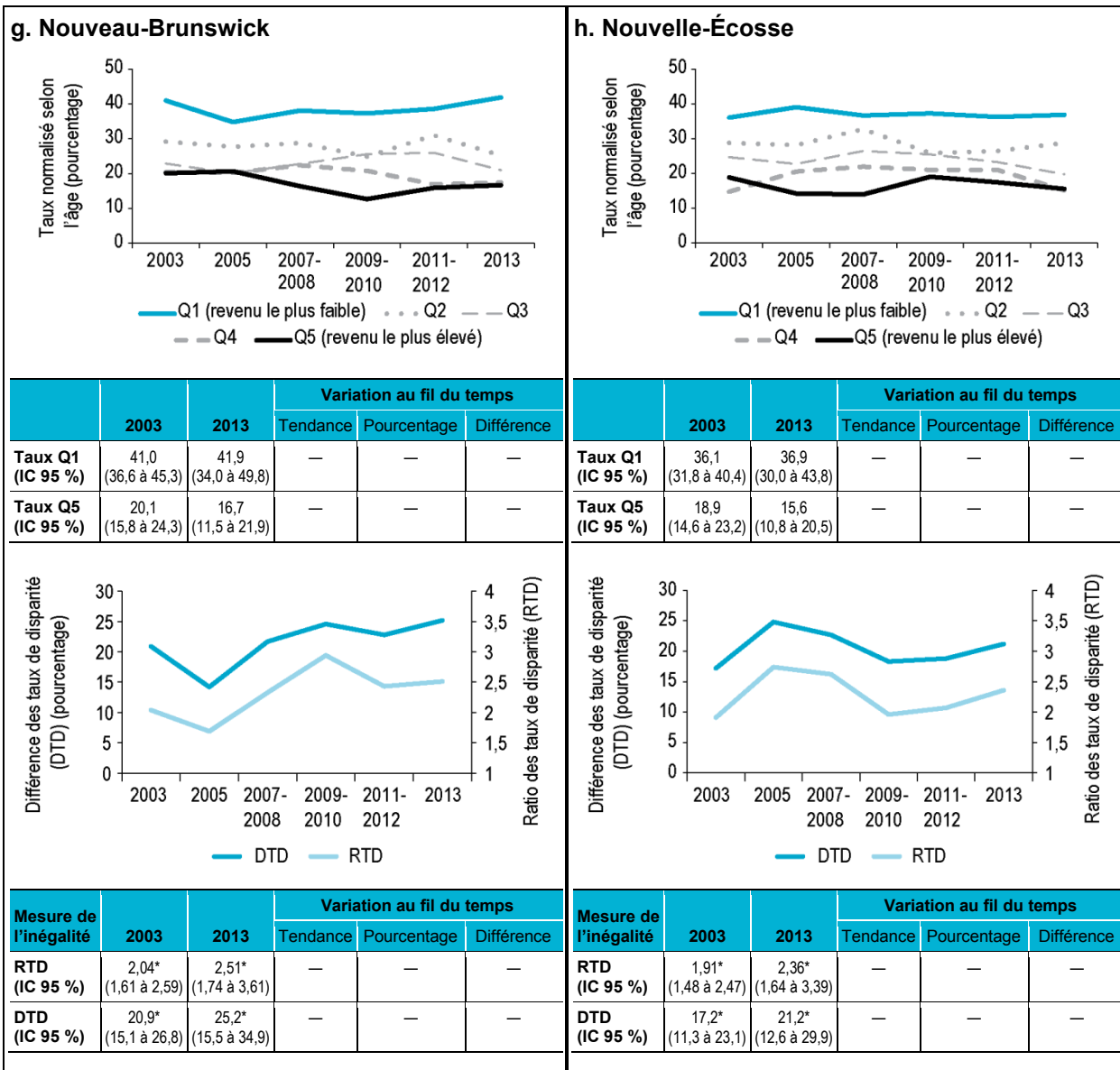
(suite à la page suivante)

Figure 39 : Taux de tabagisme et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



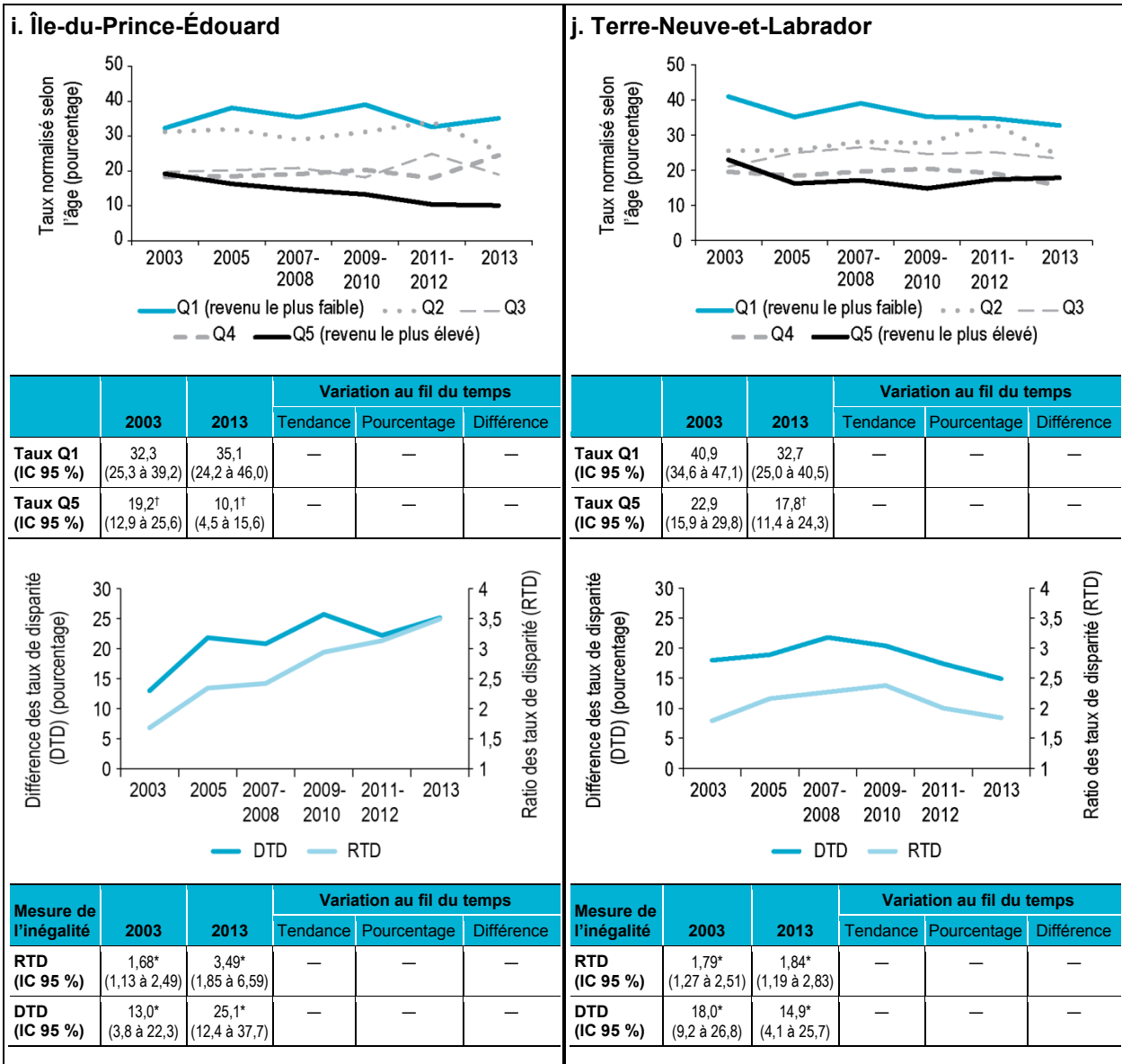
(suite à la page suivante)

Figure 39 : Taux de tabagisme et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 39 : Taux de tabagisme et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)





## Obésité

### Contexte

Cet indicateur rend compte de la prévalence de l'obésité chez les Canadiens de 18 ans et plus, à l'exclusion des femmes enceintes. Par personne atteinte d'obésité, on entend une personne dont l'indice de masse corporelle (IMC)<sup>iii</sup> est de 30 ou plus, selon la taille et le poids autodéclarés<sup>349</sup>.

L'obésité est l'un des problèmes de santé publique les plus criants au Canada<sup>350</sup>. Elle est associée à un risque accru de souffrir de graves problèmes de santé comme le diabète de type 2, l'hypertension et certains types de cancer<sup>351</sup>. En 2008, les coûts économiques de l'obésité au Canada s'élevaient, selon une estimation prudente, à 4,6 milliards de dollars<sup>352</sup>.

En 2011, 18,3 % des adultes canadiens étaient atteints d'obésité (IMC autodéclaré de 30 ou plus), une proportion 3 fois plus élevée qu'en 1985 (6,1 %) <sup>353</sup>. Cependant, puisque les gens ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille<sup>354</sup>, le calcul de l'IMC à partir de données autodéclarées entraîne une sous-estimation d'environ 8 % de la prévalence réelle de l'obésité au sein de la population (26,1 %) <sup>355</sup>.

Les déterminants de l'obésité sont multiples et complexes. Ils englobent des facteurs personnels (p. ex. l'âge, le mode de vie) et liés à l'environnement social, physique et économique, lesquels influent sur la qualité de l'alimentation d'une personne, son apport calorique et son niveau d'activité physique quotidienne à la maison, au travail et durant les loisirs<sup>67, 356-358</sup>. De plus, contrairement à la plupart des résultats pour la santé, l'obésité ne peut être associée de façon directe au statut socioéconomique (SSE). Les études antérieures ont montré une plus forte prévalence de l'obésité chez les Canadiennes ayant un faible niveau de scolarité et faisant partie d'un ménage à faible revenu. Chez les hommes, en revanche, certaines études n'ont démontré aucun lien entre l'obésité et le SSE, tandis que d'autres ont conclu à une prévalence supérieure de l'obésité chez les hommes de SSE élevé<sup>359, 360</sup>. Enfin, chez les enfants et les jeunes, les recherches ont révélé que le surpoids et l'obésité étaient plus fréquents dans les ménages à revenu moyen<sup>361</sup>.

#### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2003 à 2013

(suite à la page suivante)

iii. Le poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré.

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile) ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, réduction potentielle du taux, variation au fil du temps [pourcentage] et variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
†	Interpréter avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013

## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité a-t-elle évolué de 2003 à 2013?

De 2003 à 2013, un important écart entre les sexes a été observé dans les tendances des inégalités liées au revenu en ce qui a trait à l'obésité. Les tendances nationales ne sont donc pas présentées pour les 2 sexes combinés, puisqu'elles masqueraient ces différences importantes. Tous les résultats sont par conséquent présentés pour les hommes et les femmes séparément.

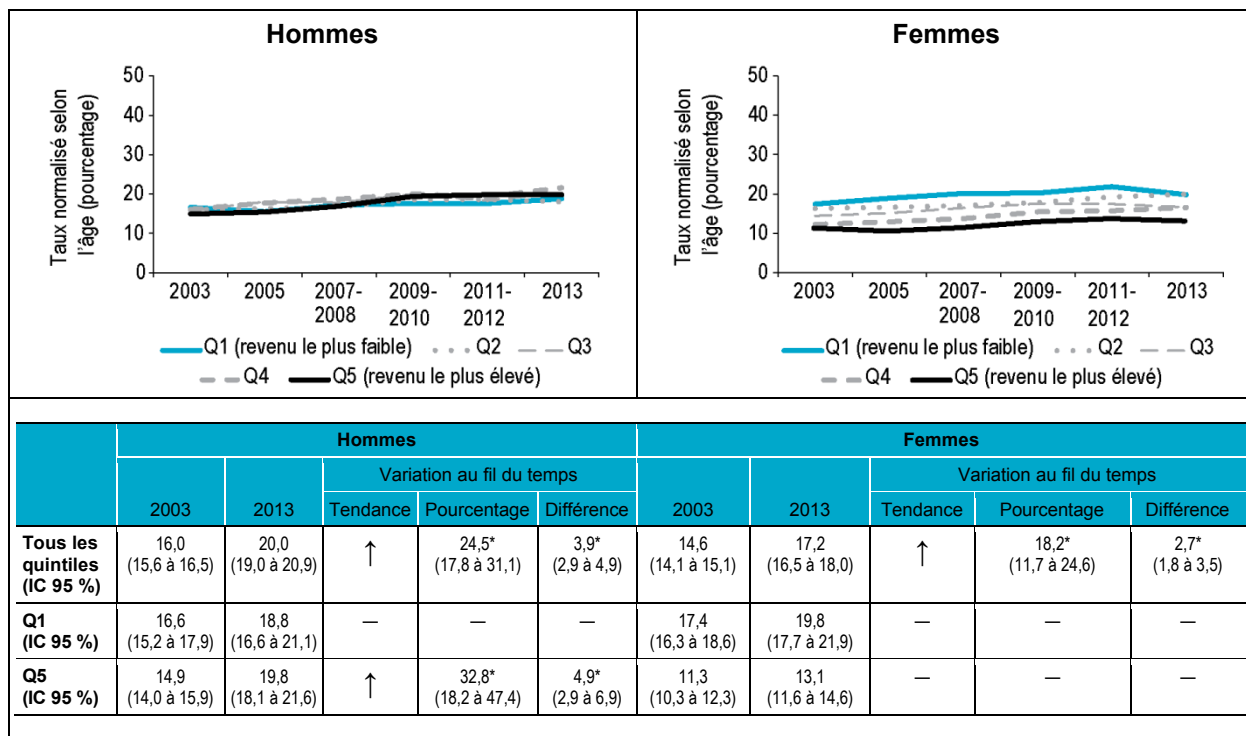
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2003 à 2013 pour les hommes et les femmes?

De 2003 à 2013, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité s'est maintenue chez les femmes. Chez les hommes, aucune inégalité liée au revenu n'a été observée pour cet indicateur et le taux d'obésité a augmenté chez les hommes à revenu élevé.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- Pour les 2 sexes, les taux d'obésité ont augmenté pour tous les niveaux de revenu combinés entre 2003 et 2013.
- Chez les femmes, les taux d'obésité n'ont pas changé aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé. Toutefois, le taux a augmenté chez les femmes du deuxième quintile (de 16,3 % à 19,9 %) et du quatrième quintile de revenu (de 12,2 % à 16,5 %).
- Chez les hommes au niveau de revenu le plus élevé, le taux d'obésité a augmenté de près de 33 %, soit 5 points de pourcentage (de 14,9 % à 19,8 %). Le taux n'a pas changé chez les hommes au niveau de revenu le plus faible.

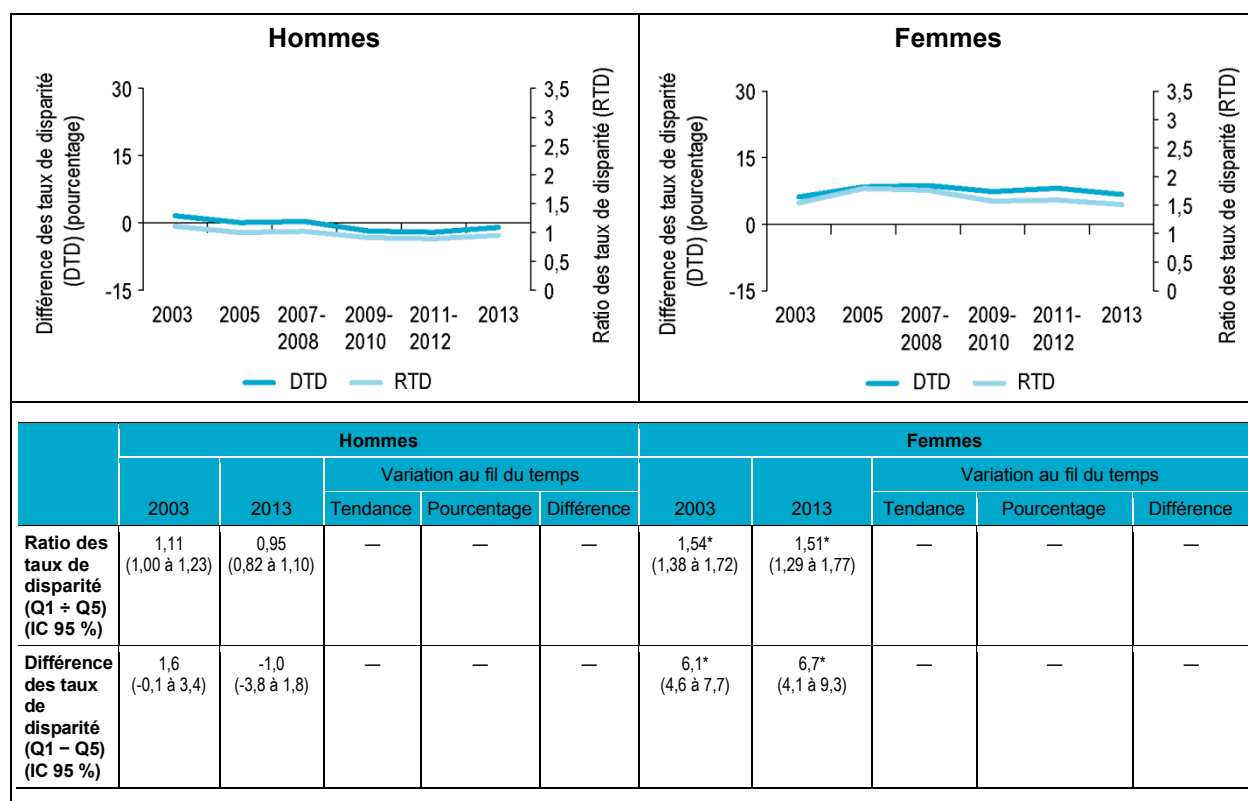
Figure 40 : Taux d'obésité, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Chez les femmes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité s'est maintenue tant sur une échelle absolue que sur une échelle relative. Le taux d'obésité des femmes au niveau de revenu le plus faible est plus de 1,5 fois supérieur à celui des femmes au niveau de revenu le plus élevé.
- Chez les hommes, aucune inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité n'a été observée entre 2003 et 2013, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.

Figure 41 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait à l'obésité, selon le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité

Selon ces analyses, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité s'est maintenue chez les femmes de 2003 à 2013, tandis qu'aucune inégalité de ce genre n'a été observée chez les hommes. Durant cette période, la proportion globale de Canadiens et de Canadiennes souffrant d'obésité a augmenté de manière constante, en particulier chez les hommes du quintile de revenu médian et des 2 quintiles supérieurs.

Bien qu'en général, le taux d'obésité chez les Canadiennes en 2013 progressait avec l'échelle des revenus, il était presque identique chez les femmes des 2 quintiles de revenu inférieurs et chez celles du troisième et quatrième quintiles. Les femmes au niveau de revenu le plus élevé ont quant à elles affiché un taux d'obésité nettement inférieur à celles de tous les autres niveaux de revenu.

### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2013, l'obésité aurait touché 581 700 femmes de moins (24,1 %) si les Canadiennes à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux d'obésité que celles au niveau de revenu le plus élevé. Aucune incidence de ce genre n'aurait été relevée chez les hommes, puisque les taux d'obésité variaient peu d'un niveau de revenu à l'autre en 2013.

Tableau 7 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait à l'obésité, selon le sexe, Canada, 2003 à 2013

	Hommes		Femmes	
	2003	2013	2003	2013
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	5,5 (-0,2 à 10,9)	0,2 (-7,5 à 7,6)	22,2* (15,5 à 28,4)	24,1* (15,4 à 32,1)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	0	0	451 900	580 700

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

Si l'on veut atténuer l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité chez les femmes, et freiner la hausse du taux dans la population générale, il faudrait adopter une combinaison d'approches ciblées et axées sur la population et d'approches intersectorielles qui agiront sur les déterminants environnementaux communs de l'obésité.

Habituellement, les mesures de prévention et de réduction de l'obésité visent surtout à promouvoir l'activité physique et le changement des habitudes alimentaires individuelles et collectives<sup>358</sup>. Ce type d'intervention prend souvent la forme de campagnes d'information publique sur les bienfaits d'une vie active et saine. Employées seules, cependant, les interventions axées sur l'information peuvent exacerber les inégalités existantes, puisqu'elles sont plus efficaces chez les personnes de SSE élevé que de SSE faible<sup>82, 362, 363</sup>. Il est possible que les personnes de SSE élevé, en particulier les femmes, soient plus susceptibles que celles de SSE faible de mettre en pratique l'information sur la santé reçue parce qu'elles possèdent plus de compétences informationnelles en santé et qu'elles ont davantage de ressources, d'argent et de temps<sup>362-364</sup>.

À l'inverse, les actions qui combinent des messages d'information et une modification des facteurs environnementaux qui interviennent dans l'alimentation et l'activité physique semblent plus efficaces auprès des groupes de SSE faible, tout comme les interventions échelonnées sur une longue période<sup>362, 363</sup>. De telles approches font écho à un consensus de plus en plus généralisé selon lequel les mesures visant à freiner l'augmentation des taux d'obésité dans tous les segments de la population doivent toucher de nombreux secteurs liés à la santé ou non (p. ex. l'éducation, le transport, l'urbanisme, l'industrie alimentaire)<sup>67, 68, 193, 358</sup>. Idéalement, une série de mesures complémentaires appliquées à autant de secteurs devraient cibler non seulement les comportements des individus, mais aussi leurs déterminants sociaux, physiques et économiques. Ce serait le cas, par exemple, d'instruments économiques comme une taxe à l'achat de boissons sucrées dont les revenus serviraient à subventionner l'achat d'aliments sains dans les groupes à faible revenu<sup>76, 365-368</sup>, ou encore de politiques d'urbanisme qui assureraient un accès équitable à des espaces sûrs et abordables pour la pratique quotidienne d'activité physique<sup>363</sup>. De telles mesures peuvent soutenir les initiatives à l'échelle locale qui visent à faciliter l'adoption d'un mode de vie sain au quotidien pour les Canadiens (voir l'encadré 12). La mise en place d'interventions d'envergure permettant aux collectivités et aux organismes de favoriser un mode de vie sain et actif dans tous les segments de la population dépend en grande partie de la volonté gouvernementale et de la collaboration entre les secteurs. Il est également important de réfléchir sérieusement à l'incidence qu'auront les politiques proposées sur l'équité en santé.

## Encadré 12 : Projet Healthy Alberta Communities, 2006 à 2009

**Problème** : Les interventions à plusieurs volets et à l'échelle de la collectivité peuvent modifier les conditions environnementales qui favorisent l'obésité, et pourraient s'avérer plus efficaces auprès des groupes de SSE faible que les interventions d'information employées seules<sup>362, 363</sup>.

**Intervention** : Le projet pilote Healthy Alberta Communities (HAC, ou collectivités albertaines en santé) a été réalisé de 2006 à 2009 par le gouvernement albertain et l'Université de l'Alberta. Cette initiative communautaire axée sur les adultes visait à atténuer les facteurs de risque de maladies chroniques et à faciliter l'adoption d'un mode de vie sain au quotidien pour les résidents de 4 collectivités de la province. Les résidents ont d'abord cerné les obstacles qui les empêchaient de faire des choix sains, puis l'équipe du projet a travaillé avec chaque collectivité pour mettre en place des mesures visant à abolir ces obstacles et à tirer parti des ressources communautaires existantes. Diverses initiatives ont été lancées dans chaque collectivité, dont une coalition visant à relier les pistes cyclables et les sentiers pédestres pour favoriser le transport actif, une expansion des jardins communautaires, l'élaboration de plusieurs projets en matière de sécurité alimentaire et l'amélioration de l'accès aux installations récréatives (dont l'utilisation d'équipement et l'accès gratuits pour les personnes à faible revenu)<sup>369, 370</sup>.

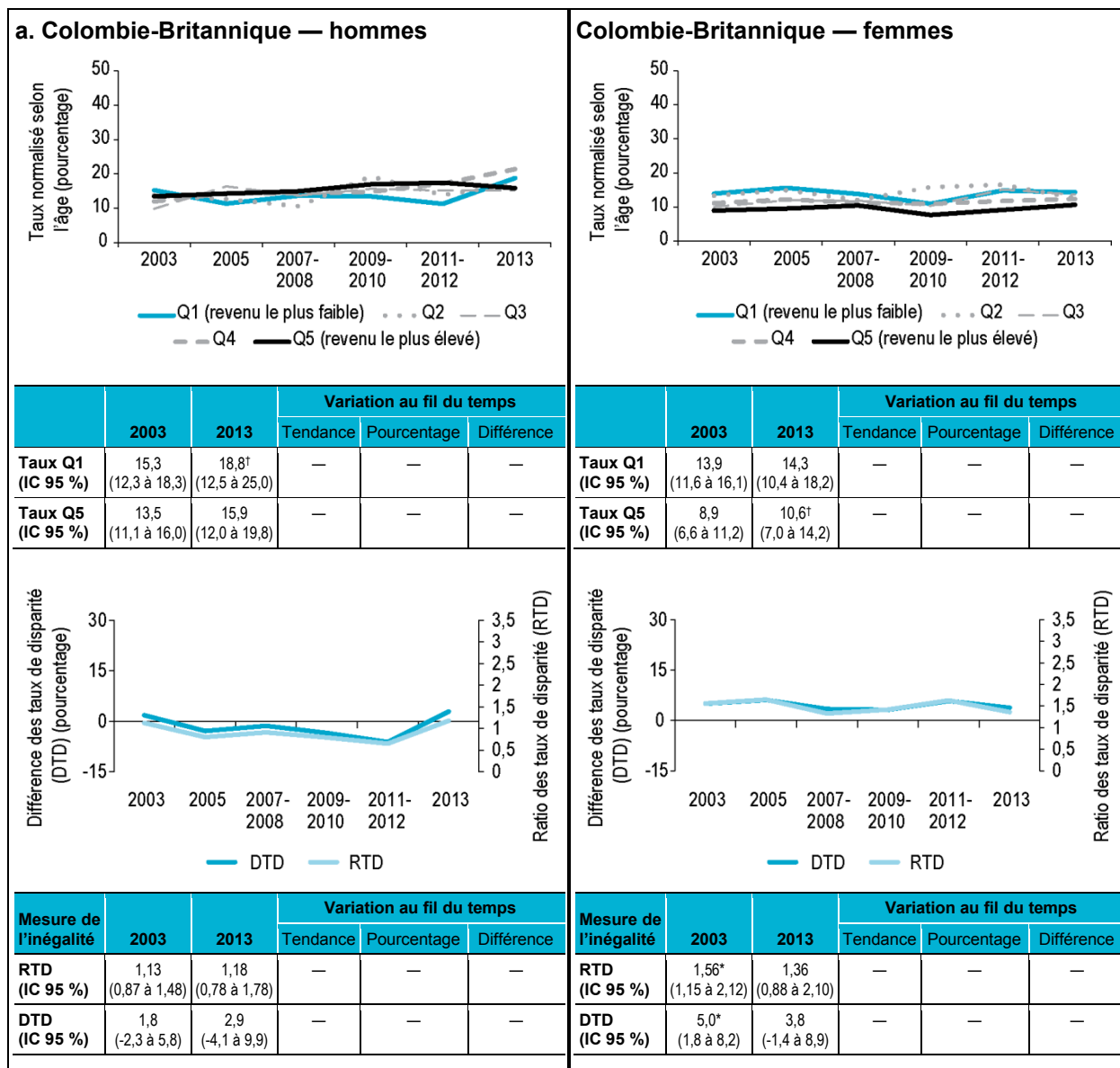
**Justification et données probantes** : Les mesures prises auprès d'échantillons aléatoires distincts d'adultes des 4 collectivités, avant et après le projet, ont révélé une diminution faible mais statistiquement significative de l'IMC, du rapport taille-hanches et de plusieurs indicateurs cliniques du risque cardiométabolique. Le changement de l'IMC autodéclaré et des comportements associés (consommation de fruits et de légumes et activité physique durant les loisirs) ne différait pas des tendances séculaires, mais le sentiment d'appartenance à la collectivité s'est accentué chez les adultes des lieux visés par le projet. Les indicateurs des résultats pour la santé à l'échelle de la collectivité ne sont peut-être pas assez sensibles pour témoigner d'une évolution des résultats pour la santé devant se produire graduellement au cours d'une longue période<sup>370</sup>.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité a-t-elle évolué de 2003 à 2013 pour les hommes et les femmes selon la province?

- L'interprétation des tendances de l'inégalité est limitée à l'échelle provinciale, puisque de nombreuses estimations ont été supprimées ou doivent être interprétées avec prudence, en raison du faible nombre de cas.
- Dans la plupart des provinces, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'obésité s'est maintenue chez les femmes. En Saskatchewan, cependant, l'inégalité s'est accrue chez les femmes sur une échelle absolue en raison d'une hausse du taux d'obésité chez les femmes au niveau de revenu le plus faible.
- Le taux d'obésité a également augmenté au niveau de revenu le plus faible en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.
- En 2013, les taux d'obésité chez les femmes au niveau de revenu le plus faible en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan étaient parmi les plus élevés au pays, variant de 35 % à 38 %.
- Chez les hommes, aucune inégalité liée au revenu n'a été observée à l'échelle provinciale entre 2003 et 2013.

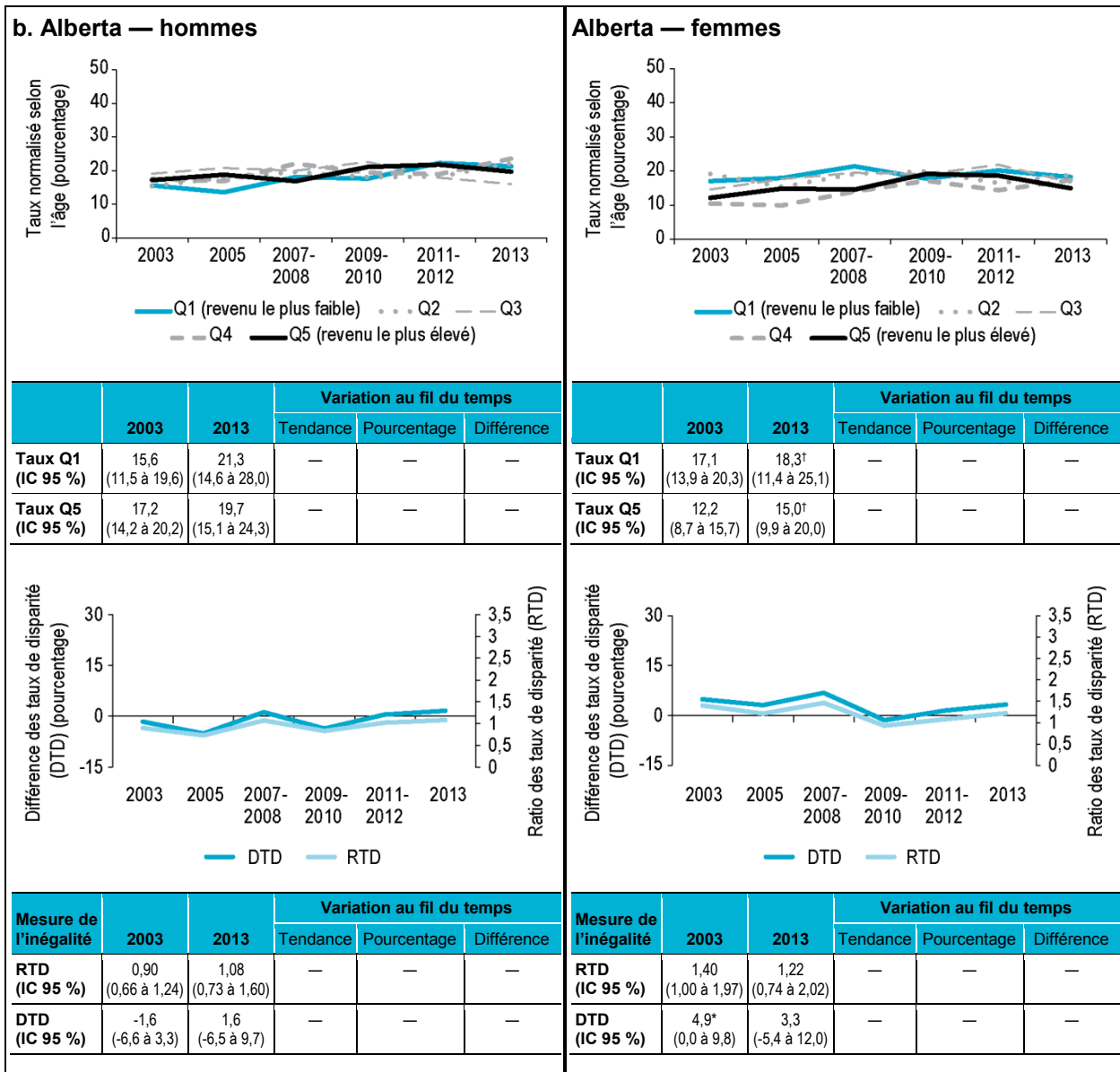
- Le taux d'obésité a augmenté chez les hommes au niveau de revenu le plus élevé au Manitoba, en Ontario et au Québec, mais est resté stable chez les hommes des autres provinces et au niveau de revenu le plus faible.

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013



(suite à la page suivante)

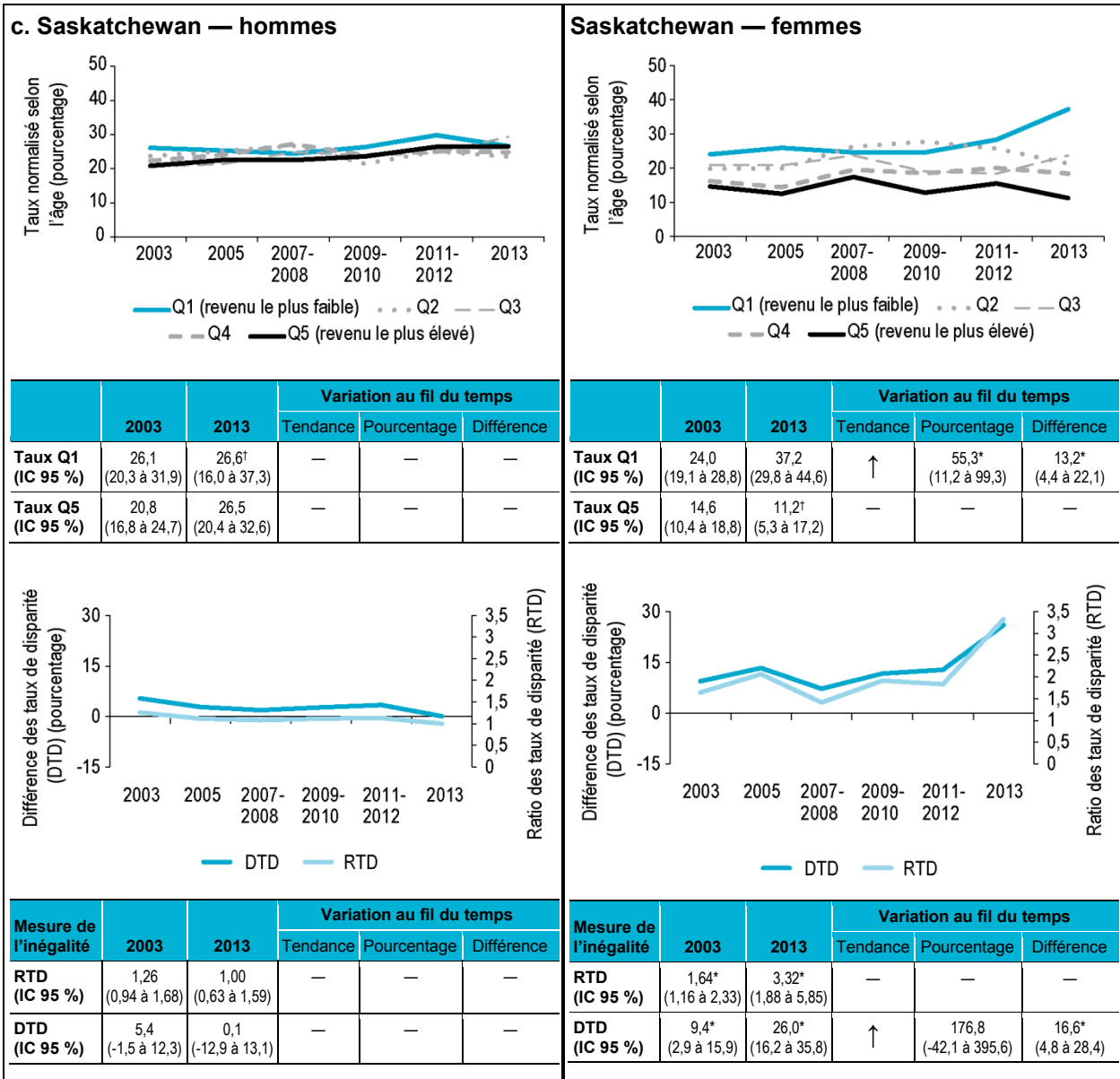
Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

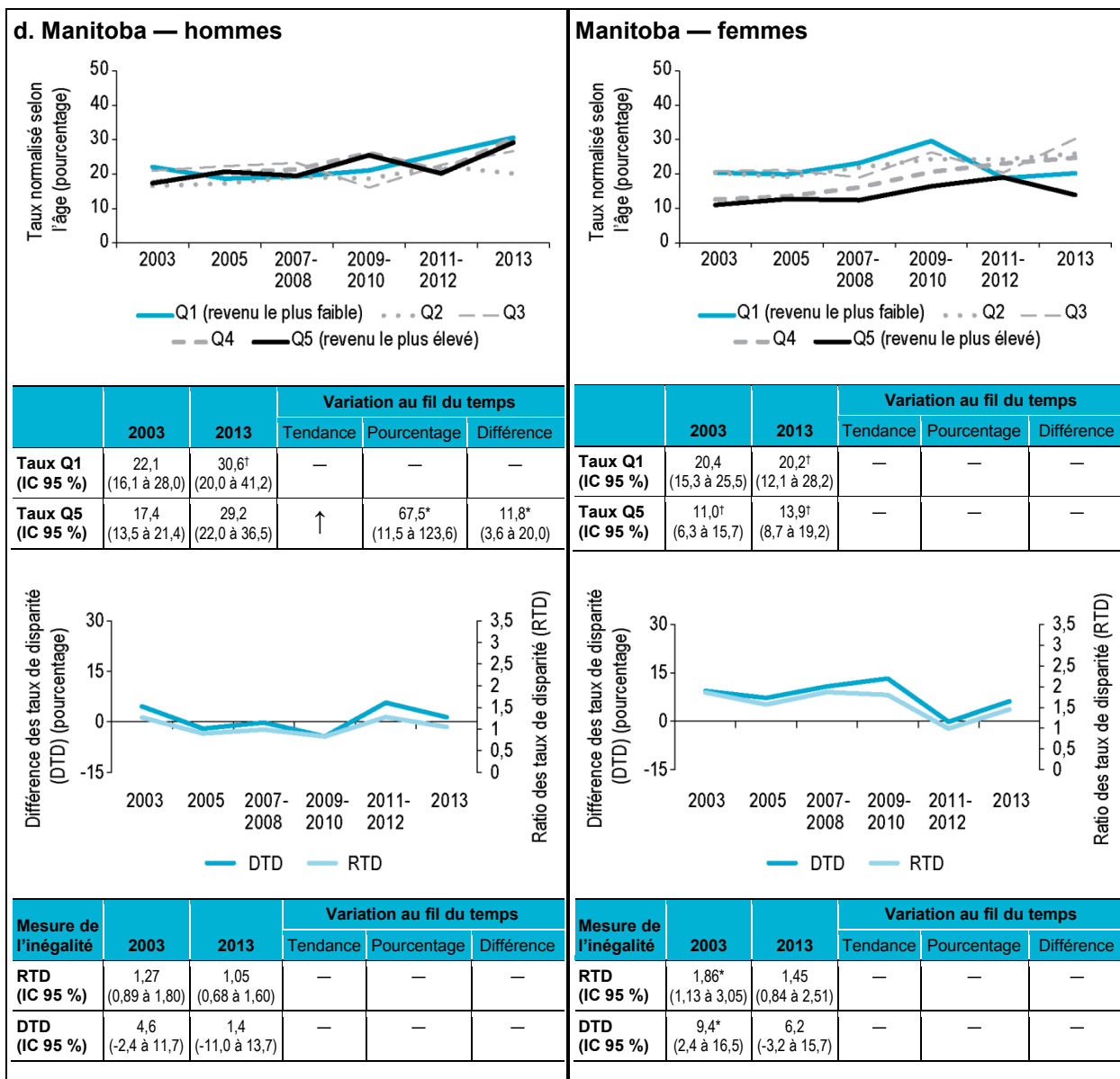


Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



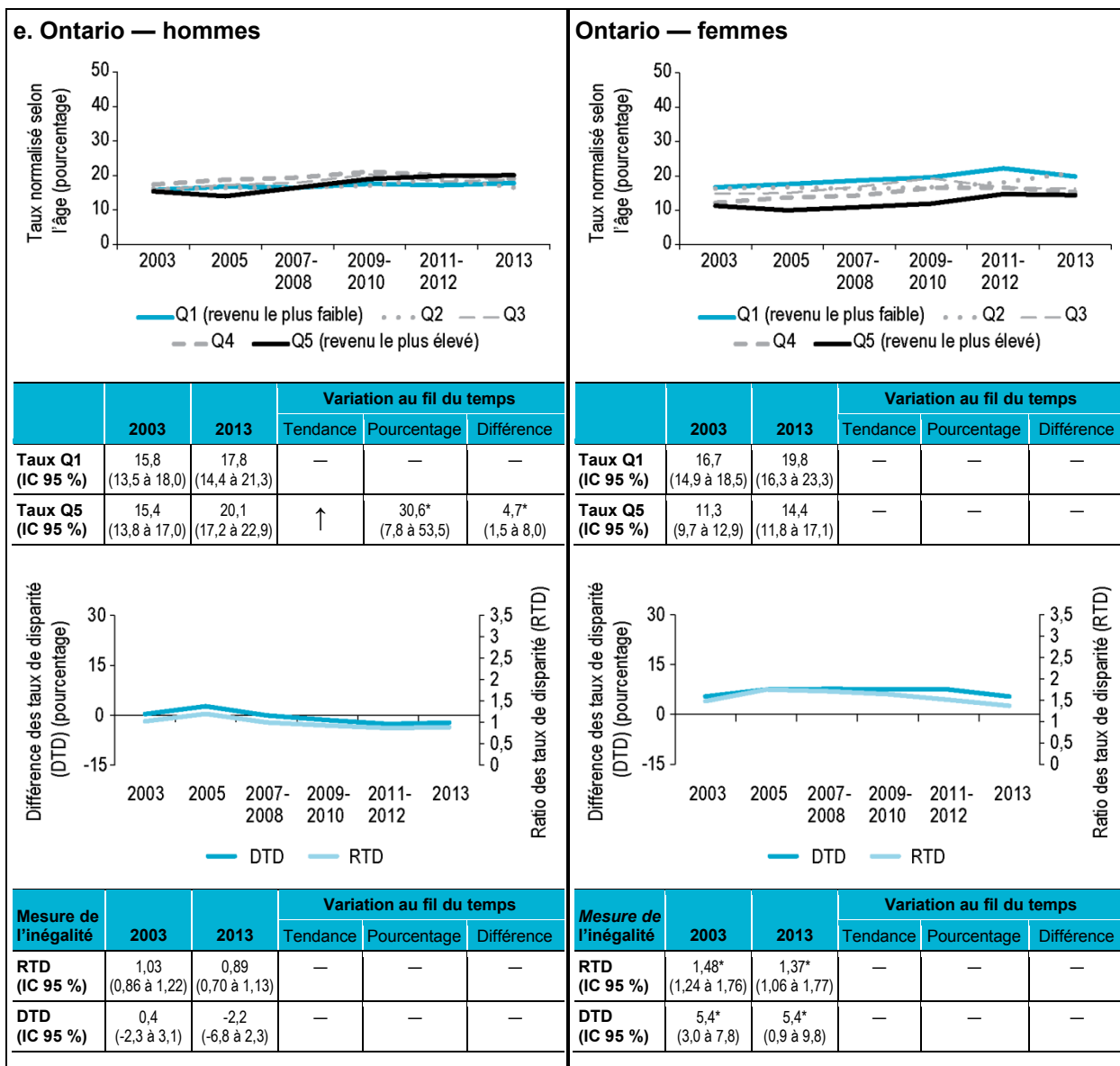
(suite à la page suivante)

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



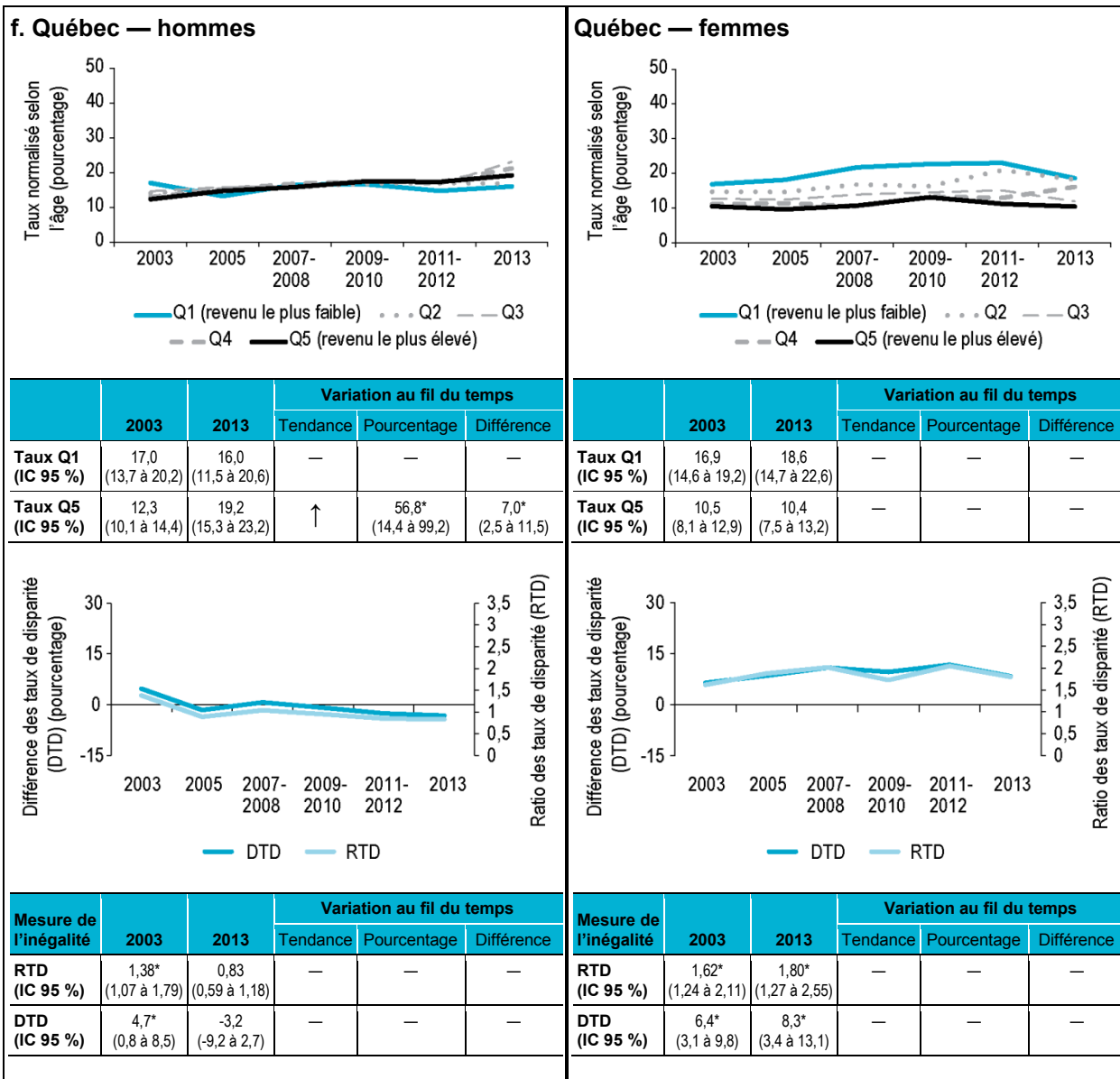
(suite à la page suivante)

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

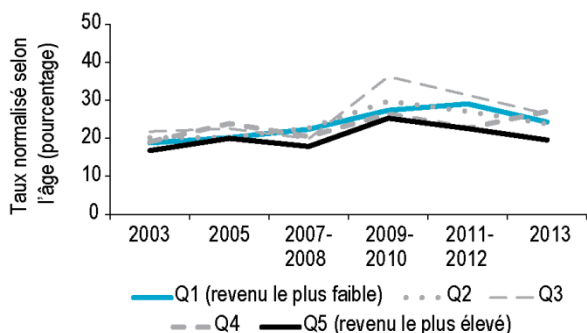
Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



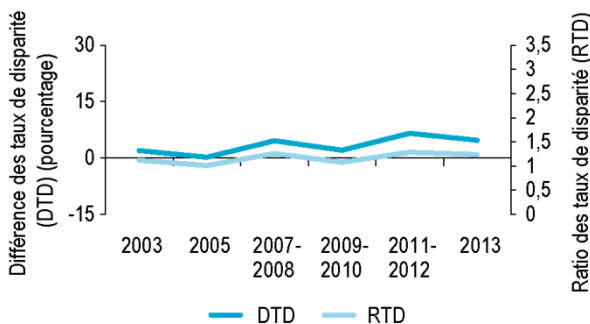
(suite à la page suivante)

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)

**g. Nouveau-Brunswick — hommes**

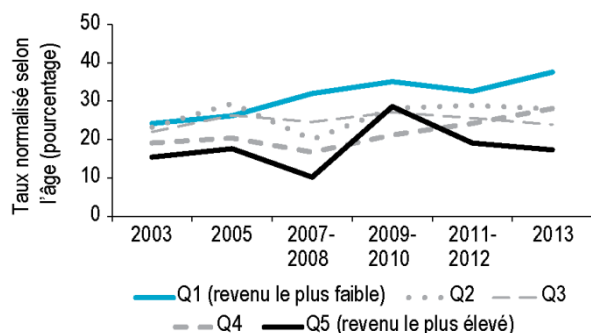


	2003	2013	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	18,8 <sup>†</sup> (12,6 à 25,0)	24,3 <sup>†</sup> (14,3 à 34,3)	—	—	—
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	16,8 (11,6 à 22,1)	19,6 <sup>†</sup> (12,0 à 27,1)	—	—	—

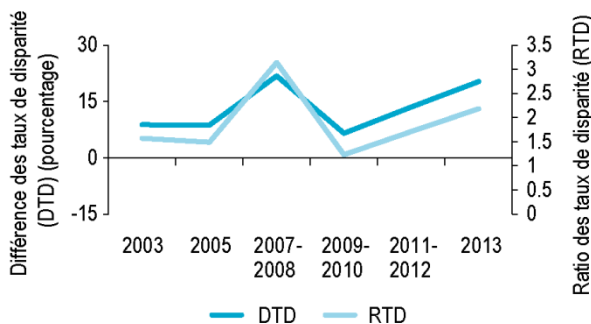


Mesure de l'inégalité	2003	2013	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	1,12 (0,71 à 1,76)	1,24 (0,71 à 2,18)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	2,0 (-6,3 à 10,2)	4,7 (-8,1 à 17,5)	—	—	—

**Nouveau-Brunswick — femmes**



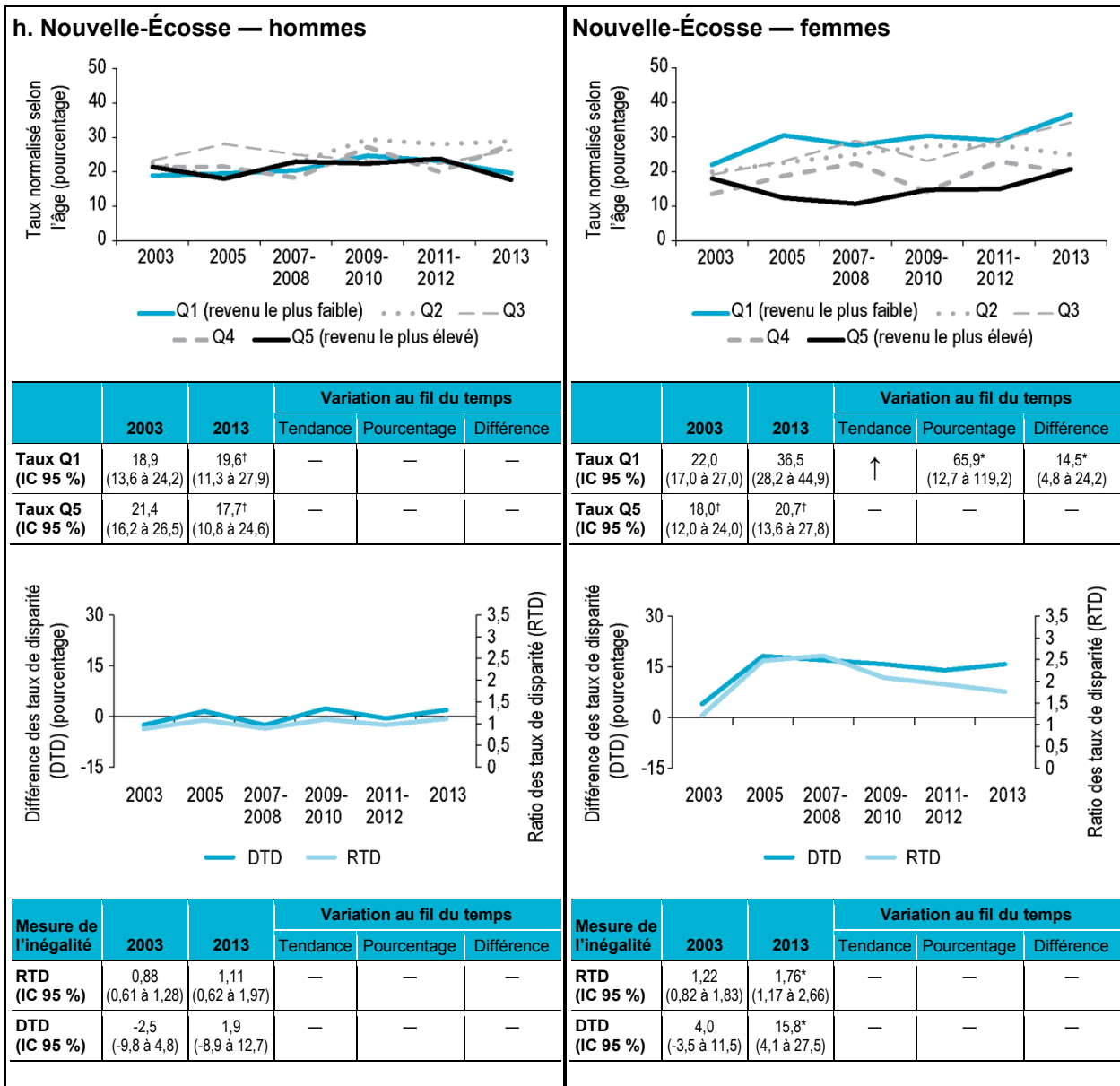
	2003	2013	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	24,2 (19,4 à 29,1)	37,6 (29,8 à 45,5)	↑	55,3* (10,4 à 100,2)	13,4* (4,2 à 22,6)
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	15,4 <sup>†</sup> (9,6 à 21,2)	17,3 (11,7 à 22,9)	—	—	—



Mesure de l'inégalité	2003	2013	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	1,57* (1,03 à 2,41)	2,18* (1,48 à 3,20)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	8,8* (1,2 à 16,5)	20,3* (10,3 à 30,4)	—	—	—

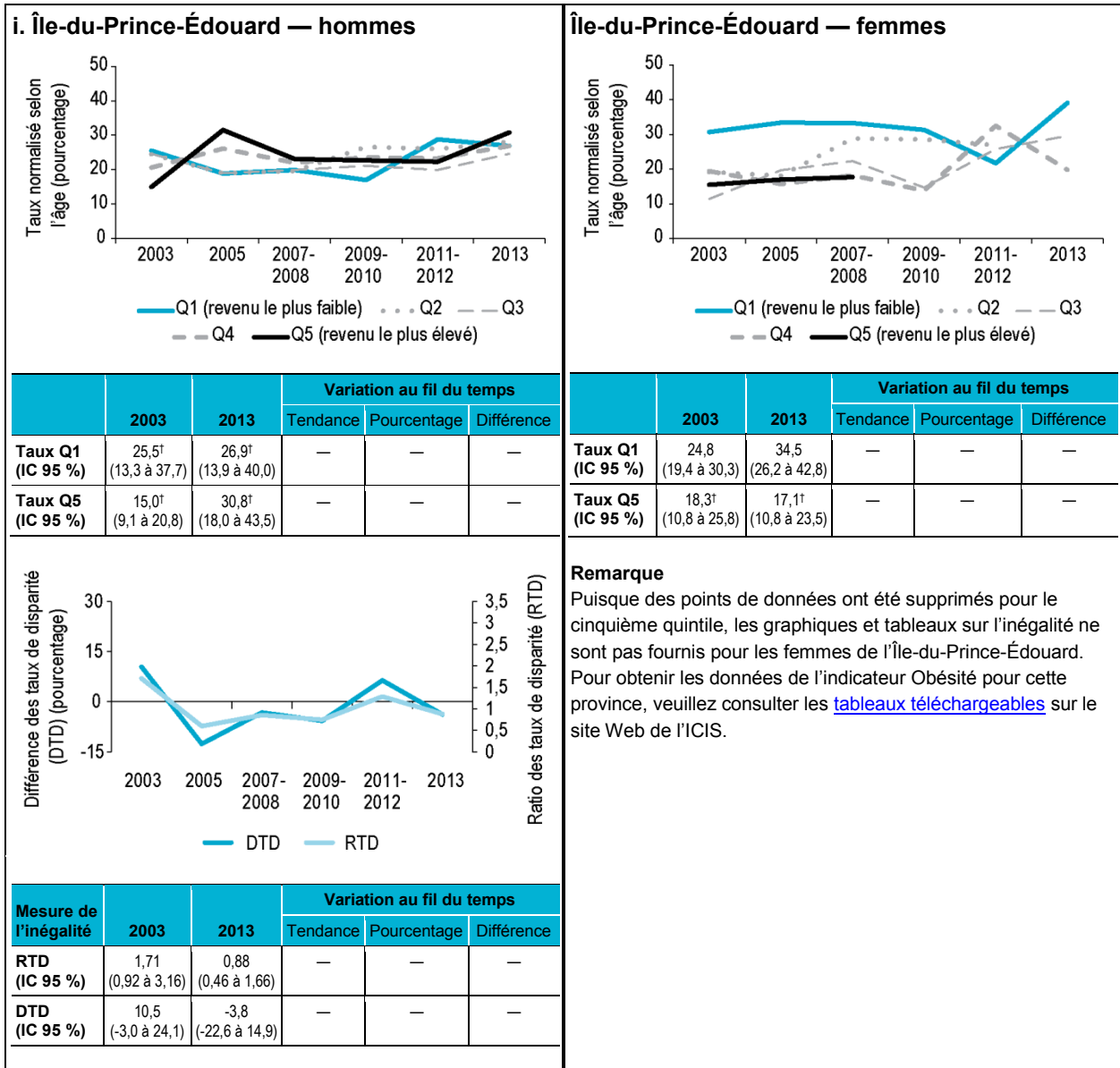
(suite à la page suivante)

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



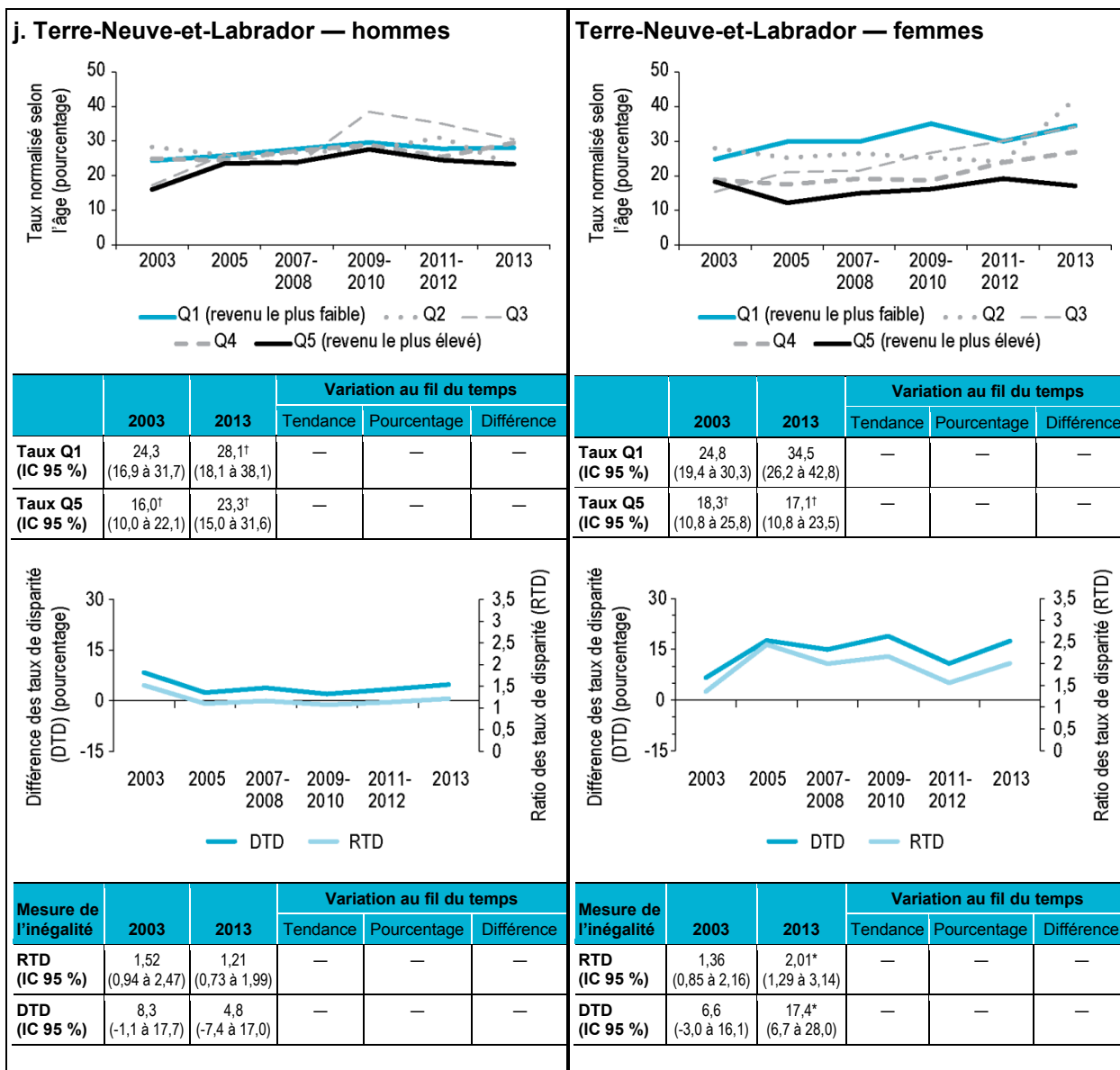
(suite à la page suivante)

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 42 : Taux d'obésité et mesures de l'inégalité, selon le sexe, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)





## Indicateurs liés au système de santé

### Vaccination antigrippale des personnes âgées

#### Contexte

L'indicateur Vaccination antigrippale des personnes âgées rend compte du pourcentage de Canadiens de 65 ans et plus qui ont été vaccinés contre la grippe au cours des 12 mois précédents. Le virus de la grippe (A et B) peut être associé à d'importants taux de morbidité et de mortalité chez les groupes à risque, soit les enfants de moins de 2 ans, les adultes de 65 ans et plus, les femmes enceintes et les personnes de tous âges au système immunitaire affaibli ou qui présentent des affections chroniques sous-jacentes<sup>371-373</sup>. Ces affections sont plus fréquentes chez les personnes à faible revenu et les personnes âgées<sup>374</sup>. Par conséquent, les personnes âgées à faible revenu courent un risque élevé de complications liées à la grippe<sup>375, 376</sup>.

Les complications liées à la grippe peuvent entraîner l'hospitalisation en soins de courte durée<sup>377</sup> ou le décès<sup>378</sup> de la personne atteinte. En 2013, les personnes âgées représentaient environ 69 % des patients hospitalisés pour une grippe et 85 % des décès attribuables à la grippe<sup>377</sup>.

La vaccination antigrippale est un moyen efficace pour diminuer l'incidence de la pneumonie, le recours aux services de santé et le taux de mortalité associé à la maladie<sup>379</sup>. Le Comité consultatif national de l'immunisation recommande qu'au moins 80 % des personnes âgées admissibles soient vaccinées contre la grippe<sup>380</sup>. Malgré cette recommandation, seulement 64,1 % des personnes âgées ont déclaré en 2013 avoir été vaccinées l'année précédente<sup>616</sup>.

#### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2003 à 2013

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

#### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

(suite à la page suivante)

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
†	Interpréter avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013

### Notes supplémentaires

Il se peut que les résultats de l'ESCC de 2009-2010 ne soient pas comparables à ceux des autres cycles, car ils rendent compte également du nombre de répondants ayant reçu seulement le vaccin contre la grippe H1N1. Par conséquent, le nombre de répondants ayant été vaccinés contre la grippe saisonnière y est probablement surestimé. Le vaccin contre la grippe H1N1 a été donné au Canada en 2009 lors d'une campagne distincte de celle du vaccin contre la grippe saisonnière. Ce n'est toutefois qu'en 2010 que le concept de saisonnalité a été ajouté à l'ESCC pour la collecte de données sur les 2 types de gripes (saisonnière et H1N1). Après 2010, le vaccin contre la grippe saisonnière et celui contre la grippe H1N1 ont été combinés en une seule catégorie de vaccination.

- a. Statistique Canada. Rendement du système de santé, 3.2 Accessibilité. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2012002/def/def3-fra.htm>. Modifié le 13 mai 2013. Consulté le 4 mars 2015.

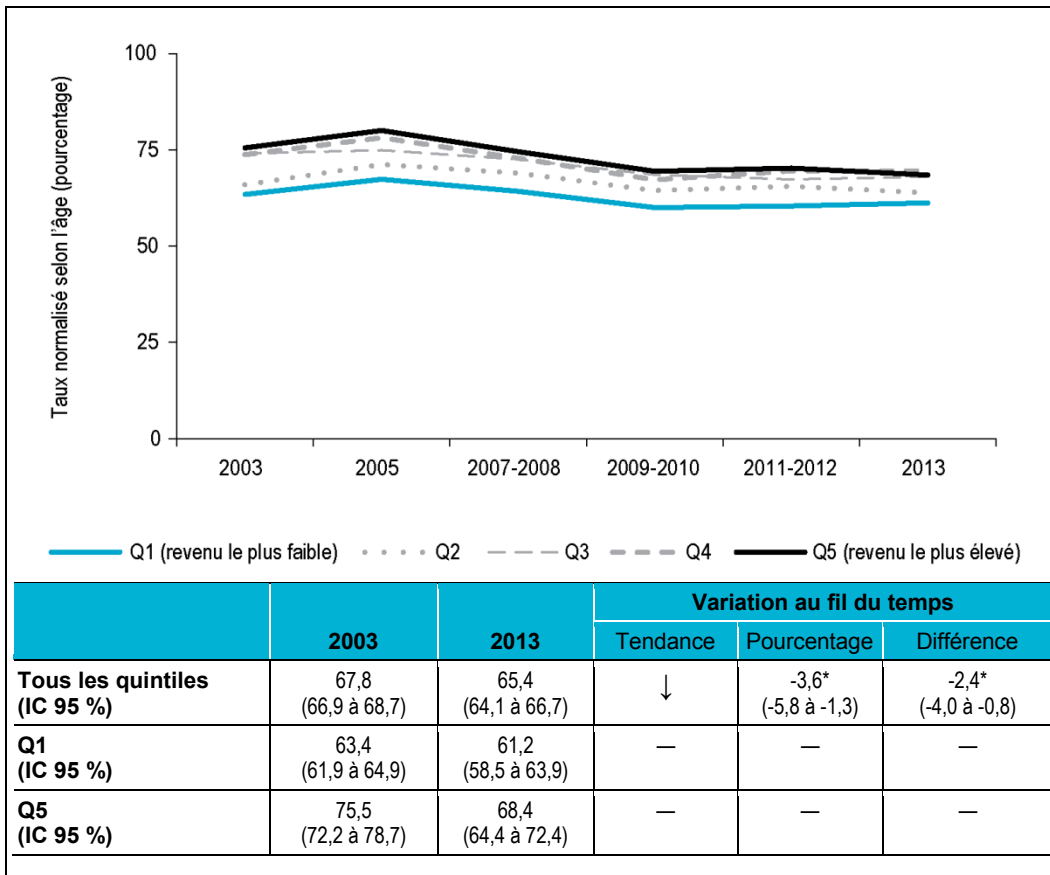
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées a-t-elle évolué de 2003 à 2013?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées s'est maintenue au fil du temps et les taux de vaccination ont diminué pour tous les niveaux de revenu confondus.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2003 à 2013, le taux de vaccination antigrippale des personnes âgées a diminué de 3,6 % pour tous les quintiles de revenu combinés, passant de 67,8 % à 65,4 %.

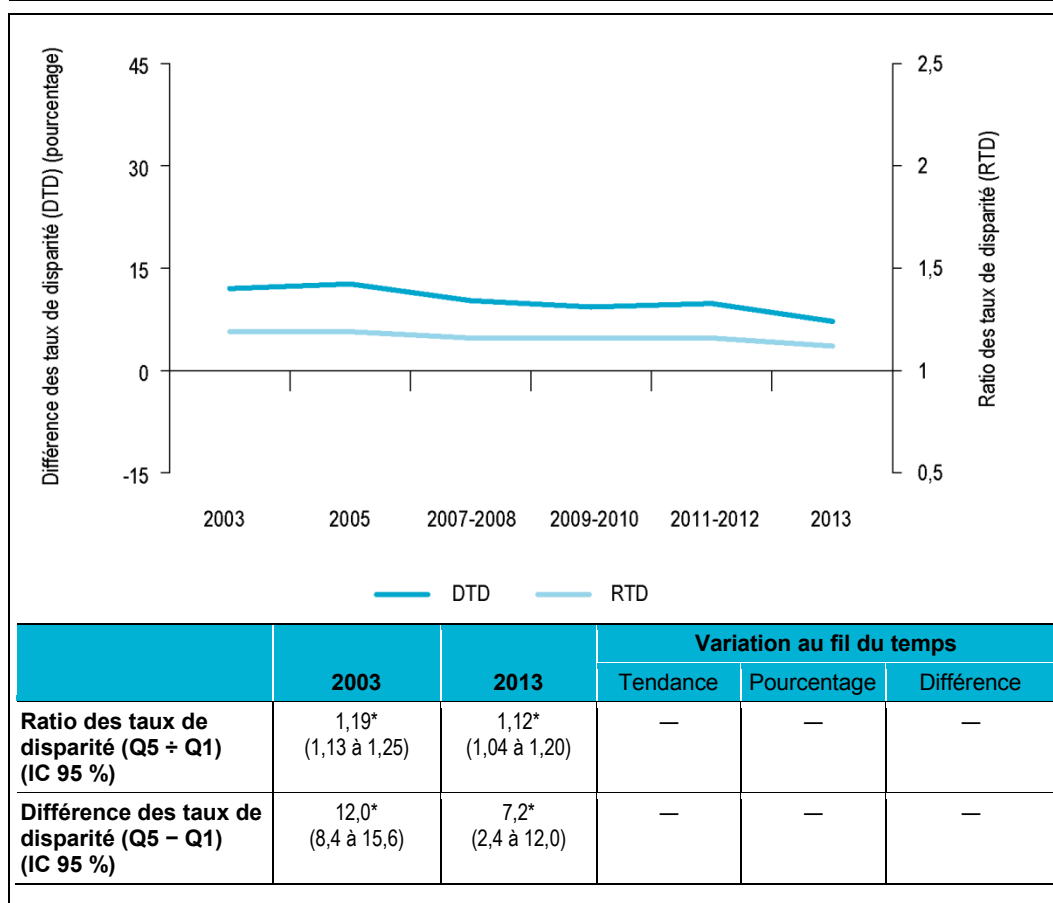
Figure 43 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées, par quintile de revenu, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités

- De 2003 à 2013, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux de vaccination antigrippale des personnes âgées au niveau de revenu le plus élevé était environ 1,12 à 1,19 fois supérieur à celui des personnes âgées au niveau de revenu le plus faible.
- En outre, de 7 à 12 personnes âgées de plus sur 100 ont reçu le vaccin contre la grippe au niveau de revenu le plus élevé, par rapport au niveau de revenu le plus faible en 2003 et en 2013.

Figure 44 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées, Canada, 2003 à 2013



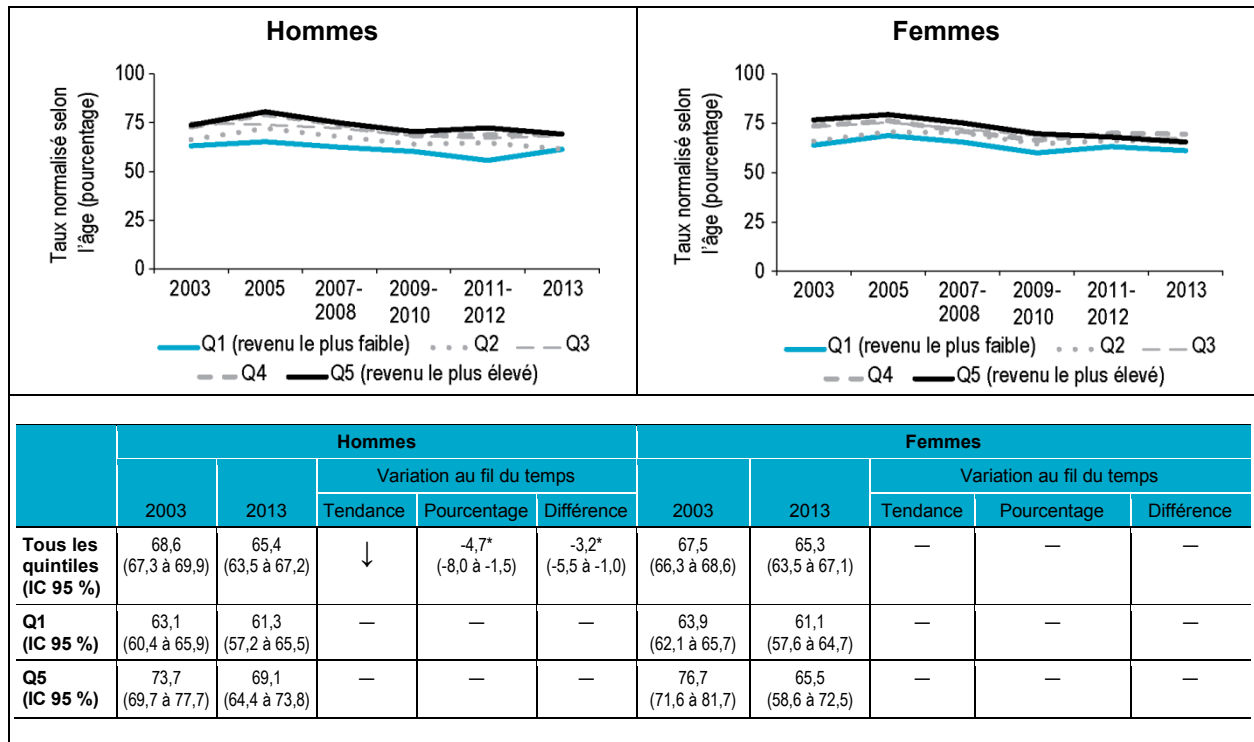
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2003 à 2013 pour les hommes et les femmes?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées s'est maintenue au fil du temps pour les 2 sexes. Quant au taux de vaccination, il a diminué pour les hommes pour tous les niveaux de revenu confondus, et est resté stable pour les femmes.

#### Tendances des taux selon le revenu et le sexe

- De 2003 à 2013, le taux de vaccination antigrippale des personnes âgées de sexe masculin a diminué pour tous les niveaux de revenu combinés.
- Pour les personnes âgées de sexe féminin, le taux de vaccination antigrippale est resté le même durant cette période pour tous les niveaux de revenu.

Figure 45 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2003 à 2013

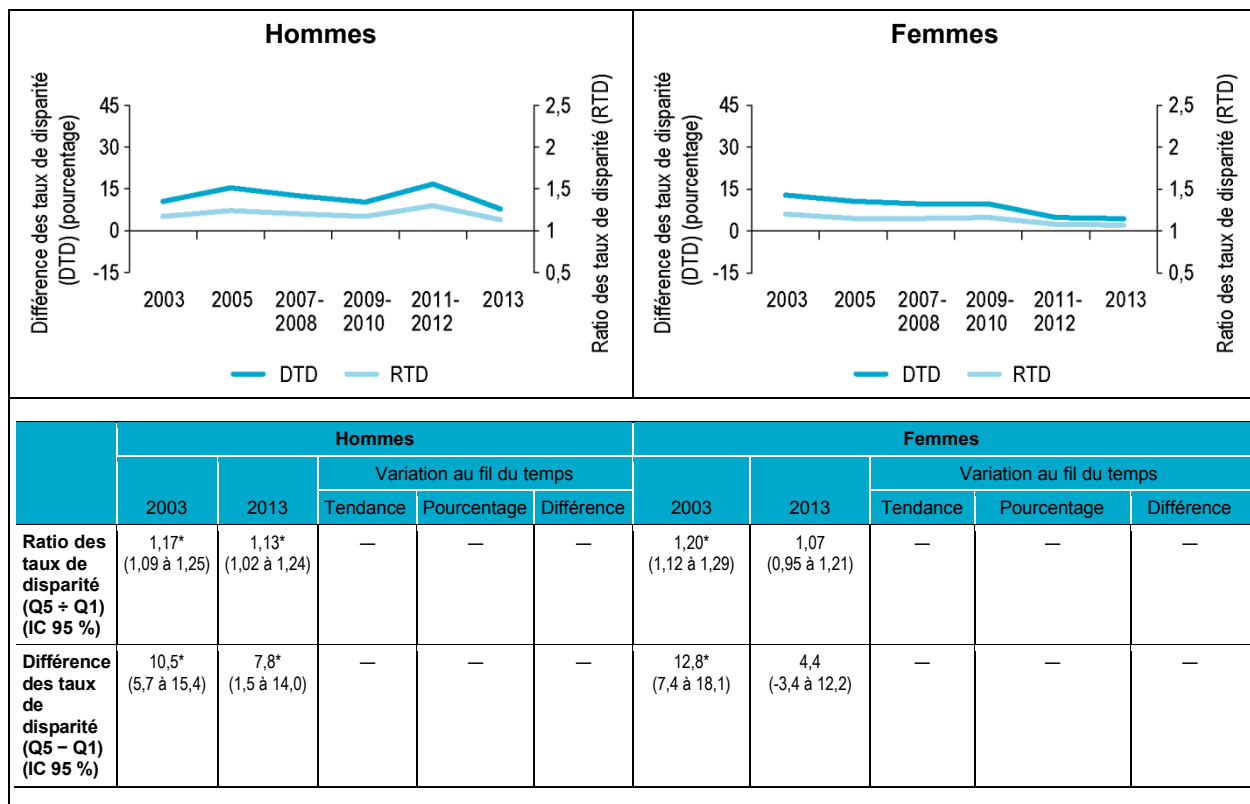


### Tendances des inégalités selon le sexe

- Tant chez les hommes que chez les femmes<sup>iv</sup>, l'inégalité liée au revenu s'est maintenue sur une échelle relative et sur une échelle absolue de 2003 à 2013.

iv. Pour les femmes, les données suggèrent une diminution de l'inégalité sur une échelle relative et absolue, car le RTD et la DTD étaient statistiquement significatifs en 2003, mais ils ne l'étaient pas en 2013. Toutefois, étant donné que les limites de confiance se chevauchent d'une estimation à l'autre pour 2003 et 2013, l'inégalité est en principe restée la même selon la méthodologie employée aux fins du présent rapport.

Figure 46 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées, selon le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées

Les analyses qui précèdent indiquent que l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées s'est maintenue durant la dernière décennie. De plus, de moins en moins de personnes âgées, tous niveaux de revenu confondus, déclarent avoir été vaccinées contre la grippe. Cette baisse découle principalement d'une baisse de la vaccination chez les hommes.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2013, environ 89 500 personnes âgées de plus (4,5 %) au Canada se seraient fait vacciner si les personnes âgées à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux de vaccination antigrippale que celles au niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 8 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées, Canada, 2003 à 2013

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	9,8* (9,3 à 10,2)	4,5* (4,2 à 4,8)	6,6* (6,2 à 7,0)	5,4* (5,0 à 5,8)	11,9* (11,1 à 12,7)	0,6* (0,6 à 0,7)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	319 900	89 500	99 400	78 000	220 500	11 500

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction préventive ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

En 2000, des programmes publics de vaccination antigrippale à l'intention des personnes âgées (65 ans et plus) avaient été mis en place dans 11 provinces et territoires; on ne trouvait toutefois aucun programme de ce type à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick<sup>381</sup>. Au début de 2014, on retrouvait de tels programmes dans les 13 provinces et territoires<sup>382</sup>. Les programmes universels de vaccination contre la grippe financés par l'État sont rentables pour ce qui est de réduire les complications ainsi que les taux de morbidité et de mortalité attribuables à la grippe<sup>379</sup>. Cependant, même si la vaccination contre la grippe est financée par l'État, la présente analyse conclut que l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées s'est maintenue. Le taux de vaccination antigrippale des personnes âgées a diminué durant la période visée à tous les niveaux de revenu, en particulier chez les hommes.

Quelques stratégies permettraient d'augmenter ces taux, dont un service de vaccination de proximité (p. ex. visites à domicile et cliniques de proximité), et des rappels (p. ex. cartes postales ou appels personnalisés)<sup>383</sup>. Pour accroître l'accès dans la collectivité, plusieurs provinces ont élargi le champ de pratique des pharmaciens pour qu'ils puissent désormais donner des vaccins contre la grippe (se reporter à l'encadré 13)<sup>384-386</sup>.

## Encadré 13 : Cliniques de vaccination antigrippale en pharmacie, 2009 et 2010

**Problème** : Au Canada, les taux de vaccination antigrippale des personnes âgées sont inférieurs à l'objectif de 80 %<sup>380</sup>, surtout chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible, comme en rendent compte les pages qui précèdent. Notamment, le taux observé de 2003 à 2013 en Colombie-Britannique a diminué chez les personnes âgées au niveau de revenu le plus faible.

**Intervention** : Rendre les vaccins plus accessibles dans la collectivité, en particulier dans les régions rurales et à faible revenu au Canada, est l'une des solutions envisagées. Plusieurs provinces ont élargi le champ de pratique des pharmaciens afin qu'ils puissent donner des vaccins contre la grippe et, de ce fait, en accroître l'accessibilité<sup>385</sup>. Dans le cadre d'un récent essai contrôlé par grappes sélectionnées aléatoirement, Marra et ses collaborateurs ont évalué pendant 2 ans l'efficacité de la vaccination en pharmacie pour les personnes âgées et les groupes à risque<sup>384</sup>. Ainsi, des cliniques de vaccination antigrippale ont été mises en place dans les pharmacies des régions rurales de la Colombie-Britannique, des invitations personnalisées ont été envoyées et une campagne publicitaire dans les médias locaux a été lancée<sup>384</sup>.

**Justification et données probantes** : Cette stratégie de vaccination antigrippale en pharmacie a entraîné une hausse du taux de vaccination chez les personnes âgées vivant dans les régions rurales de la Colombie-Britannique<sup>384</sup>. Une bonne part des personnes vaccinées étaient issues de ménages à revenu faible (moins de 14 000 \$) ou moyen (de 45 000 \$ à 59 999 \$)<sup>384</sup>. Les personnes issues des ménages dont le revenu variait de 15 000 \$ à 29 000 \$ ont été les plus nombreuses à se faire vacciner<sup>384</sup>.

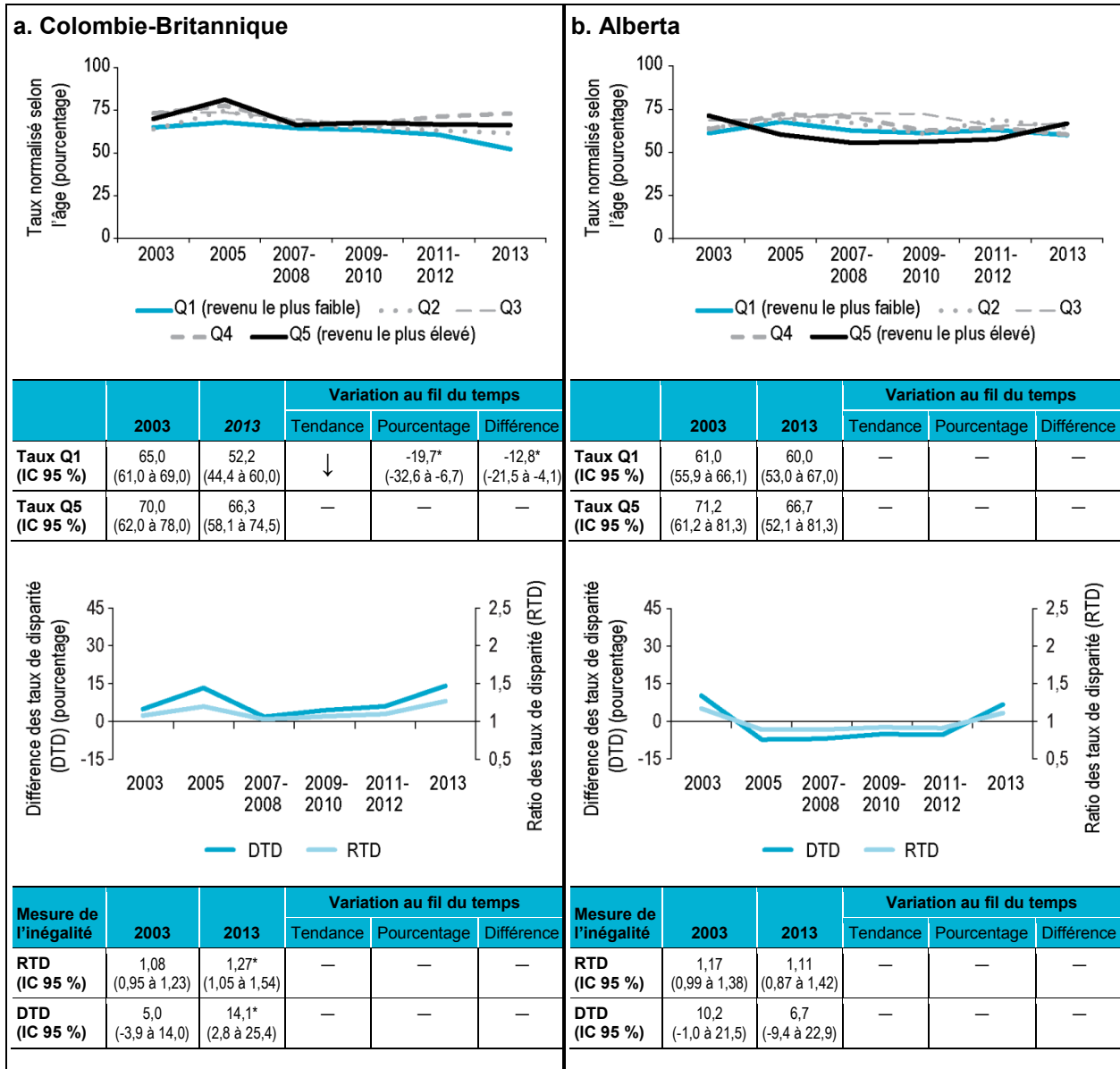
### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination antigrippale des personnes âgées a-t-elle évolué de 2003 à 2013 selon la province?

- L'importance de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la vaccination grippale des personnes âgées variait d'une province à l'autre. Toutefois, cette inégalité est restée la même dans toutes les provinces de 2003 à 2013<sup>v</sup>.
- La Colombie-Britannique a été la seule province à enregistrer une diminution du taux de vaccination antigrippale des personnes âgées au revenu le plus faible.

v. Pour certaines provinces, les données suggèrent une diminution de l'inégalité sur une échelle relative et sur une échelle absolue, car le RTD ou la DTD n'était pas statistiquement significatif en 2003, mais ils l'étaient en 2013 ou vice versa. Toutefois, étant donné que les limites de confiance se chevauchent d'une estimation à l'autre pour 2003 et 2013, l'inégalité est en principe restée la même selon la méthodologie employée aux fins du présent rapport.

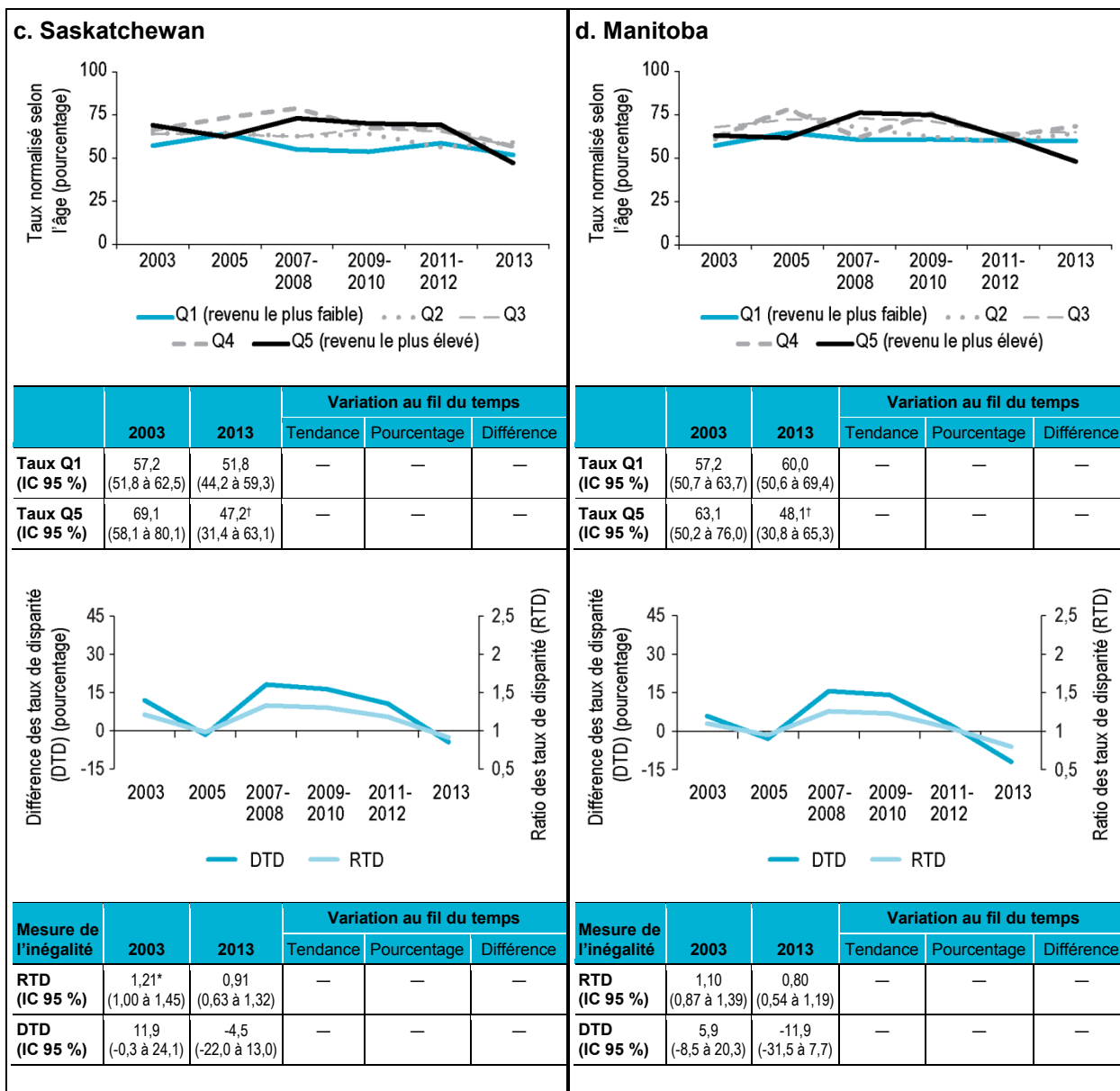


Figure 47 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013



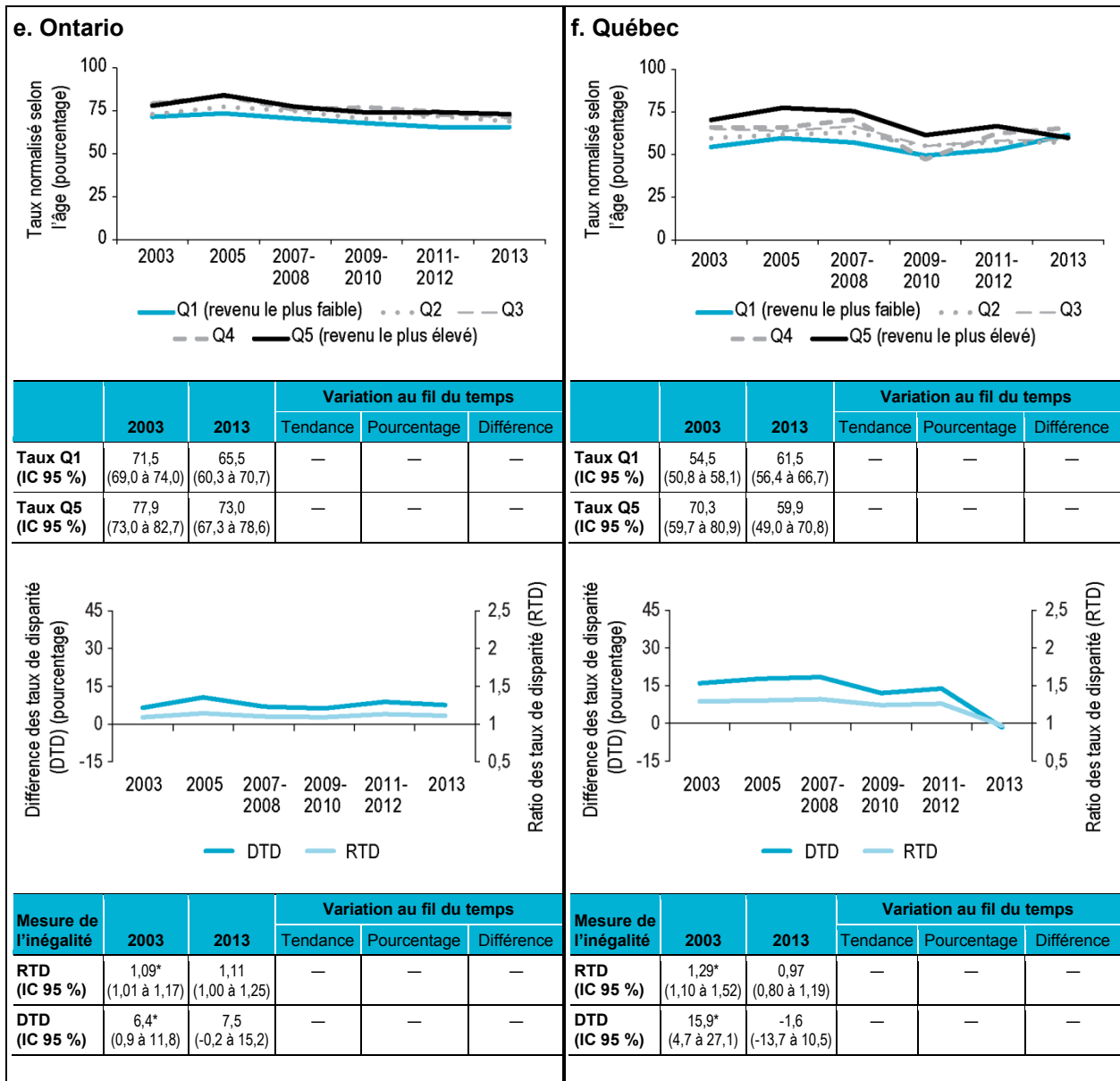
(suite à la page suivante)

Figure 47 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



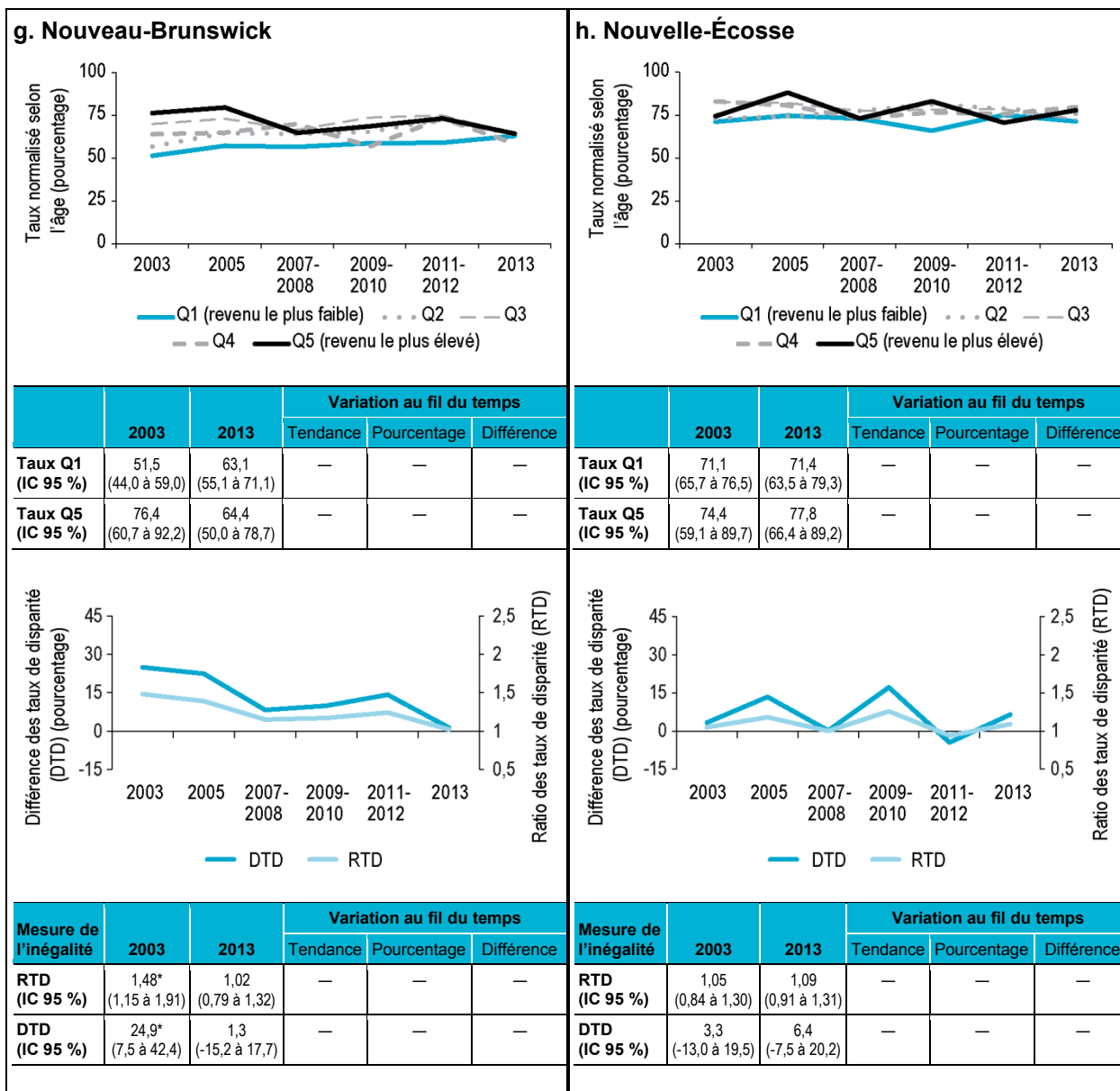
(suite à la page suivante)

Figure 47 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



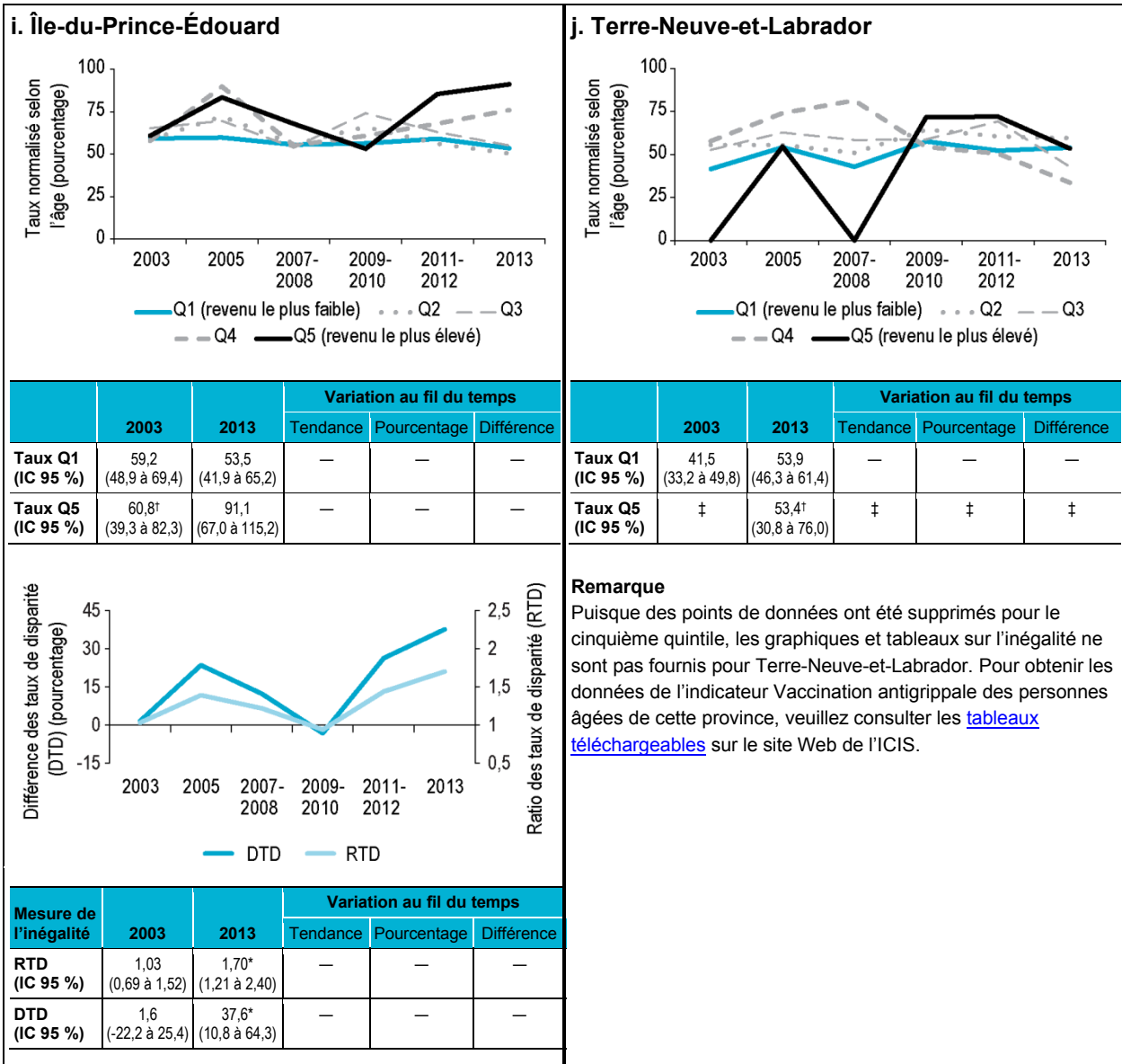
(suite à la page suivante)

Figure 47 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 47 : Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



## Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans

### Contexte

L'indicateur Hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans rend compte des hospitalisations pour le traitement de la MPOC dans les hôpitaux généraux. Il concerne les personnes de 74 ans et moins et s'exprime en taux de sorties (congéés, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) par 100 000 habitants.

La MPOC est une maladie des poumons qui progresse avec le temps. La plupart des personnes atteintes reçoivent leur diagnostic à un âge avancé<sup>387</sup>. Cette affection comprend la bronchite chronique et l'emphysème et se caractérise par de l'essoufflement, une sécrétion excessive de mucus, une toux et des restrictions au passage de l'air<sup>387</sup>. Chez les personnes de 74 ans et moins, la MPOC est parfois considérée comme une condition propice aux soins ambulatoires (CPSA), car une intervention rapide et efficace en soins de santé primaires peut habituellement prévenir les complications et les hospitalisations<sup>388</sup>. Des taux élevés d'hospitalisations liées à une CPSA, y compris les hospitalisations attribuables à la MPOC, peuvent indiquer un accès difficile à des soins de santé primaires qui soient opportuns, appropriés et efficaces<sup>389, 390</sup>.

La MPOC est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Canada<sup>391, 392</sup>. En outre, les personnes atteintes de MPOC présentent souvent d'autres comorbidités<sup>393</sup> qui peuvent compliquer la prise en charge de la maladie et l'utilisation des soins de santé<sup>394</sup>. On estime qu'environ 80 % des décès attribuables à la MPOC sont liés au tabagisme<sup>395</sup>.

Les exacerbations graves de la MPOC qui nécessitent une hospitalisation représentent un fardeau considérable pour le système de santé au Canada et ont une incidence sur la qualité de vie liée à la santé des personnes atteintes<sup>396</sup>. On estime qu'en 2012, environ 40 300<sup>vi</sup> hospitalisations liées à la MPOC ont eu lieu chez les personnes de 74 ans et moins. Étant donné que le coût moyen d'une hospitalisation liée à la MPOC pour une personne de 74 ans et moins s'élève à près de 8 000 \$, le coût total de ces hospitalisations se chiffrait en 2012 à environ 314 629 000 \$ (Base de données canadienne SIG, données non publiées). Au Canada, les personnes atteintes de MPOC présentaient un taux de réadmissions plus élevé que celles aux prises avec d'autres problèmes de santé comme l'arythmie, la pneumonie et les troubles de l'appareil digestif<sup>397</sup>. En 2010-2011, près d'une personne atteinte de MPOC sur 5 (18,8 %), tous âges confondus, a été réadmise dans un établissement de soins de courte durée dans les 30 jours suivant son hospitalisation initiale<sup>397</sup>.

Outre l'utilisation importante des soins de santé et les coûts directs afférents, les exacerbations graves de la MPOC ont des effets néfastes sur la santé des patients, notamment une détérioration plus marquée de la fonction respiratoire<sup>398</sup>, une baisse de la qualité de vie liée à la santé<sup>399</sup> ainsi qu'un risque accru de morbidité et de mortalité<sup>400</sup>.

vi. Ce nombre exclut les enregistrements d'hospitalisations dont le code postal était manquant (environ 1,6 % de tous les enregistrements).

## Notes sur l'indicateur

<b>Sources des données</b>	Base de données sur les congés des patients (BDCP) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), ICIS
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2001 à 2012

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

## Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

## Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012

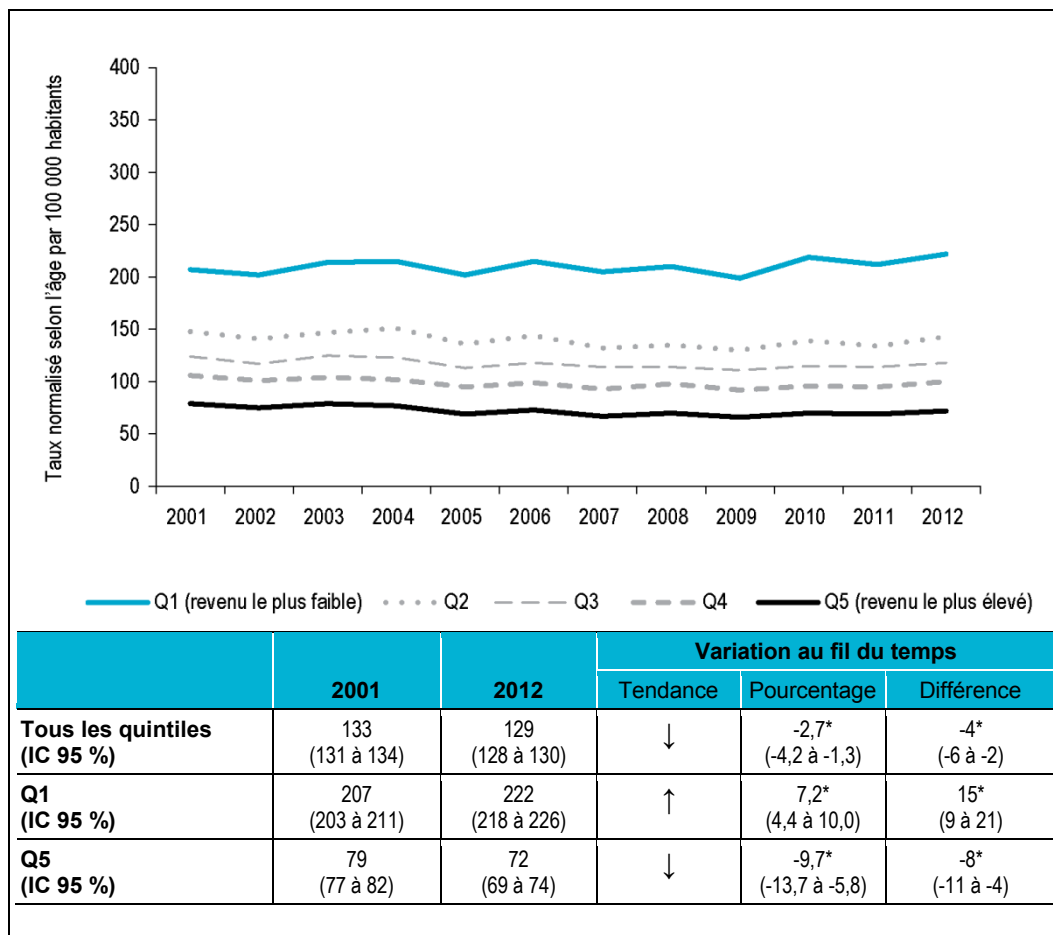
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans a-t-elle évolué de 2001 à 2012?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans a augmenté au fil du temps en raison d'une baisse au niveau de revenu le plus élevé et d'une hausse au niveau de revenu le plus faible.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2001 à 2012, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les personnes de moins de 75 ans a diminué de 133 à 129 par 100 000 habitants pour tous les niveaux de revenu confondus. Cette tendance est attribuable à la baisse du taux de MPOC aux 4 niveaux de revenu supérieurs.
- Le taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) au niveau de revenu le plus élevé a diminué de 9,7 %, passant de 79 par 100 000 habitants en 2001 à 72 par 100 000 habitants en 2012.
- À l'opposé, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) au niveau de revenu le plus faible a augmenté de 7,2 %, soit de 207 par 100 000 habitants en 2001 à 222 par 100 000 habitants en 2012.

Figure 48 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans, par quintile de revenu, Canada, 2001 à 2012

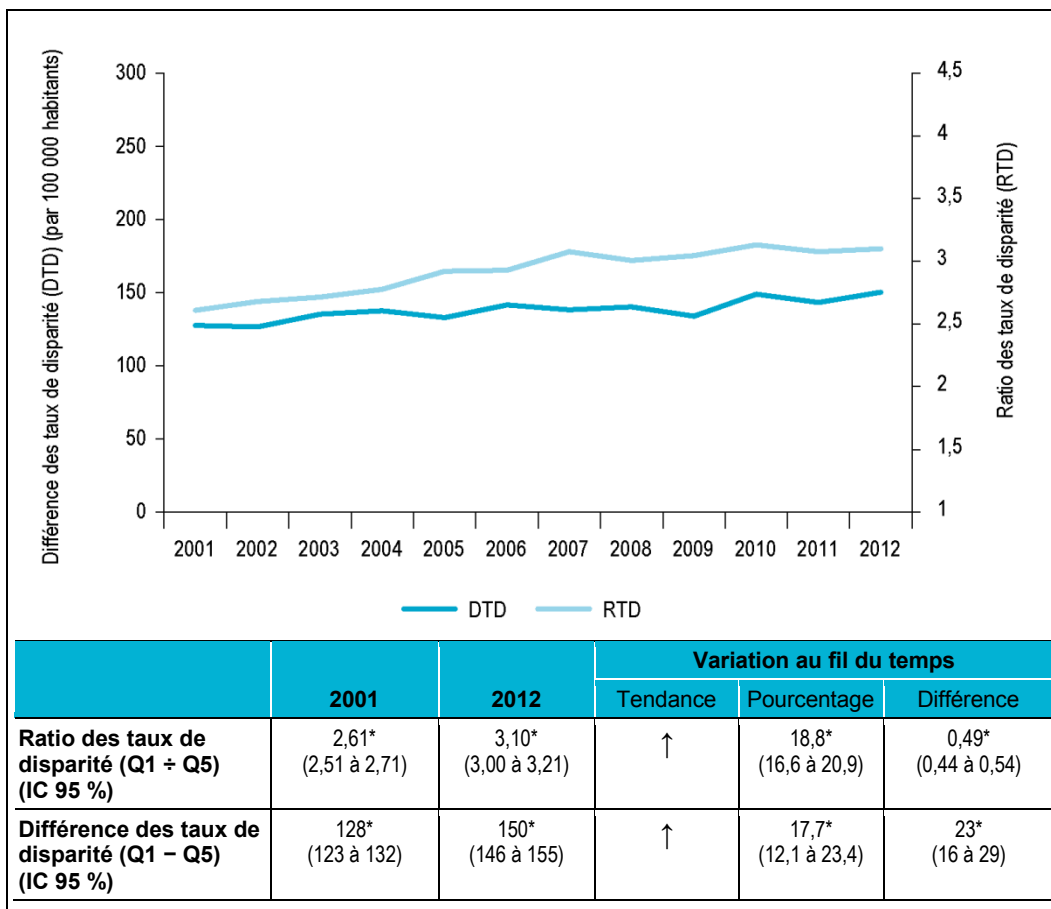


### Tendances des inégalités

- De 2001 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personne de moins de 75 ans) s'est creusée, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- En 2001, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était environ 2,6 fois supérieur (128 par 100 000 habitants) à celui chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé.
- En 2012, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était environ 3,1 fois supérieur (150 par 100 000 habitants) à celui chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé.



Figure 49 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans, Canada, 2001 à 2012



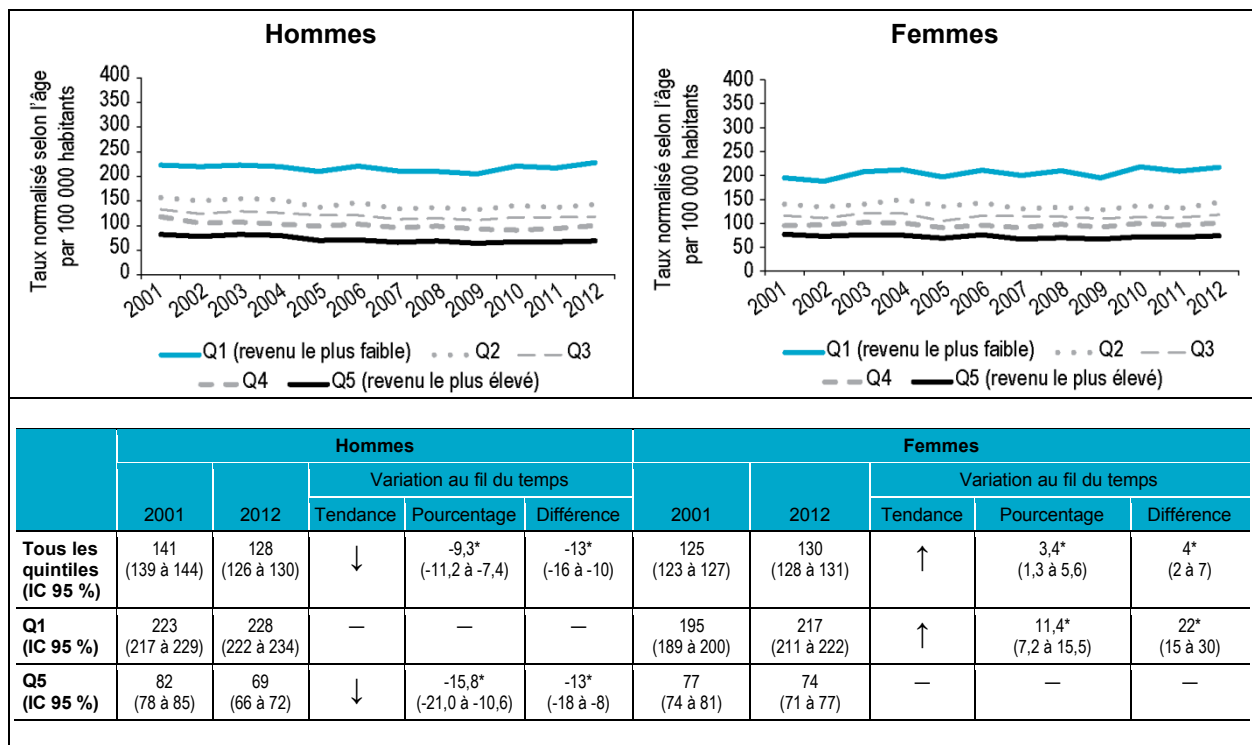
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2001 à 2012 pour les hommes et les femmes?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) s'est accrue au fil du temps pour les 2 sexes. Chez les hommes, l'augmentation de l'inégalité était principalement attribuable à la baisse du taux d'hospitalisations liées à la MPOC au niveau de revenu le plus élevé. Chez les femmes, elle résultait surtout de la hausse enregistrée au niveau de revenu le plus faible.

#### Tendances des taux selon le revenu et le sexe

- De 2001 à 2012, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les hommes de moins de 75 ans a diminué pour tous les niveaux de revenu combinés. Au niveau de revenu le plus élevé, le taux a reculé de 15,8 %, ce qui représente 13 hospitalisations de moins par 100 000 habitants.
- Durant la même période, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les femmes de moins de 75 ans a augmenté pour tous les niveaux de revenu combinés. Au niveau de revenu le moins élevé, le taux a augmenté de 11,4 %, ce qui représente 22 hospitalisations de plus par 100 000 habitants.

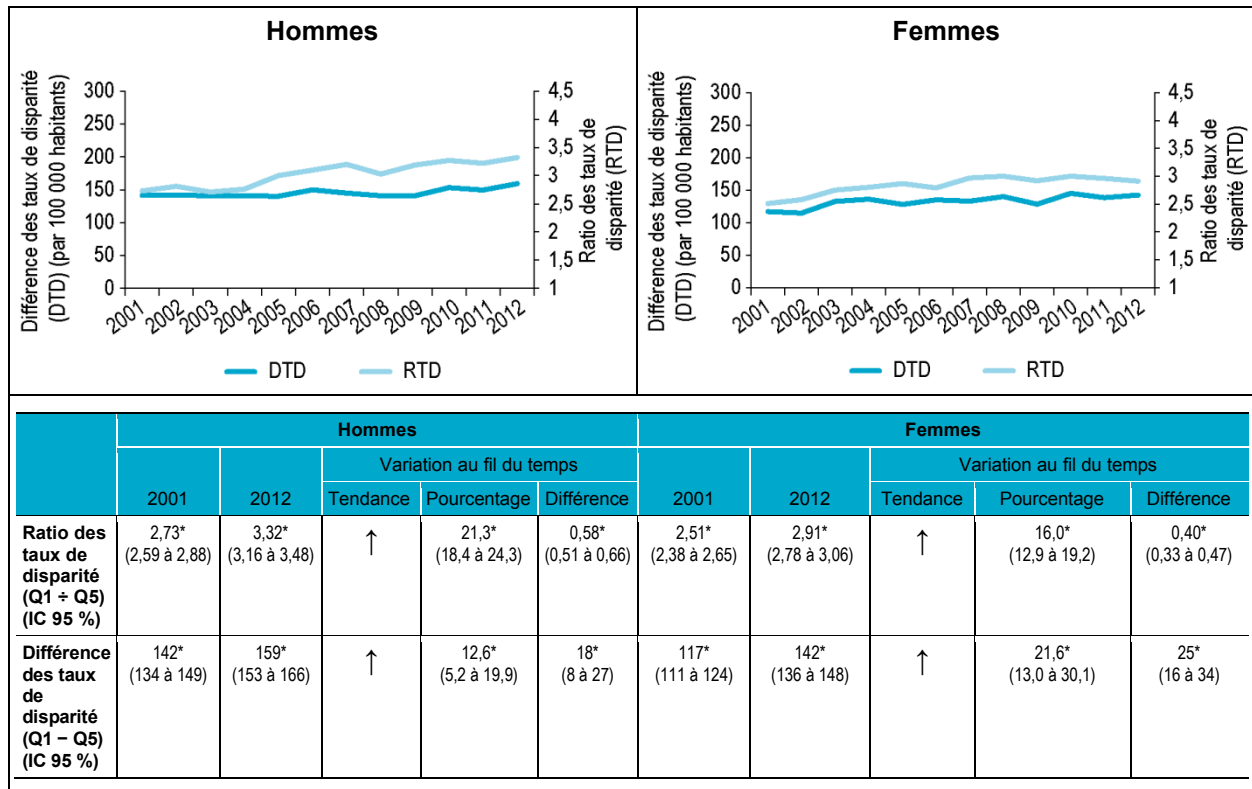
Figure 50 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2001 à 2012



### Tendances des inégalités selon le sexe

- L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) s'est creusée pour les 2 sexes, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.

Figure 51 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans, selon le sexe, Canada, 2001 à 2012



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans

Les analyses qui précèdent indiquent que, de 2001 à 2012, l'inégalité liée au revenu s'est aggravée en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans. Le plus faible taux d'hospitalisations liées à la MPOC a été observé chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé. Les taux augmentent en suivant l'échelle des revenus, mais l'écart entre le quintile de revenu le plus faible et le deuxième quintile est nettement plus prononcé que l'écart entre les quintiles de revenu supérieurs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2012, environ 18 700 hospitalisations liées à la MPOC (45,3 %) chez les Canadiens de moins de 75 ans auraient pu être évitées si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux d'hospitalisations liées à la MPOC que ceux au niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 9 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans, Canada, 2001 à 2012

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	40,2* (38,4 à 42,0)	45,3* (43,8 à 46,8)	42,6* (40,2 à 45,0)	47,6* (45,4 à 49,6)	37,9* (35,2 à 40,5)	43,1* (40,9 à 45,3)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	17 300	18 700	9 700	9 800	7 600	8 900

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

Pour réduire le taux global d'hospitalisations liées à la MPOC et combler l'écart entre les niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible, il faut adopter une approche exhaustive fondée à la fois sur la prévention et sur la prise en charge de la maladie. Par exemple, en réduisant la prévalence globale du tabagisme dans la population canadienne, en particulier dans les groupes à faible revenu, on réduirait l'incidence de la MPOC, ce qui permettrait de diminuer le nombre d'hospitalisations qui y sont associées<sup>395</sup>. Une analyse approfondie de la réduction des inégalités en matière de tabagisme est présentée à la section sur l'indicateur Tabagisme. La présente portera donc sur les façons de prendre en charge la maladie en vue de réduire l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans.

Le risque d'exacerbation de la MPOC nécessitant une hospitalisation augmente en fonction de plusieurs facteurs : la diminution de la fonction respiratoire (faible volume expiratoire maximal par seconde [VEMS]<sup>vii</sup>) ou la gravité de la maladie<sup>401-405</sup>, la qualité de l'air<sup>406</sup>, la présence de comorbidités<sup>402, 403</sup>, l'utilisation de corticostéroïdes oraux ou en inhalation<sup>402</sup>, les infections virales et bactériennes<sup>406</sup> ou une concentration accrue de dioxyde de carbone (PaCO<sub>2</sub>) dans le sang<sup>402, 404</sup>. Enfin, un patient qui a déjà été hospitalisé en raison de la MPOC risque davantage d'être hospitalisé de nouveau<sup>402, 404, 405</sup>.

Compte tenu de cet éventail de facteurs, il est essentiel d'adopter des approches d'intervention sur plusieurs fronts qui permettront la prise en charge de la maladie à divers stades de son évolution pour réduire le taux global d'hospitalisations liées à la MPOC<sup>401, 407</sup>. Voici quelques exemples des stratégies employées :

- la détection précoce, notamment grâce à un dépistage de la MPOC chez les fumeurs et les autres groupes à risque;
- l'autogestion (programmes d'éducation, plans d'action);

vii. Un système de classification a été établi pour déterminer la gravité de la MPOC. Ce système est fondé sur la gravité de la limitation du débit d'air. Le test VEMS postbronchodilatateur sert à déterminer le stade de la maladie : léger, modéré, grave ou très grave. Le VEMS correspond au volume maximal d'air pouvant être expulsé par seconde. Il s'agit de l'une des mesures les plus courantes de l'obstruction des voies respiratoires. Puisque les personnes atteintes de MPOC ont un volume et un débit expiratoires plus faibles que la normale, leurs valeurs de VEMS sont inférieures aux résultats habituels.

- l'abandon du tabac chez les personnes atteintes de MPOC;
- la vaccination antigrippale et antipneumococcique;
- la réadaptation pulmonaire;
- les soins multidisciplinaires ou la prise en charge intégrée de la maladie (PCI).

La PCI semble particulièrement efficace dans le traitement des personnes atteintes de MPOC<sup>408</sup>. Une revue systématique de la PCI de la MPOC a révélé que les interventions de PCI réduisent la fréquence et la durée des hospitalisations liées aux troubles respiratoires chez les patients atteints de MPOC<sup>408</sup>. L'objectif de la PCI consiste à améliorer la qualité des soins dispensés à ces patients. Pour ce faire, on intègre diverses dimensions des soins, comme l'autogestion, tout en intensifiant la collaboration entre les dispensateurs de soins (infirmières praticiennes, omnipraticiens, pneumologues, etc.)<sup>408</sup>. La prise en charge intégrée offerte aux patients atteints de MPOC dans les quartiers à faible revenu permettrait de réduire les inégalités liées au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC (voir l'encadré 14).

Outre l'adaptation des approches comme la PCI pour un meilleur accès aux soins pour tous les Canadiens, il est possible de réduire le taux disproportionné d'hospitalisations liées à la MPOC aux niveaux de revenu inférieurs par d'autres stratégies. Au Canada, on a observé que les ménages à faible revenu annuel étaient plus susceptibles de ne pas acheter certains médicaments prescrits en raison de leur coût que les autres ménages<sup>409</sup>. Quelques provinces et territoires ont tenté d'éliminer les obstacles financiers à l'achat de médicaments en subventionnant le coût des médicaments ou des fournitures destinés au traitement des maladies chroniques comme la MPOC, ainsi que des médicaments d'abandon du tabac<sup>389, 410-413</sup>.

## Encadré 14 : Projet MPOC — accès aux soins intégrés, Office régional de la santé de Winnipeg, 2011

**Problème** : Comme le montrent les analyses qui précèdent, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC s'est aggravée de 2001 à 2012. Les taux étaient systématiquement supérieurs pour le quintile de revenu le plus faible.

**Intervention** : En 2011, la Zone communautaire de Seven Oaks et Inkster et l'Hôpital général Seven Oaks ont lancé le projet pilote MPOC — accès aux soins intégrés afin d'améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins pour les patients atteints de MPOC et résidant dans le nord-ouest de Winnipeg, au Manitoba<sup>414-416</sup>. Le projet ciblait principalement dans le quartier nord de Winnipeg, où le niveau de revenu moyen est plus faible que dans les autres quartiers de la ville<sup>415, 417-423</sup>. Il a été réalisé conjointement par divers acteurs offrant des niveaux de soins différents, comme le Centre des services sociaux et de santé Seven Oaks, des programmes cliniques de l'Office régional de la santé (ORS) de Winnipeg et des programmes communautaires des quartiers nord-ouest de Winnipeg<sup>414, 415</sup>. Le projet visait à améliorer la qualité de vie des patients ainsi qu'à réduire les exacerbations de la MPOC et les hospitalisations liées à cette maladie<sup>414</sup>. Il était composé de multiples interventions : abandon du tabac, diagnostic basé sur la spirométrie, vaccination contre la grippe et la pneumonie, éducation et autogestion (gestion de la maladie, plans d'action, prise adéquate des médicaments), renvoi à des spécialistes (réadaptation pulmonaire, consultation d'un pneumologue, programme d'oxygénothérapie à domicile de l'ORS de Winnipeg), et accès à des services de soutien communautaires<sup>414</sup>. L'approche collaborative était fondée sur des modèles de soins intégrés déjà utilisés au Royaume-Uni et en Colombie-Britannique<sup>414</sup>.

(suite à la page suivante)

**Justification et données probantes** : Le projet pilote de 6 mois comptait initialement 157 patients, dont 124 ont terminé le programme<sup>414</sup>. Voici quelques-uns des résultats observés<sup>414</sup> :

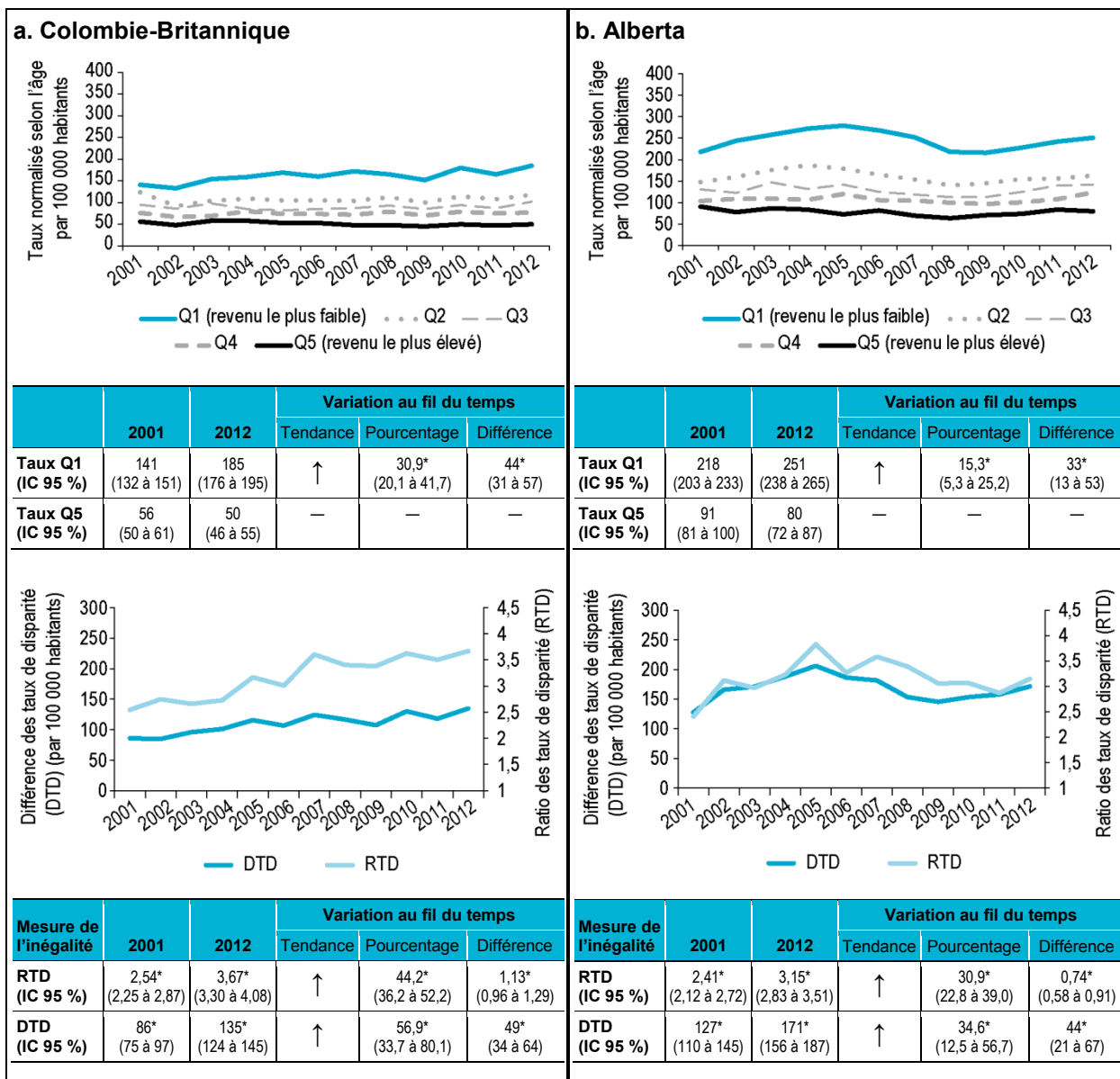
- 20 % des fumeurs participant au projet avaient cessé de fumer à la fin du programme de 6 mois;
- la prise en charge de la maladie s'est améliorée à plusieurs égards :
  - meilleure reconnaissance des symptômes d'exacerbation chez les patients;
  - diminution des poussées (de 41 à 5);
  - diminution des visites au service d'urgence (de 9 à 5);
  - diminution des hospitalisations (de 3 à 0);
  - amélioration des résultats aux épreuves fonctionnelles de la MPOC;
- les renvois au programme de réadaptation pulmonaire ont augmenté de 44,4 %;
- la satisfaction des patients et des dispensateurs de soins primaires s'est améliorée.

Selon l'évaluation des économies réalisées grâce au projet, la durée du séjour à l'hôpital pour les 55 patients recrutés dans un service d'urgence a diminué en moyenne de 7 jours<sup>414</sup>. Au total, 385 jours d'hospitalisation ont été évités. Le coût d'un jour d'hospitalisation étant d'environ 1 000 \$, on estime que les séjours écourtés ont entraîné des économies de 385 000 \$.

### **Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans a-t-elle évolué de 2001 à 2012 selon la province?**

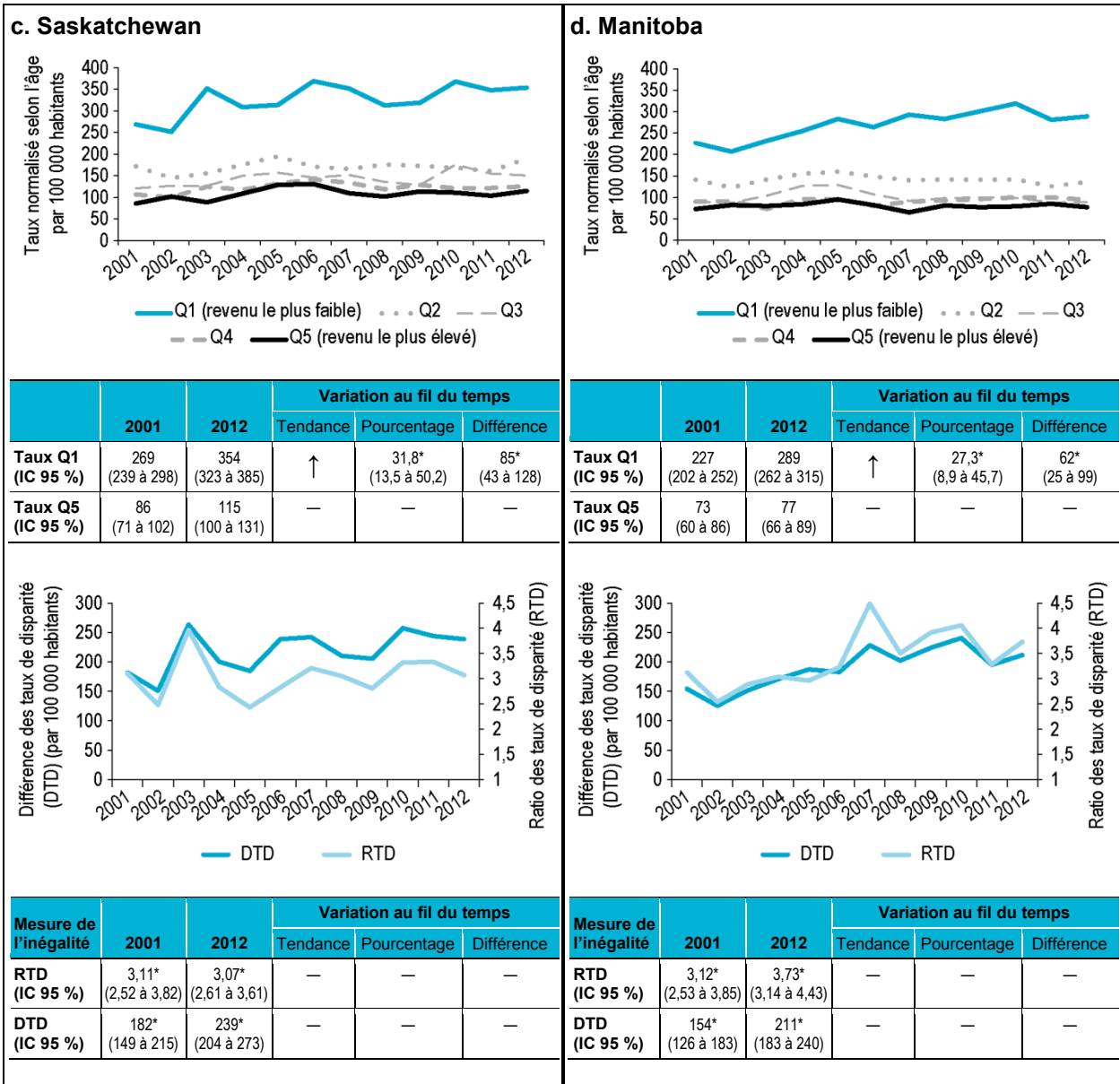
- L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC a augmenté tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec. En Saskatchewan et en Ontario, l'inégalité est restée stable sur une échelle relative, mais a augmenté sur une échelle absolue.
- Dans toutes les autres provinces, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la MPOC s'est maintenue sur les 2 échelles.
- De 2001 à 2012, le taux d'hospitalisations liées à la MPOC a augmenté au niveau de revenu le plus faible en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador.
- L'ampleur de l'inégalité en matière d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans) variait d'une province à l'autre.
- En 2012, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador affichaient la plus faible inégalité relative en matière d'hospitalisations liées à la MPOC (personnes de moins de 75 ans), présentant des ratios des taux inférieurs à 2 et des différences des taux de l'ordre de 100 hospitalisations de plus par 100 000 habitants.
- Le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta affichaient une forte inégalité relative et absolue : leurs ratios des taux se chiffraient à 3,73, 3,07 et 3,15, et leurs différences des taux, à 211, 239 et 171 hospitalisations de plus par 100 000 résidents, respectivement. La Colombie-Britannique et l'Ontario, quant à elles, présentaient également une forte inégalité relative, avec des ratios des taux de 3,67 et 3,30, mais une inégalité absolue beaucoup plus modeste, avec des différences des taux de 132 et de 135 hospitalisations de plus par 100 000 habitants, respectivement.

Figure 52 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012



(suite à la page suivante)

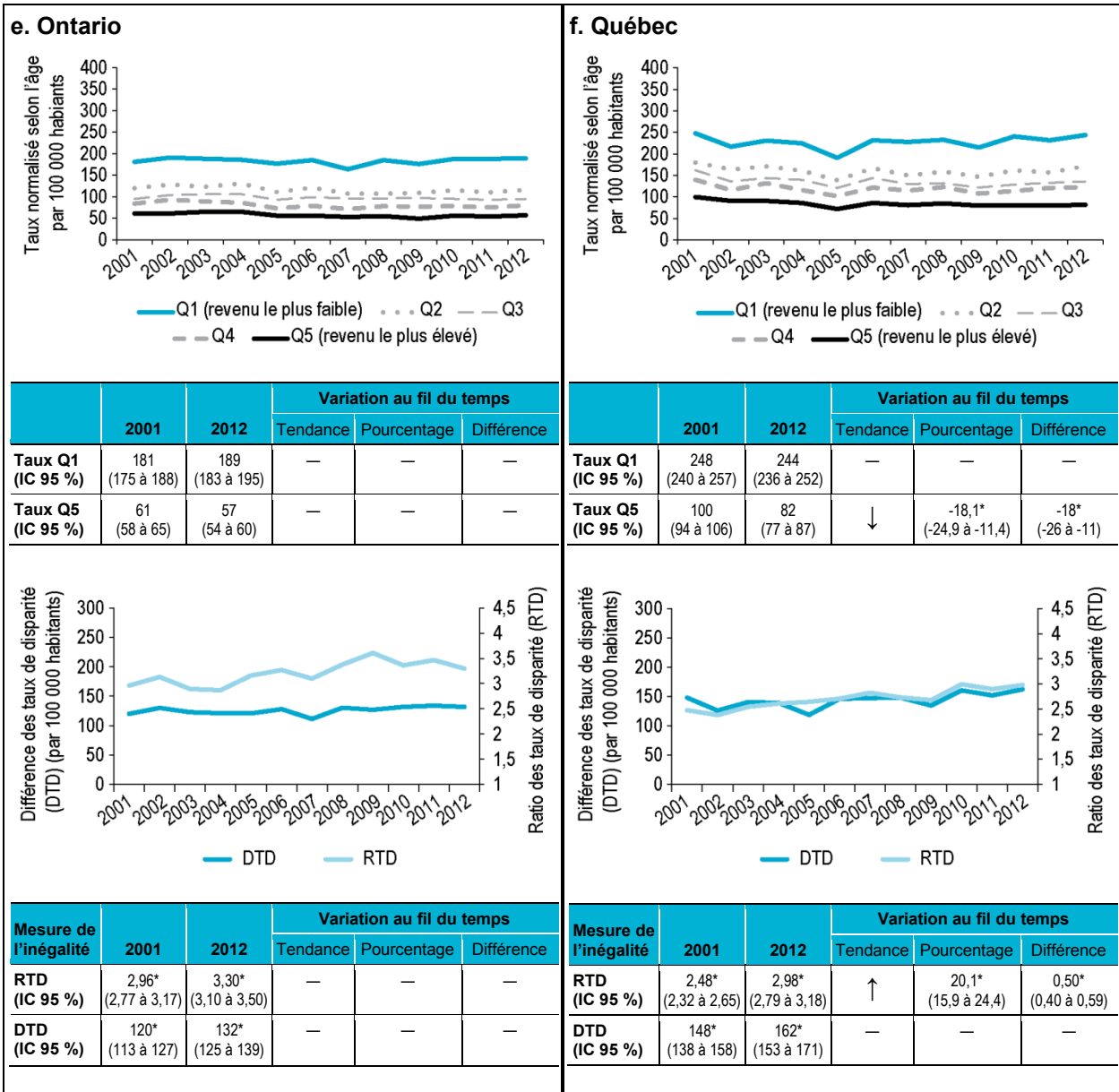
Figure 52 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

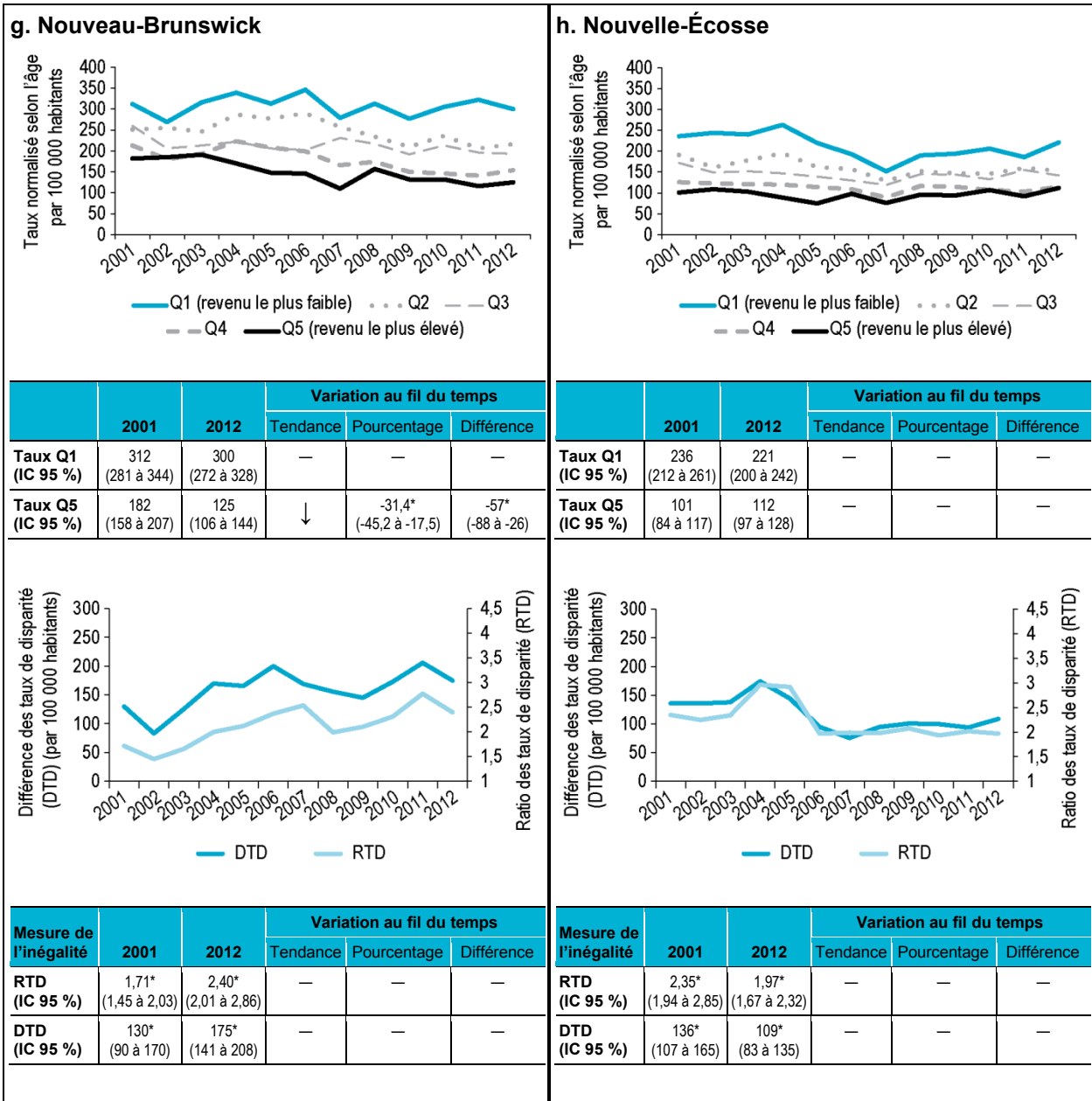


Figure 52 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

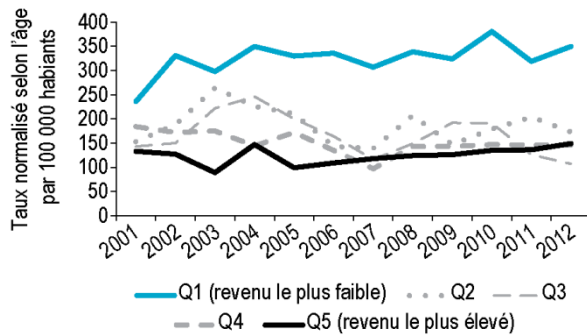
Figure 52 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



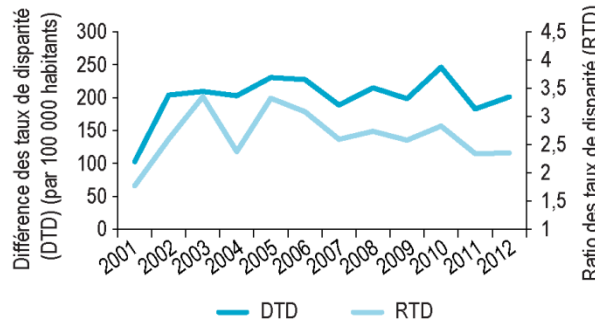
(suite à la page suivante)

Figure 52 : Taux d'hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)

**i. Île-du-Prince-Édouard**

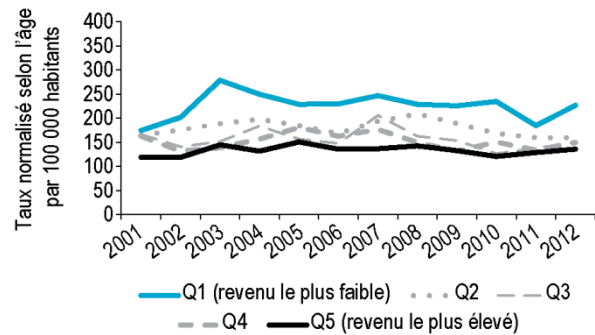


	2001	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	236 (174 à 298)	350 (279 à 420)	—	—	—
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	133 (84 à 182)	149 (105 à 192)	—	—	—

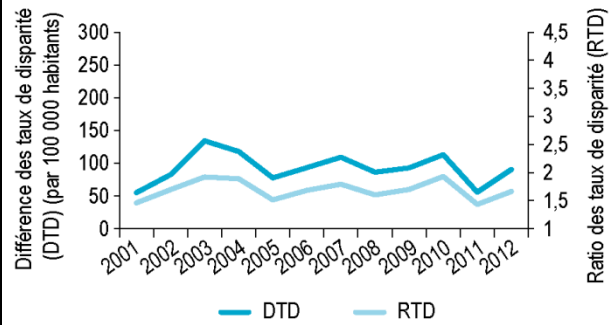


Mesure de l'inégalité	2001	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	1,77* (1,13 à 2,78)	2,35* (1,65 à 3,35)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	103* (24 à 182)	201* (118 à 284)	—	—	—

**j. Terre-Neuve-et-Labrador**



	2001	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	175 (147 à 202)	227 (200 à 254)	—	—	—
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	119 (94 à 145)	136 (113 à 159)	—	—	—



Mesure de l'inégalité	2001	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	1,46* (1,12 à 1,91)	1,67* (1,36 à 2,05)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	55* (18 à 93)	91* (55 à 126)	—	—	—

## Section 3 : Résultats pour la santé et le mieux-être

Le degré d'exposition des Canadiens aux facteurs intermédiaires agissant sur la santé et leur capacité à s'y adapter ou à y faire face varient en fonction de leur situation socioéconomique<sup>29</sup>. Dans la section qui précède, nous avons examiné les tendances des inégalités liées au revenu pour certains facteurs intermédiaires, notamment les facteurs liés à la situation matérielle, au comportement, à la petite enfance et au système de santé. Il est important de surveiller ces tendances, car ultimement elles ont une influence sur l'inégalité des résultats pour la santé et le mieux-être.

Dans la présente section du rapport, nous nous pencherons sur divers indicateurs de résultats pour la santé et le mieux-être au fil du temps et selon le niveau de revenu. Ces indicateurs sont répartis en 4 grandes catégories :

- indicateurs liés aux blessures : Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées et Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur;
- indicateurs liés à la maladie chronique : Hospitalisation liée à une maladie mentale, Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, Crise cardiaque menant à une hospitalisation et Diabète;
- indicateur lié au mieux-être : Autoévaluation de la santé mentale;
- indicateur lié à la mortalité : Mortalité infantile.

### Indicateurs liés aux blessures

#### Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées

##### Contexte

L'indicateur Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées rend compte des hospitalisations pour le traitement des blessures liées à une chute dans les hôpitaux généraux. Cet indicateur concerne les personnes de 65 ans et plus et s'exprime en taux de sorties (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) par 100 000 habitants et par année au Canada.

Les chutes représentent l'une des principales causes d'hospitalisation à la suite d'une blessure chez les personnes âgées au Canada<sup>424</sup> et un facteur de risque important pour l'admission des personnes âgées dans un établissement de soins de longue durée<sup>424-426</sup>. Environ 15 % des personnes âgées hospitalisées à la suite d'une chute sont admises dans un établissement de soins de longue durée et 8 % décèdent durant leur hospitalisation<sup>426</sup>. En outre, les blessures liées à une chute chez les personnes âgées nécessitent un séjour à l'hôpital plus long que le séjour moyen pour toute autre cause, ce qui alourdit le fardeau financier du système de santé<sup>427</sup>. En 2010-2011 (le plus récent exercice financier pour lequel des données sont accessibles), les personnes âgées ont passé en moyenne 12 jours à l'hôpital toutes causes confondues, mais 21 jours en moyenne pour une blessure liée à une chute<sup>427</sup>.

En 2012, il y a eu environ 92 000<sup>viii</sup> hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées au Canada. Comme le coût moyen d'une hospitalisation liée à une chute pour une personne âgée est estimé à 14 800 \$, le coût total de ces hospitalisations en 2012 a atteint 1 360 976 000 \$ environ (Base de données canadienne SIG, données non publiées). Cependant, les coûts directs des blessures liées à une chute chez les personnes âgées ne se limitent pas aux frais d'hospitalisation. Ils comprennent également les coûts associés à la réadaptation, aux médicaments, aux soins infirmiers, aux services à domicile et aux soins palliatifs. En 2004, on estimait que le traitement des blessures liées à une chute chez les personnes âgées coûtait plus de 2 milliards de dollars annuellement<sup>428</sup>.

Un certain nombre de facteurs contribuent à la hausse des risques de chute chez les personnes âgées, par exemple le manque d'équilibre, la déficience visuelle, les mauvaises conditions d'hébergement (dangers présents au domicile), la malnutrition, les médicaments et les antécédents de chute<sup>426, 429-432</sup>. De plus, en 2008-2009, le risque d'hospitalisation à la suite d'une chute était plus important chez les personnes aux niveaux de revenu inférieurs que chez celles au niveau de revenu le plus élevé<sup>433</sup>. Le revenu peut en effet agir sur divers facteurs, comme l'accès au soutien social, la qualité de l'hébergement et de l'alimentation ainsi que l'accès aux services ou à des appareils et accessoires fonctionnels<sup>434, 435</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Sources des données</b>	Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2001 à 2012

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

(suite à la page suivante)

viii. Ce nombre exclut les enregistrements d'hospitalisations dont le code postal était manquant (environ 1,4 % de tous les enregistrements).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD, ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
§	La variation en pourcentage n'a pas été calculée, car l'estimation de la DTD était près de 0 en 2001
**	Entre 2001 et 2012, la tendance des inégalités liée au revenu s'est inversée de sorte que la situation s'est détériorée pour les personnes au revenu le plus élevé par rapport à celles au revenu le plus faible
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012

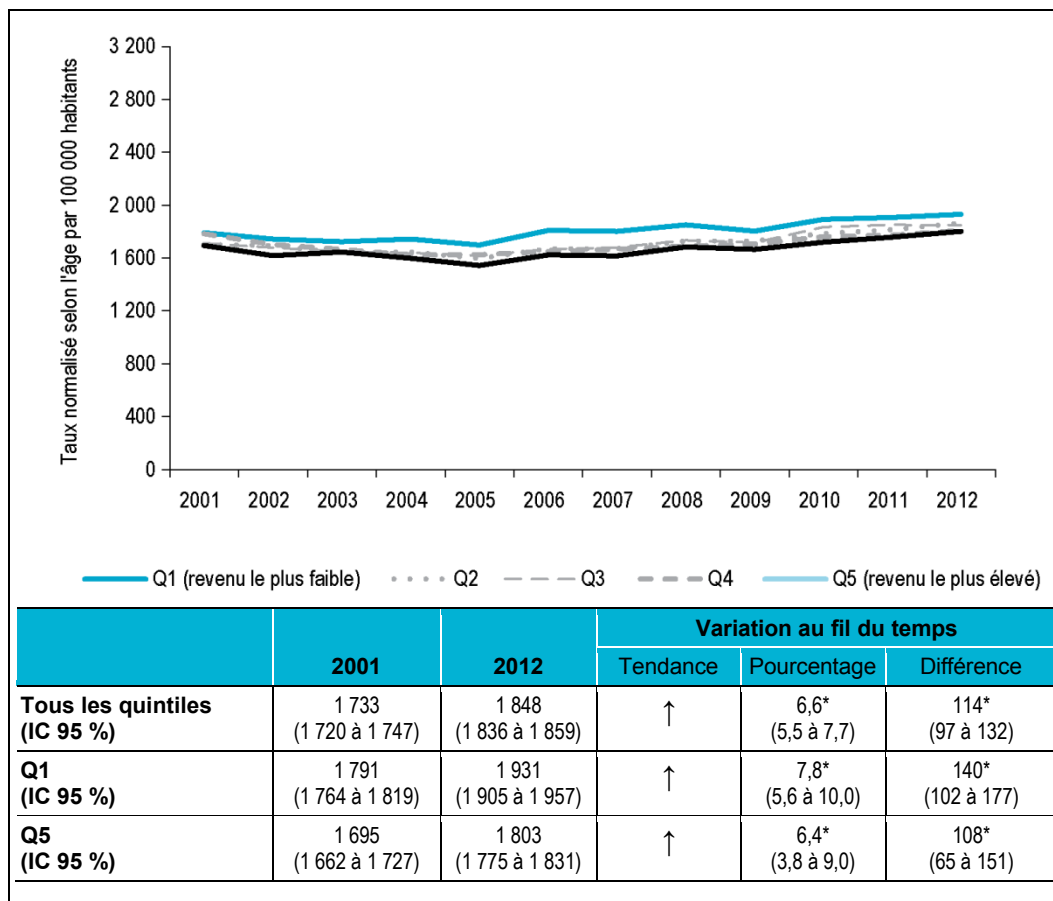
### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées a-t-elle évolué de 2001 à 2012?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées s'est largement maintenue au fil du temps et le taux a augmenté aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible.

#### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2001 à 2012, le taux d'hospitalisations à la suite d'une chute a augmenté de 6,6 %; il est passé de 1 733 à 1 848 par 100 000 habitants pour tous les niveaux de revenu confondus.
- Cette augmentation a été observée aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible.

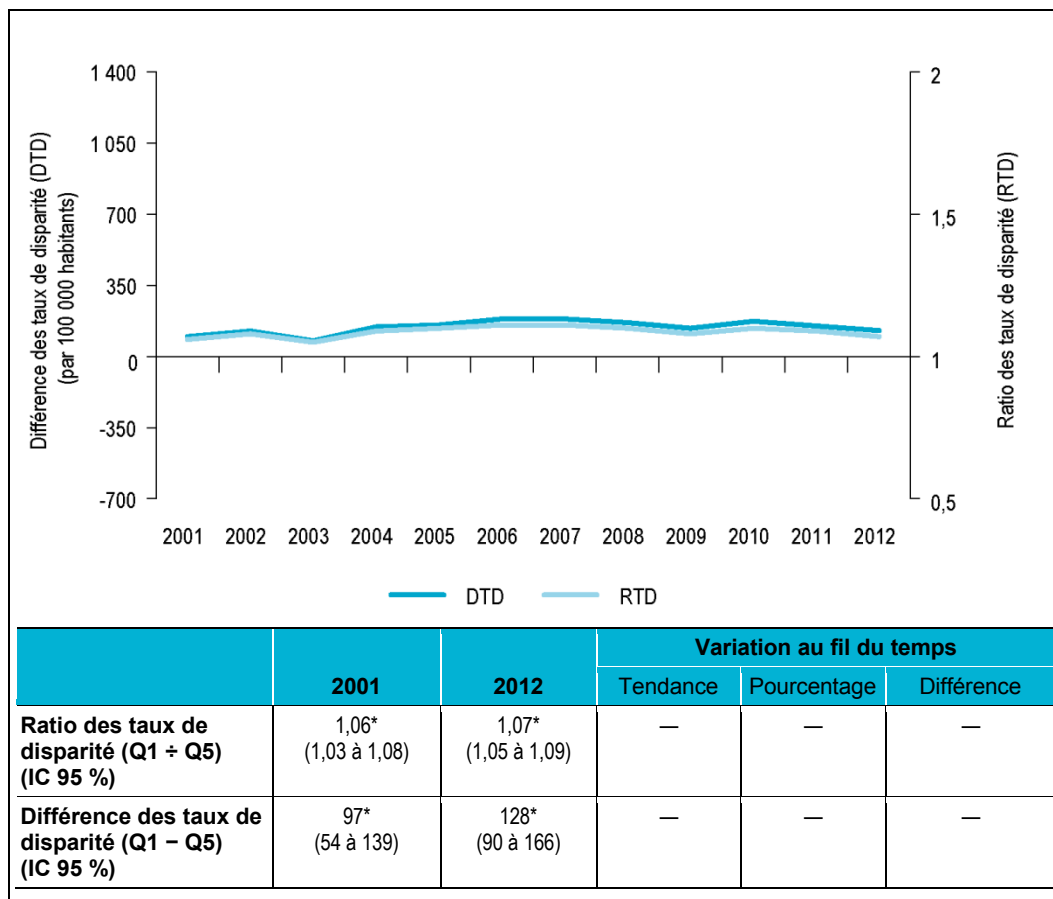
Figure 53 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées, par quintile de revenu, Canada, 2001 à 2012



### Tendances des inégalités

- De 2001 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées au niveau de revenu le plus faible était environ 1,06 à 1,07 fois supérieur à celui chez les personnes âgées au niveau de revenu le plus élevé.
- Sur une échelle absolue, les personnes âgées au niveau de revenu le plus faible comptaient environ 97 à 128 hospitalisations à la suite d'une chute de plus par 100 000 habitants que celles au niveau de revenu le plus élevé en 2012.

Figure 54 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées, Canada, 2001 à 2012



### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2001 à 2012 pour les hommes et les femmes?

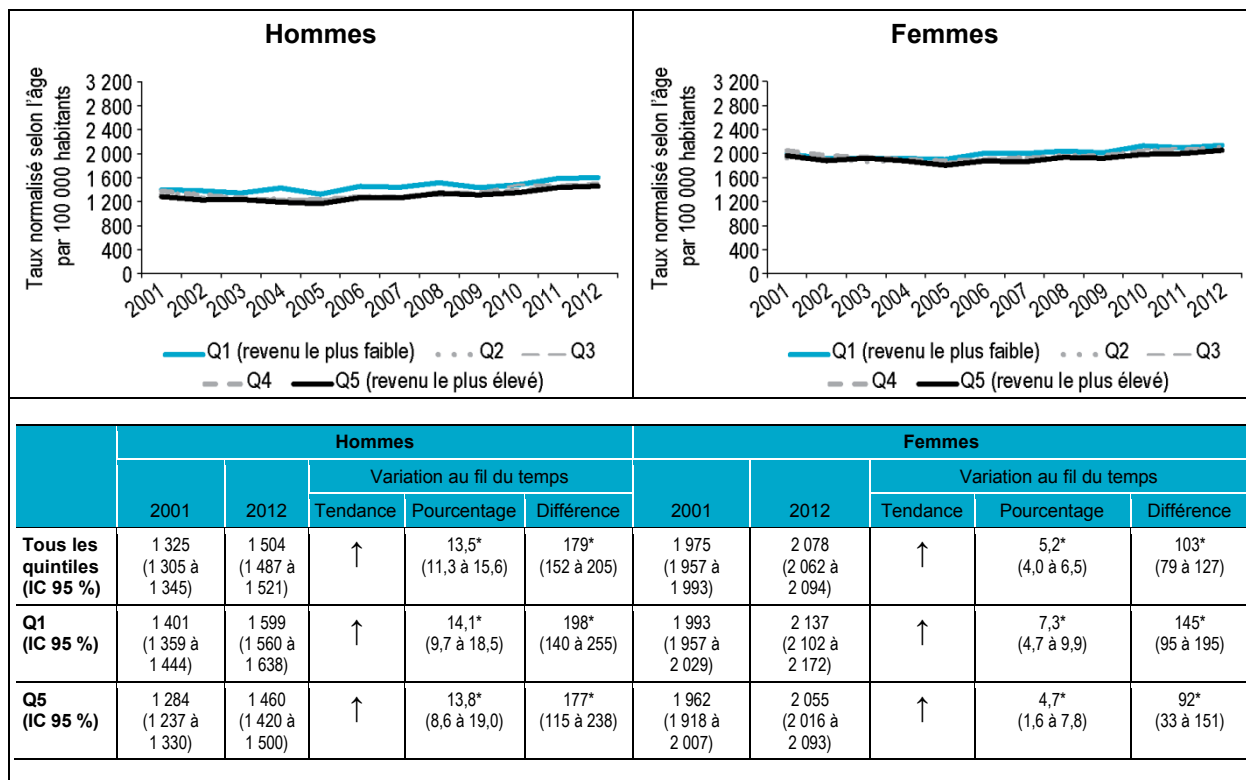
L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées s'est maintenue au fil du temps pour les 2 sexes et le taux a augmenté à tous les niveaux de revenu.

#### Tendances des taux selon le revenu et le sexe

- De 2001 à 2012, pour les 2 sexes, le taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées a augmenté aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé.
- Le taux était systématiquement plus élevé chez les femmes que chez les hommes pour tous les niveaux de revenu.



Figure 55 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2001 à 2012

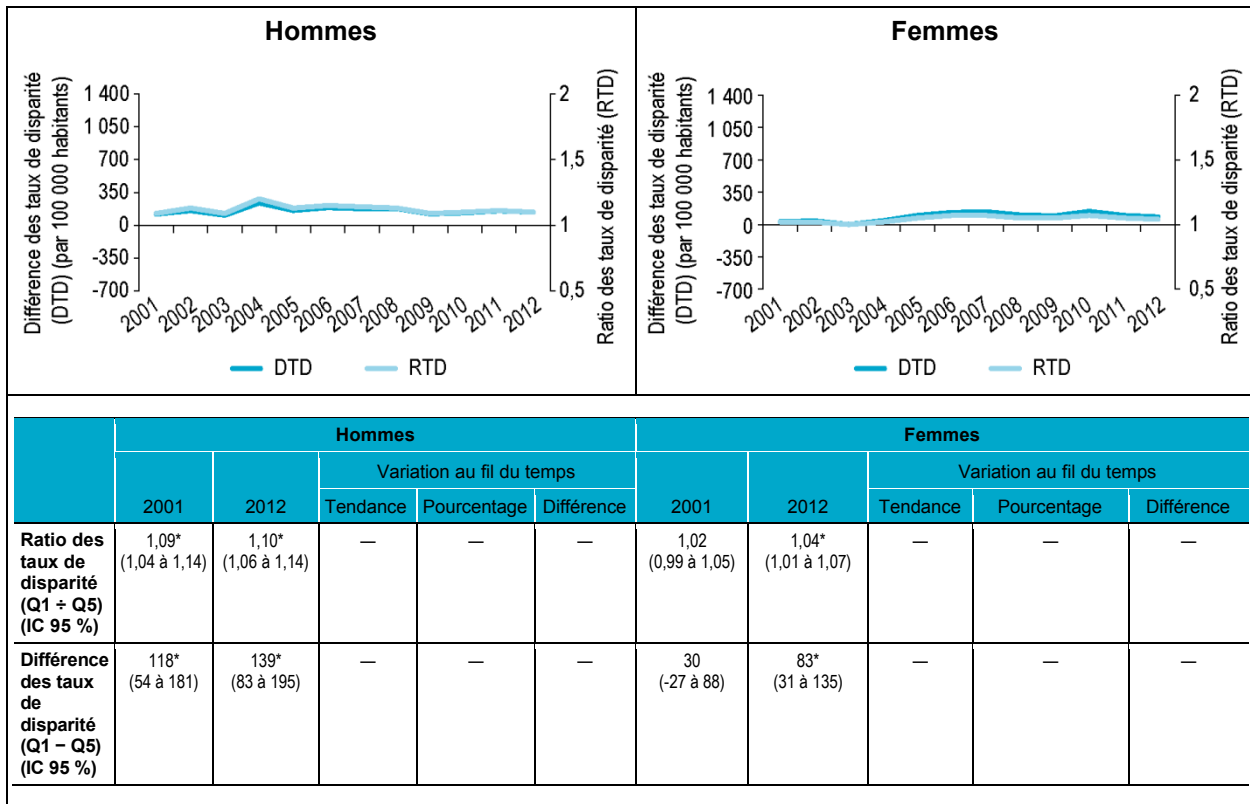


### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les hommes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Pour les femmes<sup>ix</sup>, l'inégalité était présente sur une échelle relative et absolue en 2012, quoique faible sur une échelle relative.

ix. Pour les femmes, les données suggèrent une augmentation de l'inégalité sur une échelle relative et absolue, car le RTD et la DTD n'étaient pas statistiquement significatifs en 2001, mais ils l'étaient en 2012. Toutefois, étant donné que les limites de confiance se chevauchent d'un taux à l'autre pour 2001 et 2012, l'inégalité est en principe restée la même selon la méthodologie employée aux fins du présent rapport.

Figure 56 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées, selon le sexe, Canada, 2001 à 2012



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées

Les analyses qui précèdent suggèrent que les hospitalisations à la suite d'une chute sont à la hausse chez les personnes âgées. Le fardeau des hospitalisations demeure le plus lourd chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible, même si l'écart avec le niveau de revenu le plus élevé s'est rétréci sur une échelle relative.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2012, environ 1 000 hospitalisations à la suite d'une chute (3,2 %) auraient pu être évitées si les hommes âgés à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux d'hospitalisations à la suite d'une chute que ceux au niveau de revenu le plus élevé. Aucune incidence de ce genre n'aurait été relevée chez les femmes âgées, puisque les taux d'hospitalisations à la suite d'une chute variaient peu d'un niveau de revenu à l'autre en 2012.

Tableau 10 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées, Canada, 2001 à 2012

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>††</sup> (IC 95 %)</b>	2,5* (0,8 à 4,2)	2,7* (1,4 à 4,1)	3,4* (0,1 à 6,5)	3,2* (0,8 à 5,5)	1,0 (-1,1 à 3,0)	1,5 (-0,2 à 3,2)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	1 000	1 000	1 000	1 000	0	0

**Remarque**

†† Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

Dans l'ensemble, une inégalité relative minimale a été observée au fil du temps au Canada pour l'indicateur Hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées. Cette observation reflète probablement la diminution de la proportion de faible revenu chez les personnes âgées au cours des 20 dernières années<sup>436</sup>. Les mesures de soutien direct au revenu offertes par le Programme de la sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti, le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec ont considérablement réduit la pauvreté chez les personnes âgées de même que l'inégalité des revenus<sup>131, 132</sup>. De tous les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada affiche l'un des plus faibles taux de pauvreté chez les personnes âgées. Des années 1970 au milieu des années 1990, le taux de pauvreté chez les personnes âgées du Canada a diminué. Or, à partir du milieu des années 1990, il s'est mis à augmenter. Selon certains, cette augmentation résulte des réductions budgétaires liées au financement des régimes de retraite de l'État pour une population vieillissante croissante<sup>438</sup>.

Le *Guide canadien des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*<sup>439</sup> propose 6 types d'interventions qui permettent de réduire les chutes chez les personnes âgées : exercice, modifications à l'environnement, éducation, médicaments, interventions cliniques et multifactorielles et stratégies de promotion de la santé. Toutefois, il y a actuellement peu de données probantes pour déterminer quelles actions permettent réellement de réduire les disparités socioéconomiques concernant les chutes, et, de manière plus générale, les déterminants sociaux des blessures<sup>440, 441</sup>.

Comme le domicile serait l'endroit où les chutes se produisent le plus souvent<sup>424, 426</sup>, l'une des principales stratégies de prévention des blessures consiste à fournir, à peu ou pas de frais, de l'équipement de sécurité à domicile tel que des rampes ou des barres d'appui<sup>440</sup>. Plusieurs programmes de réduction des risques de chutes et de blessures à la maison chez les personnes âgées ont été mis en œuvre dans tout le Canada. Mentionnons entre autres le programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA) offert partout au Canada par la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL)<sup>442</sup> et le programme Strategies and Actions for Independent Living (SAIL, ou stratégies et mesures pour une vie autonome)<sup>443</sup> offert par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Une description du programme LAAA est fournie à l'encadré 15.

## Encadré 15 : Logements adaptés : aînés autonomes, 1992 à aujourd'hui

**Problème** : Pour les personnes âgées, les facteurs tels que l'affaiblissement de la vue, le manque d'équilibre, la malnutrition, les dangers présents à leur domicile, les antécédents de chute et les médicaments peuvent accroître le risque de chutes<sup>426, 429-432</sup>. De plus, par rapport à l'ensemble des personnes âgées, celles dont le revenu annuel du ménage est inférieur à 15 000 \$ sont plus susceptibles de se blesser en tombant<sup>434</sup>.

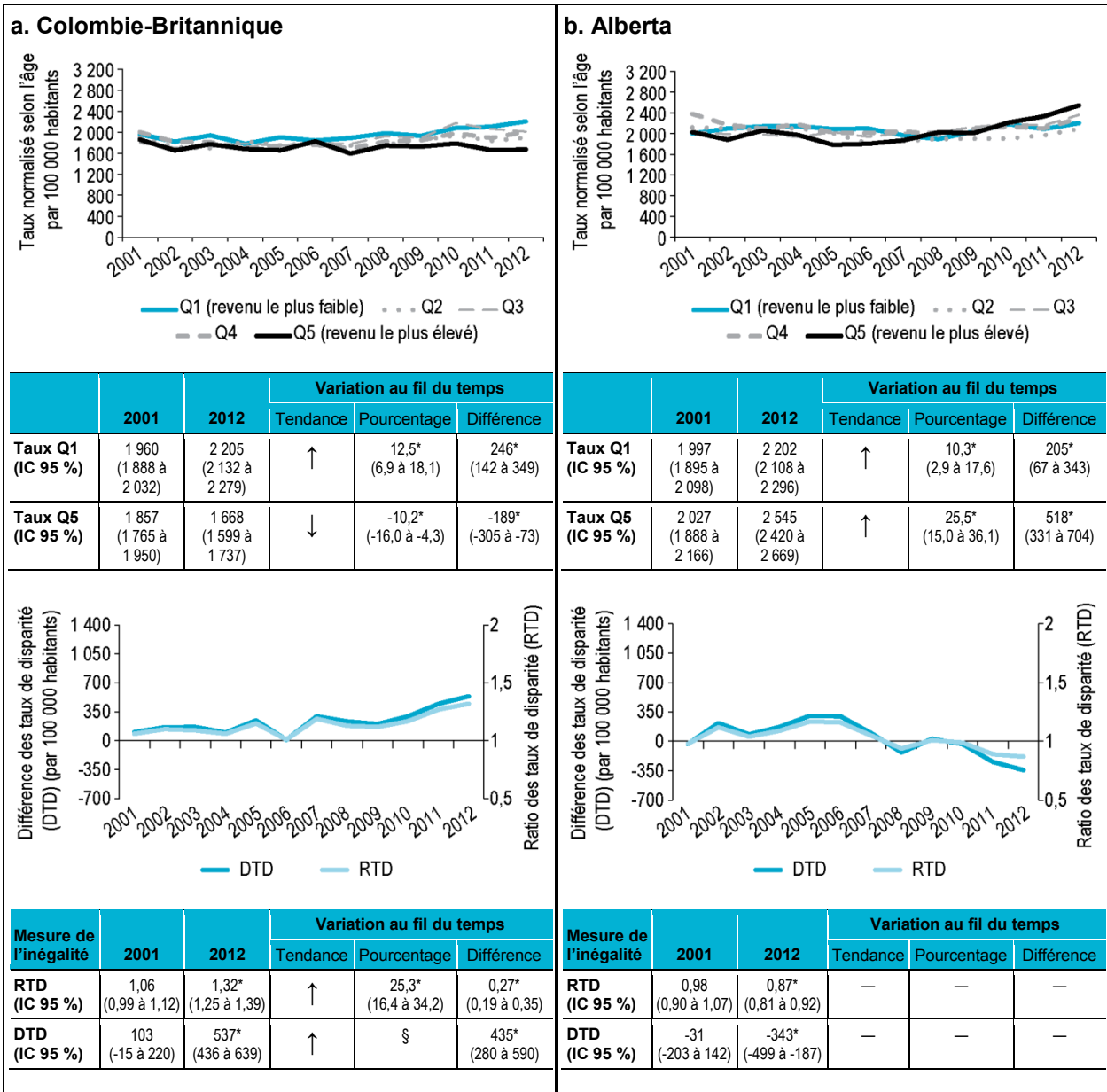
**Intervention** : Le programme LAAA de la SCHL offre des prêts-subventions aux personnes âgées (65 ans et plus) à faible revenu pour qu'elles puissent continuer à rester dans leur logement et éviter la vie en établissement. Le programme est administré par les provinces et les territoires et il permet d'accorder une aide financière pouvant atteindre 3 500 \$ pour des adaptations mineures visant à prévenir les chutes (p. ex. rampes, barres d'appui dans la salle de bain, poignées de porte plus faciles à utiliser)<sup>442</sup>. De 2003 à 2008, période la plus récente pour laquelle des données sont accessibles, le programme a accordé l'équivalent de quelque 35 millions de dollars en subventions et plus de 12 000 ménages en ont bénéficié<sup>442</sup>.

**Justification et données probantes** : Les recherches indiquent que la réduction des facteurs de risque à domicile permet efficacement de diminuer le nombre de chutes chez les personnes âgées présentant de tels antécédents et ayant de la difficulté à se déplacer<sup>444</sup>. Après avoir évalué le LAAA en 2009, la SCHL a déterminé que son programme parvenait à bien rejoindre les personnes âgées à faible revenu et à mobilité réduite<sup>442</sup>. Dans le cadre de cette évaluation, des ergothérapeutes professionnels ont également examiné les modifications apportées au domicile des participants. Plus de 95 % d'entre eux ont constaté que les modifications amélioraient réellement la capacité d'exécuter les activités du quotidien<sup>442</sup>. Environ 60 % des participants au programme LAAA ont apporté des modifications à leur salle de bain et près de 24 % ont modifié leur aire de vie en installant, par exemple, des rampes et des barres d'appui<sup>442</sup>. En plus d'offrir des avantages pratiques, l'installation d'équipement de prévention des chutes favorise l'autonomie<sup>445</sup> et la confiance en soi<sup>446</sup> des personnes âgées. En outre, elle peut rassurer les personnes âgées qui restreignent leurs activités par crainte de tomber<sup>447, 448</sup>.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées a-t-elle évolué de 2001 à 2012 selon la province?

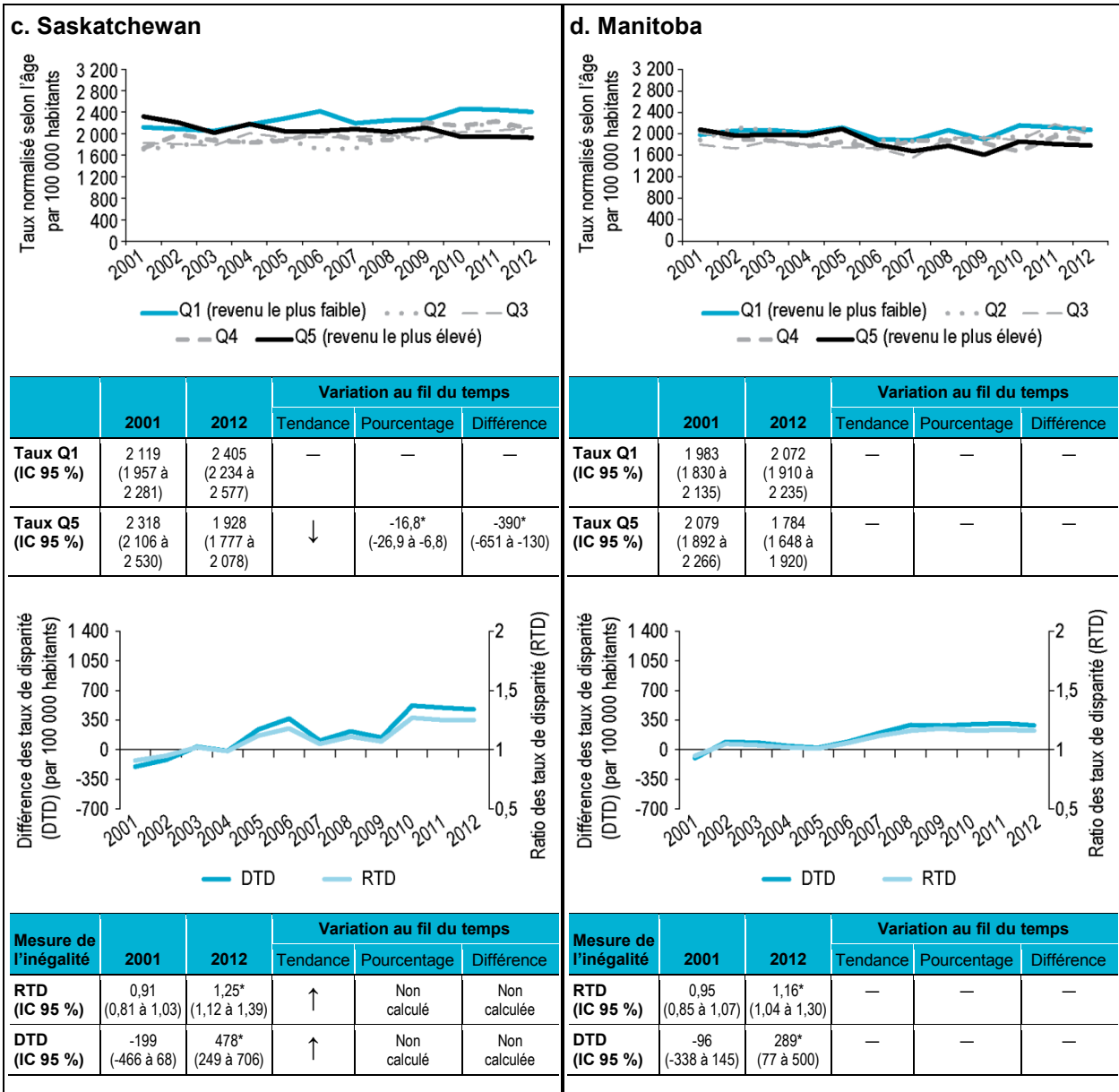
- De 2001 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées variait d'une province à l'autre.
- En Colombie-Britannique et en Saskatchewan, l'inégalité liée au revenu s'est creusée, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue. À l'inverse, l'inégalité liée au revenu s'est atténuée en Ontario sur ces 2 échelles.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, l'inégalité s'est inversée sur une échelle relative et absolue entre 2001 et 2012. Ainsi, les personnes âgées au niveau de revenu le plus élevé ont connu un plus grand nombre d'hospitalisations à la suite d'une chute que celles au niveau de revenu le plus faible.

Figure 57 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012



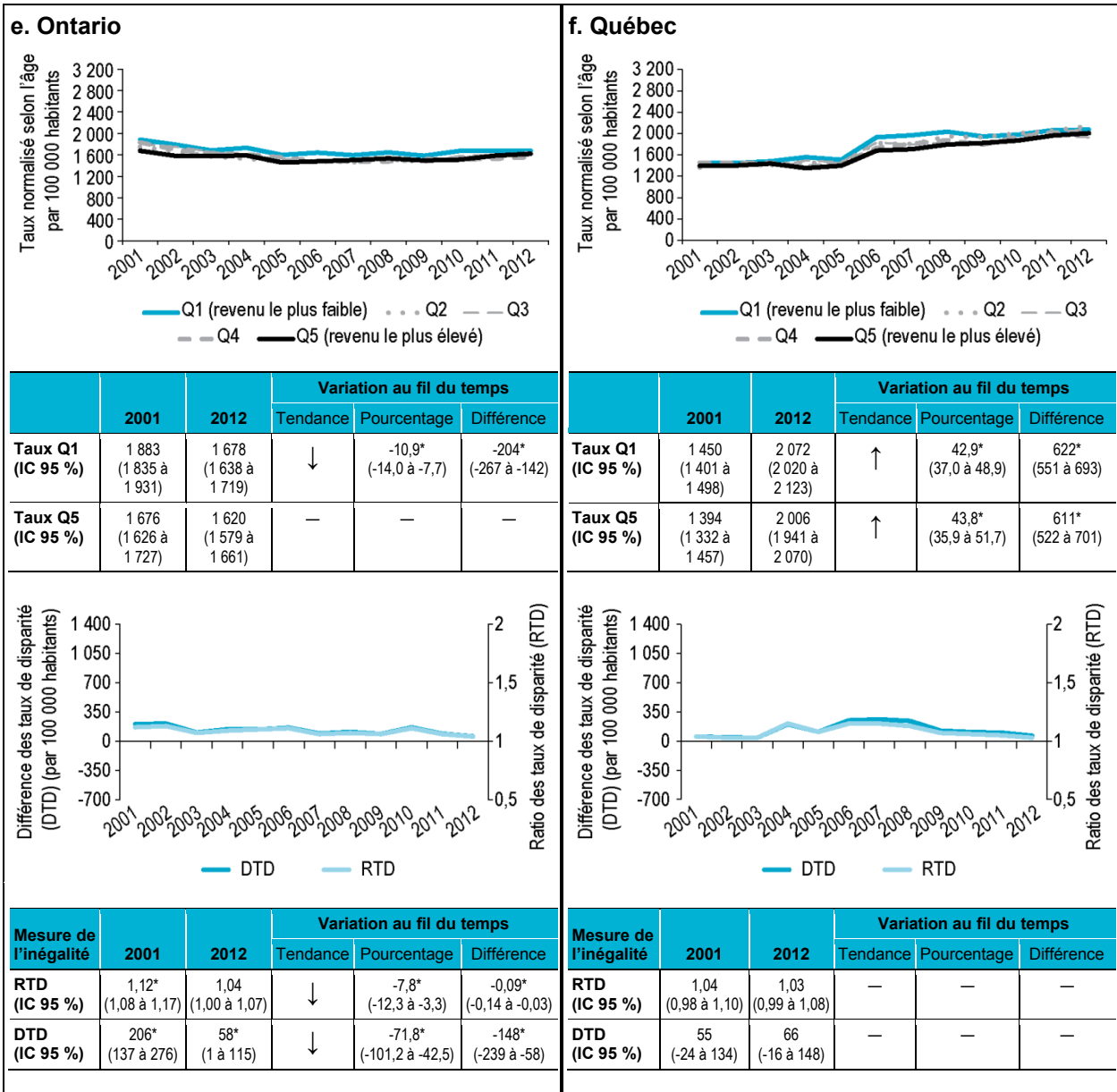
(suite à la page suivante)

Figure 57 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



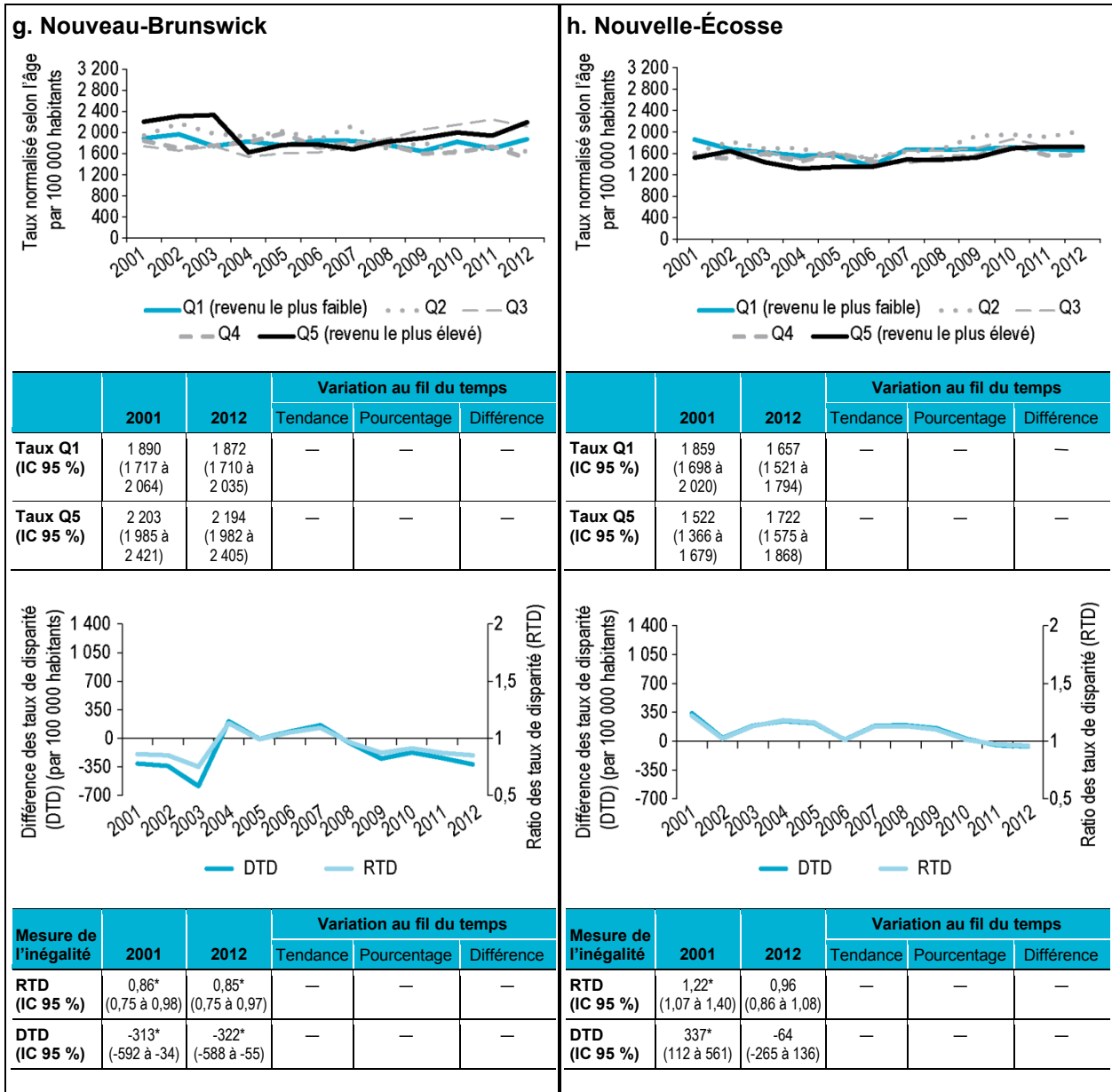
(suite à la page suivante)

Figure 57 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

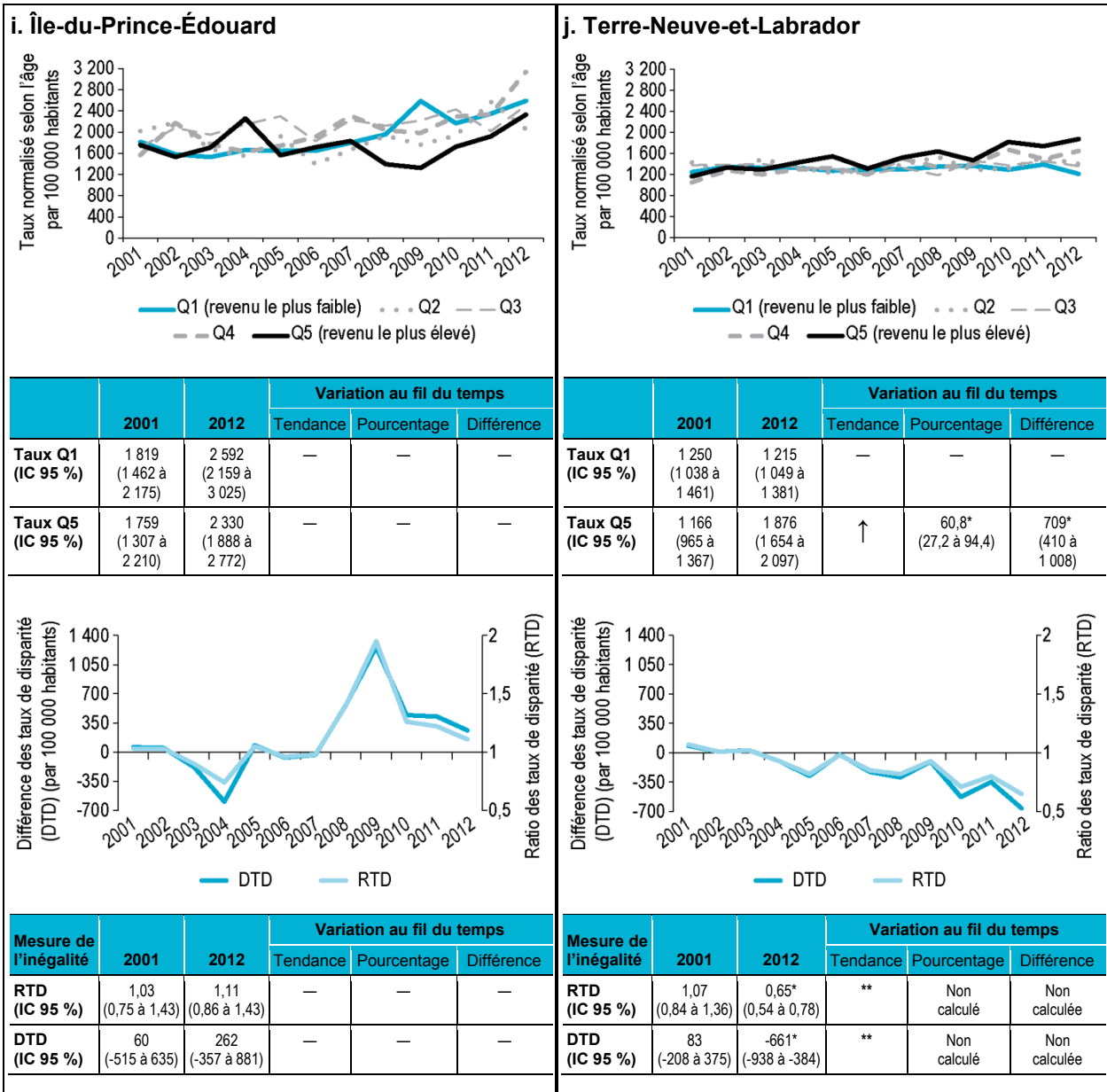
Figure 57 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)



Figure 57 : Taux d'hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



## Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur

### Contexte

L'indicateur Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur rend compte des hospitalisations dans les hôpitaux généraux par suite de blessures subies par les conducteurs et les passagers de véhicules à moteur et de celles subies par les piétons et les cyclistes heurtés par un véhicule à moteur. Cet indicateur concerne les personnes de tous âges et s'exprime en taux de sorties (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) par 100 000 habitants et par année au Canada.

Les collisions impliquant un véhicule à moteur peuvent causer des blessures, une invalidité de longue durée et la mort. Les blessures liées à un accident de la circulation représentent l'une des principales causes d'hospitalisation à la suite de blessures accidentelles, en particulier chez les jeunes Canadiens<sup>449</sup>. En 2012, il y a eu plus de 15 000 hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur au Canada. Cela représente 7 % de toutes les hospitalisations à la suite de blessures accidentelles<sup>450</sup>. Étant donné que le coût moyen estimé d'une hospitalisation liée à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur s'élève à 16 400 \$, le coût total de ces hospitalisations en 2012 se chiffrait à environ 250 589 000 \$ (Base de données canadienne SIG, données non publiées). Les blessures causées par un accident de circulation peuvent aussi entraîner une invalidité de longue durée et une dégradation de la qualité de vie liée à la santé<sup>451-453</sup>.

En 2012, les collisions impliquant un véhicule à moteur ont causé environ 2 100 décès au Canada<sup>454</sup>. Les accidents de circulation sont la principale cause de décès chez les Canadiens de 15 à 24 ans<sup>449</sup>.

Selon des analyses antérieures, les hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, en particulier celles concernant les piétons, seraient plus courantes chez les populations à faible revenu<sup>39</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Sources des données</b>	Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2001 à 2012

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

(suite à la page suivante)

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2012

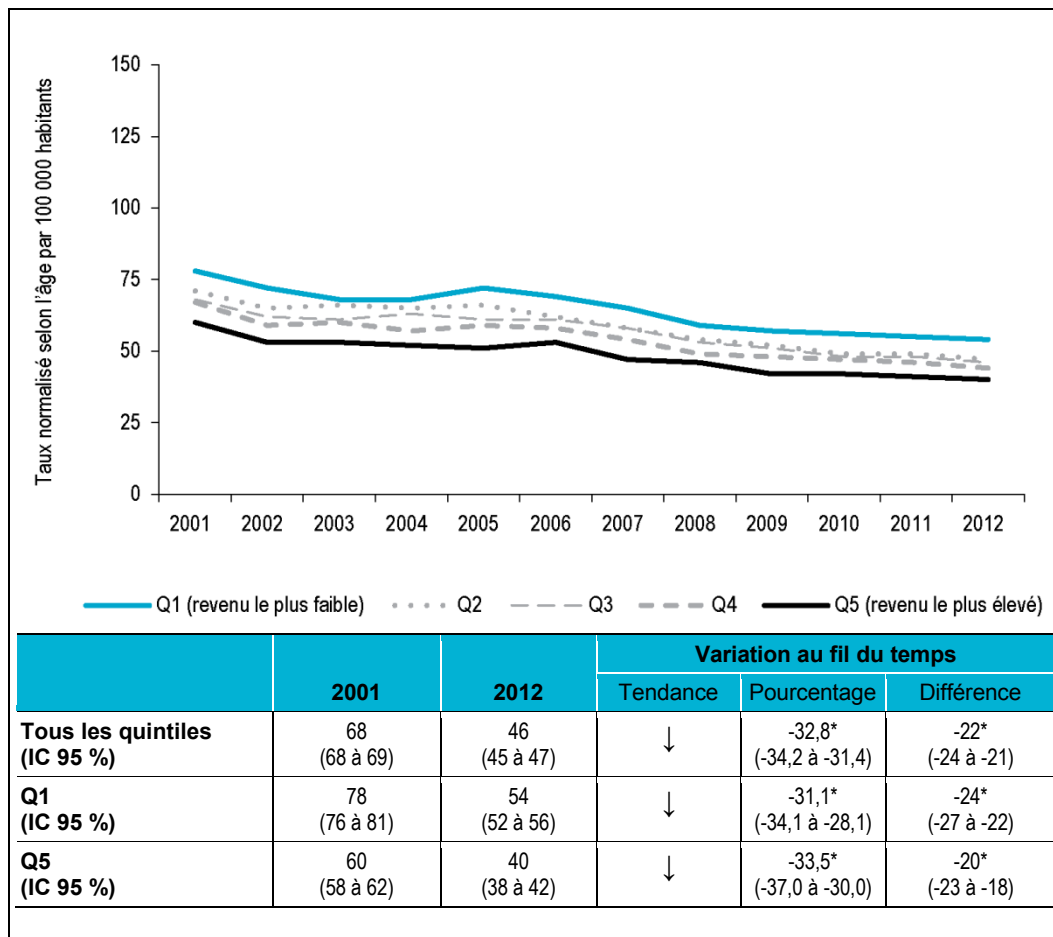
### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur a-t-elle évolué de 2001 à 2012?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur s'est maintenue au fil du temps et le taux a diminué à tous les niveaux de revenu.

#### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2001 à 2012, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur a diminué de 32,8 %; il est passé de 68 à 46 par 100 000 habitants.
- L'ampleur de la baisse a été la même au niveau de revenu le plus élevé et au niveau de revenu le plus faible.

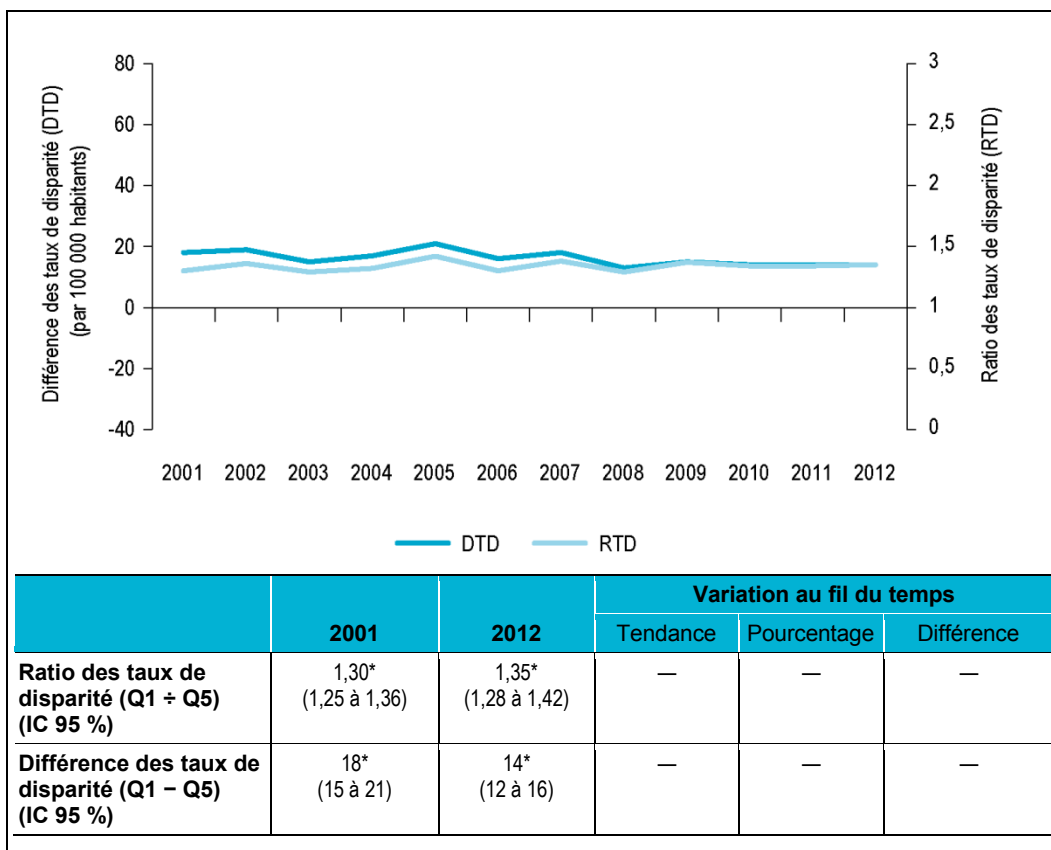
Figure 58 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, par quintile de revenu, Canada, 2001 à 2012



### Tendances des inégalités

- De 2001 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur pour les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était 1,30 à 1,35 fois supérieur à celui chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé.
- En 2001 et en 2012, les Canadiens au niveau de revenu le plus faible affichaient de 14 à 18 hospitalisations pour des blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur de plus par 100 000 habitants que ceux au revenu le plus élevé.

Figure 59 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, Canada, 2001 à 2012



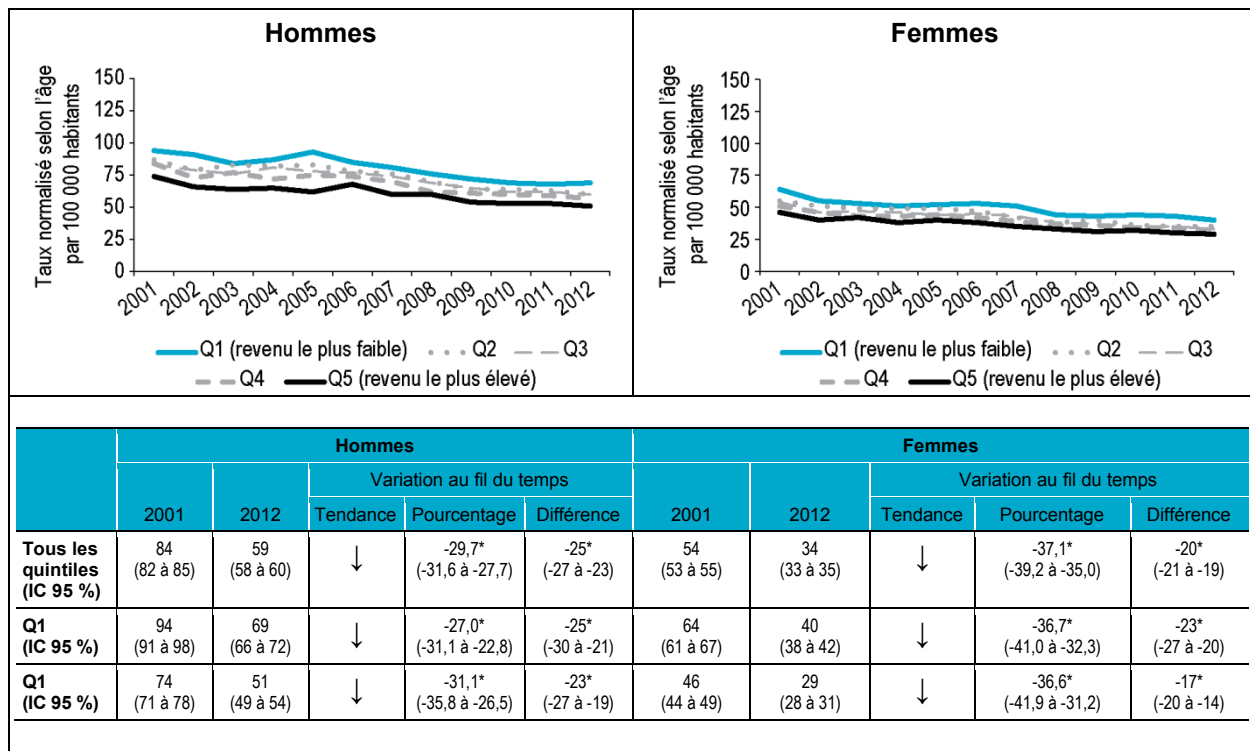
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2001 à 2012 pour les hommes et les femmes?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur s'est maintenue au fil du temps pour les 2 sexes et le taux a diminué à tous les niveaux de revenu.

#### Tendances des taux selon le revenu et le sexe

- De 2001 à 2012, pour les 2 sexes, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur a diminué pour tous les niveaux de revenu confondus. Cette tendance est attribuable au recul observé aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé.
- Dans l'ensemble, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur était plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

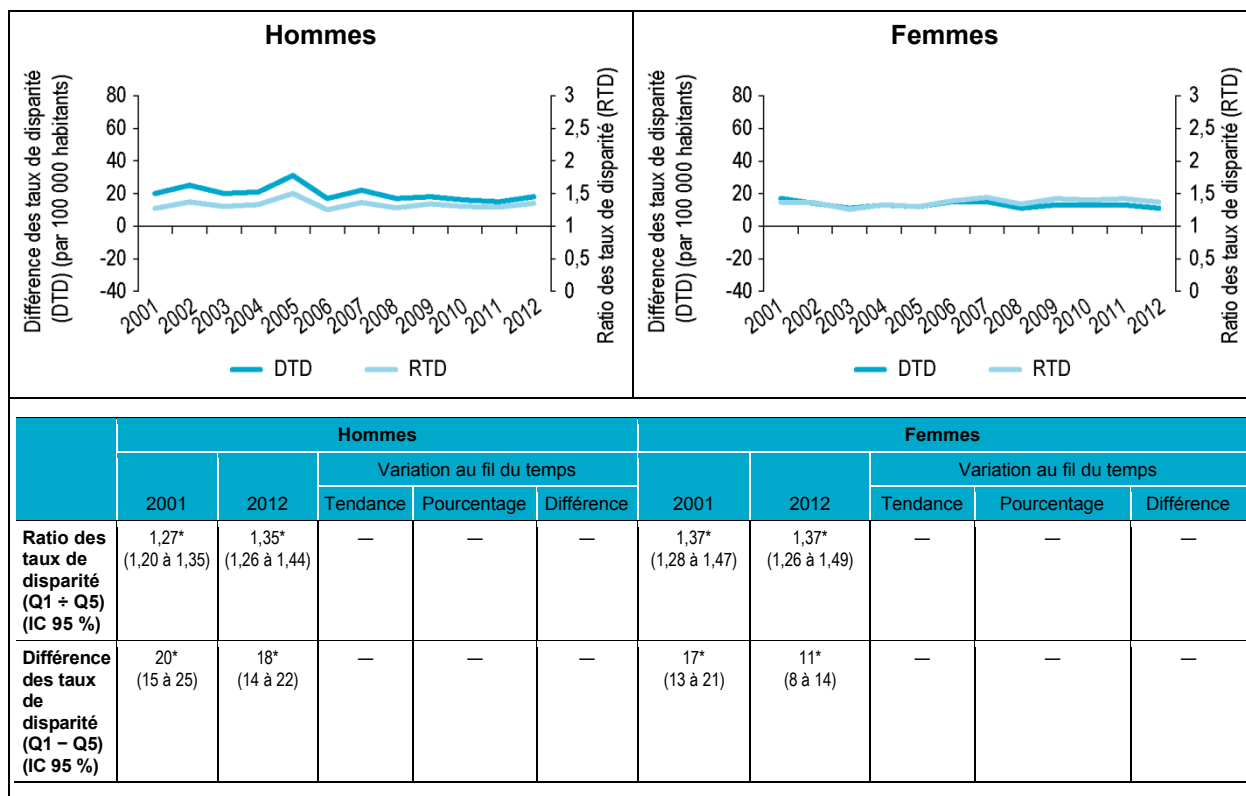
Figure 60 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2001 à 2012



### Tendances des inégalités selon le sexe

- L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur s'est maintenue pour les 2 sexes, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.

Figure 61 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, selon le sexe, Canada, 2001 à 2012



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur

Selon les analyses précédentes, de 2001 à 2012, le taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur a diminué chez les Canadiens. Toutefois, ce taux est resté plus élevé chez les personnes vivant dans les quartiers à faible revenu. Le taux a augmenté selon l'échelle des revenus, et l'écart le plus prononcé a été observé entre les 2 niveaux de revenu inférieurs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2012, environ 2 200 hospitalisations (13,5 %) à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur auraient pu être évitées pour les 2 sexes si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux d'hospitalisations que ceux au niveau de revenu le plus élevé.

**Tableau 11 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, Canada, 2001 à 2012**

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	12,7* (10,0 à 15,4)	13,5* (10,3 à 16,5)	12,0* (8,3 à 15,5)	13,6* (9,6 à 17,5)	14,2* (9,8 à 18,4)	13,2* (8,0 à 18,1)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	3 000	2 200	1 700	1 400	1 300	800

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

### *Stratégies de réduction des inégalités*

Durant la dernière décennie, diverses interventions axées sur la réduction des accidents impliquant un véhicule à moteur ont été mises en œuvre ou proposées au Canada<sup>449, 455, 456</sup>. Certaines d'entre elles permettraient de réduire le nombre d'accidents dans les quartiers à faible revenu.

Les actions de prévention des accidents impliquant un véhicule à moteur ciblent un large éventail de facteurs de risque tels que la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue, la distraction au volant; l'excès de vitesse et la conduite agressive; l'utilisation insuffisante des ceintures de sécurité et de sièges d'auto pour enfants. D'autres actions sont orientées vers les facteurs environnementaux tels que l'infrastructure et les conditions routières<sup>455</sup>. Les données indiquent que les initiatives axées sur l'infrastructure routière (ralentisseurs, carrefours giratoires, etc.) sont parmi les plus efficaces pour la prévention des accidents impliquant un véhicule à moteur<sup>457</sup>.

Les mesures de modération de la circulation telles que les ralentisseurs peuvent réduire les blessures chez les enfants dans les zones scolaires<sup>458</sup>, diminuer les taux de collision<sup>459-461</sup>, augmenter les taux de survie en cas d'accident<sup>462, 463</sup> et réduire la vitesse de circulation en général<sup>464, 465</sup>. La modération de la circulation peut aussi encourager le transport actif, comme la bicyclette, la marche et l'utilisation du transport en commun<sup>460</sup>.

Toutefois, selon les recherches, ces mesures ne seraient pas appliquées dans les secteurs où les piétons sont le plus souvent victimes d'accidents de la route, comme les quartiers à faible revenu<sup>466</sup>. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que les résidents des quartiers à revenu élevé réussissent mieux à se mobiliser pour demander la mise en place de mesures de modération de la circulation<sup>467</sup>. En outre, les quartiers à faible revenu peuvent avoir été conçus de manière à faciliter le passage du trafic plutôt que de favoriser le potentiel piétonnier ou la sécurité des piétons<sup>468</sup>. Les modifications d'ingénierie coûtent cher<sup>469</sup>, et il peut être plus rapide et moins coûteux pour les provinces et les territoires du Canada d'adopter des mesures de modération de la circulation comme la réduction des limites de vitesse (voir l'encadré 16).



## Encadré 16 : Réduction des limites de vitesse dans les quartiers résidentiels

**Problème** : Les collisions avec les piétons et les hospitalisations qui s'ensuivent sont plus fréquentes dans les quartiers à faible revenu, où les résidents utiliseraient davantage la marche comme mode de transport<sup>470</sup>. Les données permettent toutefois de penser que les initiatives de modération de la circulation seraient plus souvent mises en œuvre dans les quartiers aisés puisque les citoyens en font la demande et les groupes d'action communautaire sont plus actifs<sup>467, 468, 471</sup>.

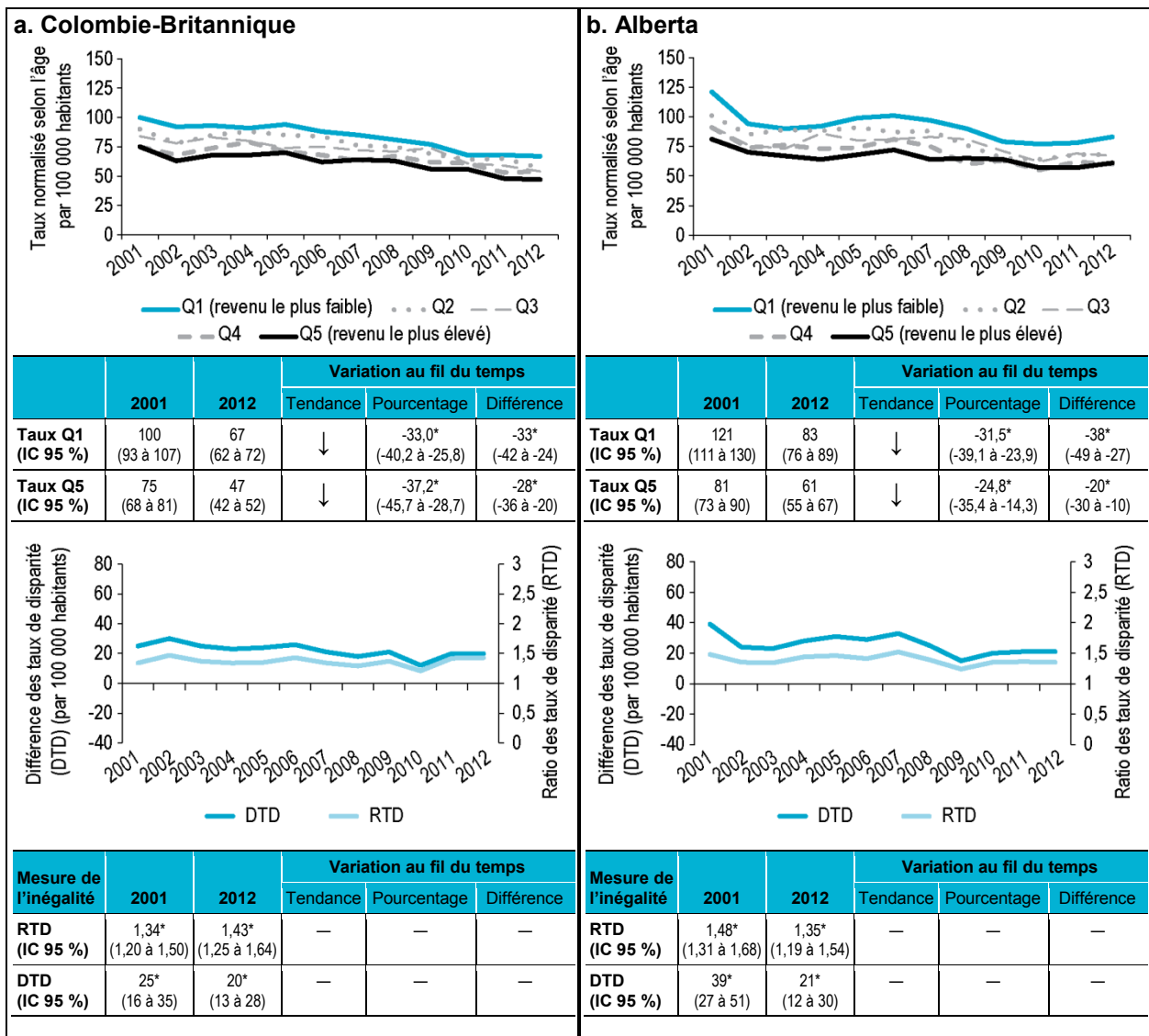
**Intervention** : Au Royaume-Uni, des experts en matière d'inégalités en santé ont proposé la mise en œuvre de stratégies efficaces de réduction de la vitesse partout au pays. Ainsi, à Londres et dans les agglomérations avoisinantes (à l'exception de Westminster), la limite de vitesse a été abaissée à 20 mi/h (environ 32 km/h)<sup>472</sup>. Ici, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et l'Institut national de santé publique du Québec recommandent que la vitesse soit réduite à 30 km/h dans les zones résidentielles<sup>460</sup>. Au Canada, cette limite de vitesse est déjà en vigueur dans certaines villes, notamment à Westmount (Québec) et à Duncan (Colombie-Britannique)<sup>460</sup>.

**Justification et données probantes** : Au Canada, la limite de vitesse dans les quartiers résidentiels varie de 30 à 50 km/h, mais la limite de 50 km/h est la plus courante. La réduction de la vitesse a une incidence directe sur la fréquence et la gravité des blessures subies par les piétons<sup>460, 462-464, 473</sup>. De plus, sa mise en œuvre coûte moins cher que celle des autres mesures de modération de la circulation<sup>469</sup>. Dans le cadre d'une étude menée à Edmonton (Alberta), on a constaté que la seule réduction des limites de vitesse affichées (sans modifier l'infrastructure routière) entraînait une baisse considérable de la vitesse moyenne de la circulation dans les communautés participantes<sup>474</sup>.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur a-t-elle évolué de 2001 à 2012 selon la province?

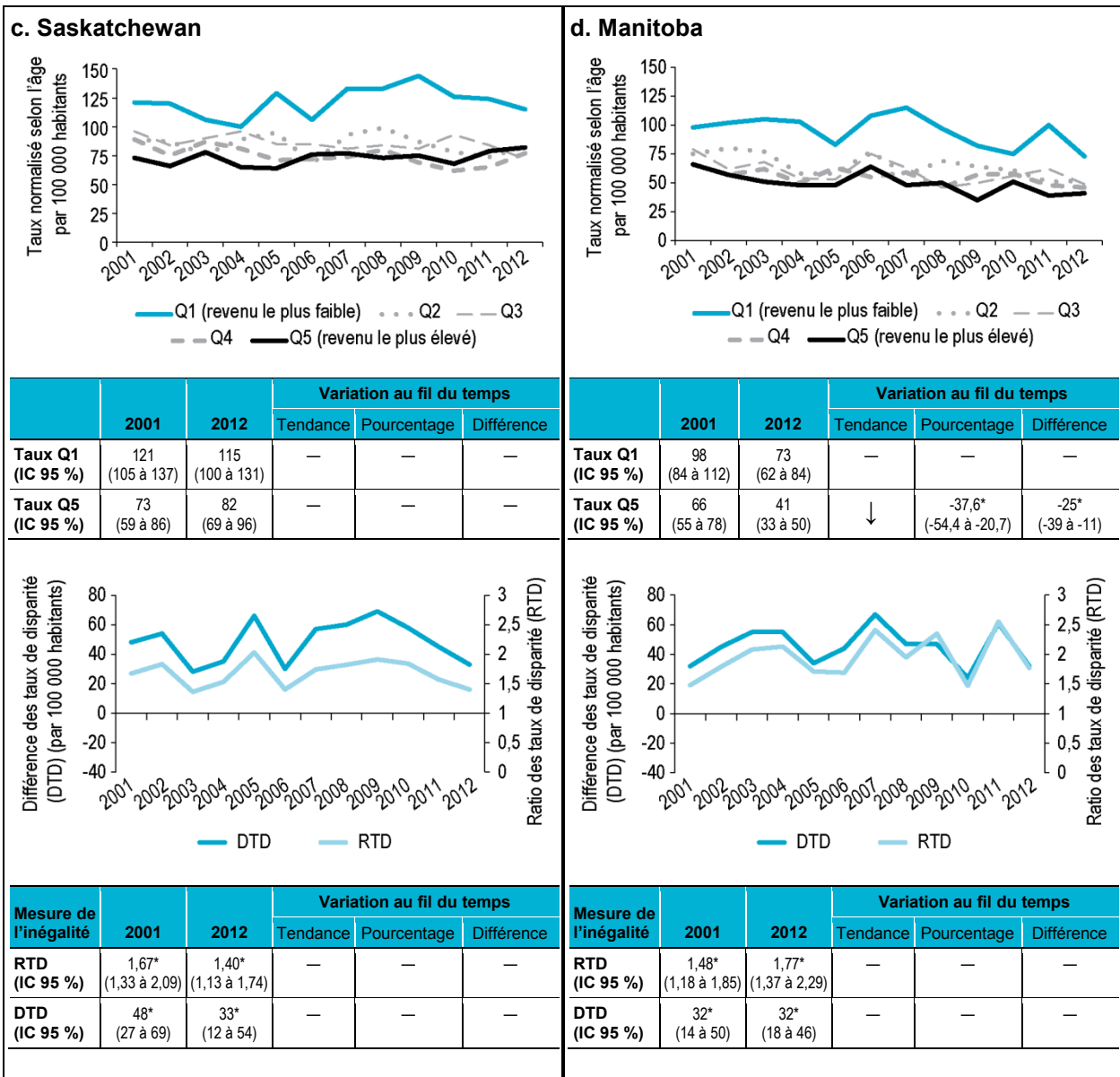
- Dans toutes les provinces, bien que son ampleur varie, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur s'est largement maintenue au fil du temps et les taux ont en général diminué pour tous les niveaux de revenu.
- Par exemple, en 2012, le plus petit écart entre le niveau de revenu le plus élevé et le niveau de revenu le plus faible sur une échelle absolue, soit une différence de taux de 7 hospitalisations par 100 000 habitants, a été observé en Ontario. Quant à l'écart le plus grand, il a été observé en Saskatchewan et au Manitoba, soit une différence de taux variant de 32 à 33 hospitalisations par 100 000 habitants.
- Bien que le taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur ait diminué au fil du temps dans la plupart des provinces du Canada, il est resté le même aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard.

**Figure 62 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012**



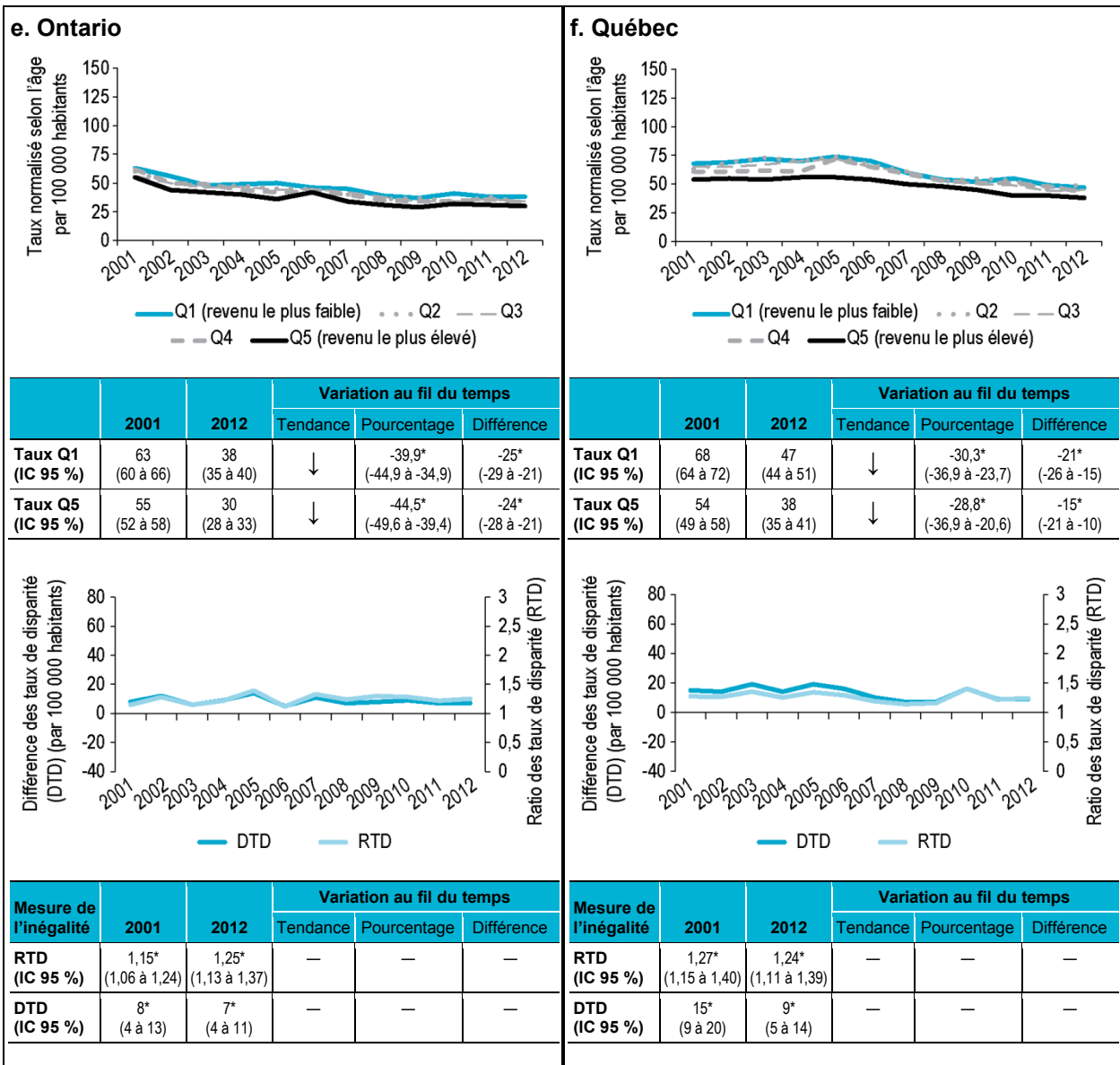
(suite à la page suivante)

Figure 62 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



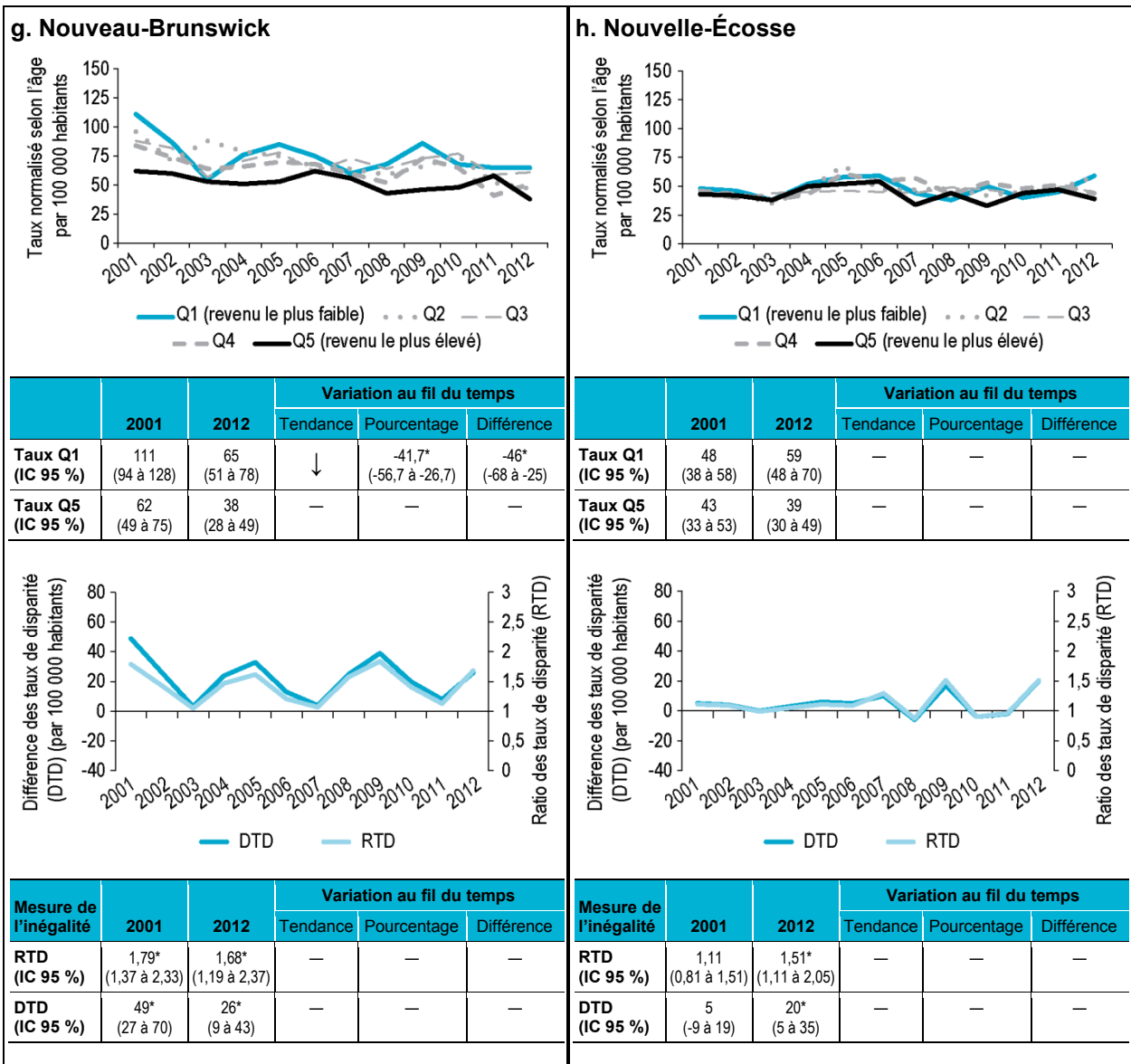
(suite à la page suivante)

Figure 62 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



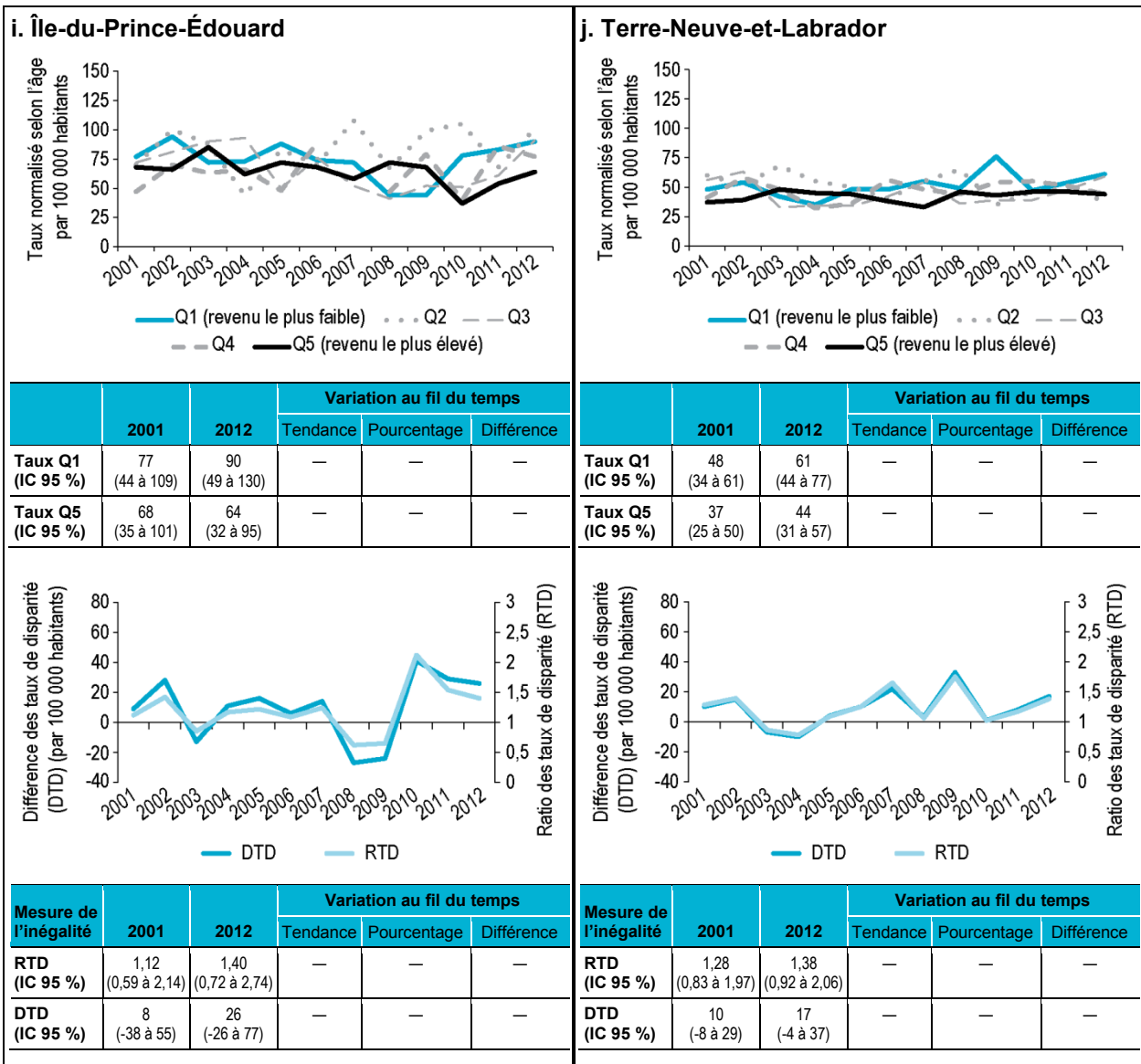
(suite à la page suivante)

Figure 62 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 62 : Taux d'hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2012 (suite)



## Indicateurs liés à la maladie chronique

### Hospitalisations liées à une maladie mentale

#### Contexte

L'indicateur Hospitalisation liée à une maladie mentale rend compte des hospitalisations pour le traitement de certaines maladies mentales dans les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques. Cet indicateur concerne les personnes de 15 ans et plus et s'exprime en taux de sorties (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) par 100 000 habitants pour les maladies mentales suivantes : troubles liés à l'utilisation de substances (23 %), les troubles schizophréniques, délirants et psychotiques non organiques (29 %), les troubles affectifs ou de l'humeur (38 %), les troubles anxieux (6 %) et les troubles de la personnalité (5 %). Cependant, il est à noter que la saisie des données provenant des établissements psychiatriques varie d'une province à l'autre et pourrait varier au fil du temps. Ces différences limitent l'établissement de comparaisons entre les provinces pour cet indicateur et pourraient influencer sur l'analyse des tendances au fil du temps.

En 2012, environ 144 000<sup>x</sup> sorties liées à une maladie mentale ont été comptabilisées dans les hôpitaux généraux et psychiatriques. La meilleure pratique pour un traitement approprié et efficace de la maladie mentale consiste actuellement à offrir des soins de proximité, ce qui permet de réduire autant que possible le recours à l'hospitalisation<sup>475, 476</sup>. La variation du taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale pourrait donc être révélatrice des différences dans l'état de santé de la population, dans les modèles de prestation des services de santé mentale, ainsi que dans l'offre et l'accessibilité des services de santé spécialisés et ambulatoires, des services de santé de proximité et des services de santé en hébergement<sup>477</sup>.

Au Canada, le coût moyen par hospitalisation liée à une maladie mentale est estimé à environ 11 700 \$ (Base de données canadienne SIG, données non publiées, 2012). Les coûts associés à la maladie mentale, cependant, ne se limitent pas aux coûts directs engendrés dans le système de santé. On estime que de 20 % à 30 % de la population active est atteinte d'une maladie mentale<sup>478, 479</sup>. En 2011, l'incidence de la maladie mentale sur la productivité en milieu de travail au Canada a été estimée à plus de 6,3 milliards de dollars<sup>480</sup>. Les personnes atteintes d'une maladie mentale sont plus susceptibles d'être touchées par le chômage, le sous-emploi et la dépendance à l'aide sociale<sup>481, 482</sup>.

#### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), qui contient des données de l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier (ESMMH), de la Base de données sur les congés des patients (BDPC), de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) et du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2006 à 2012

(suite à la page suivante)

x. Ce nombre exclut les enregistrements d'hospitalisations dont le code postal était manquant (environ 4,5 % de tous les enregistrements).

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2006 et celle de 2012
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2006 et l'estimation de 2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2006 et celle de 2012

## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a-t-elle évolué de 2006 à 2012?

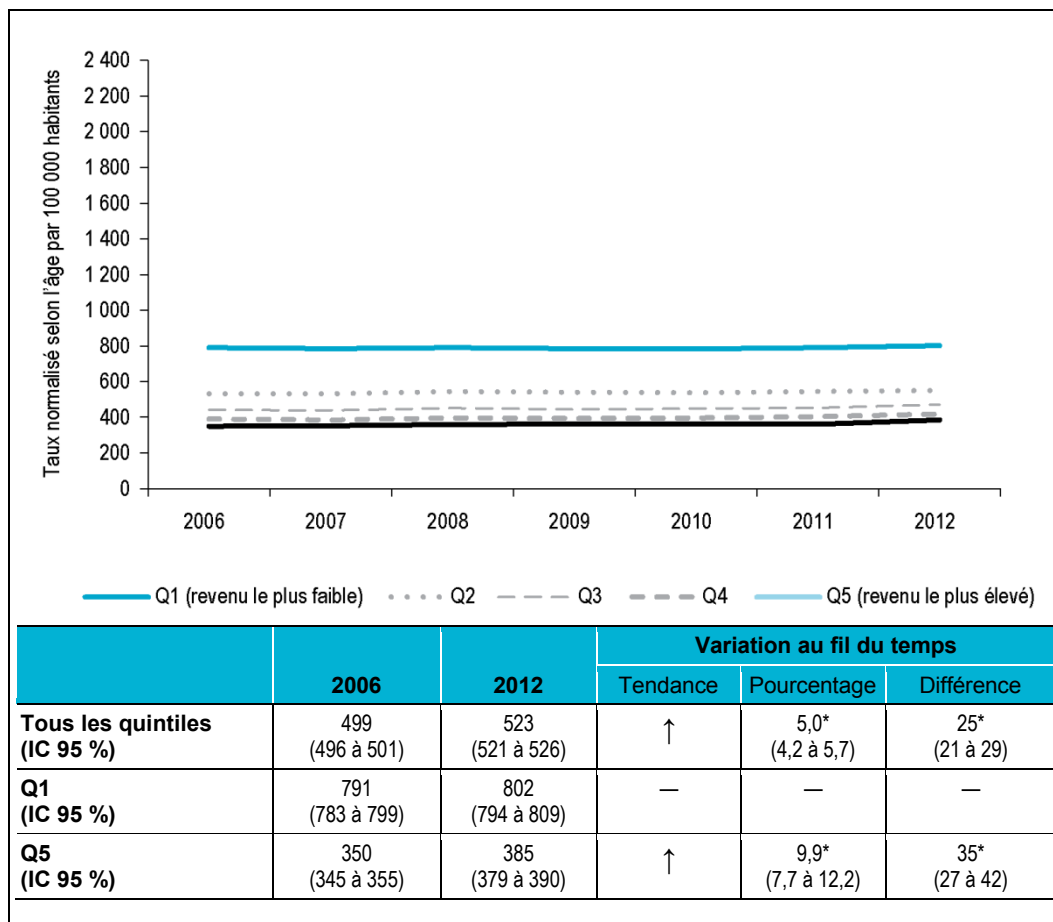
L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué au fil du temps, surtout en raison de la hausse du taux d'hospitalisations au niveau de revenu le plus élevé.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2006 à 2012, le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale a augmenté ; il est passé de 499 à 523 par 100 000 habitants pour tous les niveaux de revenu combinés.
- Le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale est resté le même au niveau de revenu le plus faible. Au niveau de revenu le plus élevé, en revanche, le taux a augmenté de 9,9 %, soit 35 hospitalisations de plus par 100 000 habitants (de 350 par 100 000 habitants en 2006 à 385 par 100 000 habitants en 2012).



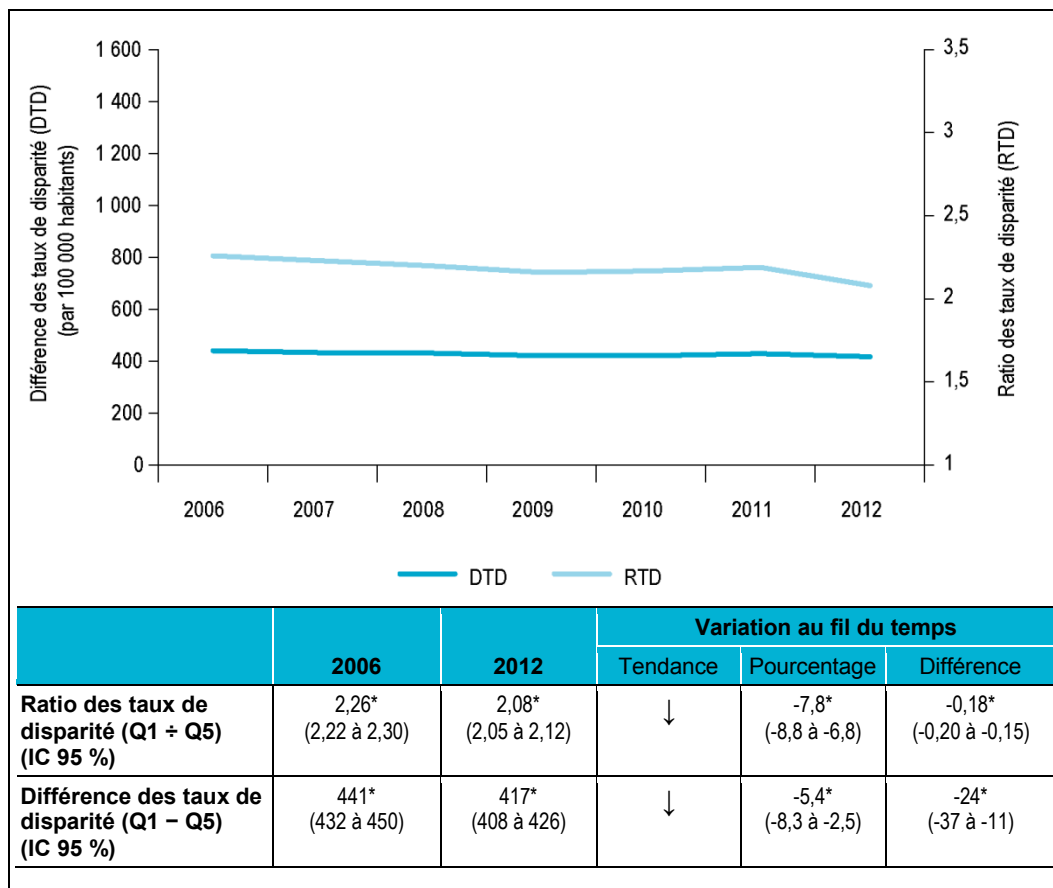
Figure 63 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale, par quintile de revenu, Canada, 2006 à 2012



### Tendances des inégalités

- De 2006 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- En 2006, le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était 2,26 fois (ou 441 par 100 000 habitants) supérieur à celui au niveau de revenu le plus élevé.
- En 2012, le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était 2,08 fois (ou 417 par 100 000 habitants) supérieur à celui au niveau de revenu le plus élevé.

**Figure 64 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale, Canada, 2006 à 2012**



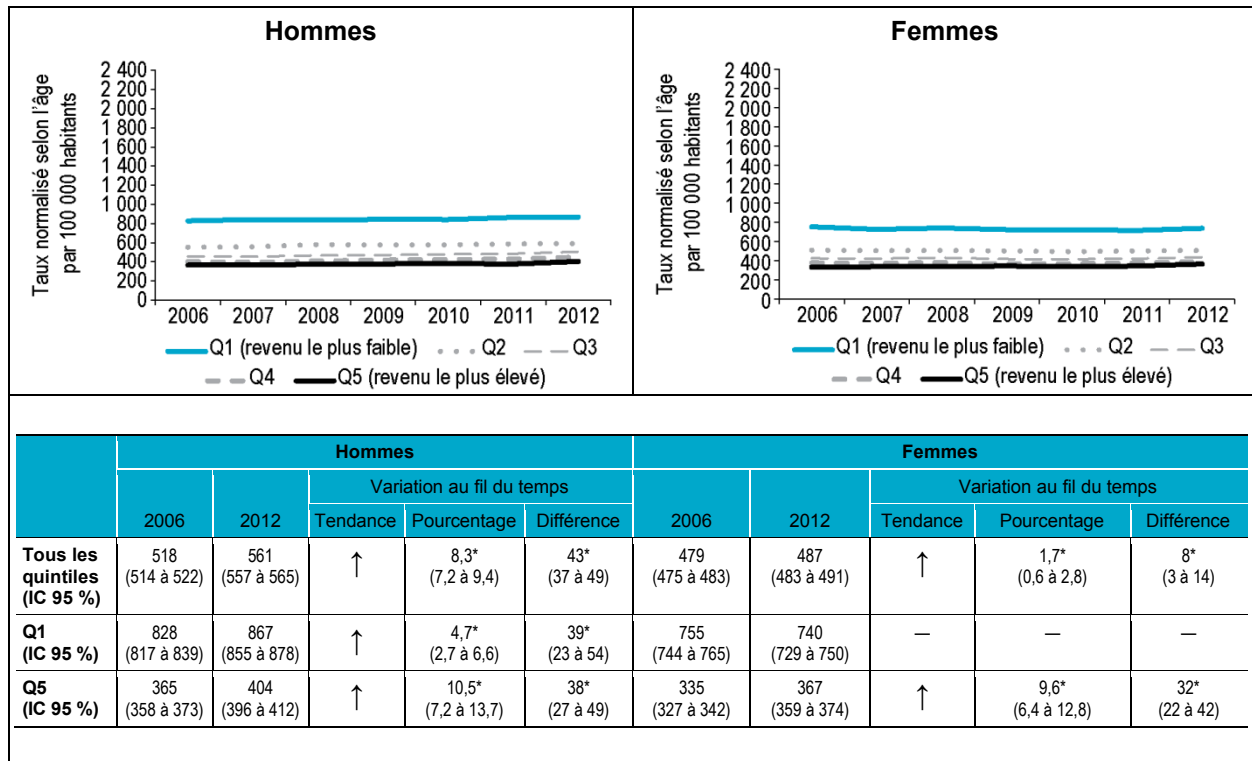
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2006 à 2012 pour les hommes et les femmes?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué au fil du temps pour les 2 sexes. Pour les hommes, le taux d'hospitalisations a augmenté pour tous les niveaux de revenu, tandis que chez les femmes, l'augmentation ne touche que le niveau de revenu le plus élevé.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- Chez les hommes, de 2006 à 2012, le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale a augmenté aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé.
- Chez les femmes, de 2006 à 2012, le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale est resté le même au niveau de revenu le plus faible, mais a augmenté au niveau de revenu le plus élevé.

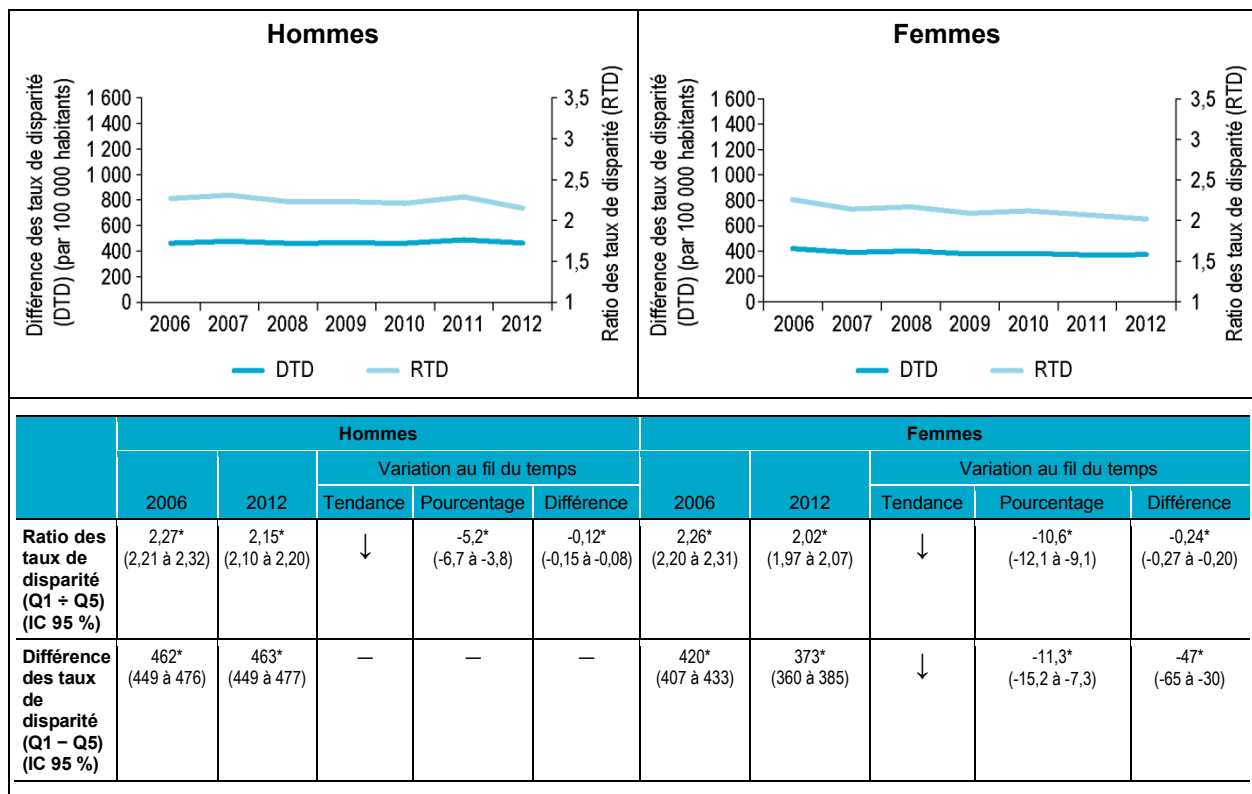
Figure 65 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2006 à 2012



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Chez les femmes, de 2006 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Chez les hommes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale n'a diminué que sur une échelle relative.

Figure 66 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale, selon le sexe, Canada, 2006 à 2012



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale

Les analyses qui précèdent indiquent que l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué avec le temps. Cette diminution était surtout attribuable à une augmentation du taux d'hospitalisations au niveau de revenu le plus élevé, tandis que le taux est resté stable au niveau de revenu le plus faible. Malgré cela, les hospitalisations liées à une maladie mentale continuent d'être plus fréquentes, et ce, de manière disproportionnée, chez les Canadiens aux niveaux de revenu inférieurs que chez ceux aux niveaux de revenu supérieurs. L'écart entre les 2 niveaux inférieurs était nettement plus prononcé que l'écart entre tous les autres niveaux de revenu successifs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2012, environ 40 300 hospitalisations liées à une maladie mentale (26,8 %) auraient pu être évitées si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale que ceux au niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 12 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale, Canada, 2006 à 2012

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	30,3* (29,3 à 31,3)	26,8* (25,9 à 27,8)	29,8* (28,4 à 31,1)	28,3* (27,0 à 29,6)	30,8* (29,4 à 32,2)	25,3* (23,9 à 26,6)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	43 300	40 300	21 800	22 400	21 500	17 900

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

**Stratégies de réduction des inégalités**

La relation entre le faible revenu et la maladie mentale est complexe. La maladie mentale est un facteur de risque de faible revenu, et le faible revenu est un facteur de risque de maladie mentale<sup>483, 484</sup>. Par exemple, la maladie mentale peut limiter les possibilités d'emploi et d'éducation d'une personne atteinte, ce qui peut réduire ses possibilités de gains<sup>485</sup>. Les politiques et programmes de réduction de la pauvreté peuvent atténuer les conséquences de la maladie mentale, en favorisant entre autres l'obtention d'un emploi et le maintien en poste<sup>486</sup>.

Dans le document *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, la Commission de la santé mentale du Canada a établi comme orientations stratégiques la réduction des inégalités en ce qui a trait aux facteurs de risque et l'amélioration de l'accès aux services en santé mentale<sup>475</sup>. Parmi les grandes priorités pour l'amélioration des soins de santé mentale, figurent la prestation des soins de santé mentale de proximité, la participation des personnes atteintes d'une maladie mentale et de leurs proches à la conception et à la prestation des services, et le renforcement de l'aide financière et des services de soutien au logement<sup>475, 487, 488</sup>. Les interventions intersectorielles et le renforcement des relations entre professionnels de la santé et services publics (p. ex. les services policiers) sont d'autres mécanismes qui permettent d'améliorer la santé et le mieux-être des personnes aux prises avec une maladie mentale<sup>475, 489</sup>. L'encadré 17 présente un exemple de solution de proximité au problème de la maladie mentale.

Comme mentionné précédemment, selon les pratiques exemplaires, le traitement approprié et efficace de la maladie mentale passe par la prestation de soins de proximité, ce qui minimise le recours à l'hospitalisation<sup>475, 490</sup>. Ce modèle de pratique améliore la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale, réduit la durée des séjours en milieu hospitalier et diminue le fardeau et les coûts associés aux hospitalisations liées à une maladie mentale<sup>475, 490</sup>. Une réduction du taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale pourrait donc être révélatrice d'une prise en charge et d'un traitement efficaces des maladies mentales dans la collectivité et par les services de soins de santé primaires. Cependant, un recul du taux pourrait aussi révéler un problème d'accès, soit la diminution du nombre de personnes qui reçoivent des soins de santé mentale dans la collectivité ou à l'hôpital. En l'absence d'information contextuelle sur l'étendue et la disponibilité des traitements en santé mentale dans la collectivité, il faut interpréter l'indicateur Hospitalisation liée à une maladie mentale avec prudence.

## Encadré 17 : Integrated Mobile Crisis Response Team, île de Vancouver, Colombie-Britannique, 2004

**Problème** : L'importance d'avoir recours à des services de proximité au lieu des hôpitaux dans les cas de santé mentale est bien connue partout au Canada, mais la disponibilité des programmes n'est pas la même dans l'ensemble des provinces et des territoires<sup>488, 491</sup>. La coordination des politiques de santé mentale entre les gouvernements et les divers secteurs est l'une des priorités stratégiques énoncées dans le document *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*<sup>475</sup>.

**Intervention** : L'Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT, ou équipe intégrée d'intervention mobile en situation de crise) de l'Autorité sanitaire Vancouver Island offre des services de santé mentale aux personnes et aux familles aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. L'IMCRT est une équipe multidisciplinaire composée de professionnels des soins infirmiers et de soins aux enfants et aux adolescents, de policiers, de travailleurs sociaux et de psychologues. Consciente de l'utilité d'offrir des services de santé mentale dans la collectivité, l'équipe favorise la collaboration intersectorielle entre les policiers et les professionnels de la santé afin de prodiguer les soins appropriés aux personnes qui vivent une urgence en santé mentale<sup>492</sup>.

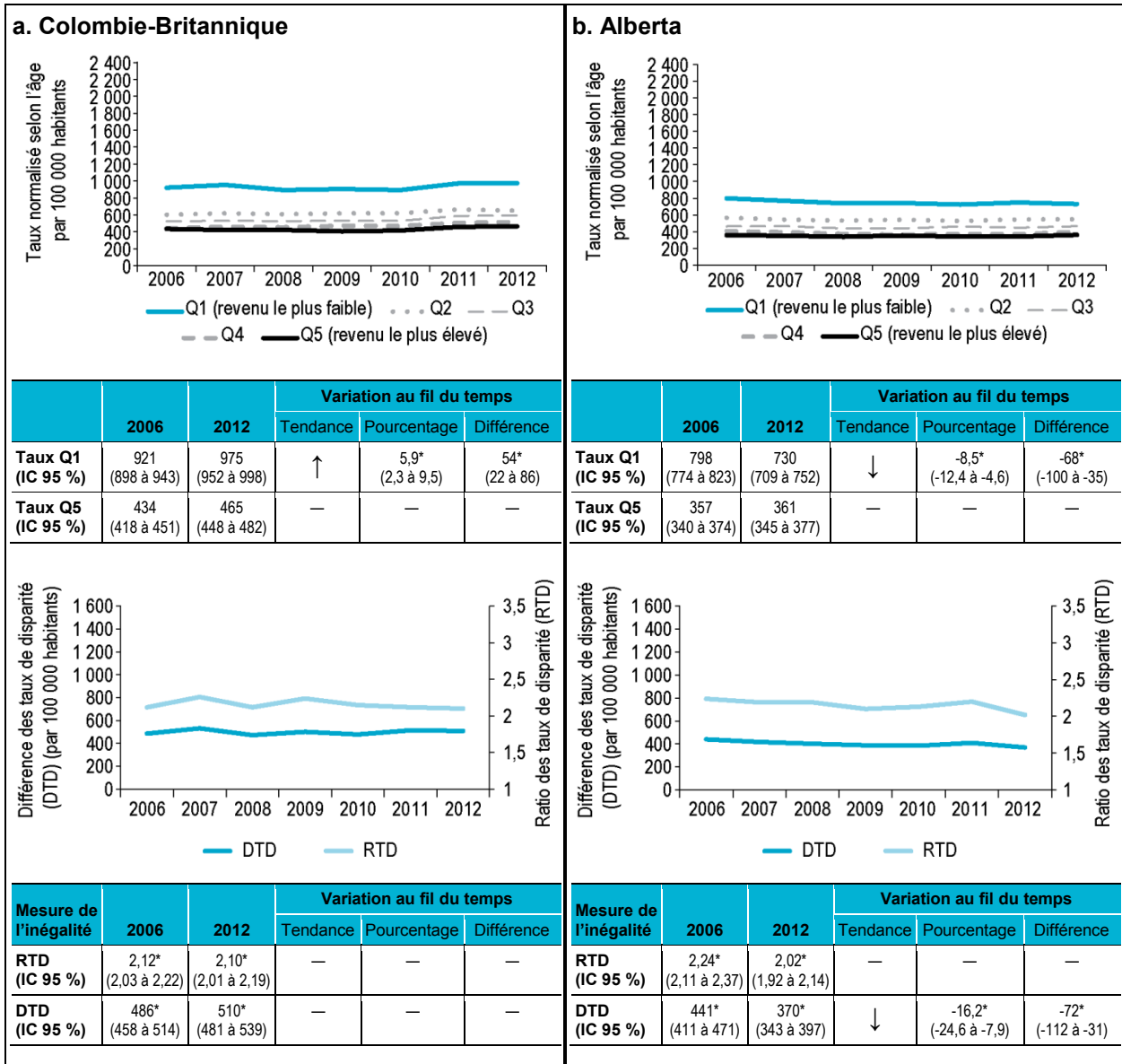
**Justification et données probantes** : Les équipes d'intervention communautaire en situation de crise ont recours à des mécanismes comme les lignes d'assistance, les centres de soins sans rendez-vous et les protocoles hospitaliers<sup>488</sup> pour aider les patients, de même que limiter autant que possible le recours aux ressources hospitalières pour ceux qui peuvent être traités dans la collectivité<sup>493</sup>. Une évaluation du programme a révélé que l'IMCRT a contribué à réduire le nombre de visites au service d'urgence chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. De plus, lorsqu'une personne aidée par l'équipe d'intervention devait tout de même se rendre à l'urgence, le temps d'attente était 50 % moins long que celui pour une personne qui ne recevait pas cette aide<sup>492</sup>.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a-t-elle évolué de 2006 à 2012 selon la province?

- Cet indicateur signale les hospitalisations pour le traitement de certaines maladies mentales dans les hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques. La saisie des données dans les établissements psychiatriques varie cependant d'une province à l'autre et pourrait changer au fil du temps. Par conséquent, les comparaisons entre les provinces doivent être effectuées avec prudence.
- En Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Québec, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale s'est maintenue au fil du temps sur une échelle relative et absolue. Cependant, la tendance des taux variait différemment dans chacune de ces provinces selon le niveau de revenu. En Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick, le taux d'hospitalisations a augmenté au niveau de revenu le plus faible. Au Québec, il a diminué aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible. En Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador, il n'a pas changé aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible.

- En Nouvelle-Écosse, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue, en raison d'un recul au niveau de revenu le plus faible.
- En Ontario, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué sur une échelle relative et s'est maintenue sur une échelle absolue, alors que le taux a augmenté aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible.
- En Alberta, au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations liées à une maladie mentale s'est maintenue sur une échelle relative et a diminué sur une échelle absolue. Le taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale a diminué au niveau de revenu le plus faible dans ces 3 provinces.

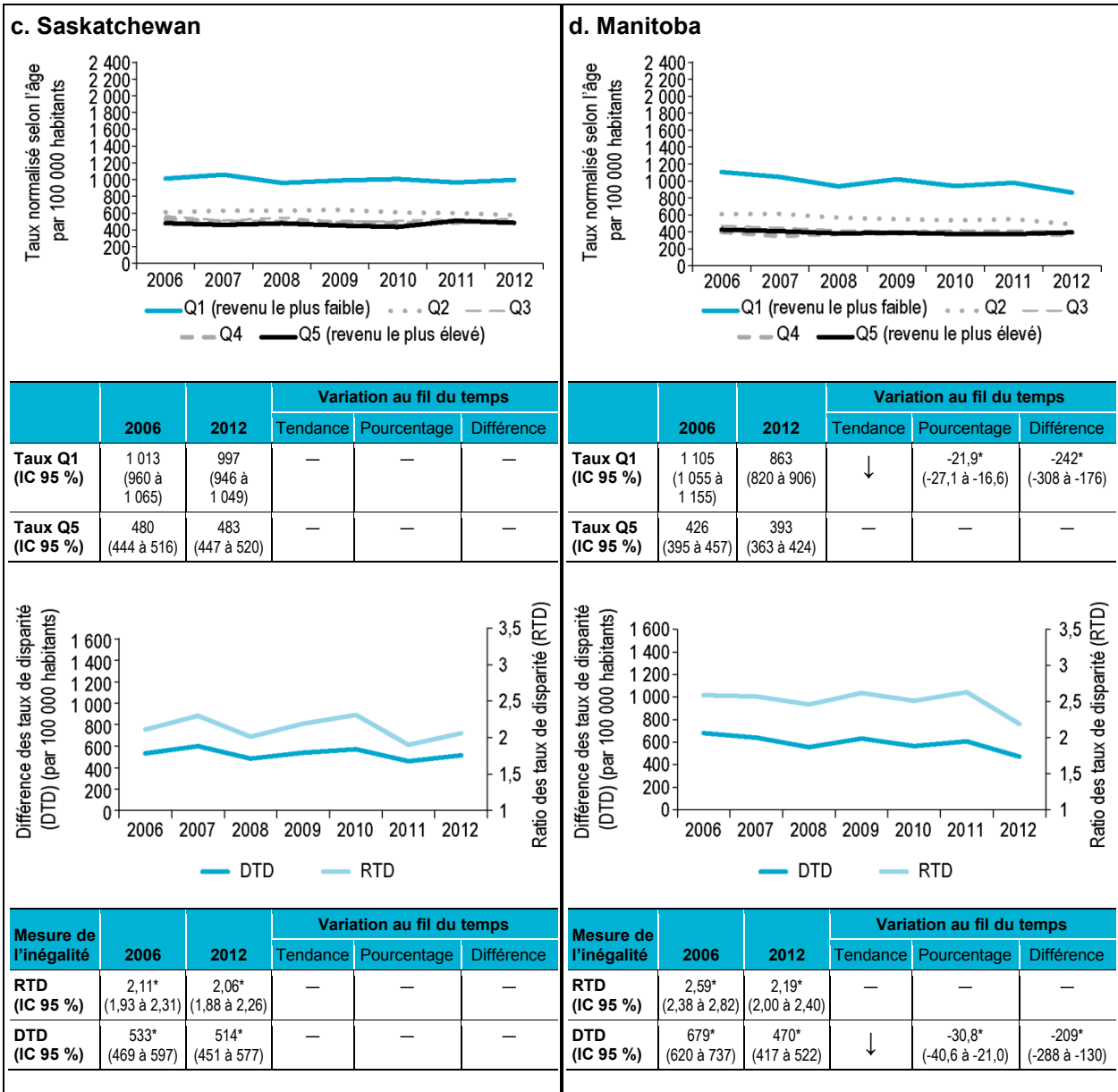
Figure 67 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2006 à 2012



(suite à la page suivante)

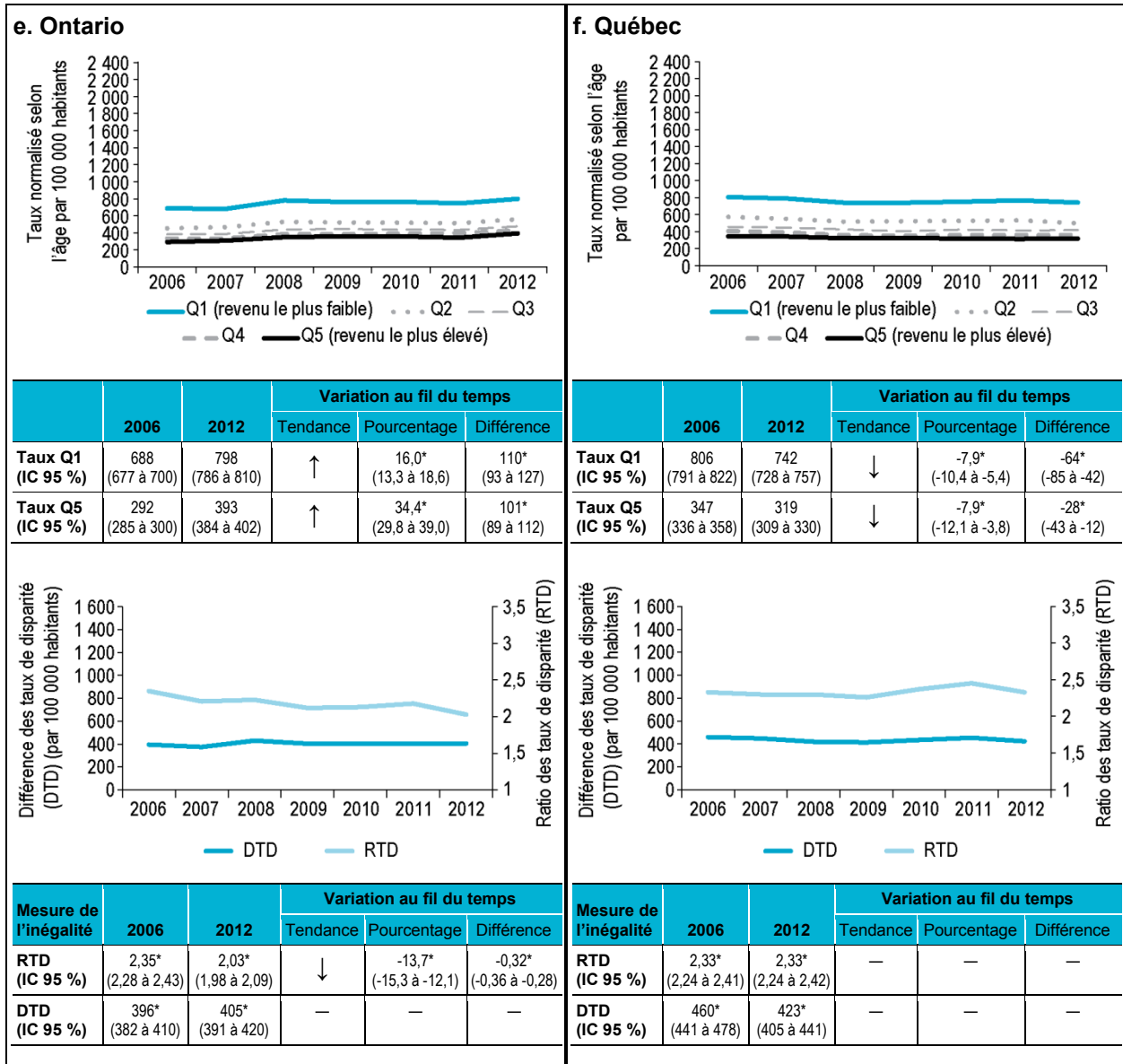


Figure 67 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2006 à 2012 (suite)



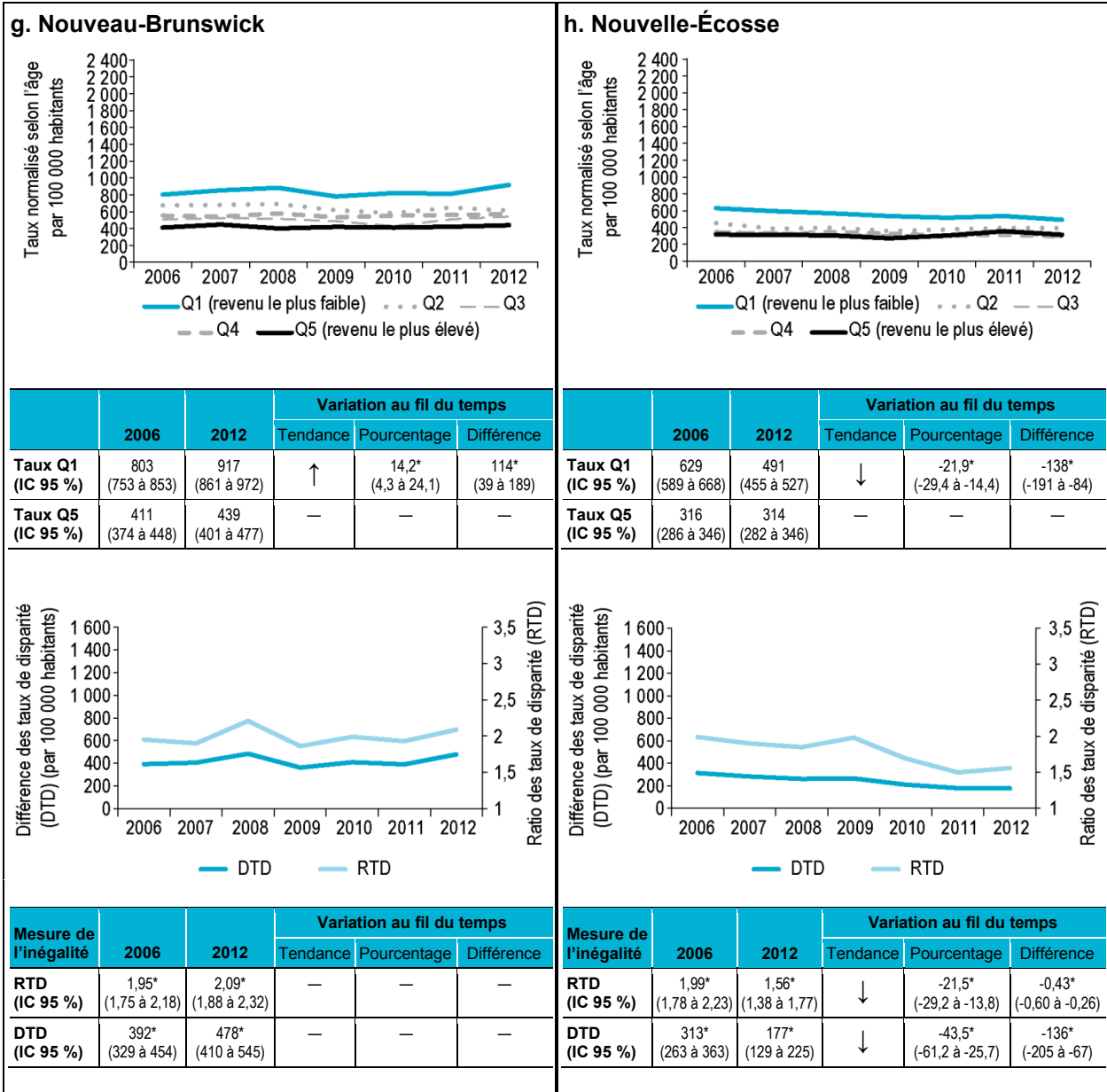
(suite à la page suivante)

Figure 67 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2006 à 2012 (suite)



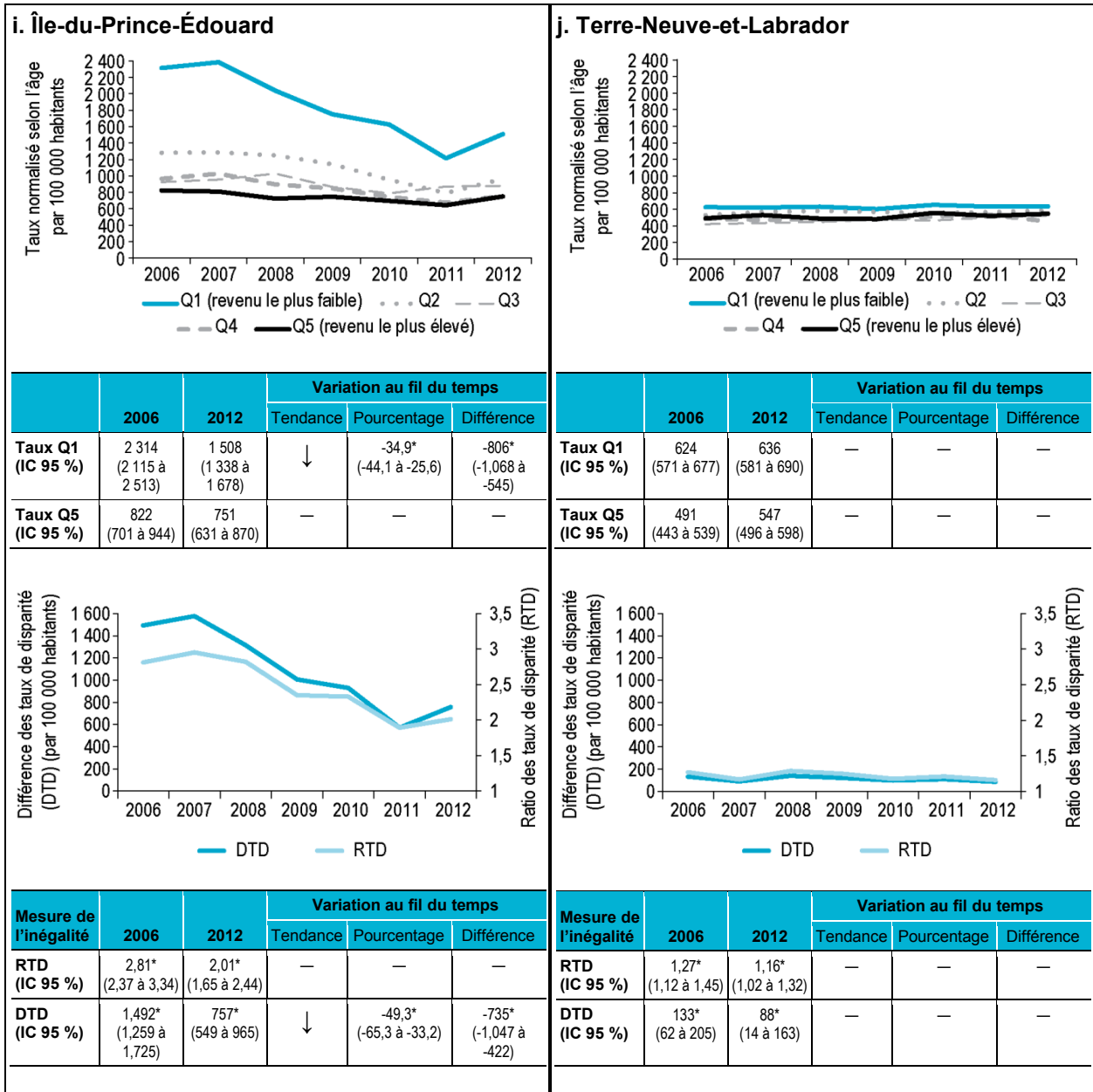
(suite à la page suivante)

Figure 67 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2006 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 67 : Taux d'hospitalisations liées à une maladie mentale et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2006 à 2012 (suite)



## Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool

### Contexte

L'indicateur Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool rend compte des hospitalisations dans les hôpitaux généraux pour le traitement de maladies chroniques ou d'affections classées comme entièrement attribuables à la consommation d'alcool<sup>494</sup>, à l'exclusion des blessures liées à la consommation d'alcool (y compris celles causées par un accident impliquant un véhicule à moteur) et des suicides. Cet indicateur concerne les personnes de 15 ans et plus et s'exprime en taux de sorties (congé, décès, sorties contre l'avis du médecin et transferts inclus) par 100 000 Canadiens. Selon cette définition, les troubles mentaux et du comportement (p. ex. intoxication aiguë, sevrage, syndrome de dépendance) sont les motifs les plus courants d'hospitalisation en raison d'une maladie ou d'une affection attribuables à la consommation d'alcool chez les Canadiens. Ces types de troubles ont en effet occasionné environ 60 % des hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool au pays de 2007 à 2012. La pancréatite aiguë et la cirrhose sont les deuxièmes motifs les plus importants, représentant chacune près de 11 % de toutes les hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool. Il importe de souligner qu'aux fins du rapport, l'indicateur Hospitalisation liée à une maladie mentale rend également compte des hospitalisations en raison de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool; celles-ci représentent environ 16 % des hospitalisations liées à une maladie mentale.

De plus en plus de données probantes viennent s'ajouter aux preuves déjà recueillies qui démontrent que certaines habitudes de consommation d'alcool causeraient plus de 60 affections et maladies ou contribueraient à leur apparition<sup>495-497</sup>. Il importe toutefois de noter que les taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool qui sont présentés ici concernent uniquement les affections dont l'alcool est défini comme une cause nécessaire (c.-à-d. qui sont entièrement attribuables à l'alcool)<sup>498</sup>.

La quantité d'alcool qu'une personne consomme et ses habitudes de consommation (p. ex. les épisodes de forte consommation) ont une influence sur le type de conséquences néfastes auxquelles cette dernière s'expose<sup>495, 497, 499</sup>. Dans ses directives de consommation à faible risque, le Centre canadien de lutte les toxicomanies propose des stratégies générales qui visent à limiter les habitudes néfastes de consommation d'alcool, et à établir des seuils de consommation maximale par jour et par semaine selon le sexe<sup>500</sup>. Pour les femmes, il recommande entre 0 et 2 verres<sup>xi</sup> par jour et au plus 10 verres par semaine, contre 0 à 3 verres par jour et au plus 15 verres par semaine pour les hommes<sup>500</sup>. Des habitudes de consommation à risque, comme les épisodes de forte consommation et la consommation excessive, ont toutefois été signalées dans la population canadienne<sup>501, 502</sup>. Par exemple, en 2009-2010, environ 30 % des hommes et 20 % des femmes ayant bu de l'alcool au cours de l'année précédente ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus en une seule occasion<sup>501, 503</sup>.

xi. Un « verre standard » équivaut à une bouteille de 341 ml (environ 12 oz) de bière, de cidre ou de cooler à 5 %, à un verre de 142 ml (environ 5 oz) de vin à 12% ou à une dose de 43 ml (environ 1,5 oz) de spiritueux à 40 % (à noter un verre standard canadien = 13,45 g ou 17,05 ml d'éthanol).<sup>500</sup>

La consommation excessive ou chronique d'alcool a d'importantes conséquences sanitaires et socioéconomiques. Par exemple, l'alcool serait l'un des principaux facteurs de risque de mortalité prématurée dans les pays à revenu élevé comme le Canada<sup>504</sup>. De plus, en 2012, il y a eu environ 28 000<sup>xii</sup> hospitalisations en soins de courte durée en raison d'une maladie ou d'une affection dont l'alcool était la cause nécessaire. Le coût moyen estimé d'une hospitalisation attribuable à la consommation d'alcool en 2012 était d'environ 7 500 \$ (Base de données canadienne SIG, données non publiées). Les coûts directs des soins de santé, comme les hospitalisations, ne sont cependant pas les seuls coûts associés à la consommation d'alcool. Des coûts indirects, comme ceux liés au système judiciaire et à la perte de productivité au travail, y sont également associés<sup>395</sup>. Par exemple, la consommation chronique d'alcool peut entraîner une perte d'emploi ou de revenus, causer des tensions familiales, entraîner une stigmatisation sociale et compliquer l'accès aux services de santé<sup>495, 497</sup>.

### Notes sur l'indicateur

<b>Sources des données</b>	Base de données sur les congés des patients, Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, ICIS
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2007 à 2012

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2007 et celle de 2012
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2007 et celle de 2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2007 et celle de 2012

xii. Ce nombre exclut les enregistrements d'hospitalisations dont le code postal était manquant (environ 0,2 % de tous les enregistrements).

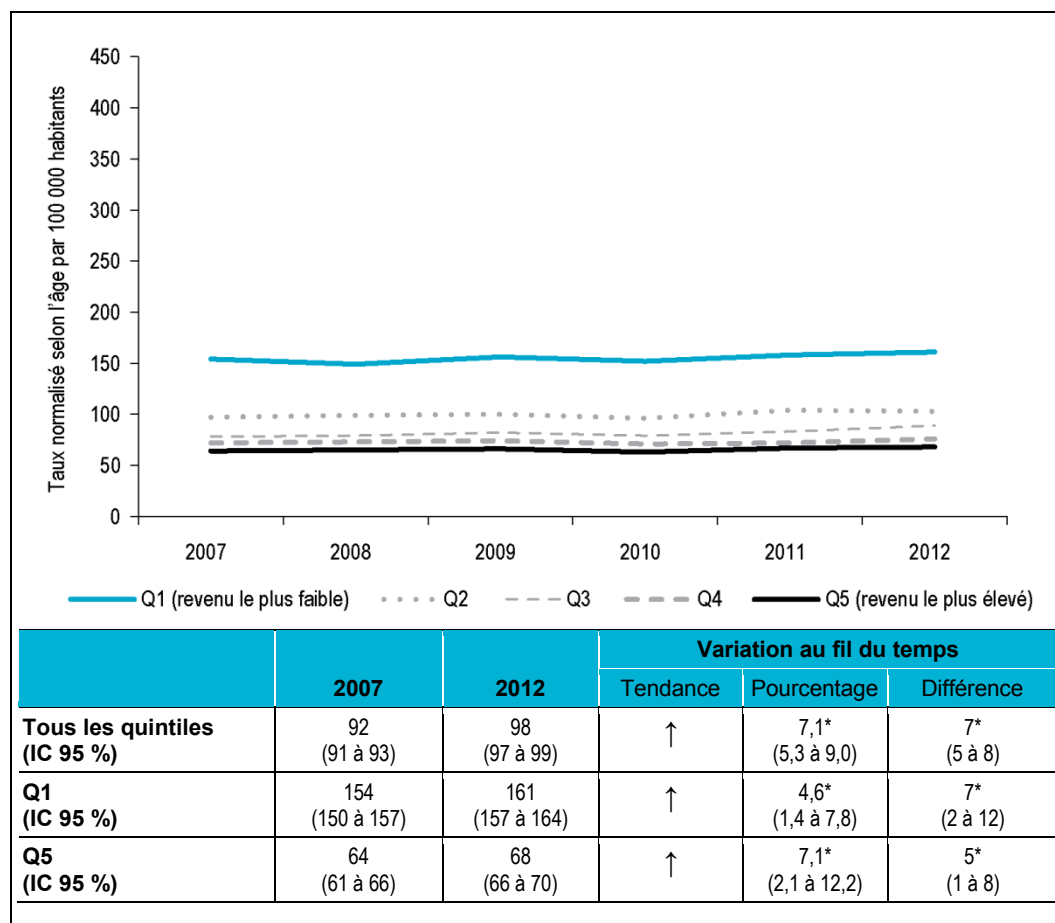
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a-t-elle évolué de 2007 à 2012?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool s'est maintenue au fil du temps, tandis que le taux a augmenté aux niveaux de revenu le plus élevé et le plus faible.

### Tendances des taux selon le revenu

- De 2007 à 2012, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a augmenté pour l'ensemble des niveaux de revenu.
- Au niveau de revenu le plus élevé, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a augmenté de 7,1 %, ou 5 par 100 000 habitants.
- Au niveau de revenu le plus faible, le taux a augmenté de 4,6 %, ou 7 par 100 000 habitants, passant de 154 à 161 par 100 000 habitants.

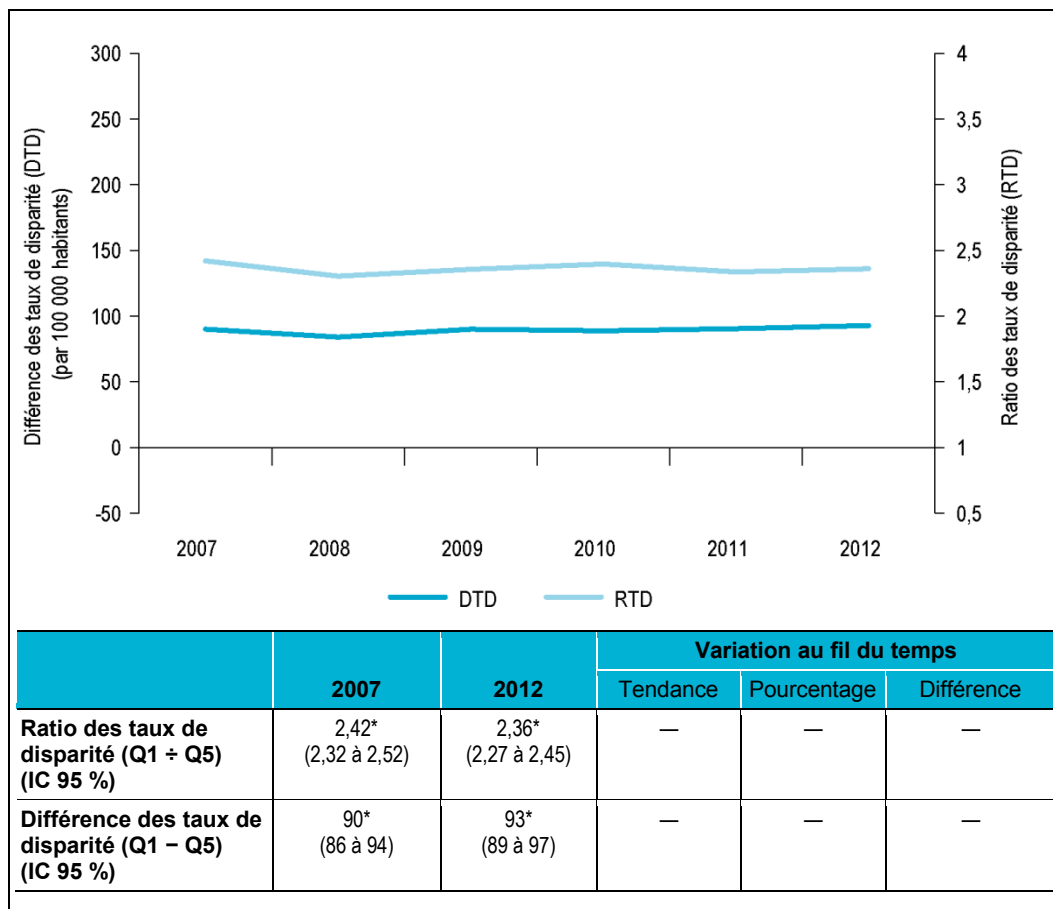
Figure 68 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, par quintile de revenu, Canada, 2007 à 2012



### Tendances des inégalités

- De 2007 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était environ 2,36 à 2,42 fois plus élevé que chez ceux au niveau de revenu le plus élevé.
- Sur une échelle absolue, de 2007 à 2012, il y a eu environ 90 à 93 hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool de plus par 100 000 habitants au niveau de revenu le plus faible, comparativement au niveau de revenu le plus élevé.

Figure 69 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, Canada, 2007 à 2012



### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2007 à 2012 pour les hommes et les femmes?

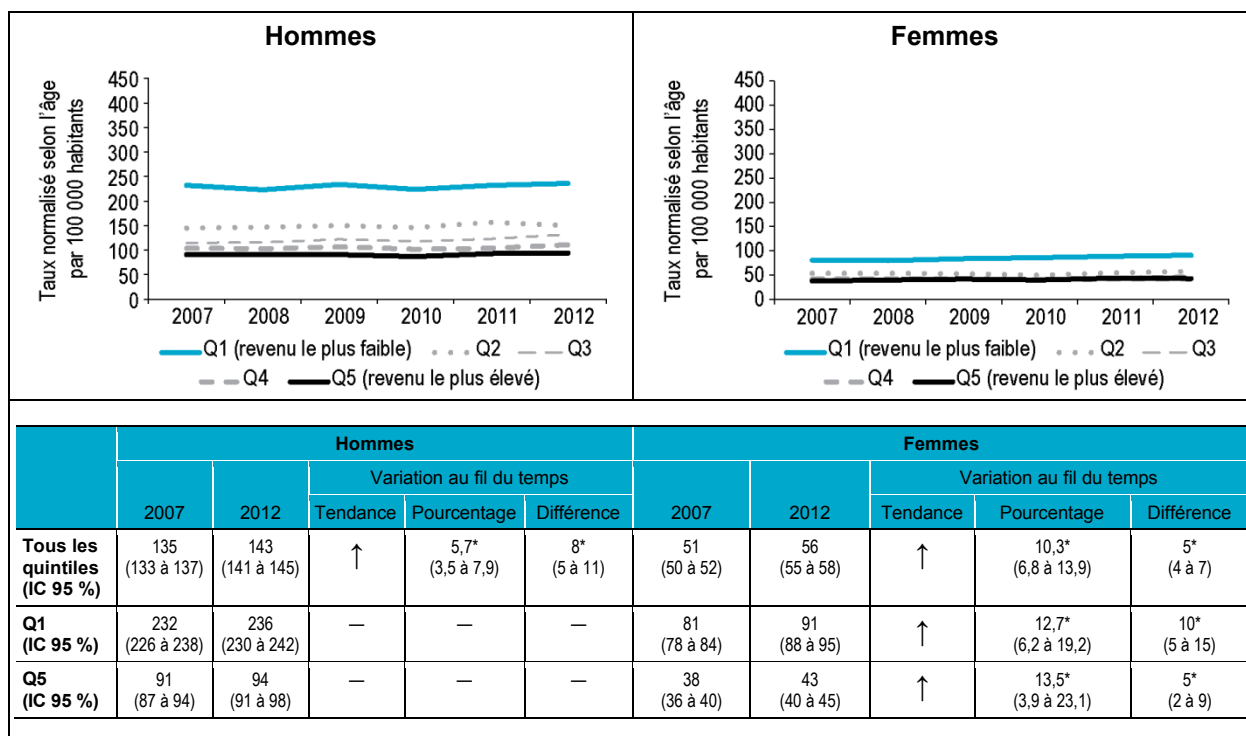
L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool s'est maintenue chez les 2 sexes, en raison d'une hausse des taux pour les hommes et les femmes pour tous les niveaux de revenu combinés.



### Tendances des taux selon le revenu et le sexe

- Chez les femmes, de 2007 à 2012, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a augmenté aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé, ainsi que pour tous les niveaux de revenu confondus.
- Chez les hommes, de 2007 à 2012, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a augmenté pour tous les niveaux de revenu combinés.
- Ce taux était systématiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, tous niveaux de revenu confondus.

Figure 70 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2007 à 2012

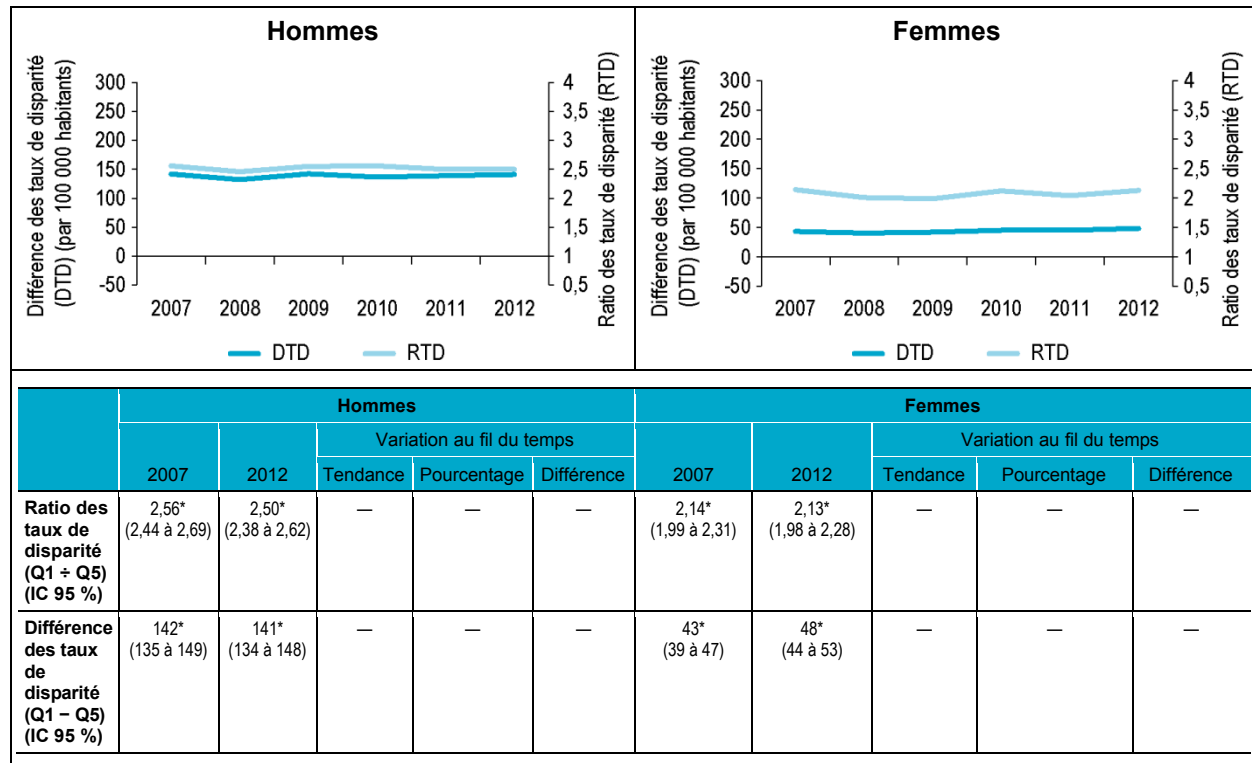


### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les 2 sexes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- L'inégalité liée au revenu était systématiquement plus importante chez les hommes, sur une échelle relative et absolue.
- De 2007 à 2012, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool chez les hommes au niveau de revenu le plus faible était environ 2,50 à 2,56 fois plus élevé que celui chez les hommes au niveau le plus élevé. Cette inégalité représente environ 141 ou 142 hospitalisations de plus chaque année par 100 000 hommes au niveau de revenu le plus faible, comparativement à ceux au niveau le plus élevé.

- En comparaison, durant la même période, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool chez les femmes au niveau de revenu le plus faible était environ 2,13 à 2,14 fois plus élevé que celui chez les femmes au niveau de revenu le plus élevé. Cette inégalité représente environ 43 à 48 hospitalisations de plus chaque année par 100 000 femmes au niveau de revenu le plus faible, comparativement à celles au niveau le plus élevé.

Figure 71 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, selon le sexe, Canada, 2007 à 2012



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool

Selon les analyses précédentes, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool est resté plus élevé chez les Canadiens aux niveaux de revenu inférieurs, et il a augmenté dans l'ensemble des niveaux de revenu. En outre, le taux était nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour les 2 sexes, la différence était nettement plus marquée entre les 2 niveaux de revenu inférieurs qu'entre les niveaux supérieurs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2012, environ 9 000 hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool (31,6 %) auraient pu être évitées si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux que ceux au niveau de revenu le plus élevé.

**Tableau 13 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, Canada, 2007 à 2012**

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	31,8* (29,6 à 33,9)	31,6* (29,5 à 33,6)	34,0* (31,4 à 36,5)	34,7* (32,3 à 37,1)	26,9* (22,6 à 31,0)	24,7* (20,6 à 28,6)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	8 500	9 000	6 500	7 000	2 000	2 000

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

### *Stratégies de réduction des inégalités*

La consommation d'alcool (c.-à-d. les habitudes de consommation et la quantité d'alcool consommée) et ses conséquences potentielles sur la santé sont complexes et varient selon l'âge, le sexe et des facteurs sociaux tels que le niveau de revenu<sup>495, 505</sup>. Ainsi, même lorsque les habitudes de consommation sont semblables dans l'ensemble du spectre socioéconomique, les études tendent à démontrer une incidence négative plus prononcée dans les groupes de faible statut socioéconomique<sup>497, 506</sup>. Parmi les autres facteurs qui augmentent la possibilité qu'une personne ait une consommation d'alcool à haut risque, citons l'accessibilité de l'alcool, le coût de l'alcool, le contexte ou l'environnement de consommation, et les normes sociales qui touchent la consommation d'alcool<sup>501, 505</sup>.

Les populations à faible revenu sont plus sujettes aux problèmes de santé associés à l'alcool en raison de divers facteurs, dont des niveaux de stress supérieurs, une exposition accrue à la vente d'alcool (p. ex. en raison de la densité des points de vente d'alcool), un risque accru de boire de l'alcool de mauvaise qualité ou de l'alcool non destiné à la consommation contenant du méthanol ou d'autres additifs, ainsi qu'une exposition accrue à des environnements de consommation dangereux<sup>495, 507</sup>. De plus, les personnes issues de groupes de faible statut socioéconomique pourraient être plus vulnérables aux conséquences néfastes de l'alcool parce qu'elles ont moins de ressources pour faire face au problème ou parce qu'elles pourraient avoir un moins bon réseau de soutien<sup>497, 507</sup>. Certains facteurs biologiques et conséquences du faible statut socioéconomique sur la santé, comme les carences nutritionnelles et la présence de comorbidités, rendent également certains groupes plus vulnérables aux méfaits de la consommation d'alcool<sup>495, 507</sup>. Les obstacles à l'accès et aux soins (p. ex. des centres de services de santé mal situés, le coût des traitements) peuvent aussi creuser les inégalités quant aux méfaits causés par l'alcool<sup>507</sup>.

Il pourrait être nécessaire d'adopter une combinaison d'approches universelles et d'approches ciblées pour réduire les dommages liés à la consommation d'alcool dans l'ensemble de la population, et pour alléger la charge disproportionnée qu'ils représentent chez les Canadiens à faible revenu<sup>508-510</sup>. Au Canada, un large éventail de politiques et de programmes visant à réduire la consommation d'alcool et les effets néfastes de celle-ci ont été mis en œuvre à l'échelle nationale, provinciale et locale<sup>509</sup>. Certaines approches s'appliquent à la population en général (p. ex. politiques touchant les prix, la taxation, la vente d'alcool), tandis que d'autres (p. ex. programmes de traitement et de prévention, refuges autorisant la consommation d'alcool) ont été élaborées et mises en œuvre pour répondre aux besoins de populations ou de groupes en particulier, comme les buveurs à risque<sup>508, 509, 511</sup>. L'encadré 18 présente un exemple d'intervention ciblée, le programme de gestion de la consommation d'alcool du centre Kwae Kii Win.

Malgré la portée des politiques et des programmes existants, la consommation d'alcool est restée stable au Canada au cours de la dernière décennie, et a même légèrement augmenté chez les femmes<sup>501, 512</sup>. Le nombre d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a augmenté et les inégalités liées au revenu se sont maintenues. Des facteurs comme la privatisation accrue du commerce de l'alcool et les techniques de marketing évoluées plus complètes neutralisent peut-être les efforts de réduction de la consommation d'alcool<sup>509, 513</sup>. Pour renforcer la lutte contre les méfaits causés par l'alcool, certains ont suggéré une action concertée de la part de divers secteurs et organes gouvernementaux (p. ex. emploi et développement social, transport, justice, sécurité sociale, éducation, services de maintien de la sécurité publique), ainsi que d'acteurs non gouvernementaux (collectivités, organismes non gouvernementaux, industrie des boissons alcoolisées)<sup>510, 514</sup>.

## Encadré 18 : Programme de gestion de la consommation d'alcool du centre Kwae Kii Win, 2012 à aujourd'hui

**Problème** : Les itinérants courent un risque plus élevé que d'autres populations de souffrir de nombreux problèmes de santé physique et mentale, et sont particulièrement vulnérables aux conséquences sur la santé d'une consommation d'alcool à risque<sup>225, 507, 515</sup>. Parmi les obstacles à la sobriété relevés pour ce groupe, citons l'absence d'un logement stable, la maladie mentale, la durée de la dépendance à l'alcool, le manque de soutien social et le refus des traitements<sup>516</sup>. Les itinérants tendent à être de grands utilisateurs des services médicaux d'urgence et des services de police<sup>233, 516</sup>.

**Intervention** : En mars 2012, l'organisme de service social Shelter House, de Thunder Bay, en Ontario, a ouvert le centre Kwae Kii Win, un programme de gestion de la consommation d'alcool. Des programmes de gestion de la consommation d'alcool, comme ce centre, sont de plus en plus nombreux au Canada. Ce type de programme vise à réduire les dommages causés par la consommation excessive d'alcool en fournissant aux participants des doses contrôlées d'alcool, en plus de leur offrir l'hébergement et, dans certains cas, de la nourriture et des services de santé<sup>517</sup>. Ces programmes de réduction des dommages ont pour objectif premier de réduire la consommation d'alcool et de drogues, mais visent aussi, notamment, à améliorer l'accès aux soins, à renforcer les capacités d'autogestion des participants et à réduire les coûts pour la société<sup>518</sup>. Le but du centre Kwae Kii Win est d'atténuer les dommages liés à la consommation d'alcool chez les participants, en plus de réduire le recours aux services de police, aux hôpitaux, aux unités de désintoxication et aux services médicaux d'urgence<sup>517</sup>.

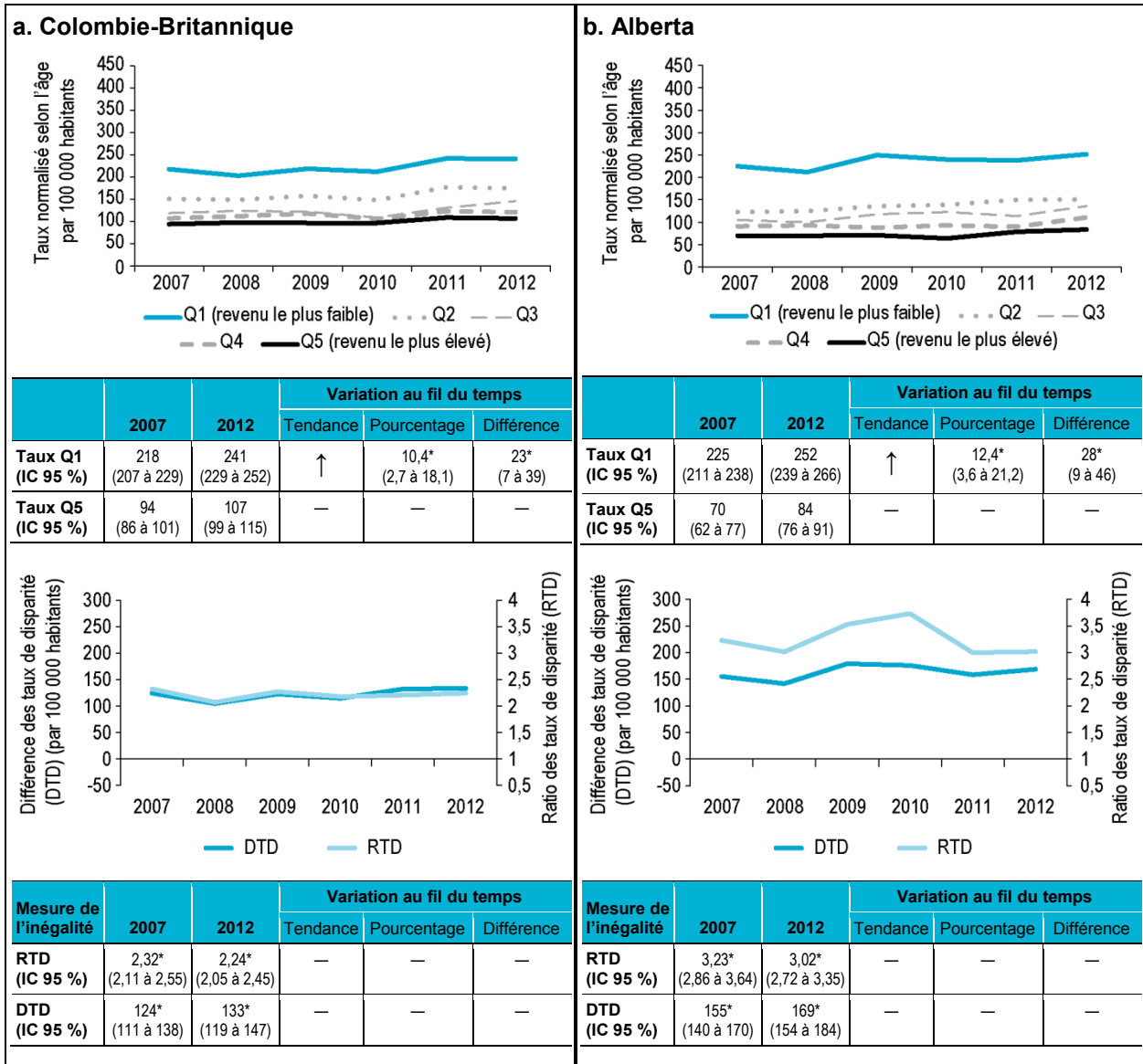
(suite à la page suivante)

**Justification et données probantes** : Pendant le séjour au centre, certains dommages liés à l'alcool, comme les convulsions de sevrage, ont été atténués chez certains participants. Les contacts avec les services de police, les hospitalisations et les admissions en désintoxication ont également diminué pour les participants<sup>517</sup>. Le programme a aussi aidé certains participants à conserver un logement stable, en plus d'améliorer leur santé mentale et leur bien-être.

### **Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool a-t-elle évolué de 2007 à 2012 selon la province?**

- Dans toutes les provinces, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool s'est maintenue au fil du temps. L'ampleur de l'inégalité variait toutefois beaucoup d'une province à l'autre.
- À l'échelle des provinces, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool est resté stable dans l'ensemble, à l'exception de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et de l'Ontario, où il a augmenté au niveau de revenu le plus faible.
- En 2012, l'inégalité la moins importante a été observée à Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse; le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool au niveau de revenu le plus faible y était environ 1,45 à 1,53 fois plus élevé (de 27 à 33 hospitalisations de plus par 100 000 habitants) que celui au niveau le plus élevé. L'inégalité la plus importante a, quant à elle, été observée en Saskatchewan; le taux y était 3,46 fois supérieur (268 hospitalisations de plus par 100 000 habitants) au niveau de revenu le plus faible, par rapport au plus élevé.

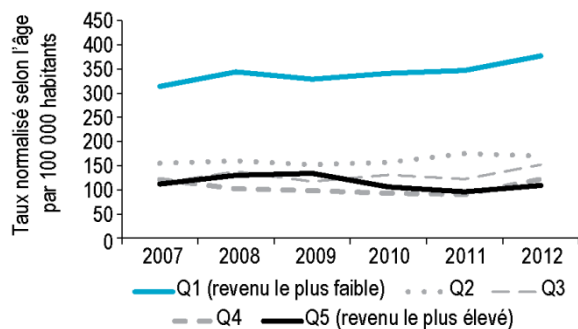
Figure 72 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2007 à 2012



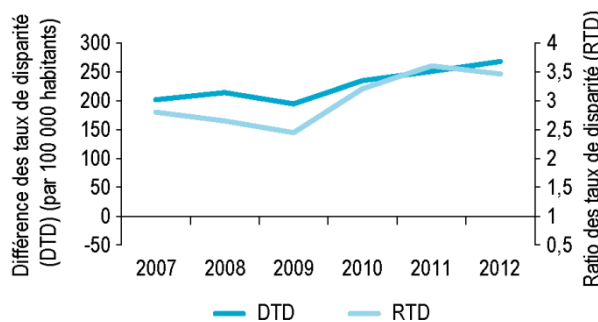
(suite à la page suivante)

Figure 72 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2007 à 2012 (suite)

**c. Saskatchewan**

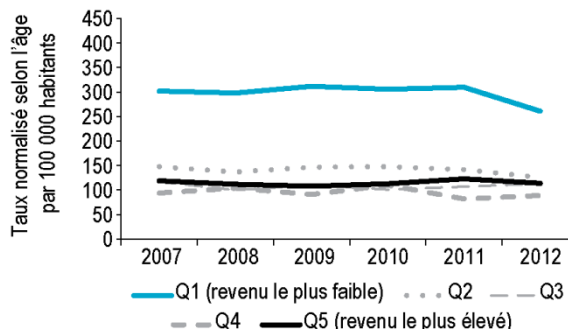


	2007	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	314 (283 à 344)	377 (344 à 409)	↑	20,1* (4,5 à 35,8)	63* (18 à 108)
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	112 (95 à 129)	109 (92 à 126)	—	—	—

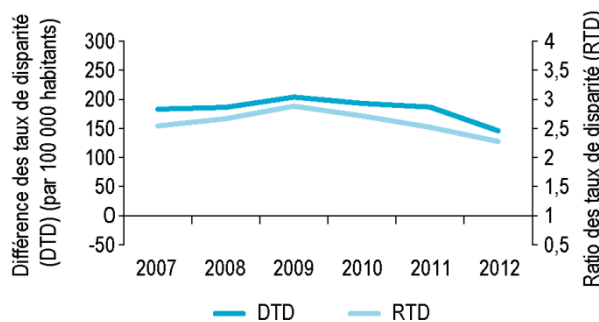


Mesure de l'inégalité	2007	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	2,80* (2,34 à 3,35)	3,46* (2,89 à 4,14)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	202* (167 à 236)	268* (231 à 305)	—	—	—

**d. Manitoba**



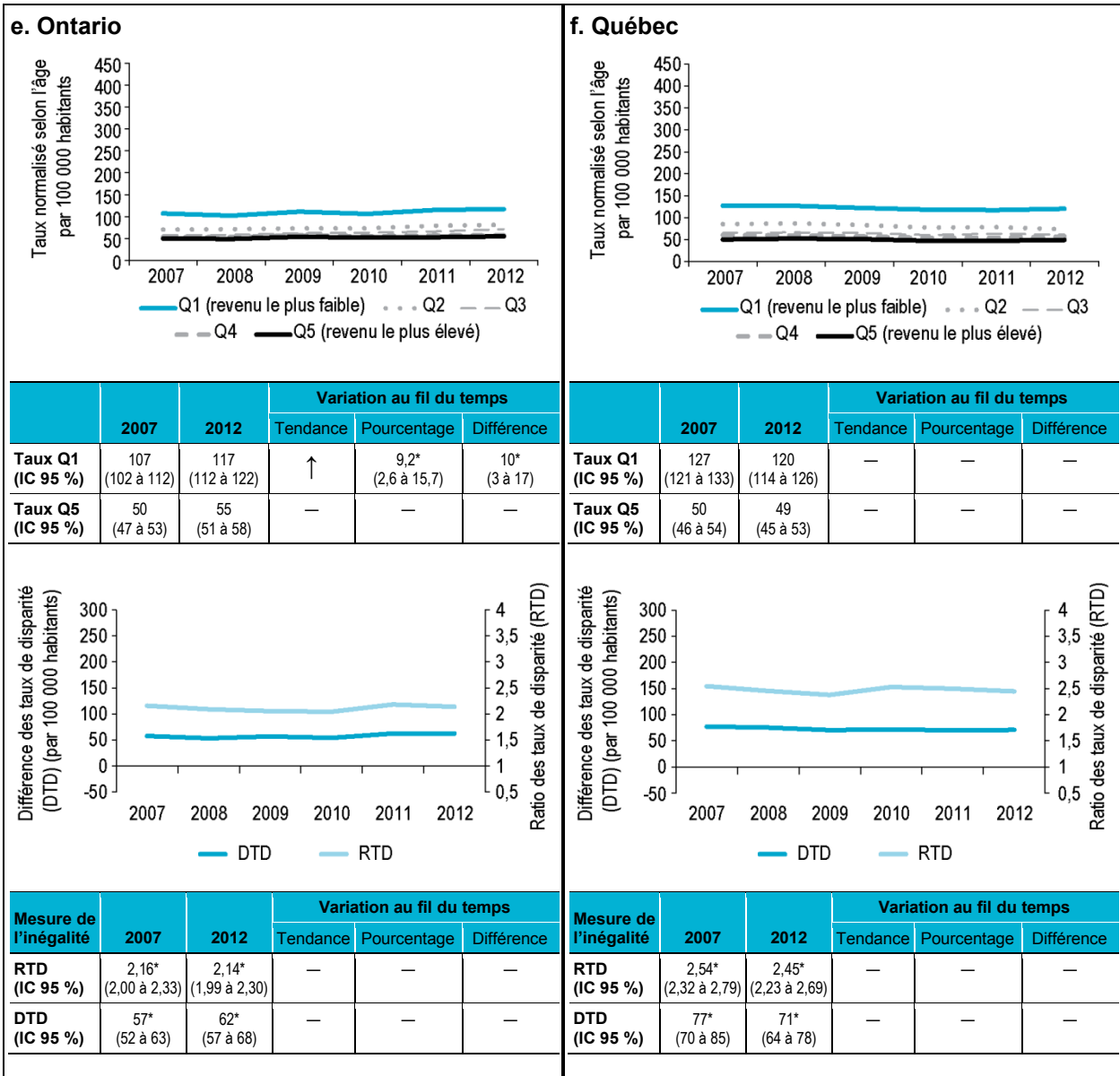
	2007	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	302 (275 à 329)	261 (236 à 285)	—	—	—
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	119 (103 à 135)	114 (98 à 130)	—	—	—



Mesure de l'inégalité	2007	2012	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	2,55* (2,17 à 3,00)	2,28* (1,93 à 2,70)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	183* (152 à 215)	146* (117 à 175)	—	—	—

(suite à la page suivante)

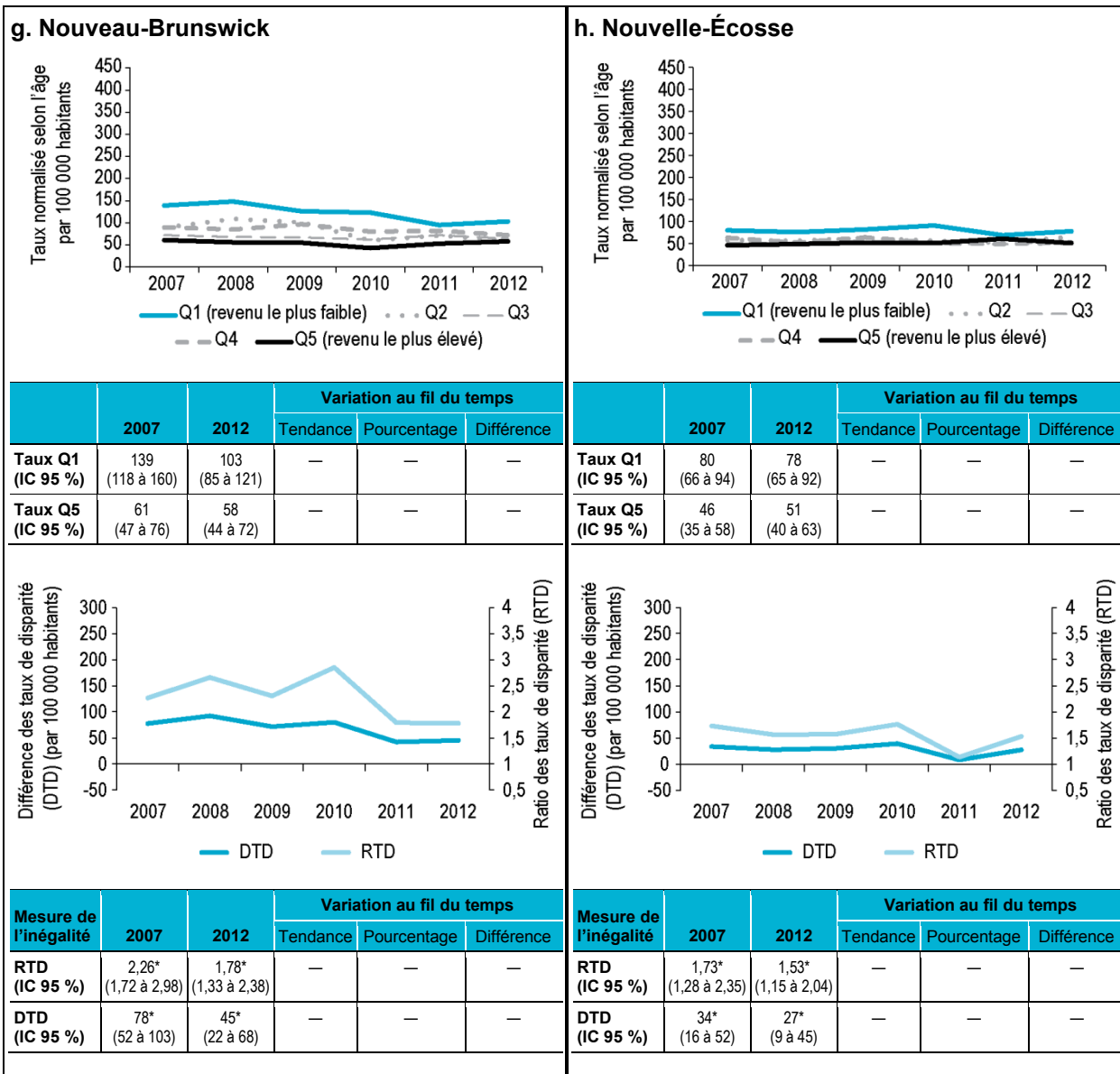
Figure 72 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2007 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

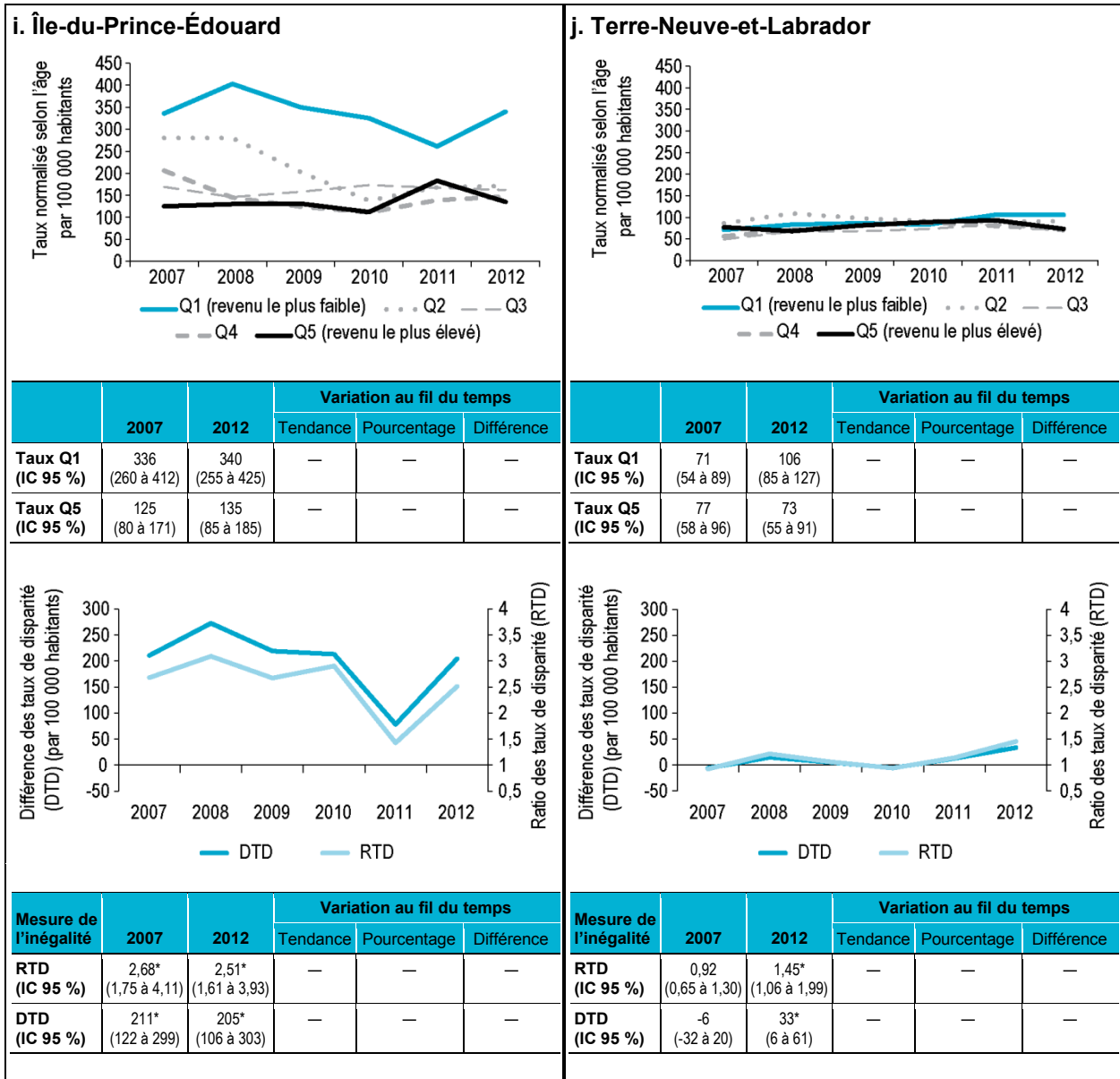


Figure 72 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2007 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 72 : Taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2007 à 2012 (suite)



## Crise cardiaque menant à une hospitalisation

### Contexte

Cet indicateur rend compte du taux d'admissions dans les hôpitaux de soins de courte durée pour une première crise cardiaque (aussi appelée infarctus aigu du myocarde, ou IAM) ou une récurrence survenue au moins 28 jours après le premier événement d'IAM. L'indicateur concerne les personnes de 20 ans et plus et s'exprime en taux d'événements par 100 000 Canadiens par an<sup>519</sup>. Un IAM est un événement potentiellement mortel qui survient lorsque l'apport de sang au cœur est entravé, habituellement à la suite d'un blocage artériel<sup>520</sup>.

En 2012, on a dénombré environ 73 000<sup>xiii</sup> hospitalisations en raison d'un événement d'IAM au Canada. Étant donné que le coût moyen estimé d'une hospitalisation de ce genre s'élève à 11 800 \$, le coût total de ces hospitalisations en 2012 était d'environ 853 698 000 \$ (Base de données canadienne SIG, données non publiées).

Bien que cet indicateur du taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation permette d'établir des comparaisons pancanadiennes et de suivre les tendances au fil du temps, il sous-estime le nombre de crises cardiaques au sein de la population, puisqu'il ne tient compte que des événements menant à une hospitalisation<sup>521</sup>. Au Canada, environ une victime de crise cardiaque sur 4 décède avant d'avoir reçu des soins médicaux<sup>520</sup>. Parmi les patients traités à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque en 2011, la majorité a survécu plus de 30 jours et n'a subi aucune récurrence dans l'année suivante. En revanche, environ 7 % des patients ayant subi un IAM sont décédés à l'hôpital dans les 30 jours<sup>522</sup>. Après une crise cardiaque, les patients sont plus sujets à d'autres risques pour la santé physique et émotionnelle, comme la dépression et un risque de mortalité accru<sup>523, 524</sup>.

Très souvent évitables, les crises cardiaques sont pour la plupart liées à des facteurs de risque cardiovasculaire comme l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, le stress, le tabagisme, l'inactivité physique et la mauvaise alimentation<sup>520</sup>. Les personnes à faible revenu ou ayant un faible niveau de scolarité sont plus susceptibles de subir une crise cardiaque ou de succomber à un tel événement<sup>524-526</sup>. Des études canadiennes et américaines sur l'incidence du revenu, de la scolarité et de l'emploi ont révélé que ces 3 dimensions du SSE étaient liées à une augmentation de plus de 40 % du risque de crise cardiaque chez les personnes de SSE faible<sup>525</sup>.

---

xiii. Ce nombre exclut les enregistrements d'hospitalisations dont le code postal était manquant (environ 1,1 % de tous les enregistrements).

### Notes sur l'indicateur

<b>Sources des données</b>	Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2008 à 2012

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2008 et celle de 2012
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2008 et celle de 2012
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2008 et celle de 2012

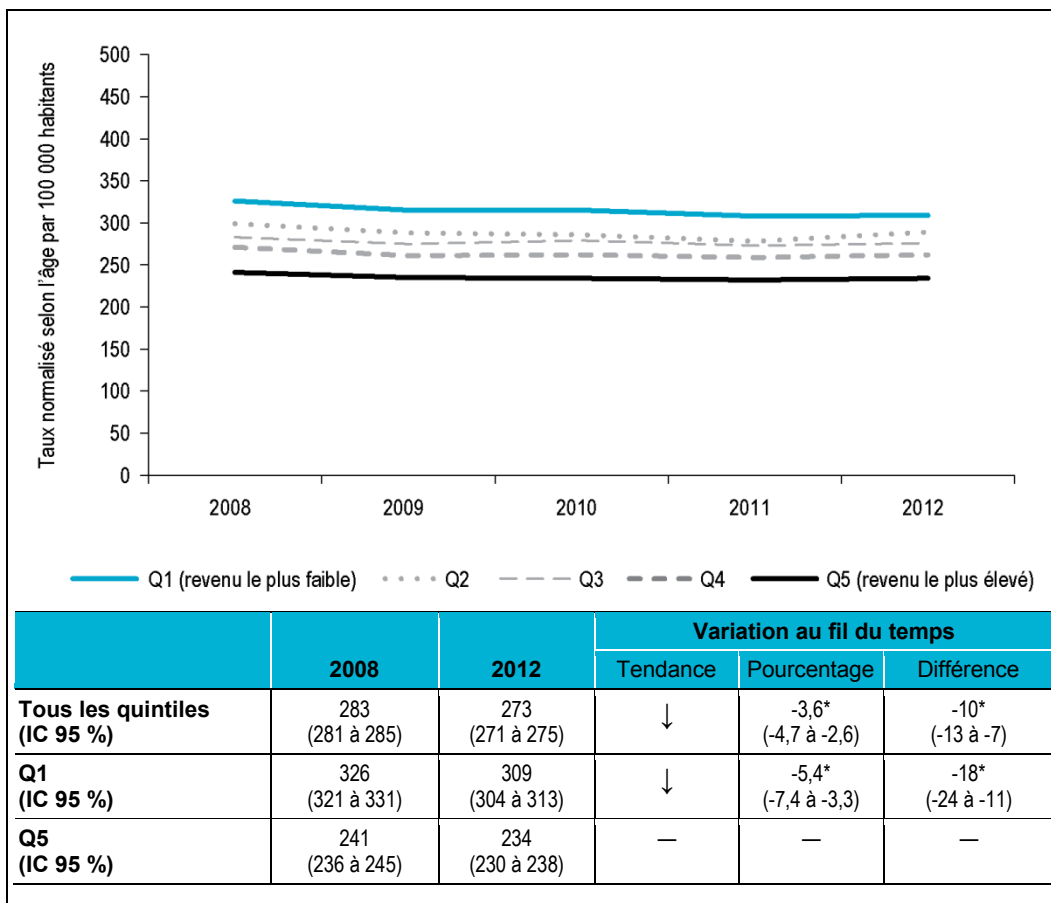
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation a-t-elle évolué de 2008 à 2012?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation s'est maintenue au fil du temps, alors que les taux ont diminué aux 2 niveaux de revenu inférieurs.

### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2008 à 2012, le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation a accusé un recul de 3,6 %; il est passé de 283 à 273 par 100 000 habitants pour tous les niveaux de revenu confondus. Cette tendance était attribuable en grande partie à une diminution des taux aux 2 niveaux de revenu inférieurs.
- Le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation au niveau de revenu le plus faible a diminué de 5,4 %, passant de 326 par 100 000 habitants en 2008 à 309 par 100 000 habitants en 2012.

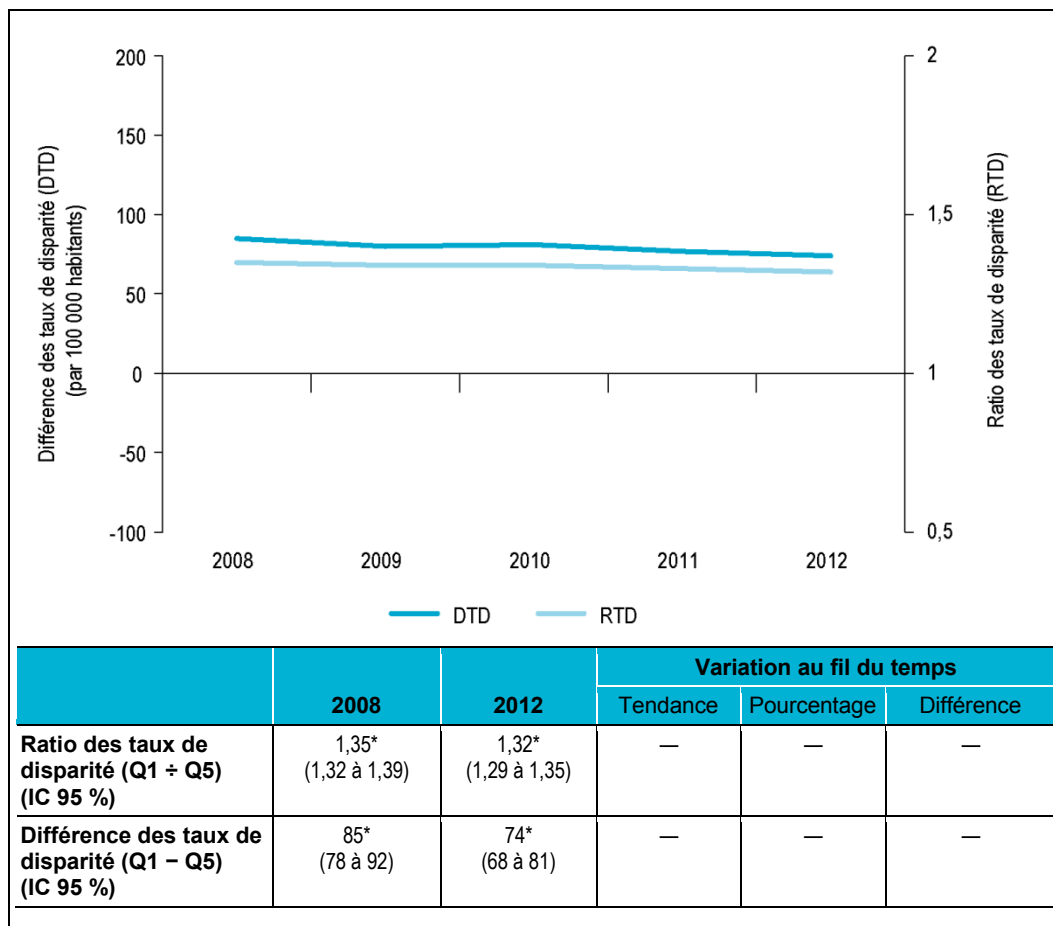
Figure 73 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation, par quintile de revenu, Canada, 2008 à 2012



### Tendances des inégalités

- De 2008 à 2012, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible était environ 1,32 à 1,35 fois plus élevé que chez les Canadiens au niveau le plus élevé.
- Sur une échelle absolue, il y a eu environ 74 à 85 crises cardiaques menant à une hospitalisation de plus par 100 000 habitants au niveau de revenu le plus faible qu'au niveau le plus élevé.

**Figure 74 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation, Canada, 2008 à 2012**



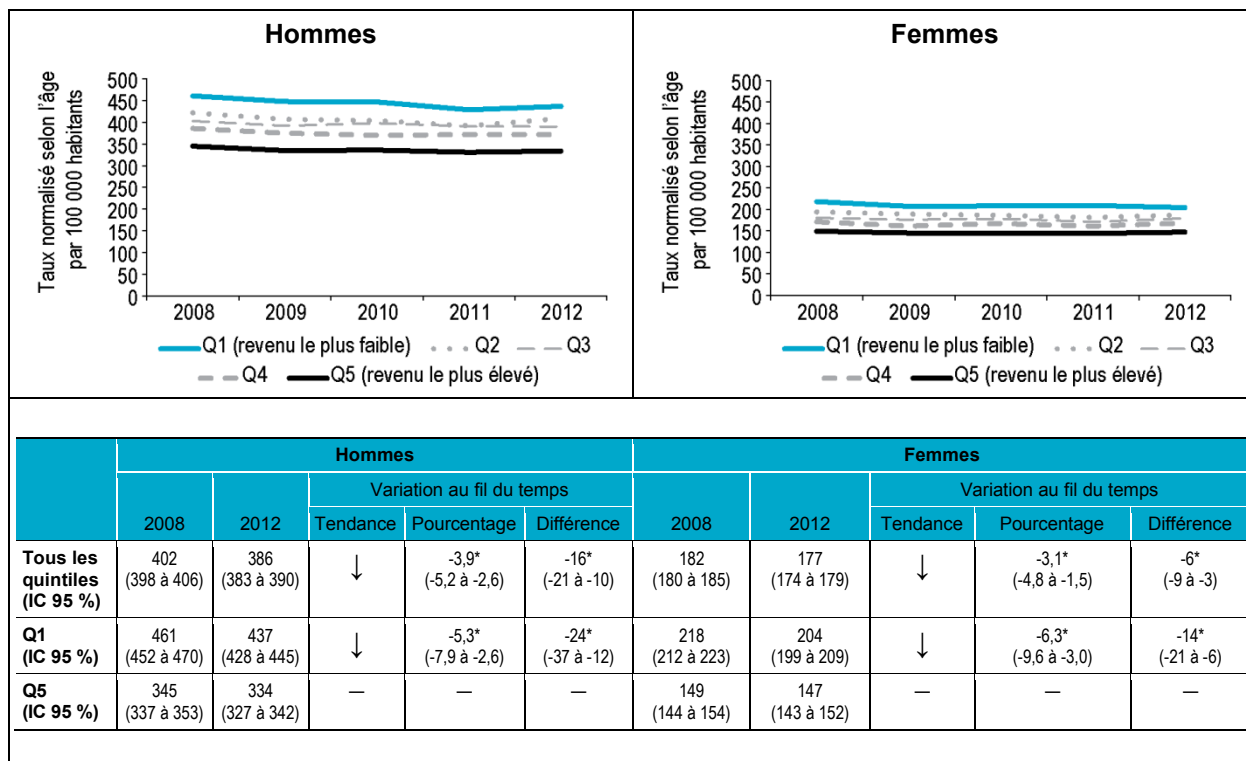
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2008 à 2012 pour les hommes et les femmes?

Pour les 2 sexes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation s'est largement maintenue au fil du temps, et les taux ont diminué au niveau de revenu le plus faible.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- De 2008 à 2012, les taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation ont diminué dans l'ensemble des niveaux de revenu, surtout en raison d'une baisse aux niveaux de revenu inférieurs.
- Le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation est resté nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, tous niveaux de revenu confondus.

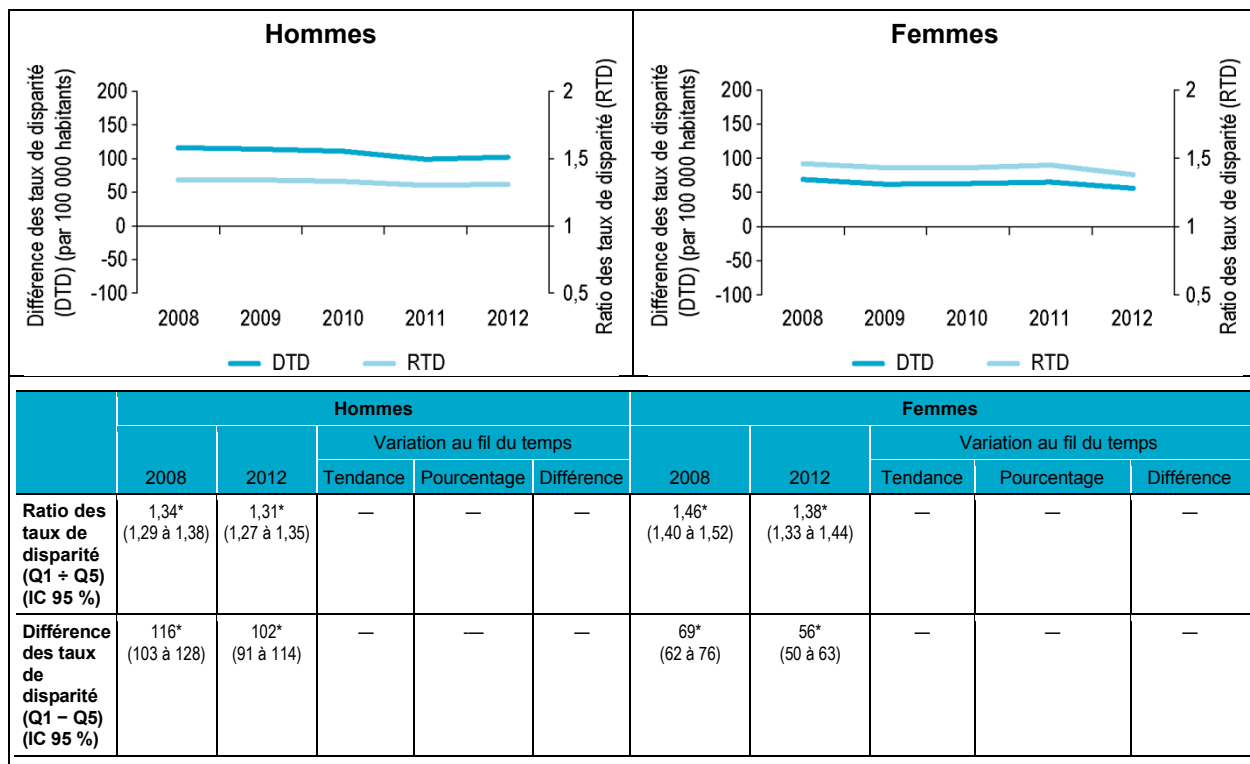
Figure 75 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2008 à 2012



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les 2 sexes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.

Figure 76 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation, selon le sexe, Canada, 2008 à 2012



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation

Selon les analyses qui précèdent, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation s'est maintenue de 2008 à 2012. Les plus faibles taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation ont été observés chez les Canadiens au niveau de revenu le plus élevé. Les taux augmentent selon l'échelle des revenus.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2012, environ 11 000 crises cardiaques menant à une hospitalisation (14,6 %), pour les 2 sexes, auraient pu être évitées si les Canadiens à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux que ceux au niveau de revenu le plus élevé.



**Tableau 14 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation, Canada, 2008 à 2012**

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>††</sup> (IC 95 %)</b>	15,3* (13,9 à 16,8)	14,6* (13,2 à 16,0)	14,5* (12,7 à 16,3)	13,9* (12,1 à 15,7)	18,6* (16,1 à 20,9)	16,8* (14,5 à 19,2)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	12 200	11 000	7 600	7 000	4 600	4 000

**Remarque**

†† Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

### *Stratégies de réduction des inégalités*

Comparativement aux Canadiens de statut socioéconomique (SSE) élevé, les Canadiens appartenant aux groupes de SSE faible sont plus exposés aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, comme le tabagisme, l'inactivité physique, la consommation insuffisante de fruits et de légumes, l'hypertension artérielle et le diabète<sup>520, 527</sup>. L'exposition plus importante aux facteurs de risque cardiovasculaire dans les groupes de SSE faible a également été associée à des résultats moins favorables chez les victimes d'une crise cardiaque, y compris un risque de décès accru<sup>526, 528, 529</sup>. Le revenu et la scolarité influent notamment sur les connaissances et l'accès à des ressources favorisant l'adoption de comportements sains (p. ex. l'abonnement à un centre d'entraînement physique, l'achat d'aliments sains). Par ailleurs, les personnes à faible revenu tendent à adopter certains comportements nuisibles à la santé, comme le tabagisme, pour faire face au stress constant de boucler leur budget<sup>530</sup>. Les efforts de prévention peuvent donc gagner en efficacité s'ils ciblent également les conditions socioéconomiques qui engendrent les écarts entre les groupes de SSE sur le plan des facteurs de risque cardiovasculaire<sup>530</sup>.

En plus de réduire les inégalités sur le plan des facteurs de risque comme la mauvaise alimentation, le tabagisme et le diabète (abordés ailleurs dans le présent rapport), il est important d'augmenter le niveau d'activité physique si l'on veut réduire le nombre de crises cardiaques et l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques. Employées seules, les campagnes d'information qui encouragent la population à adopter de saines habitudes de vie peuvent accroître les inégalités si les groupes vulnérables ne peuvent effectuer les changements préconisés en raison de contraintes économiques, sociales ou environnementales<sup>363</sup>. Par exemple, les frais d'inscription et d'équipement associés aux sports organisés ou aux loisirs communautaires, le manque de moyens de transport ou le manque d'accès à des services de garde peuvent limiter la pratique de l'activité physique au sein des groupes à faible revenu<sup>531</sup>. Les occasions de pratiquer une activité physique durant les loisirs sont aussi restreintes pour les personnes qui doivent occuper plus d'un emploi pour boucler leurs fins de mois<sup>532</sup>.

Selon des études récentes, les interventions structurelles visant à modifier les facteurs environnementaux qui favorisent ou restreignent l'activité physique sont plus efficaces auprès des groupes de SSE faible<sup>362, 363</sup>. La construction de trottoirs, la création de voies réservées aux bicyclettes et la mise en œuvre de mesures de modération de la circulation font partie des nombreuses modifications de l'environnement bâti qui peuvent faciliter la pratique d'activité physique gratuite au quotidien, en plus de favoriser le développement économique local et l'habitabilité des quartiers<sup>533</sup>. Dans ce contexte, les

administrations municipales ont un rôle important à jouer dans la mise en place d'initiatives d'urbanisme et de développement urbain qui favoriseront les déplacements à pied et à vélo<sup>533</sup>. Par exemple, en 2010, la Ville de Calgary a adopté, dans le cadre de son plan de transport, une stratégie globale sur le vélo. Elle souhaitait ainsi créer de nouvelles infrastructures pour inciter les citoyens à faire du vélo et pour renforcer la sécurité des cyclistes<sup>534</sup>. L'encadré 19 donne un exemple d'une stratégie globale sur l'activité physique adoptée en Colombie-Britannique. Enfin, selon d'autres données probantes, les actions en milieu de travail axées sur les travailleurs à faible revenu permettraient d'augmenter le niveau d'activité physique et de réduire le surplus de poids<sup>535</sup>.

## Encadré 19 : Stratégie d'activité physique de la Colombie-Britannique, 2008 à 2010

**Problème** : Les Canadiens à faible revenu se heurtent à des obstacles à la pratique régulière d'activités physiques<sup>536</sup>. Or, l'inactivité physique est un important facteur de risque de plusieurs affections mettant la santé en danger, dont les crises cardiaques<sup>520</sup>.

**Intervention** : La stratégie d'activité physique de la Healthy Living Alliance de la Colombie-Britannique comprenait 4 volets axés sur les adultes inactifs de 35 à 54 ans, dont un visant l'accessibilité de l'activité physique pour les populations à faible revenu<sup>537, 538</sup>.

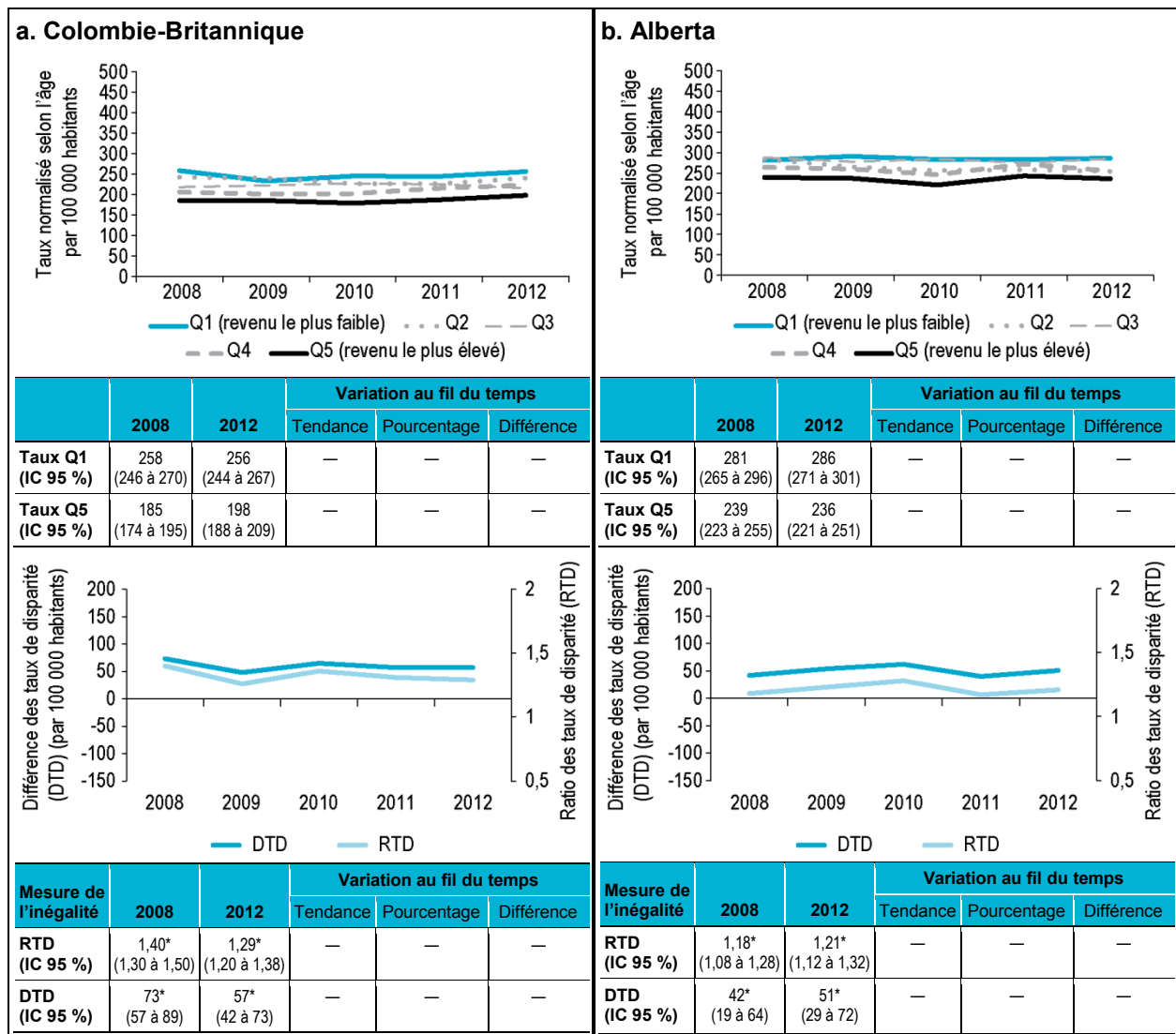
- Le volet Walk BC (promotion de la marche en C.-B.) visait à offrir une formation aux dirigeants communautaires, ainsi que des subventions pour la création de trajets de même que de cartes et la formation ainsi que la promotion de clubs de marche locaux.
- Le volet Everybody Active (activité physique pour tous) visait à inciter les collectivités à éliminer les obstacles à l'activité physique pour les groupes à faible revenu. Des subventions ont été octroyées à diverses collectivités, dont 21 collectivités autochtones et 10 collectivités cibles.
- Le volet Community-Based Awareness (sensibilisation communautaire) visait à promouvoir les autres composants de la stratégie, ainsi qu'à créer les outils nécessaires pour que les collectivités puissent faire connaître les possibilités d'activité physique sur leur territoire et encourager l'adoption d'un mode de vie sain.
- Le volet Built Environment and Active Transportation (BEAT, ou environnement bâti et transport actif) a suscité la participation des collectivités dans le cadre de sommets sur l'environnement bâti. Il visait également à créer des modules et des ressources de formation, ainsi qu'à fournir des subventions aux collectivités souhaitant mettre en place des plans de transport actif et demander des fonds de construction d'infrastructures.

**Justification et données probantes** : Ensemble, les 4 volets de la stratégie ont touché plus de 250 000 personnes dans plus de 200 collectivités, dont 63 collectivités autochtones. Plus de 3 000 personnes ont participé aux ateliers de formation sur l'élimination des obstacles à l'activité physique et la planification des transports actifs, destinés aux populations à faible revenu. Les collectivités subventionnées par le programme BEAT ont utilisé leur plan de transport actif pour obtenir près de 3,4 millions de dollars en financement supplémentaire<sup>539</sup>. Il est difficile d'évaluer l'incidence directe de ce type d'intervention sur le taux d'événements d'IAM, mais toute mesure visant à réduire l'importance des facteurs de risque cardiovasculaire (dont l'inactivité physique) dans les groupes de SSE faible est susceptible de réduire l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques. Les interventions qui visent, d'une part, à donner aux collectivités les moyens de favoriser l'activité physique dans les populations à faible revenu et, d'autre part, à leur fournir les fonds nécessaires pour y parvenir ne sont qu'un des moyens de réduire les inégalités socioéconomiques en matière d'événements d'IAM.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux crises cardiaques menant à une hospitalisation a-t-elle évolué de 2008 à 2012 selon la province?

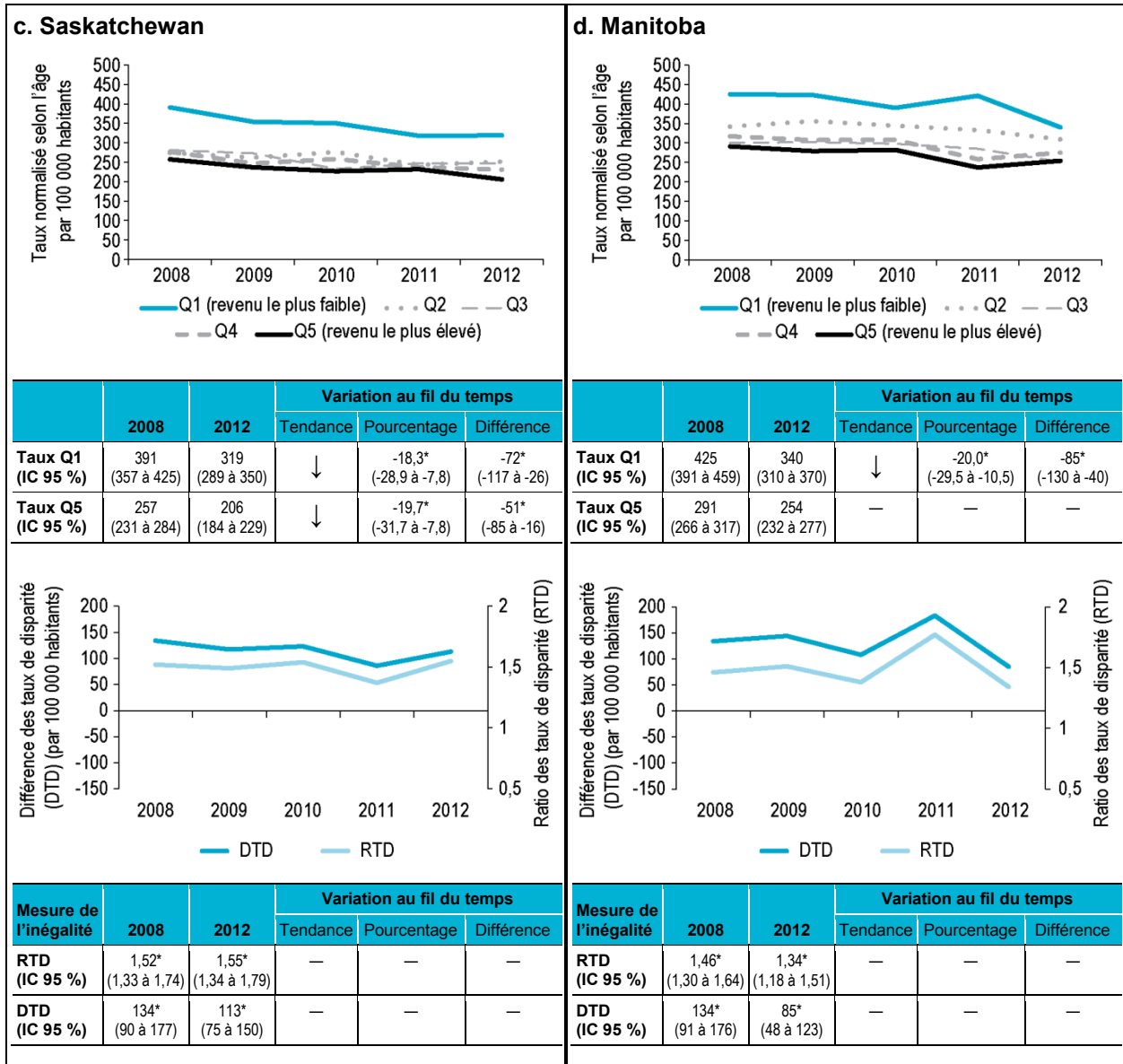
- De 2008 à 2012, le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation a évolué différemment d'une province à l'autre. L'inégalité liée au revenu s'est largement maintenue au fil du temps, mais à divers degrés selon la province.
- En Saskatchewan, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador, le taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation a diminué aux niveaux de revenu le plus faible et le plus élevé. Au Manitoba, ce taux a diminué au niveau de revenu le plus faible. À l'opposé, il a augmenté au Québec, mais uniquement au niveau de revenu le plus élevé.
- En 2012, parmi toutes les provinces, la Colombie-Britannique affichait le plus faible taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse affichaient le taux le plus élevé.

Figure 77 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2008 à 2012



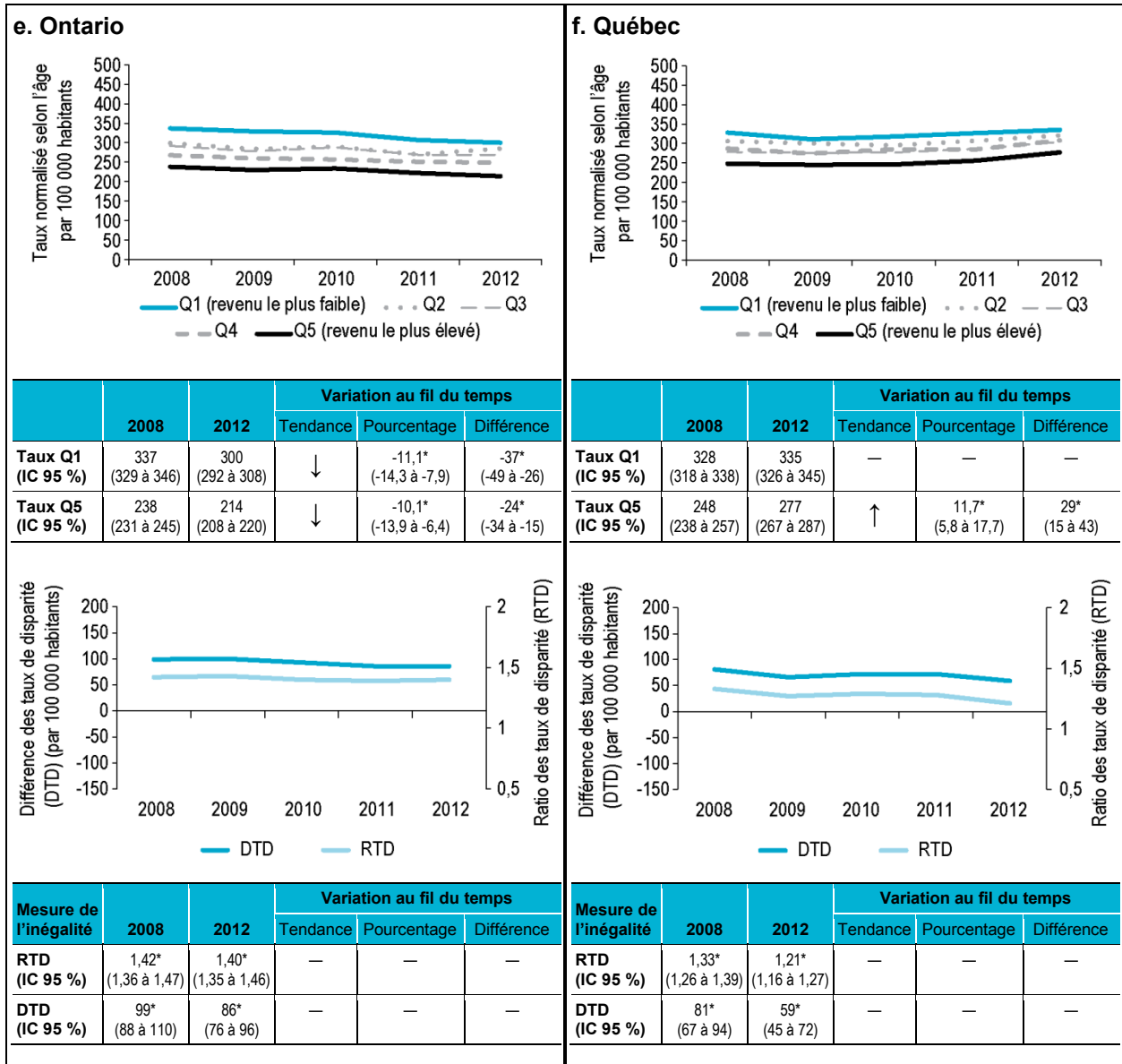
(suite à la page suivante)

Figure 77 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2008 à 2012 (suite)



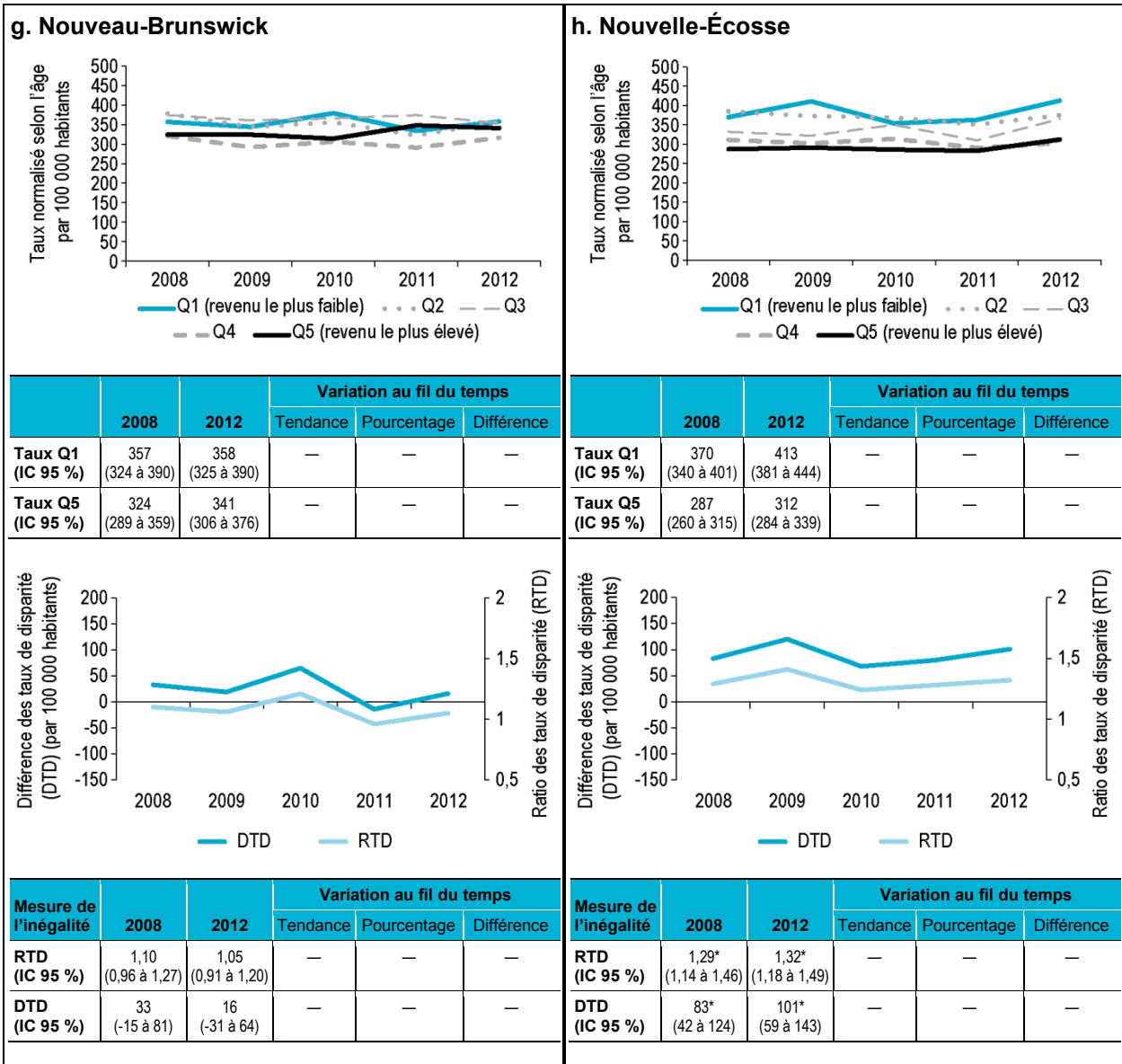
(suite à la page suivante)

Figure 77 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2008 à 2012 (suite)



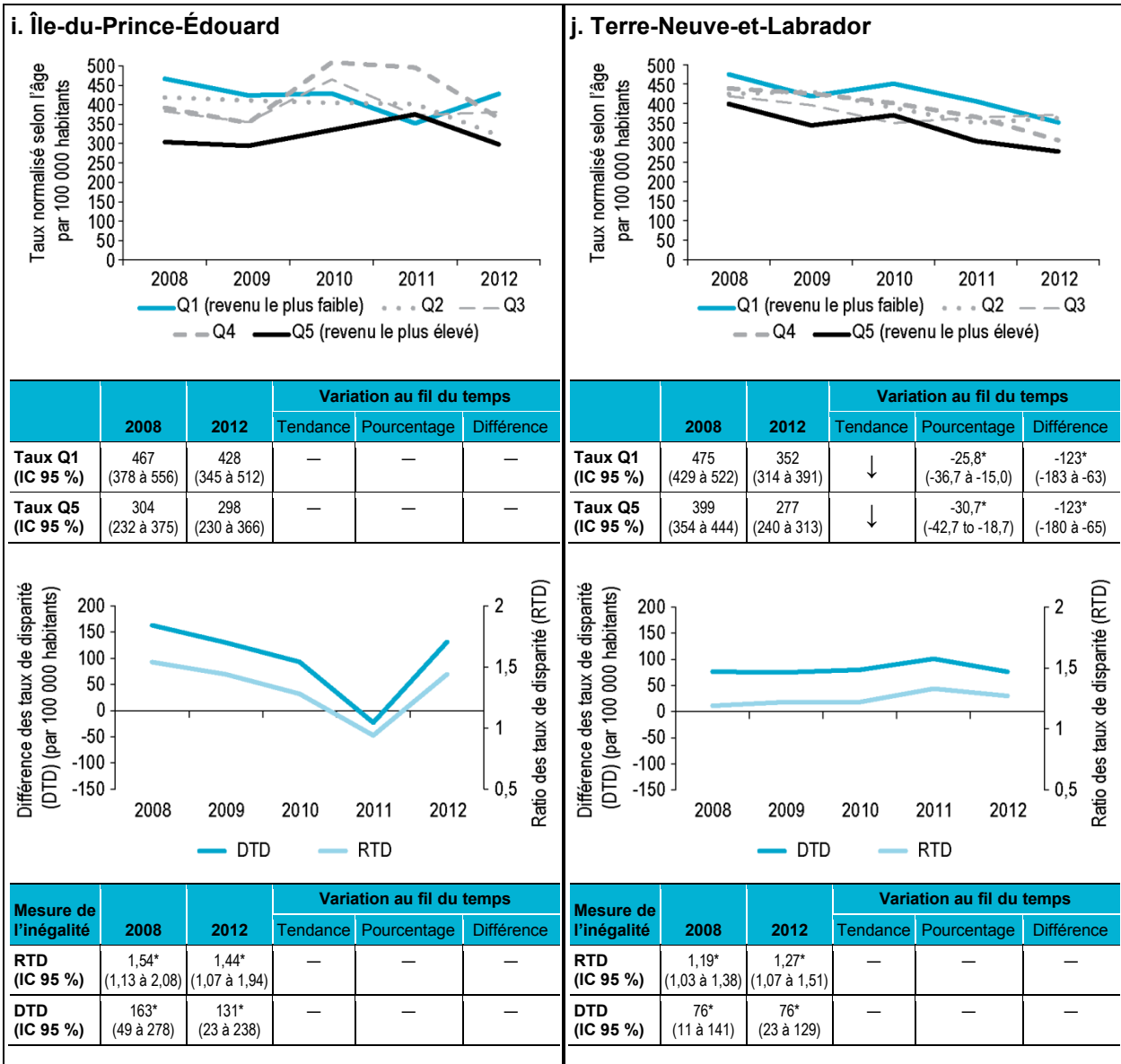
(suite à la page suivante)

Figure 77 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2008 à 2012 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 77 : Taux de crises cardiaques menant à une hospitalisation et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2008 à 2012 (suite)



## Diabète

### Contexte

Cet indicateur mesure la prévalence du diabète chez les Canadiens de 18 ans et plus. Dans le cadre de l'enquête, on a demandé aux répondants si leur diabète avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé, et on n'a fait aucune distinction entre les types de diabète<sup>349</sup>.

Le diabète est une affection chronique grave et courante dont la prévalence augmente rapidement. En 2014, environ 3,3 millions de Canadiens (9 %) étaient atteints du diabète, et on s'attend à ce que ce nombre grimpe à 4,8 millions au cours des 10 prochaines années<sup>540</sup>. Le diabète agit sur la capacité du corps à produire de l'insuline, une hormone qui régule le taux de glucose (sucre) dans le sang. Il existe 2 principaux types de diabète. Le diabète de type 1 se caractérise par une incapacité du corps à produire de l'insuline et le diabète de type 2, par une production insuffisante d'insuline ou une incapacité du corps à utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Sans prise en charge ou traitement approprié (alimentation saine, activité physique régulière, surveillance de la glycémie et, au besoin, prise de médicaments), le diabète augmente les risques de complications graves telles que les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension, l'insuffisance rénale et le décès prématuré<sup>541, 542</sup>. Ainsi, le diabète représente un fardeau considérable pour les personnes atteintes, leur famille et le système de santé. Au Canada, on estime les coûts liés au diabète à 13,5 milliards de dollars annuellement et on s'attend à ce qu'ils atteignent 17 milliards d'ici 2024<sup>540</sup>.

Le diabète de type 2 représente plus de 90 % de tous les cas de diabète et est étroitement lié à l'obésité, à l'inactivité physique, à une mauvaise alimentation et à des facteurs génétiques<sup>541, 543</sup>. Certains groupes ethniques, comme les Autochtones, les personnes originaires d'Asie du Sud, d'Amérique latine, d'Afrique et des Caraïbes, courent un plus grand risque et semblent développer cette affection à un plus jeune âge que les Européens<sup>543</sup>. D'autres déterminants structurels et matériels de la santé, comme le revenu, la scolarité et le logement, contribuent aussi de manière importante à l'apparition et à l'évolution du diabète. En effet, ils déterminent les principaux facteurs de risques, tels que les comportements liés à la santé, le niveau de stress chronique et la capacité d'accéder à des ressources qui favorisent la santé<sup>544-547</sup>. Les Canadiens à faible revenu, en particulier les jeunes adultes et les femmes, sont plus susceptibles de développer le diabète que leurs homologues à un niveau de revenu élevé<sup>548-550</sup>. En outre, les adultes à faible revenu atteints du diabète sont moins susceptibles de recevoir les soins recommandés pour le traitement de la maladie<sup>551</sup> et présentent un risque accru de complications et de décès prématuré<sup>552-554</sup>.



### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2003 à 2013

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
†	À interpréter avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
‡	Valeur supprimée en raison du faible nombre de cas ou des estimations peu fiables
§	La variation en pourcentage n'a pas été calculée, car l'estimation de la DTD était près de 0 en 2003
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013

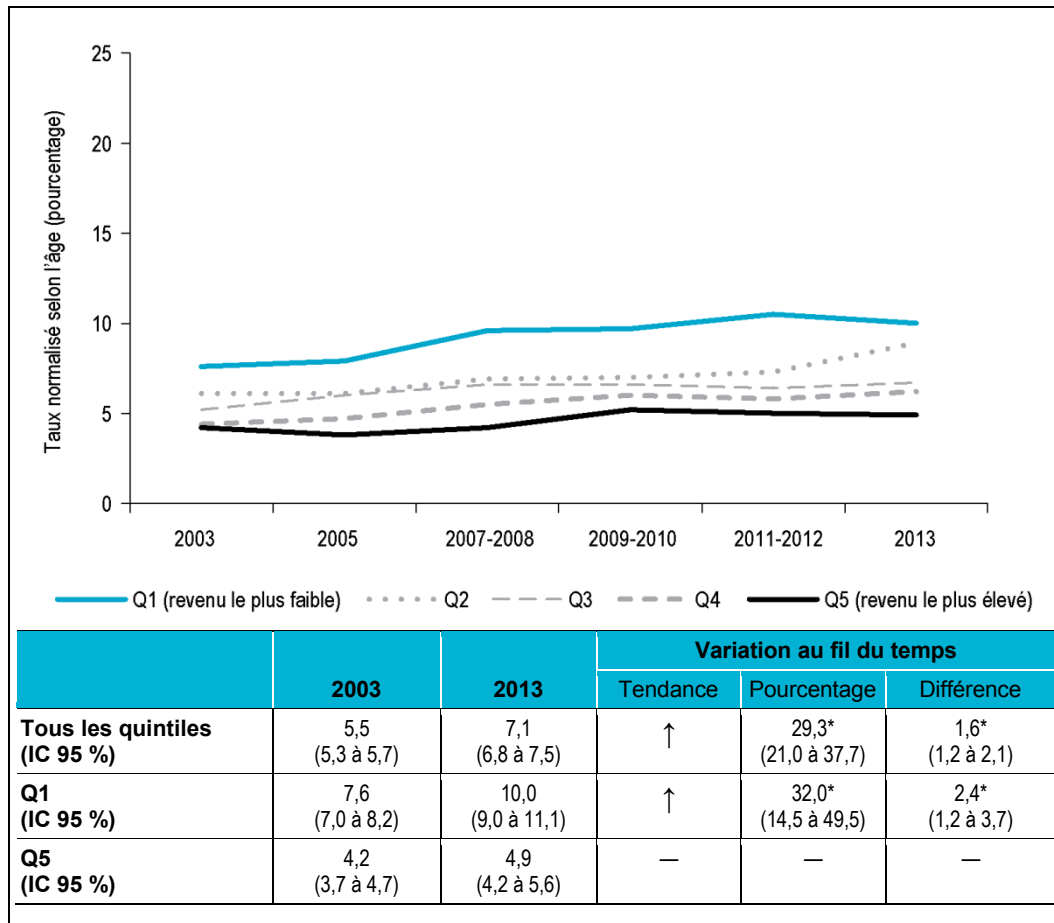
## Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au diabète a-t-elle évolué de 2003 à 2013?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la prévalence du diabète s'est maintenue au fil du temps et le taux de diabète a augmenté à tous les niveaux de revenu sauf au niveau le plus élevé.

### Tendances des taux selon le revenu

- De 2003 à 2013, la prévalence du diabète a augmenté de 29,3 %, soit 1,6 point de pourcentage; elle est passée de 5,5 % à 7,1 % pour tous les niveaux de revenu combinés.
- Le taux a augmenté à chacun des niveaux, sauf au niveau le plus élevé.
- Au niveau de revenu le plus faible, le taux a augmenté de 32 %, soit 2,4 points de pourcentage, passant de 7,6 % à 10,0 %.

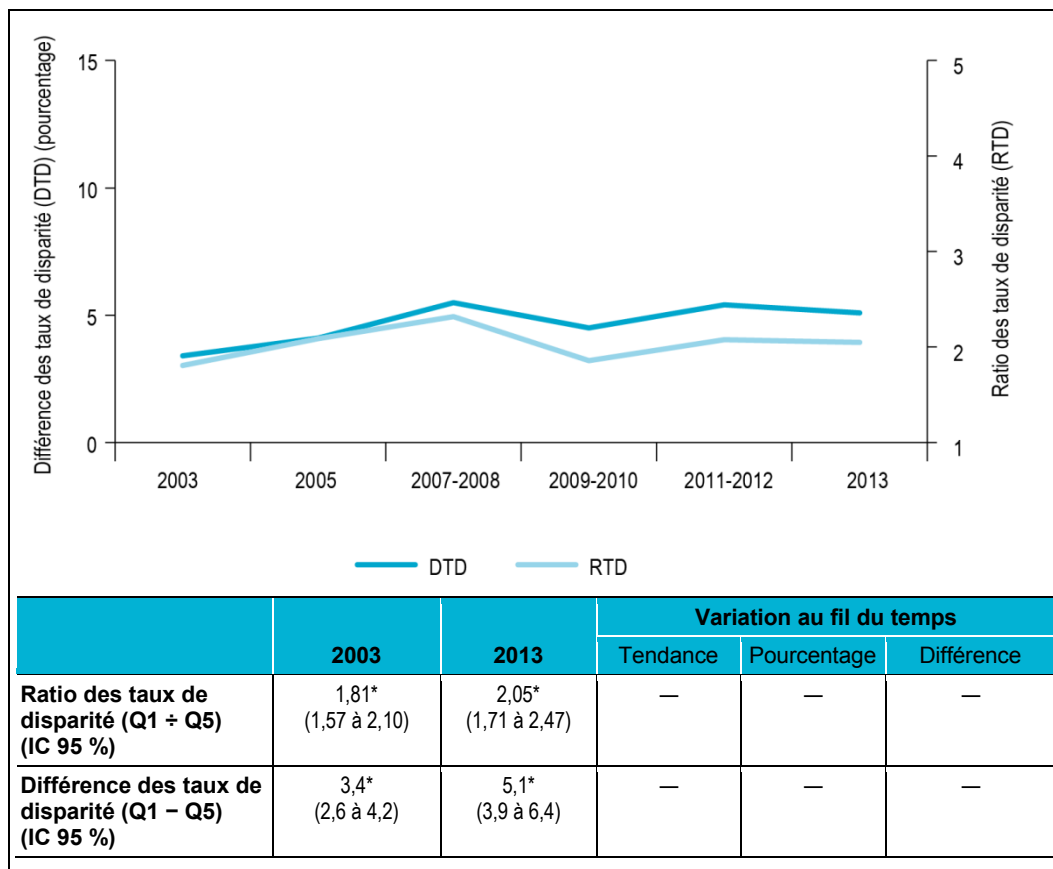
Figure 78 : Taux de prévalence du diabète, par quintile de revenu, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités

- De 2003 à 2013, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au diabète s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux de diabète chez les adultes au niveau de revenu le plus faible était environ 1,8 à 2 fois supérieur à celui chez les adultes au niveau le plus élevé.
- De 2003 à 2013, il y avait environ 3,4 à 5,1 cas de diabète de plus par 100 adultes au niveau de revenu le plus faible par rapport au niveau de revenu le plus élevé.

Figure 79 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait au diabète, Canada, 2003 à 2013



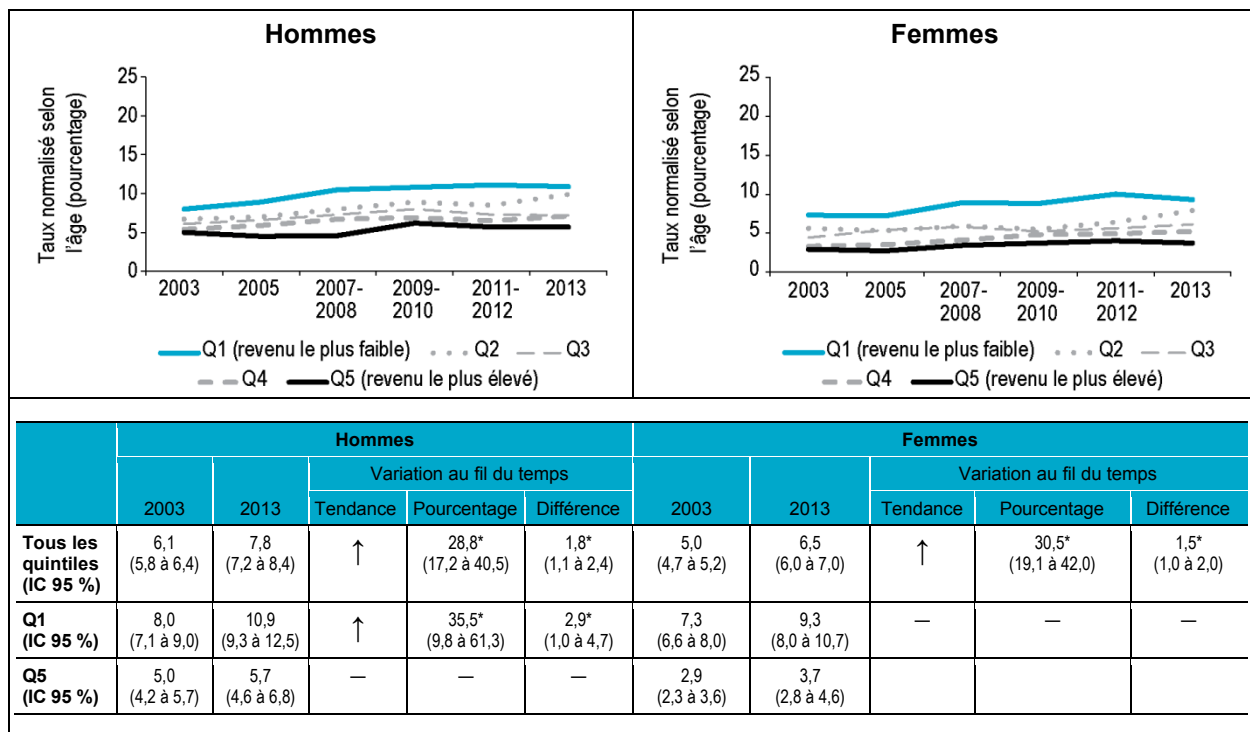
### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2003 à 2013 pour les hommes et les femmes?

Pour les 2 sexes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la prévalence du diabète s'est maintenue au fil du temps, tandis que les taux ont augmenté pour tous les niveaux de revenu combinés.

#### Tendances des taux selon le revenu et le sexe

- De 2003 à 2013, le taux de prévalence du diabète a augmenté pour les 2 sexes, tous niveaux de revenu confondus.
- Chez les hommes au niveau de revenu le plus faible, le taux de diabète a augmenté de 35,5 % (2,9 points de pourcentage), passant de 8,0 % à 10,9 %.
- Le taux a aussi augmenté chez les hommes et les femmes du deuxième quintile de revenu.

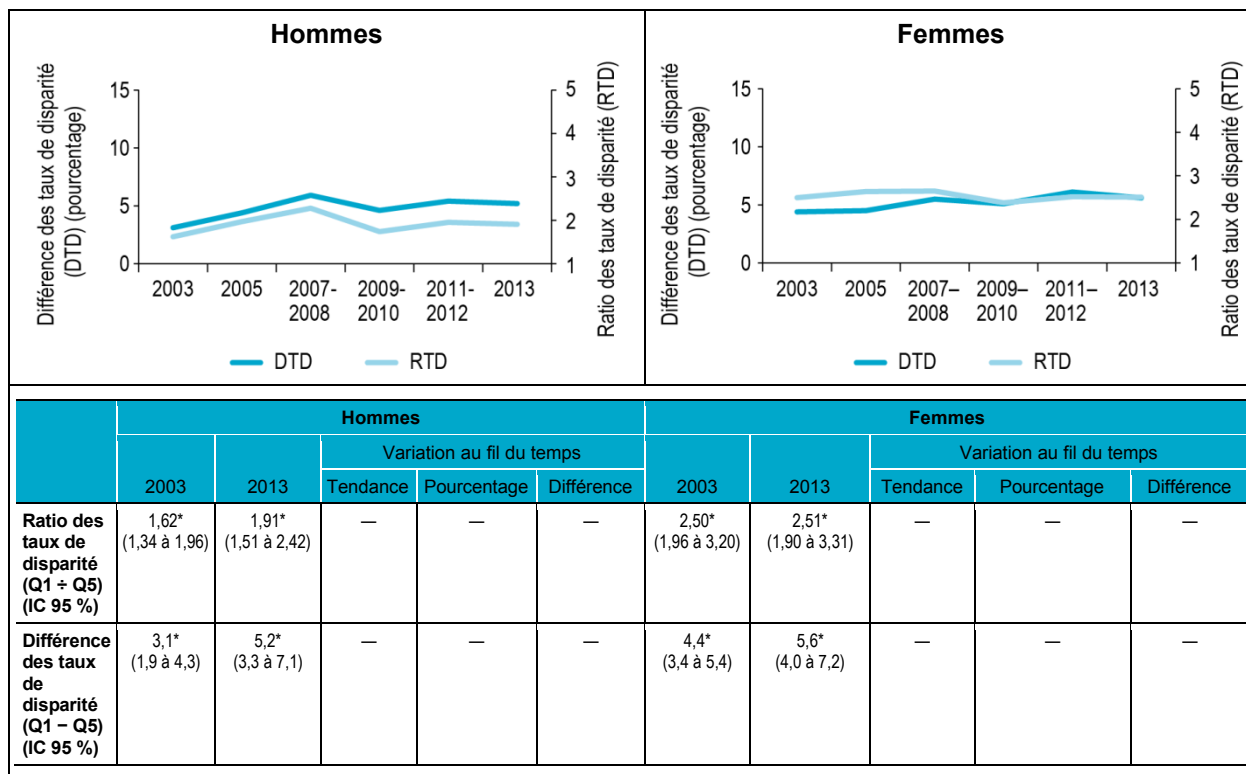
Figure 80 : Taux de prévalence du diabète, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les 2 sexes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la prévalence du diabète s'est maintenue sur une échelle relative et absolue; aucun changement n'a été enregistré de 2003 à 2013.

Figure 81 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait au diabète, selon le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au diabète

Selon les analyses qui précèdent, le nombre de Canadiens atteints du diabète a augmenté au cours de la dernière décennie. La charge du diabète est restée nettement plus élevée chez les Canadiens aux niveaux de revenu inférieurs. Bien que le taux ait augmenté en suivant l'échelle des revenus, l'écart entre le quintile de revenu le plus faible et le deuxième quintile s'est atténué. Le taux du deuxième quintile a monté en flèche ces dernières années.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2013, le diabète aurait touché environ 673 700 Canadiens de moins (32,1 %) si le taux à tous les niveaux de revenu avait été le même que celui au niveau de revenu le plus élevé.

Tableau 15 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait au diabète, Canada, 2003 à 2013

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)** (IC 95 %)</b>	23,8* (15,1 à 31,7)	32,1* (22,3 à 40,9)	18,9* (7,9 à 28,8)	27,0* (14,1 à 38,3)	39,6* (25,9 à 51,0)	43,1* (28,9 à 54,7)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	428 800	673 700	154 200	283 900	274 600	389 800

#### Remarque

\*\* Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

### *Stratégies de réduction des inégalités*

Compte tenu de la hausse rapide de la prévalence du diabète au Canada, un certain nombre de programmes et de politiques visant à réduire la charge globale du diabète, les inégalités relatives à la prévalence du diabète ainsi que les complications de la maladie ont été mis en place à l'échelle fédérale, provinciale et locale<sup>543, 558, 613</sup>. Mentionnons comme exemple de programmes fédéraux la Stratégie canadienne du diabète et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, qui favorisent la prévention et la prise en charge du diabète de type 2 chez les populations vulnérables<sup>543</sup>. Malgré ces efforts, la prévalence du diabète a continué de croître au cours des 10 dernières années au pays et l'inégalité liée au revenu s'est maintenue. Les Canadiens au niveau de revenu le plus faible demeurent au moins 2 fois plus susceptibles de développer le diabète que ceux au niveau de revenu le plus élevé.

Les déterminants du diabète sont multifactoriels et complexes. Par conséquent, les stratégies visant à réduire la charge globale du diabète ou la charge disproportionnée de la maladie chez les Canadiens à faible revenu devraient idéalement comprendre un train de mesures qui agiront sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la maladie ainsi que sur les déterminants liés au mode de vie<sup>543, 555</sup>. Par exemple, les efforts déployés pour prévenir le diabète chez les personnes à risque en région urbaine devraient permettre d'augmenter le potentiel piétonnier, et l'accès aux services locaux (installations récréatives gratuites ou à faible coût, produits alimentaires frais à prix abordable, etc.) dans les quartiers défavorisés<sup>556, 557</sup>. Les programmes adaptés à la langue et à la culture permettent également de sensibiliser les populations à risque élevé (voir l'encadré 20)<sup>558</sup>.

Lorsque les conditions de vie et les ressources financières sont inadéquates, il est difficile de suivre les recommandations en matière de nutrition, d'activité physique et de traitement qui permettent une meilleure prise en charge du diabète<sup>545</sup>. Par exemple, les adultes atteints du diabète qui ont des ressources financières limitées et qui vivent de l'insécurité alimentaire étaient 50 % moins susceptibles de consommer les 5 portions minimales recommandées de fruits et de légumes que les adultes non touchés par l'insécurité alimentaire<sup>242</sup>. Dans un grand nombre de provinces et de territoires, les coûts directs associés à une bonne autogestion de la maladie (médicaments, matériel nécessaire au contrôle de la glycémie, etc.) sont élevés. Ils représentent un fardeau disproportionné pour les Canadiens à faible revenu et les empêchent de prendre en charge efficacement leur maladie<sup>553, 559</sup>. Par conséquent, l'affectation de ressources de santé appropriées pour que les personnes à faible revenu et celles d'autres groupes vulnérables aient accès à des traitements abordables est une mesure importante qui permettrait de réduire l'inégalité socioéconomique liée au diabète<sup>549, 553</sup>. Compte tenu du lien particulièrement étroit entre le diabète et les conditions de vie sociales et économiques, les interventions axées sur le logement abordable et les possibilités d'emploi peuvent aussi jouer un rôle important dans la réduction des inégalités socioéconomiques associées au développement et à la prise en charge de cette maladie<sup>544, 546, 547, 560</sup>.

## Encadré 20 : Programme Latino Families in Action, London (Ontario)

**Problème** : Au Canada, la majorité des nouveaux immigrants viennent de régions du monde dont la population présente un risque élevé de diabète (p. ex. l'Asie, l'Amérique latine et l'Afrique)<sup>561, 562</sup>. Un grand nombre d'immigrants doivent aussi faire face à d'autres facteurs de risque associés au processus d'installation, notamment un niveau de stress élevé, un faible revenu et divers obstacles à l'accès aux services de prévention<sup>563-565</sup>. En 2005, les immigrants d'Amérique latine et des Caraïbes récemment arrivés en Ontario présentaient un taux de prévalence du diabète nettement plus élevé que les résidents de longue date et que les immigrants d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Asie centrale<sup>566</sup>.

**Intervention** : Le programme Latino Families in Action (familles latino-américaines en action) était un projet pilote de proximité adapté aux différences culturelles et mis en œuvre à London (Ontario). Il visait à réduire l'obésité infantile ainsi qu'à prévenir le diabète chez les familles de nouveaux immigrants d'origine latino-américaine, une population à risque élevé. Durant la première phase de sensibilisation de la communauté et de dépistage, 67 enfants en surpoids ou souffrant d'obésité ont été sélectionnés. Lors de la seconde phase, d'autres membres de la communauté qui avaient été formés à cette fin ont mené une intervention de 6 mois adaptée à la langue et à la culture. L'intervention ciblait la famille et visait à promouvoir de saines habitudes alimentaires et un mode de vie actif auprès des parents et de leurs enfants. Des laissez-passer temporaires pour le YMCA, des cartes d'abonnement au transport en commun et des bons d'achat de fruits et de légumes ont été remis gratuitement aux familles en vue de lever certains obstacles à l'adoption de comportements sains et à la participation au programme. Pour surmonter les obstacles liés aux conditions sociales et économiques, des travailleurs sociaux individualisés ont expliqué aux familles différents moyens de résoudre les problèmes liés à l'installation, au logement et à l'emploi. Par la suite, le modèle du programme Families in Action a été essayé à 3 autres endroits à London, Ottawa et Toronto. Enfin, il a été adapté aux besoins de ses populations cibles, soit celles d'origine sud-asiatique, latino-américaine et africaine<sup>558, 567</sup>.

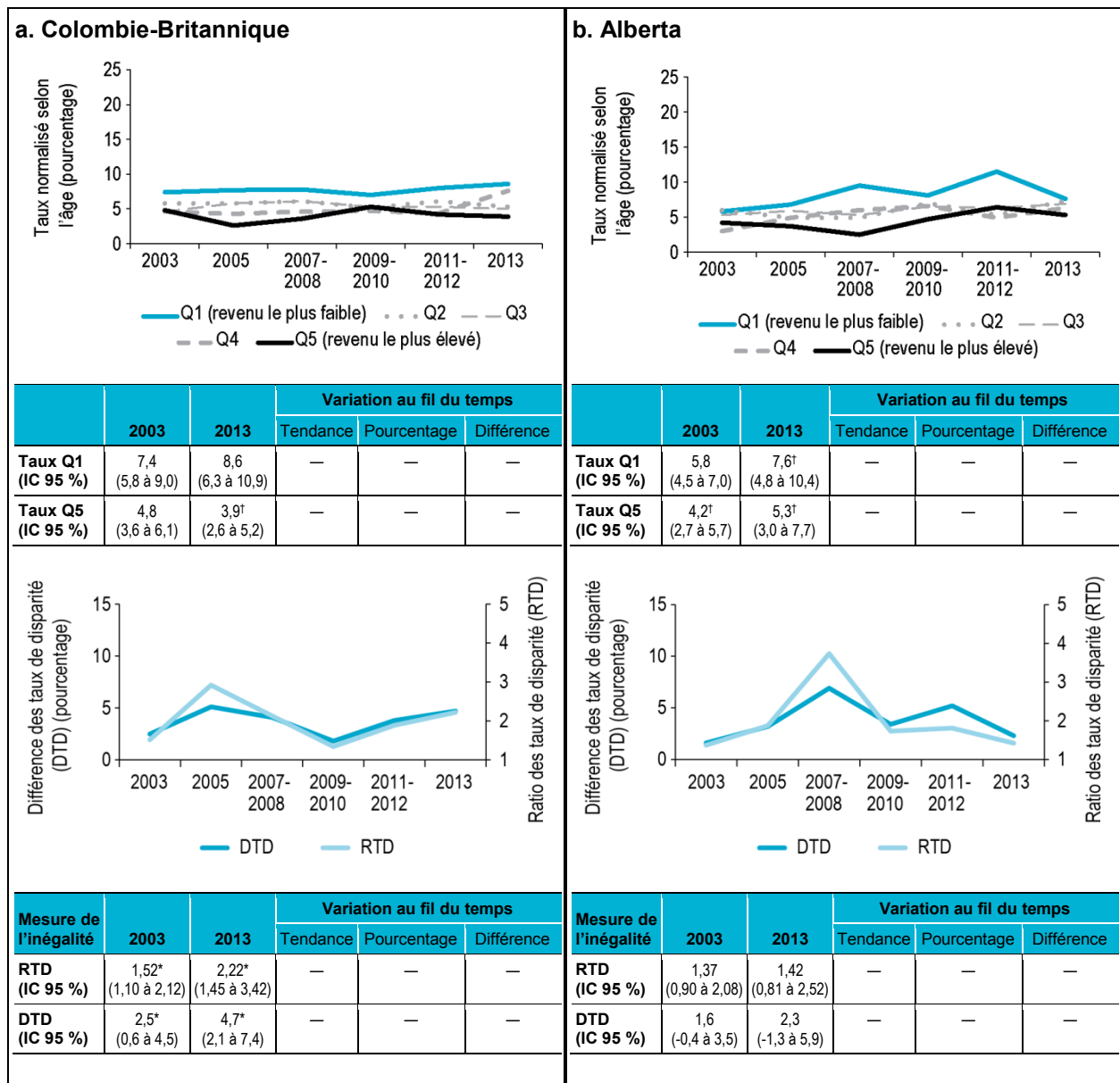
**Justification et données probantes** : Les comportements liés à la santé et l'indice de masse corporelle (IMC) de 55 enfants ont été évalués au début et à la fin du programme de 6 mois. Les résultats de l'évaluation publiés en 2011 montraient un changement positif des comportements et des résultats pour la santé de ces enfants. En plus d'une baisse de l'IMC, l'évaluation révèle que les enfants passaient 55 minutes de moins chaque jour devant un écran, consacraient 46 minutes de plus chaque jour à l'activité physique et consommaient 1,1 portion supplémentaire de fruits et de légumes<sup>558, 567</sup>. Ce modèle de programme communautaire adapté à la culture est prometteur pour le dépistage et la sensibilisation des familles immigrantes à risque élevé et pour la prévention de l'obésité et du diabète.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait au diabète a-t-elle évolué de 2003 à 2013 selon la province?

- L'interprétation des tendances des inégalités est limitée pour les provinces puisque de nombreuses estimations ont été supprimées ou doivent être interprétées avec prudence en raison du faible nombre de cas.
- L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la prévalence du diabète s'est maintenue dans toutes les provinces à l'exception de la Saskatchewan.

- En Saskatchewan, l'inégalité en ce qui a trait à la prévalence du diabète a augmenté, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue. Cette augmentation est attribuable à une hausse marquée de la maladie chez les personnes au niveau de revenu le plus faible depuis 2011-2012. Ces résultats reposent toutefois sur des taux au coefficient de variation élevé et doivent donc être interprétés avec prudence.

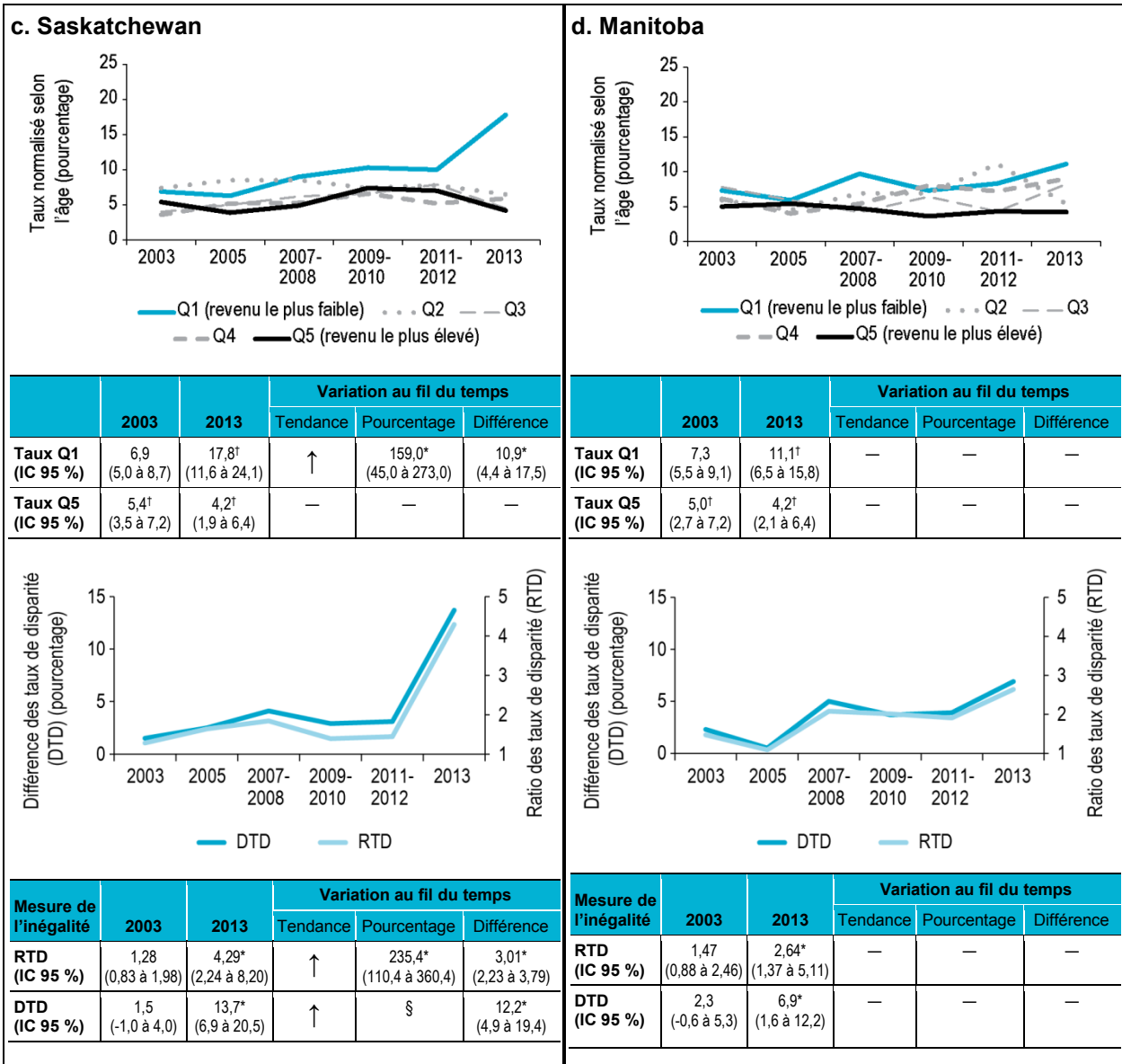
Figure 82 : Taux de prévalence du diabète et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013



(suite à la page suivante)

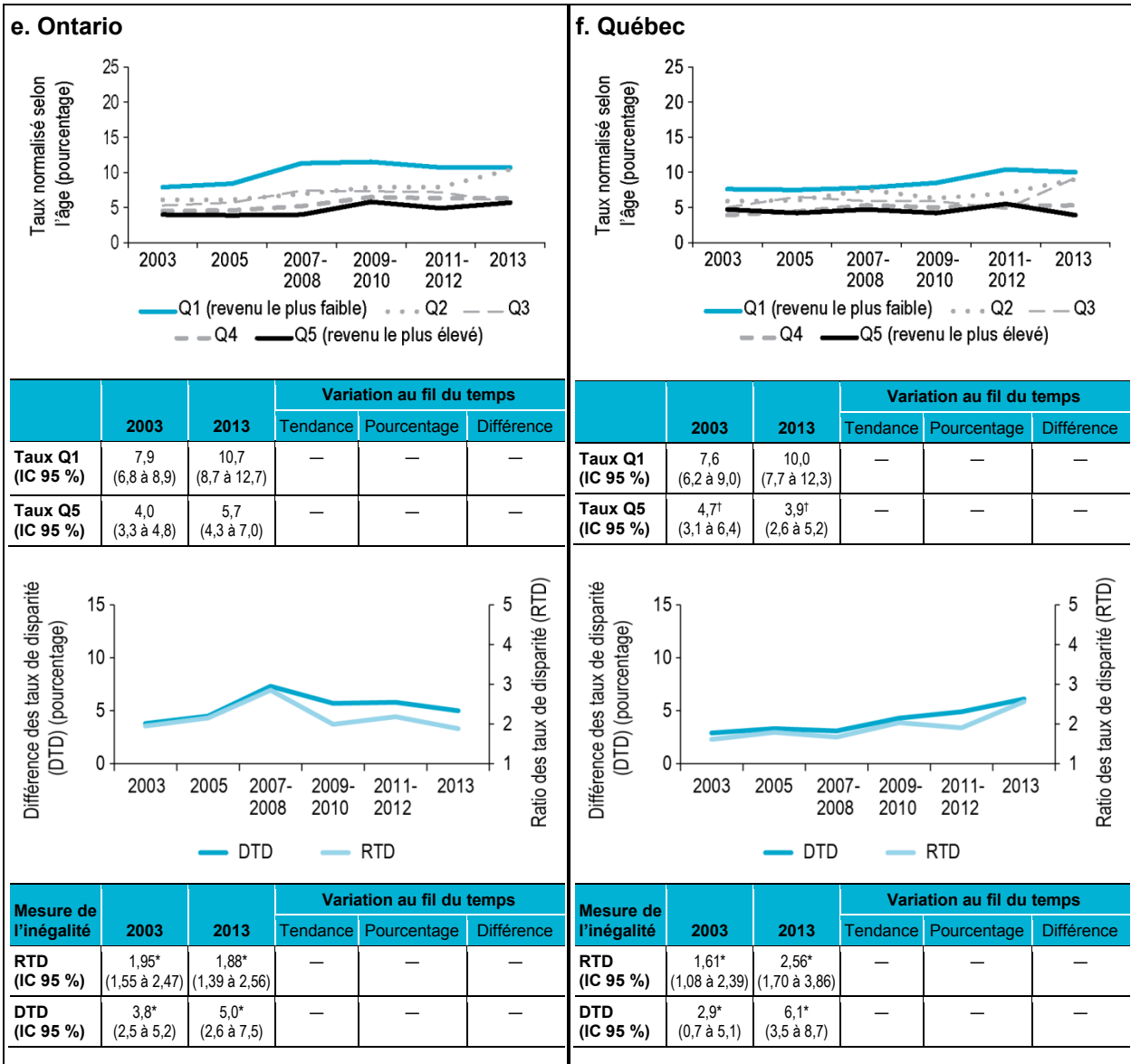


Figure 82 : Taux de prévalence du diabète et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



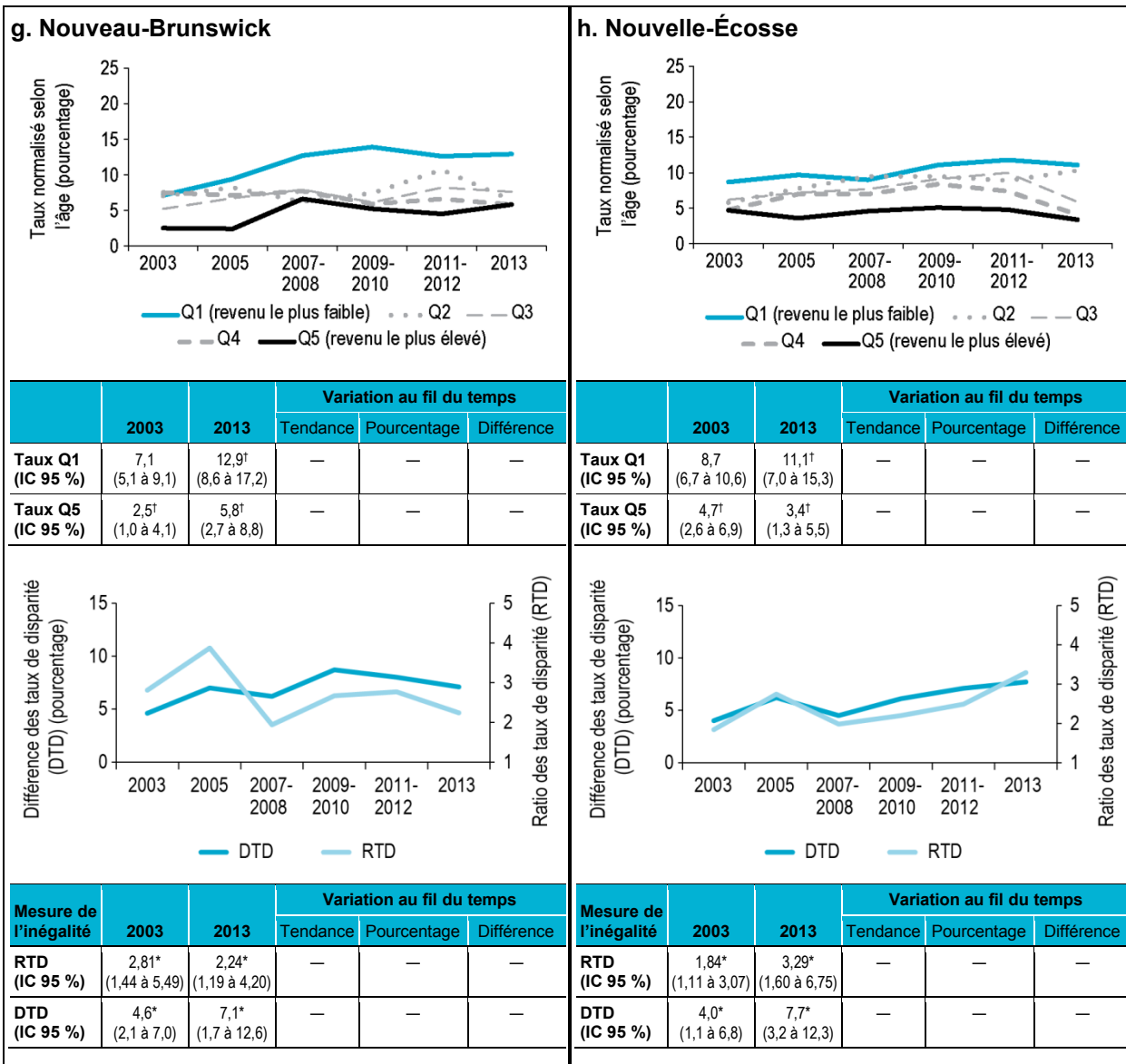
(suite à la page suivante)

Figure 82 : Taux de prévalence du diabète et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

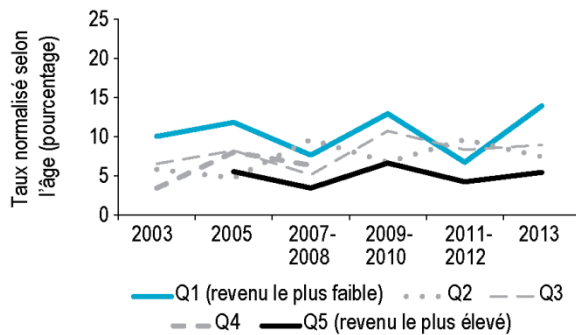
Figure 82 : Taux de prévalence du diabète et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 82 : Taux de prévalence du diabète et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)

## i. Île-du-Prince-Édouard



	2003	2013	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	10,0 <sup>†</sup> (5,9 à 14,0)	13,9 <sup>†</sup> (7,9 à 19,9)	—	—	—
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	‡	5,4 <sup>†</sup> (2,0 à 8,7)	‡	‡	‡

**Remarque**

En raison des points de données supprimés pour le cinquième quintile, les graphiques et tableaux sur l'inégalité ne sont pas fournis pour l'Île-du-Prince-Édouard. Pour obtenir les données de l'indicateur Diabète de cette province, veuillez consulter les [tableaux téléchargeables](#) sur le site Web de l'ICIS.

## j. Terre-Neuve-et-Labrador

**Remarque**

En raison du grand nombre de points de données supprimés, les graphiques et tableaux ne sont pas fournis pour Terre-Neuve-et-Labrador. Pour obtenir les données de l'indicateur Diabète de cette province, veuillez consulter les [tableaux téléchargeables](#) sur le site Web de l'ICIS.

## Indicateur lié au mieux-être

### Autoévaluation de la santé mentale

#### Contexte

L'indicateur Autoévaluation de la santé mentale rend compte de la proportion de Canadiens de 18 ans et plus qui déclarent que leur santé mentale est passable ou mauvaise.

La santé mentale désigne l'état de bien-être général et comprend l'aptitude d'une personne à faire face au stress, à jouir de la vie et à participer de manière significative à la société (p. ex. travail et activités sociales)<sup>568, 569</sup>. Il a été démontré qu'une autoévaluation de la santé mentale passable ou mauvaise chez les Canadiens était associée à diverses mesures de morbidité mentale, notamment un trouble mental autodéclaré qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé<sup>570</sup>. Toutefois, une personne présentant une morbidité liée à la santé mentale ne juge pas nécessairement sa santé mentale comme passable ou mauvaise. Par exemple, en 2002, 54 % des Canadiens qui ont déclaré souffrir d'un trouble de santé mentale diagnostiqué ne percevaient pas leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise<sup>570</sup>. De plus, un petit pourcentage de Canadiens ne présentant aucune morbidité mentale percevaient leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise<sup>570</sup>.

En 2013, un peu plus de 6 % des Canadiens ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise<sup>616</sup>. Le faible statut socioéconomique (SSE), mesuré par le niveau de revenu et de scolarité, est associé à une proportion accrue de mauvaise santé mentale ainsi qu'avec des difficultés d'accès aux soins de santé mentale<sup>475, 484</sup>. La mauvaise santé mentale peut aussi contribuer à la faiblesse du SSE puisque les personnes qui en souffrent sont souvent victimes de préjugés et exclues des possibilités de formation et d'emploi<sup>486</sup>. De plus, la mauvaise santé mentale peut être associée à une mauvaise santé physique<sup>571, 572</sup>.

#### Notes sur l'indicateur

<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu rajusté autodéclaré des ménages tiré de l'ESCC
<b>Normalisation selon l'âge</b>	Population-type canadienne de 2011
<b>Période</b>	2003 à 2013

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

#### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile), de même que les données provinciales selon le sexe, ne sont pas présentées dans ce rapport. Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

(suite à la page suivante)

### Symboles et abréviations

Q1	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
Q5	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
IC 95 %	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
†	Interpréter avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
‡	Valeur supprimée en raison du faible nombre de cas ou des estimations peu fiables
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2003 et celle de 2013

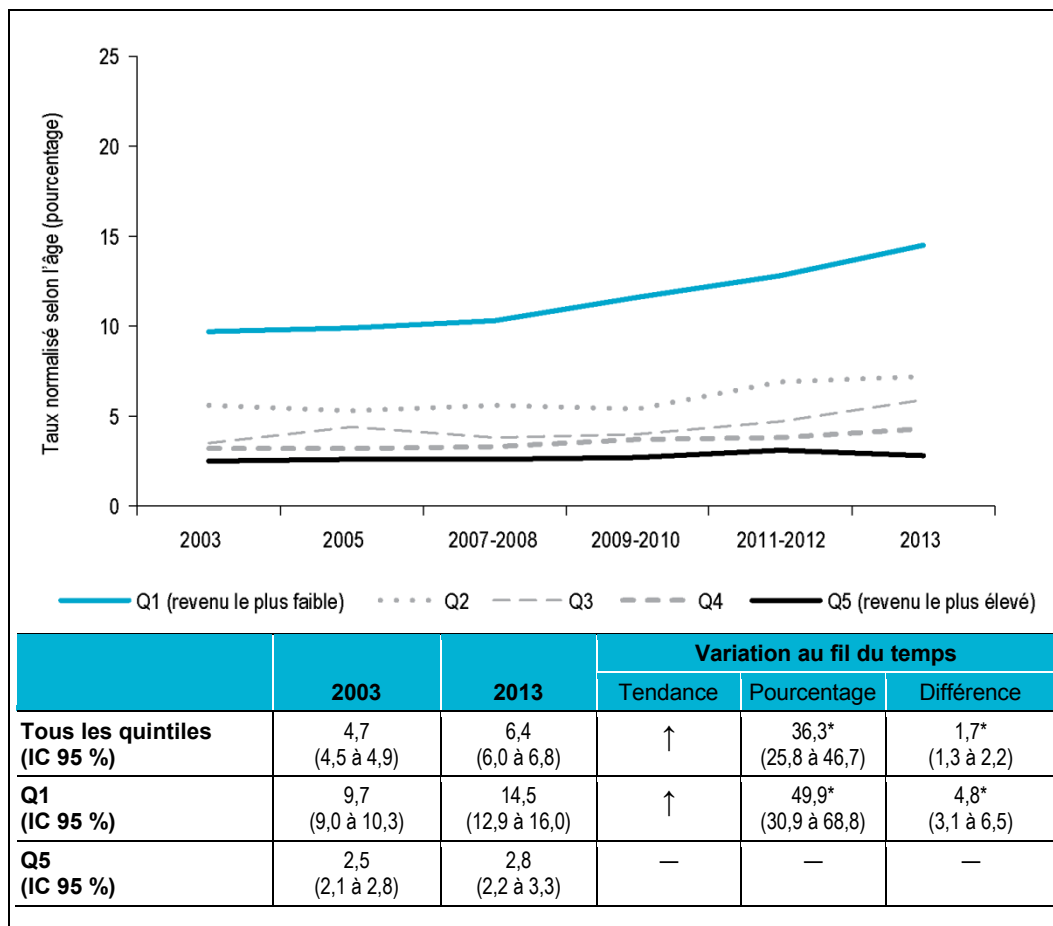
### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation de la santé mentale a-t-elle évolué de 2003 à 2013?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale s'est creusée, surtout en raison d'une hausse aux niveaux de revenu inférieurs.

#### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2003 à 2013, la proportion d'autoévaluations passables ou mauvaises de la santé mentale a augmenté de 36,3 %; elle est passée de 4,7 % à 6,4 %, pour tous les niveaux de revenu combinés en raison d'une hausse aux 3 niveaux de revenu inférieurs.
- Cette proportion a augmenté de 49,9 % ou de 4,8 points de pourcentage au niveau de revenu le plus faible. Elle est restée la même au fil du temps au niveau de revenu le plus élevé.

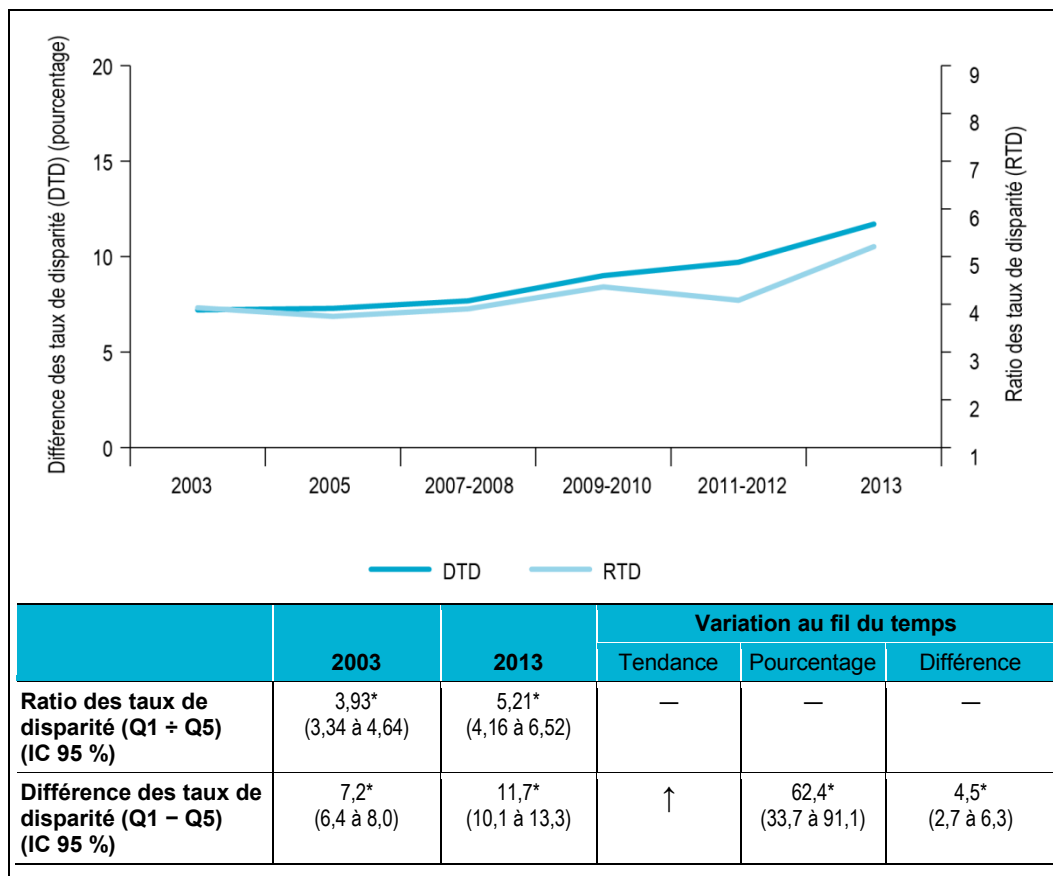
Figure 83 : Taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise, par quintile de revenu, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités

- De 2003 à 2013, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale s'est maintenue sur une échelle relative et a augmenté sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise était de 3,9 à 5,2 fois supérieur chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible que chez ceux au niveau le plus élevé.
- En 2003, 7 adultes canadiens de plus sur 100 au niveau de revenu le plus faible ont jugé leur santé mentale comme passable ou mauvaise par rapport à ceux au niveau le plus élevé. Cet écart s'est creusé et a atteint environ 12 Canadiens de plus sur 100 en 2013.

**Figure 84 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale, Canada, 2003 à 2013**



### Comment l'inégalité liée au revenu a-t-elle évolué de 2003 à 2013 pour les hommes et les femmes?

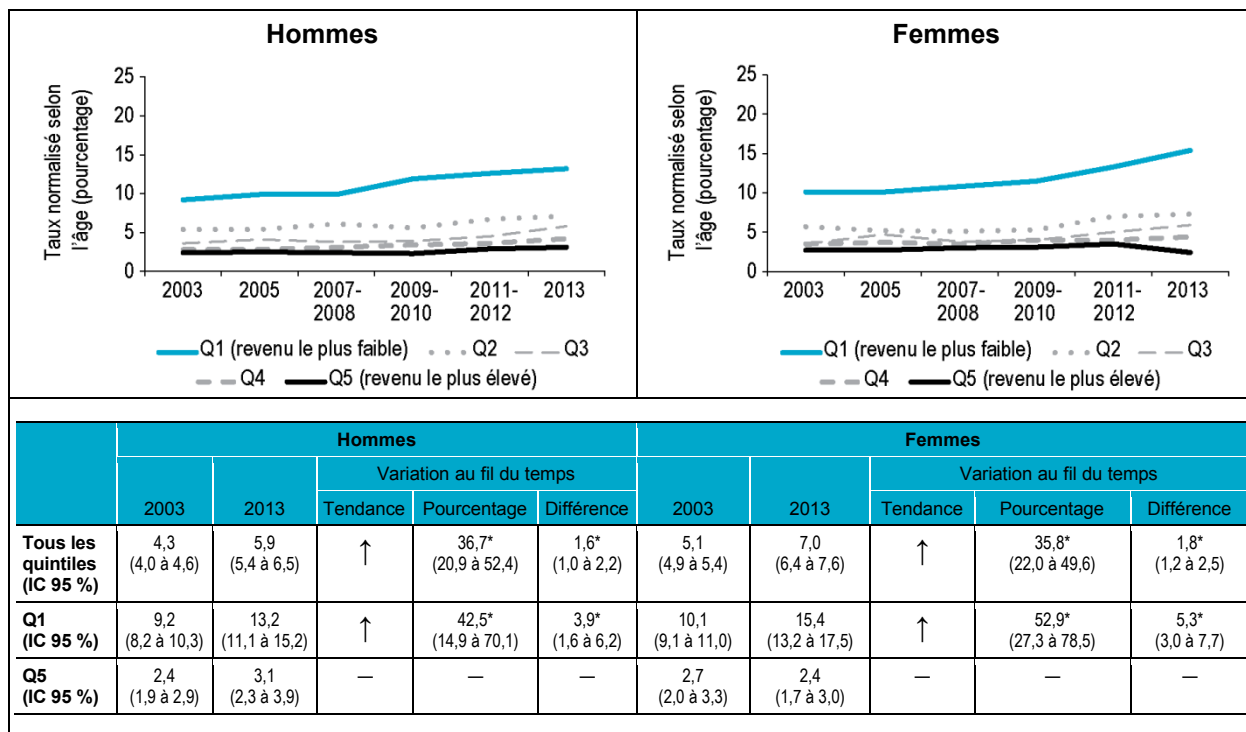
Pour les femmes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale s'est accrue sur une échelle absolue en raison d'une hausse du taux au niveau de revenu le plus faible. Pour les hommes, cette inégalité s'est maintenue au fil du temps, tandis que le taux a augmenté au niveau de revenu le plus faible.

#### *Tendances des taux selon le revenu et le sexe*

- De 2003 à 2013, la proportion de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise a augmenté pour les 2 sexes, tous niveaux de revenu confondus. Cette augmentation était attribuable à une hausse du nombre de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise au niveau de revenu le plus faible et à l'absence de changement au niveau le plus élevé.



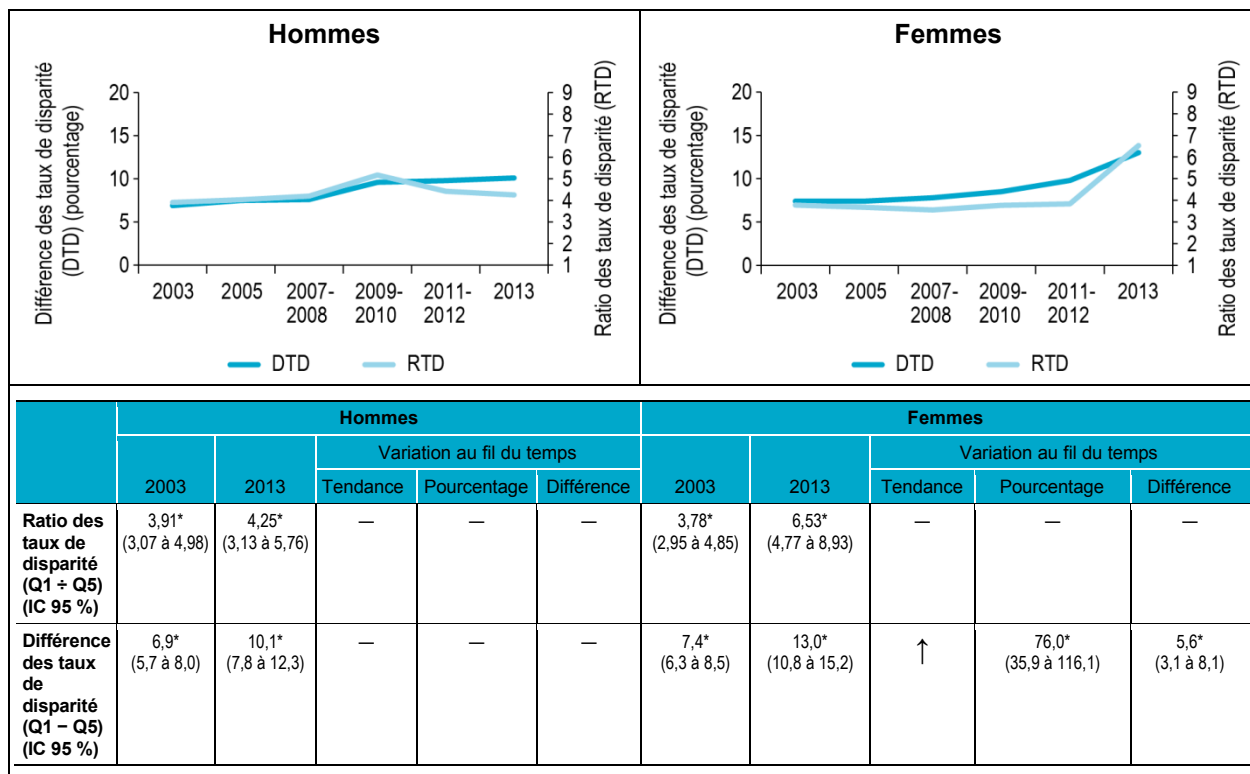
Figure 85 : Taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise, selon le quintile de revenu et le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Tendances des inégalités selon le sexe

- Pour les hommes, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale s'est maintenue de 2003 à 2013, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Pour les femmes, cette inégalité s'est maintenue sur une échelle relative et a augmenté sur une échelle absolue.

Figure 86 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale, selon le sexe, Canada, 2003 à 2013



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation de la santé mentale

Selon ces analyses, l'inégalité en ce qui a trait à l'autoévaluation de la santé mentale passable ou mauvaise s'est creusée au cours des 10 dernières années en raison de l'augmentation du taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise au niveau de revenu le plus faible. En 2013, l'écart des taux entre le quintile de revenu le plus faible et le deuxième quintile était nettement plus marqué que l'écart entre les autres quintiles de revenu consécutifs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2013, environ 1 042 900 Canadiens de moins (58,2 %) auraient jugé leur santé mentale passable ou mauvaise si les adultes à tous les niveaux de revenu avaient affiché le même taux que ceux au niveau le plus élevé.

Tableau 16 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait à l'autoévaluation passable ou mauvaise de la santé mentale, Canada, 2003 à 2013

	Les 2 sexes		Hommes		Femmes	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>‡‡</sup> (IC 95 %)</b>	49,3* (41,8 à 56,0)	58,2* (49,6 à 65,5)	46,2* (34,7 à 56,0)	48,6* (34,9 à 59,8)	50,0* (38,0 à 59,8)	67,5* (57,2 à 75,4)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	626 500	1 042 900	268 600	386 300	357 900	656 600

**Remarque**

‡‡ Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

*Stratégies de réduction des inégalités*

La promotion de la santé mentale fait partie intégrante d'une approche axée sur la santé de la population, car elle tient compte du large éventail de facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé mentale<sup>569</sup>. Au Canada et à l'étranger, on s'entend de plus en plus sur la nécessité de mettre en place plusieurs grandes approches de promotion de la santé mentale, notamment :

- **La création d'environnements de soutien** qui favorisent le bien-être et permettent l'établissement de réseaux de soutien social dans les écoles, les lieux de travail et d'autres milieux d'activité sociale<sup>569, 573, 574</sup>.
- **La priorité aux grands déterminants de la santé mentale**, notamment la pauvreté, le logement, le chômage, la scolarité ainsi que les expériences et le développement de la petite enfance<sup>475, 487, 569, 572, 575</sup>. Par exemple, les efforts financiers de réduction de la pauvreté permettent vraiment d'atténuer les inégalités en matière de santé mentale, puisqu'il existe un lien entre cette dernière et les désavantages socioéconomiques<sup>475, 572, 576</sup>. Afin d'agir sur les différents déterminants de la santé mentale, il faudrait envisager des collaborations entre divers secteurs et ordres de gouvernement (p. ex. justice et éducation) et des intervenants non gouvernementaux<sup>475, 569, 572, 574</sup>.
- **Renforcement de la résilience des personnes et des communautés** en donnant des moyens de faire face au stress de la vie quotidienne<sup>569, 572, 574, 577</sup>. Cette approche pourrait aussi contribuer à atténuer les inégalités, car l'exposition à des événements difficiles de la vie quotidienne est plus fréquente chez les populations défavorisées<sup>569</sup>.
- **Promotion de la sensibilisation et de la compréhension des troubles mentaux** afin de combattre les préjugés associés à la santé mentale<sup>475, 487, 569, 574</sup>.

Afin d'appuyer la prise de décisions et l'élaboration de programmes, on a besoin de données probantes supplémentaires sur l'efficacité des interventions de promotion de la santé mentale<sup>475, 575, 576</sup>. Il faudrait en particulier évaluer ces interventions sous l'angle de l'équité en santé puis en extraire les éléments qui contribuent à réduire les inégalités quant à la charge de la mauvaise santé mentale et à la distribution du bien-être mental<sup>475</sup>.

Les premières données semblent indiquer que les activités de promotion axées sur les enfants et les jeunes pourraient offrir un meilleur rendement sur l'investissement que les autres interventions. Toutefois, les données probantes sont encore insuffisantes pour que l'on puisse confirmer l'efficacité des activités de promotion de la santé mentale<sup>578</sup>. L'initiative Y'a personne de parfait est un exemple d'approche qui vise à améliorer la santé mentale des nouveaux parents économiquement défavorisés et de leurs enfants (encadré 21).

## Encadré 21 : Y'a personne de parfait, échelle nationale, 1987 à aujourd'hui

**Problème** : Sans les ressources et le soutien appropriés, le rôle parental peut être une source de stress considérable. Beaucoup de parents se sentent mal préparés, manquent de confiance ou de soutien ou n'ont pas les ressources nécessaires pour relever les défis inhérents à leur rôle<sup>579</sup>. Les pratiques parentales influent également sur les résultats pour la santé et le développement des enfants<sup>577</sup>. Les liens familiaux et la création d'un environnement favorable à l'épanouissement peuvent contribuer à établir et à maintenir la résilience ainsi que le bien-être mental chez les parents et les enfants<sup>577</sup>.

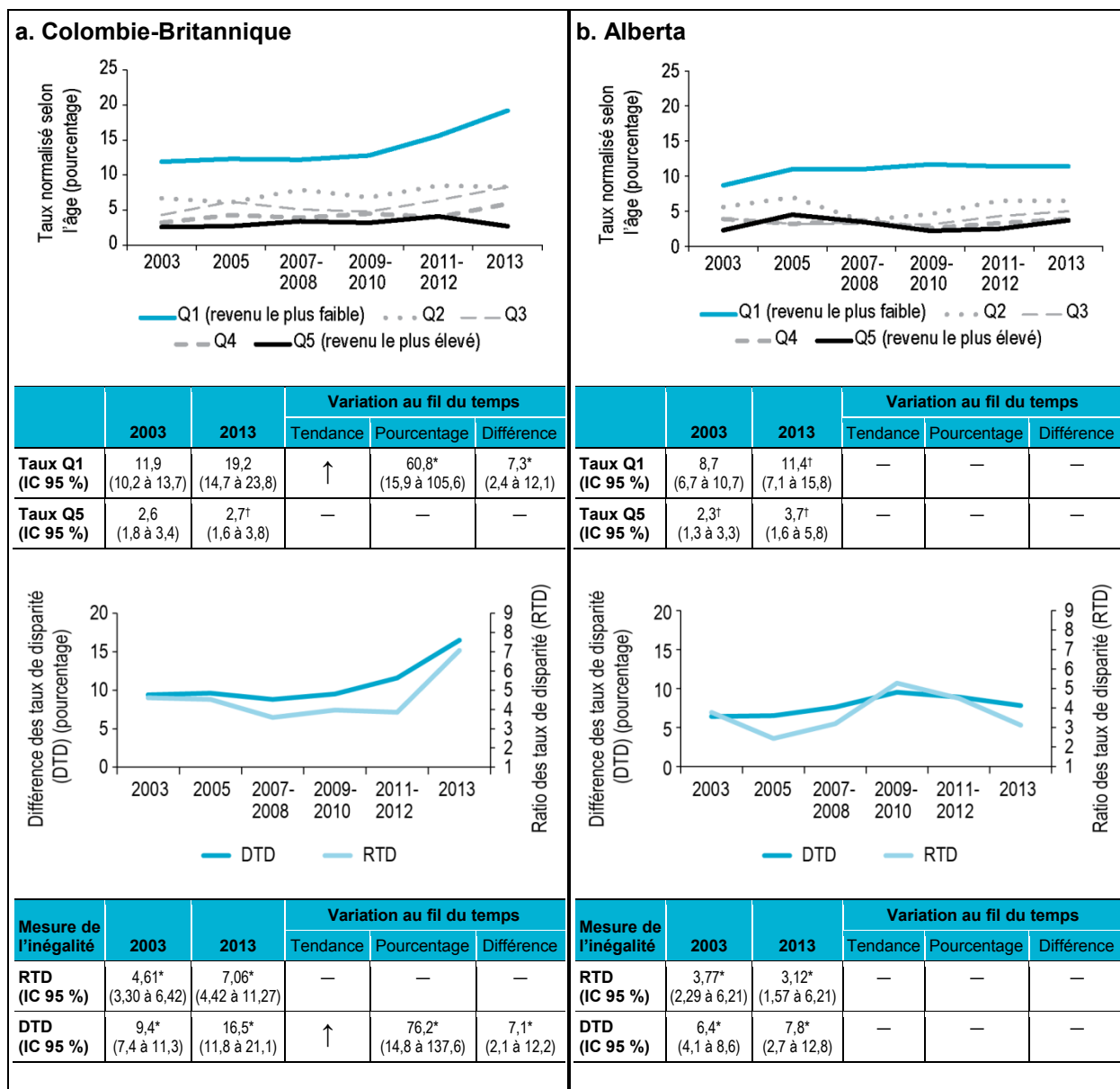
**Intervention** : Le programme Y'a personne de parfait vise à répondre aux besoins des jeunes familles monoparentales ayant un faible niveau de revenu et de scolarité, et étant isolées d'un point de vue social, géographique ou culturel<sup>580</sup>. Le programme comprend une série de séances de groupe avec animateur, réparties sur une période de 6 à 8 semaines et portant sur divers sujets allant de la santé au développement de l'enfant. En outre, il favorise l'établissement de réseaux de soutien et met les parents en contact avec de multiples ressources communautaires et mécanismes de soutien.

**Justification et données probantes** : Au fil des ans, le programme Y'a personne de parfait a été maintes fois évalué selon un éventail de méthodologies et d'objectifs<sup>580, 581</sup>. On a notamment examiné la relation entre les parents et les enfants pour déterminer l'incidence du programme sur ces derniers. Bien que l'incidence du programme sur l'autoévaluation de la santé mentale n'ait pas été mesurée directement, le programme a donné des résultats positifs quant à la résilience et à la capacité d'adaptation aux facteurs de stress nuisibles à la santé mentale<sup>580</sup>. Par ailleurs, les évaluations ont permis de constater que les parents étaient plus aptes à résoudre les problèmes et à faire face aux facteurs de stress<sup>580</sup>. De plus, on a également observé que les interactions entre les parents et les enfants étaient plus positives, que les parents faisaient face au stress avec plus d'assurance, qu'ils bénéficiaient d'un soutien accru de leurs pairs et qu'ils connaissaient mieux les ressources et le soutien à leur disposition dans la collectivité<sup>581</sup>. En revanche, les effets positifs sur les interactions parent-enfant avaient disparu 6 mois après l'intervention. D'autres évaluations ont été menées à l'aide de méthodologies avant et après essai, et les résultats ont été comparés avec ceux d'un groupe de contrôle. Une diminution importante du recours à la fessée et une hausse de la discipline positive ont ainsi été observées<sup>580</sup>. Cependant, il est difficile d'établir un lien direct entre ces résultats et un programme en particulier, car les ressources et les programmes d'aide aux nouveaux parents sont nombreux.

### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à l'autoévaluation de la santé mentale a-t-elle évolué de 2003 à 2013 selon la province?

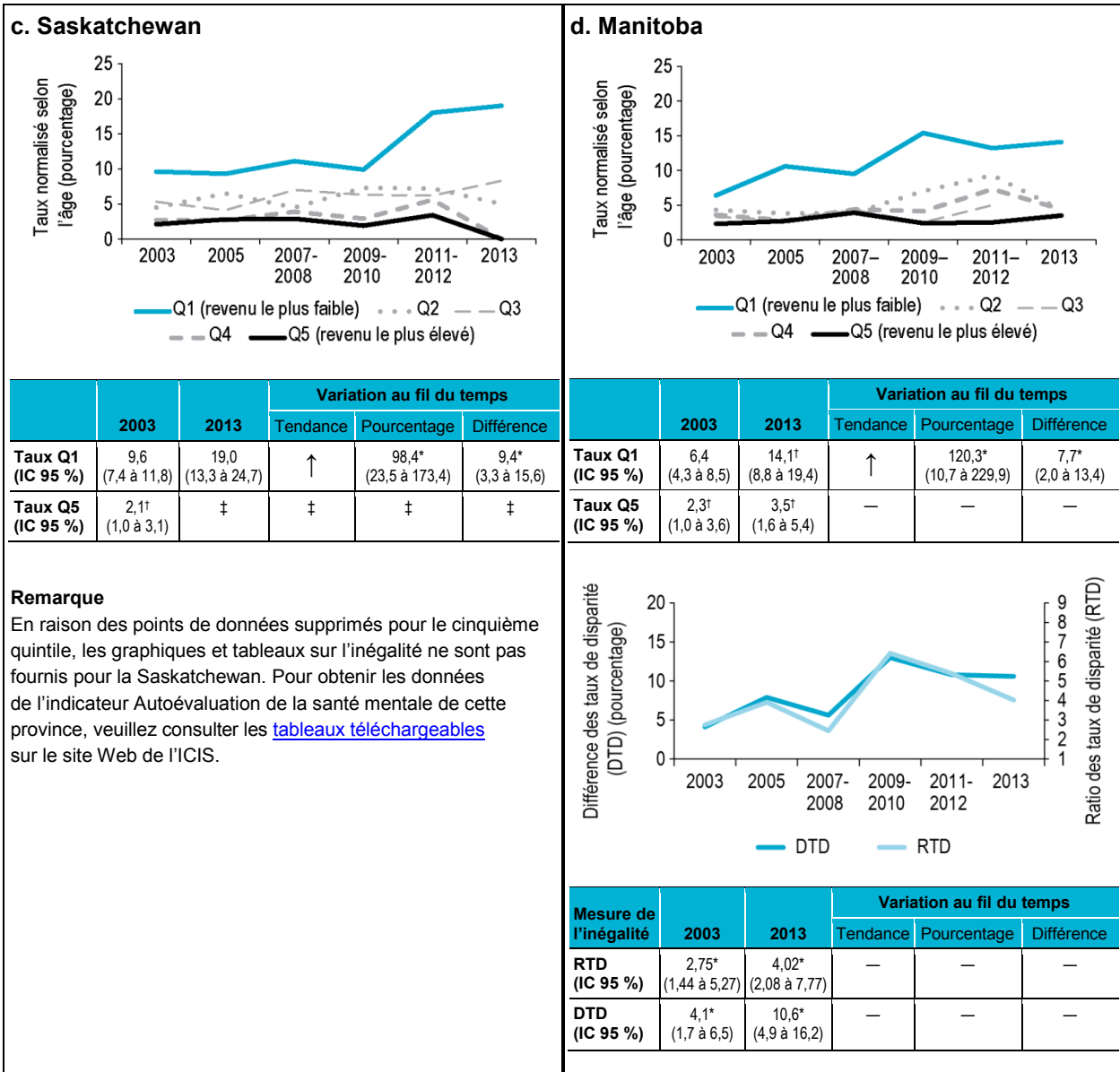
- L'interprétation des tendances de l'inégalité est limitée à l'échelle provinciale, car de nombreuses estimations, en particulier celles qui concernent les niveaux de revenu supérieurs, ont été supprimées ou doivent être interprétées avec prudence, en raison du faible nombre de cas.
- Le taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise a augmenté au niveau de revenu le plus faible en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse. Cette augmentation a entraîné une augmentation de l'inégalité sur une échelle absolue en Colombie-Britannique et en Ontario.

Figure 87 : Taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013



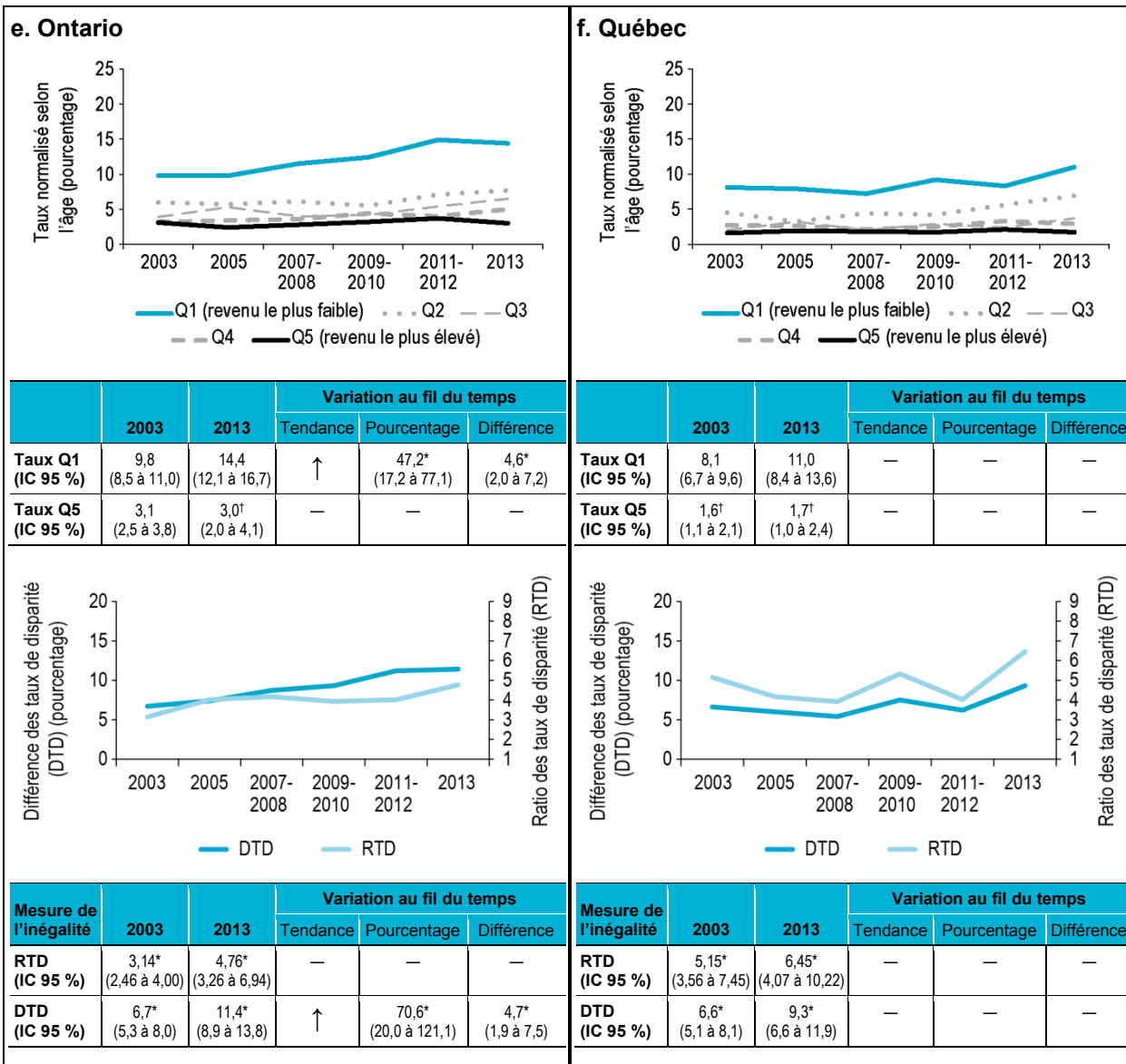
(suite à la page suivante)

Figure 87 : Taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



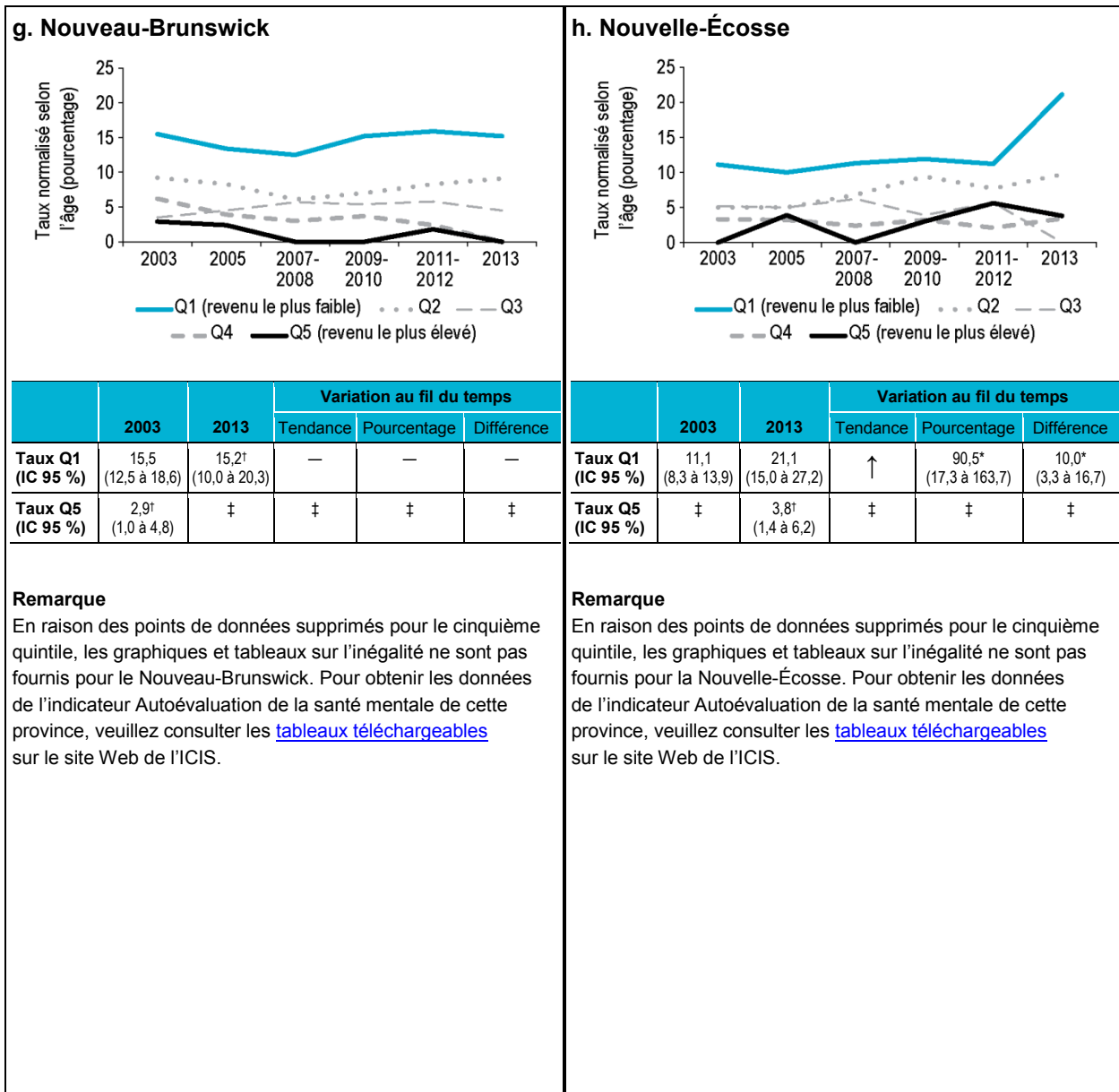
(suite à la page suivante)

Figure 87 : Taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 87 : Taux de répondants ayant évalué leur santé mentale comme passable ou mauvaise et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2003 à 2013 (suite)

**Remarque**

En raison d'un grand nombre de points de données supprimés, les graphiques et tableaux ne sont pas fournis pour l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Pour obtenir les données de l'indicateur Autoévaluation de la santé mentale de ces provinces, veuillez consulter les [tableaux téléchargeables](#) sur le site Web de l'ICIS.



## Indicateur lié à la mortalité

### Mortalité infantile

#### Contexte

L'indicateur Mortalité infantile rend compte du nombre de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée<sup>582</sup>.

En 2011 au Canada, environ 1 810 bébés (soit 4,8 sur 1 000 naissances) sont décédés au cours de leur première année de vie<sup>583</sup>. Les causes les plus fréquentes de décès chez les nourrissons (selon les données canadiennes de 2005 à 2009) sont l'immatrité (29,4 %), les anomalies congénitales (22 %), l'asphyxie (10,4 %) et le syndrome de mort subite du nourrisson (6,4 %) <sup>584</sup>. Il est difficile d'estimer les conséquences économiques et sociales de la mortalité infantile. Lorsque le décès est précédé d'une maladie, de soins de courte durée ou de soins palliatifs, des frais de traitement peuvent être engagés. En 2011, environ 1 600 bébés de moins d'un an sont décédés dans un hôpital de soins de courte durée. Les coûts des hospitalisations s'élevaient en moyenne à 20 800 \$ par séjour (Base de données canadienne SIG, données non publiées). Le décès d'un bébé de moins d'un an peut aussi nuire au bien-être physique et psychologique des parents et des autres membres de la famille<sup>585-587</sup>.

La mortalité infantile est un indicateur de la santé des mères, des enfants et, par extension, de la population utilisé depuis longtemps. Elle dépend d'un large éventail de facteurs comprenant le statut socioéconomique (SSE) et le niveau de scolarité<sup>273, 588, 589</sup>, la qualité des conditions et des milieux de vie, les comportements liés à la santé ainsi que l'accessibilité à des services de santé adéquats et le recours à de tels services<sup>590-594</sup>.

#### Notes sur l'indicateur

<b>Sources des données</b>	Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et Base de données sur les décès, Statistique Canada
<b>Facteur de subdivision du revenu</b>	Revenu du quartier selon le Fichier de conversion des codes postaux, Statistique Canada
<b>Période</b>	2001 (2000 à 2002), 2006 (2005 à 2007), 2011 (2009 à 2011)

Se reporter au document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : définitions des indicateurs](#) pour les notes techniques détaillées.

#### Données supplémentaires

Les données nationales et provinciales pour la totalité de la période et pour les quintiles de revenu intermédiaires (du deuxième au quatrième quintile) ne sont pas présentées dans ce rapport.

Elles sont accessibles sur le site Web de l'ICIS sous forme de [tableaux téléchargeables](#).

(suite à la page suivante)

### Symboles et abréviations

<b>Q1</b>	Premier quintile (quintile de revenu le plus faible)
<b>Q5</b>	Cinquième quintile (quintile de revenu le plus élevé)
<b>IC 95 %</b>	Intervalle de confiance de 95 %
*	Estimation statistiquement significative (c.-à-d. statistiquement différente de 1 pour le RTD ou différente de 0 pour la DTD, la réduction potentielle du taux, la variation au fil du temps [pourcentage] et la variation au fil du temps [différence] selon un IC de 95 %)
↑	Augmentation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2011
↓	Diminution statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2011
—	Aucune variation statistiquement significative entre l'estimation de 2001 et celle de 2011

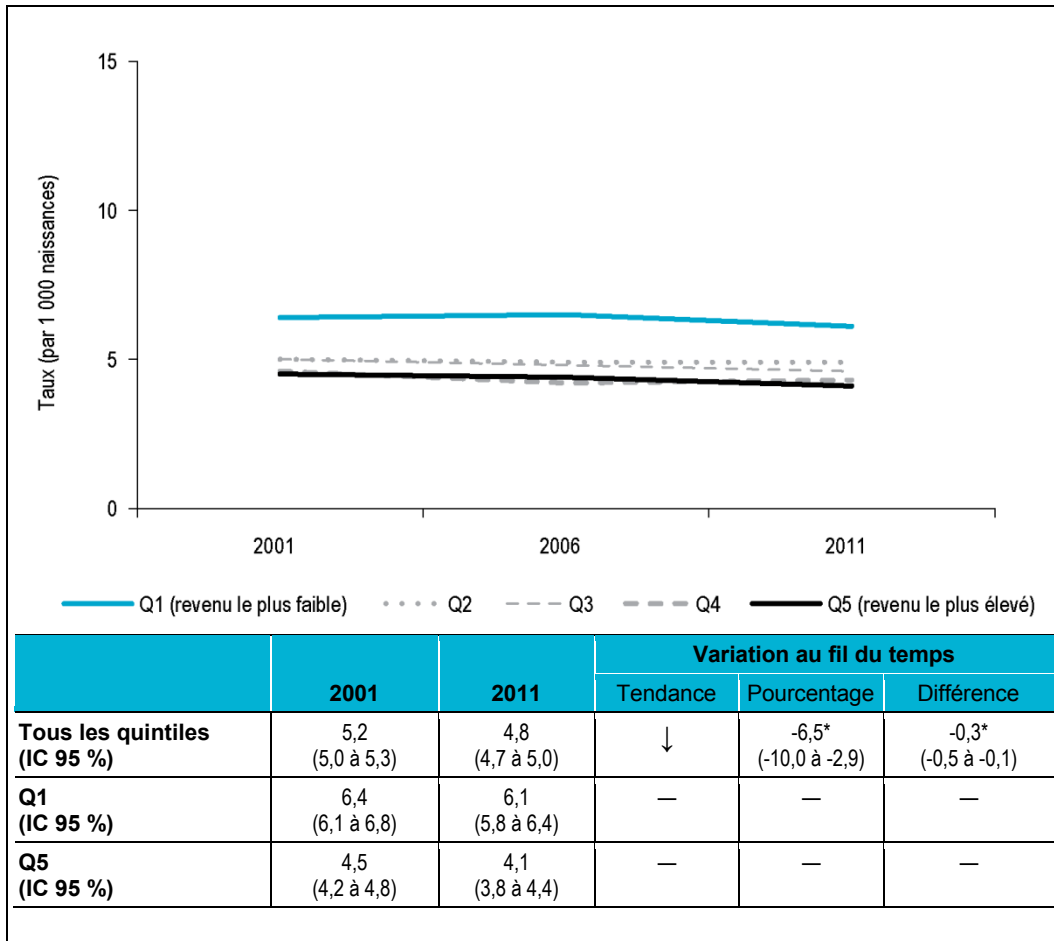
### Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la mortalité infantile a-t-elle évolué de 2001 à 2011?

L'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de mortalité infantile s'est maintenue au fil du temps et le taux a diminué, tous niveaux de revenu confondus.

#### *Tendances des taux selon le revenu*

- De 2001 à 2011, le taux de mortalité infantile a diminué de 6,5 %; il est passé de 5,2 à 4,8 par 1 000 naissances vivantes, tous niveaux de revenu confondus.

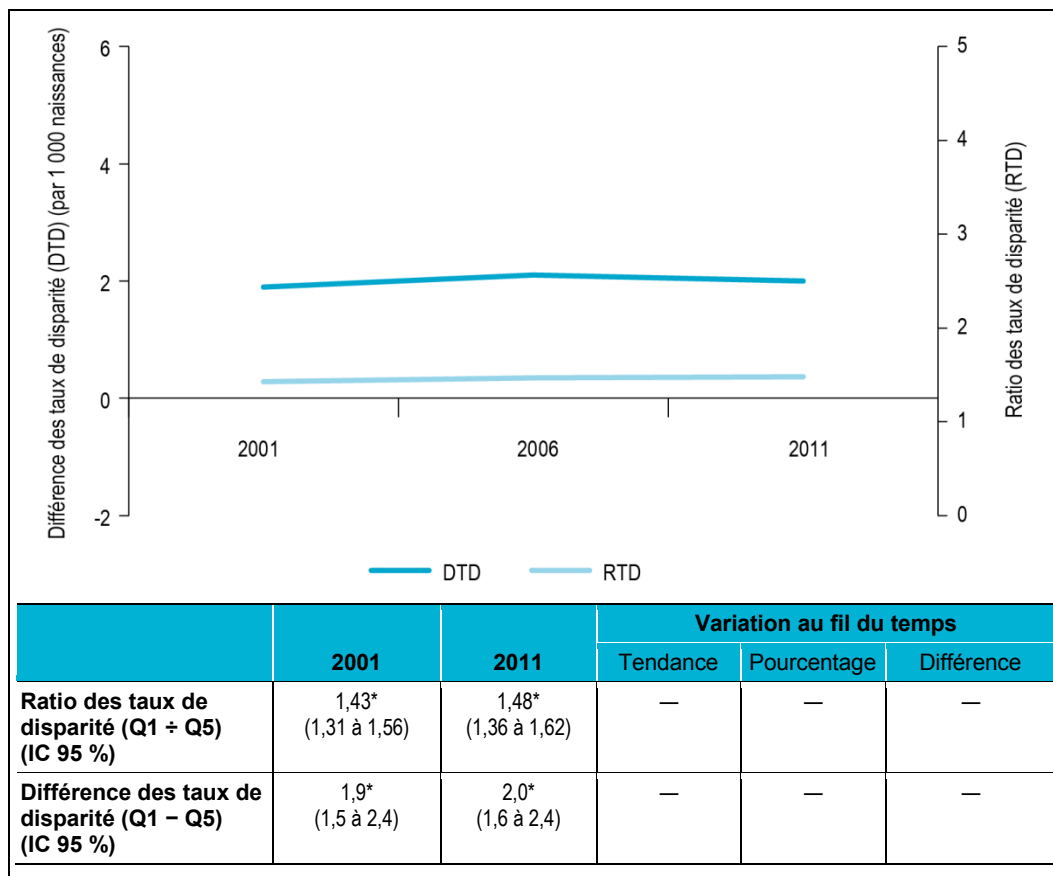
Figure 88 : Taux de mortalité infantile, par quintile de revenu, Canada, 2001 à 2011



### Tendances des inégalités

- De 2001 à 2011, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la mortalité infantile s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue.
- Durant cette période, le taux de mortalité infantile au niveau de revenu le plus faible était environ 1,5 fois supérieur à celui au niveau le plus élevé.
- De 2001 à 2011, il y a eu environ 2 décès par 1 000 naissances vivantes de plus au niveau de revenu le plus faible qu'au niveau le plus élevé.

Figure 89 : Mesures de l'inégalité en ce qui a trait à la mortalité infantile, Canada, 2001 à 2011



### Réduction de l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la mortalité infantile

Les analyses qui précèdent semblent indiquer que l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait aux taux de mortalité infantile s'est maintenue de 2001 à 2011. La charge de la mortalité infantile est restée plus importante chez les Canadiens au niveau de revenu le plus faible que chez ceux aux autres niveaux de revenu. L'écart entre les 2 niveaux inférieurs était beaucoup plus prononcé que celui entre les autres niveaux de revenu consécutifs.

#### Mesure des répercussions des inégalités

- En 2011 au Canada, environ 300 décès de nourrissons (15,1 %) auraient pu être évités si le taux de mortalité infantile à tous les niveaux de revenu avait été le même que celui au niveau de revenu le plus élevé.

**Tableau 17 : Mesure des répercussions des inégalités en ce qui a trait à la mortalité infantile, Canada, 2001 à 2011**

	Les 2 sexes	
	2001	2011
<b>Réduction potentielle du taux (pourcentage)<sup>††</sup> (IC 95 %)</b>	12,7* (6,8 à 18,3)	15,1* (9,4 à 20,5)
<b>Nombre de personnes à risque au sein de la population</b>	200	300

**Remarque**

†† Aussi appelée « fraction étiologique du risque ».

### Stratégies de réduction des inégalités

La diminution du taux de mortalité infantile au fil du temps peut être révélatrice des progrès accomplis pour de nombreux facteurs sous-jacents qui sont associés aux résultats généraux pour la santé de la population<sup>273, 588, 589, 591-594</sup>. En outre, pour comprendre les facteurs associés à la mortalité infantile, il est utile de les examiner sous l'angle du parcours de vie. En effet, les inégalités en ce qui a trait à la mortalité infantile ne résultent pas seulement de l'exposition à différents facteurs durant la grossesse, mais reflètent aussi le parcours de santé de la mère, de sa naissance jusqu'à la période prénatale<sup>595</sup>.

Il est possible de réduire les inégalités liées au revenu en ce qui a trait à la mortalité infantile par la mise en place d'un large éventail d'interventions qui cibleraient différents facteurs agissant sur la santé durant toute la vie<sup>595, 596</sup>. Il serait notamment nécessaire de mener des actions intergénérationnelles efficaces dans les secteurs de la santé et des services sociaux si l'on veut s'attaquer aux facteurs de risque complexes de la mortalité infantile<sup>597</sup>. Quelques exemples de facteurs agissant à la fois sur la santé et la mortalité infantile sont fournis dans le tableau 18.

**Tableau 18 : Exemples de facteurs interreliés qui influent sur la santé de la mère et la mortalité infantile**

<b>Scolarité</b>	Le faible niveau de scolarité de la mère est associé à un risque accru de mortalité infantile <sup>273</sup> .
<b>Origine autochtone</b>	Le risque de mortalité infantile au Canada est plus élevé dans la population autochtone <sup>598</sup> .
<b>Soutien social</b>	Pour les femmes ayant un faible statut socioéconomique, le soutien social est parfois plus difficile à obtenir. Cela peut les exposer à un stress accru et augmenter les risques d'accouchement prématuré <sup>599</sup> .
<b>Tabagisme</b>	Le syndrome de mort subite du nourrisson est nettement plus fréquent chez les bébés dont la mère fume durant la grossesse <sup>600, 601, 602</sup> . Le tabagisme augmente la probabilité que le nouveau-né soit petit pour l'âge gestationnel <sup>603</sup> ce qui entraîne un risque accru de décès durant la première année de vie <sup>604</sup> .

(suite à la page suivante)

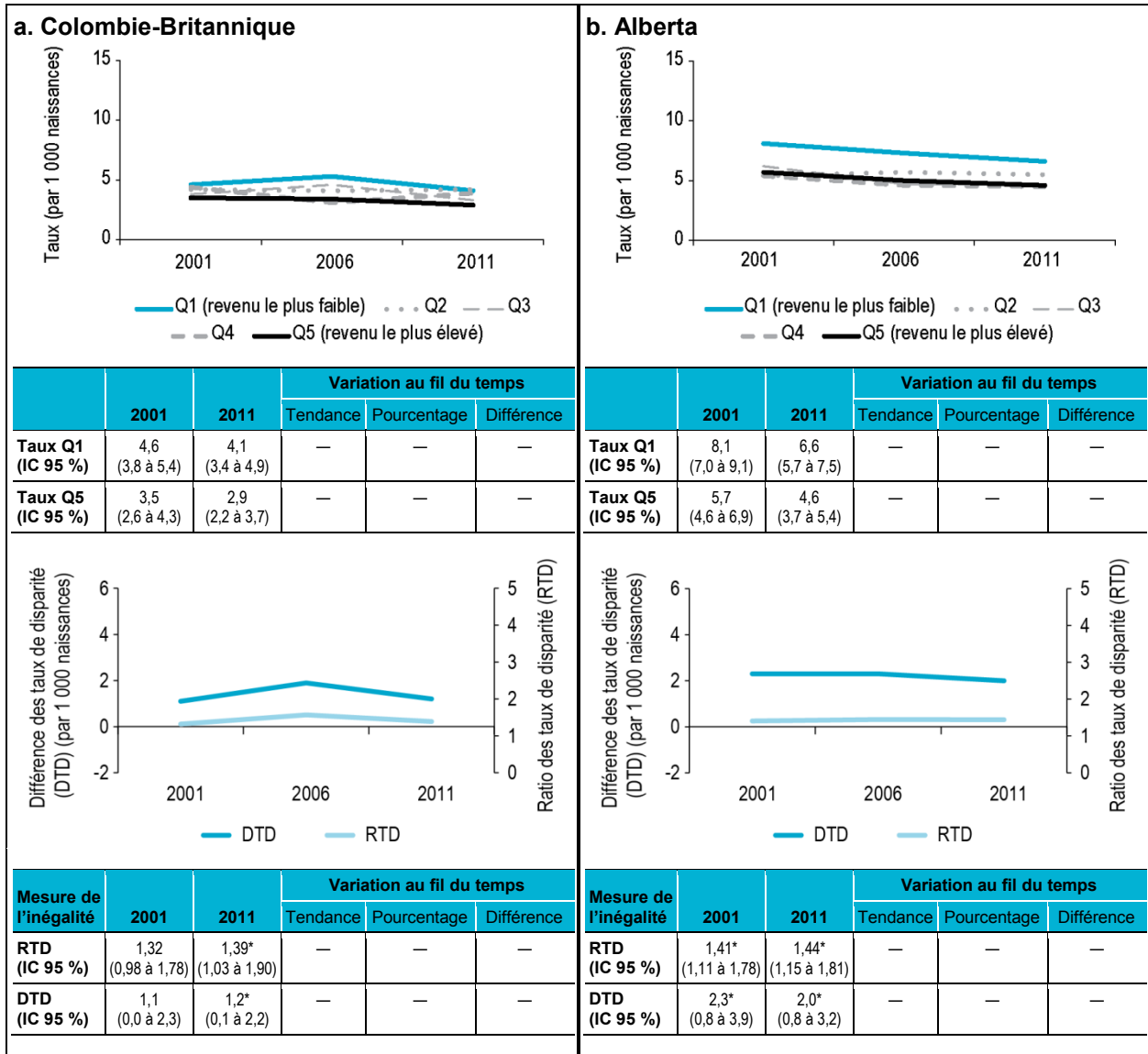
**Tableau 18 : Exemples de facteurs interreliés qui influent sur la santé de la mère et la mortalité infantile (suite)**

<b>Conditions de vie et emplacement géographique</b>	<p>L'insécurité alimentaire de la mère est associée à un risque accru d'anomalies congénitales<sup>605</sup>, principales causes de mortalité infantile<sup>606</sup>.</p> <p>L'obésité de la mère augmente aussi les risques de mortalité infantile<sup>607</sup>.</p> <p>Si la mère est sans abri, plusieurs facteurs contribuent à augmenter les effets néfastes sur la santé périnatale, comme le tabagisme, la toxicomanie et le manque de soins prénataux<sup>608</sup>.</p> <p>Les mères vivant dans les quartiers à faible revenu courent un risque accru de ne pas recevoir des soins prénataux adéquats<sup>609</sup>.</p>
<b>Maladie mentale</b>	<p>La présence d'une maladie mentale chez la mère durant la grossesse et après l'accouchement peut avoir des conséquences négatives sur le développement du nourrisson<sup>610</sup>.</p>
<b>Soins au nourrisson</b>	<p>L'allaitement réduit le risque de syndrome de mort subite du nourrisson<sup>611</sup>. Les mères du quintile de revenu le plus faible sont nettement moins susceptibles d'allaiter que celles des autres quintiles de revenu<sup>612</sup>.</p>

### **Comment l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la mortalité infantile a-t-elle évolué de 2001 à 2011 selon la province?**

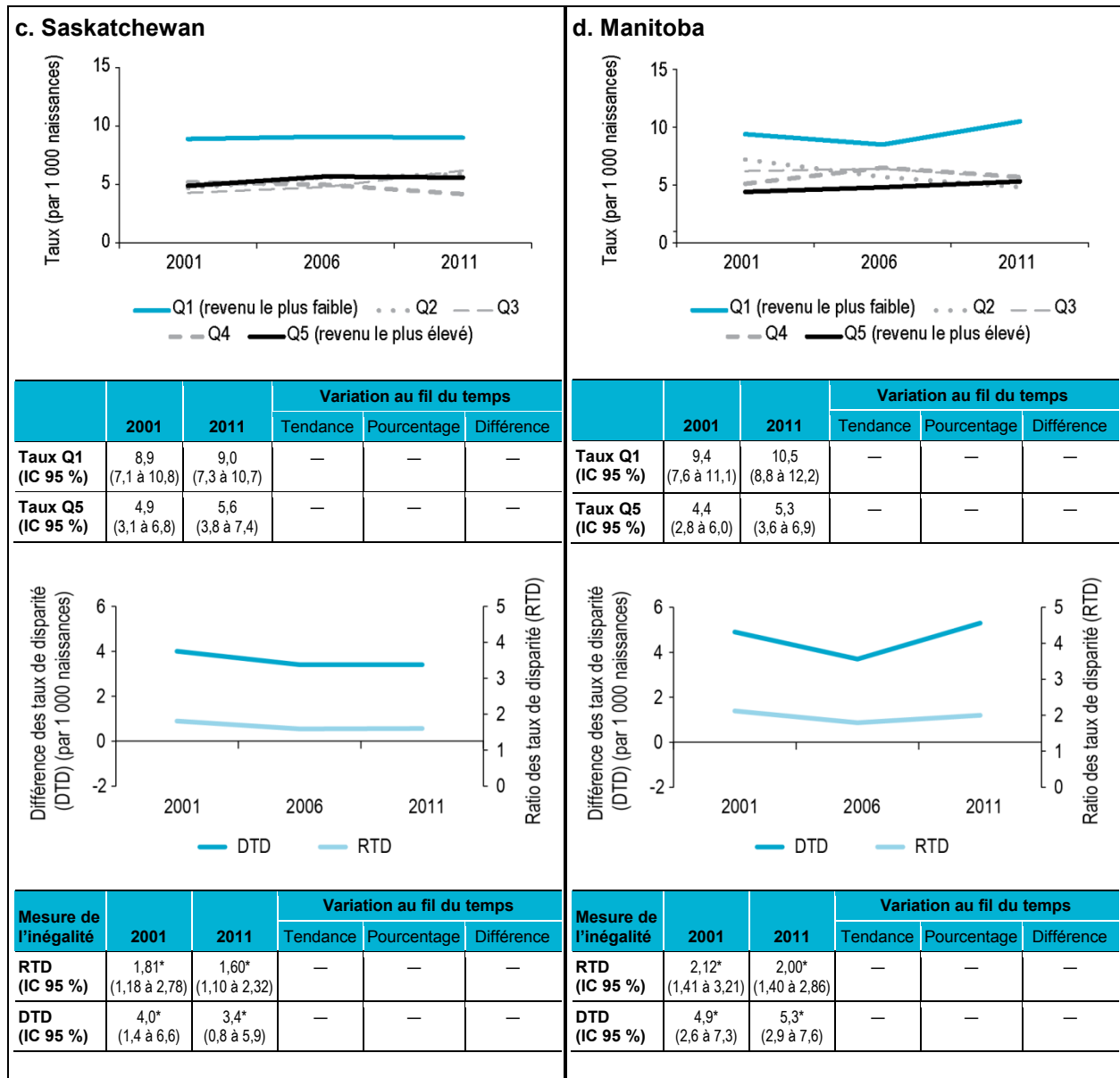
- De 2001 à 2011, l'inégalité liée au revenu en ce qui a trait à la mortalité infantile s'est maintenue, tant sur une échelle relative que sur une échelle absolue dans la plupart des provinces. Cependant, 3 provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) faisaient exception. En effet, l'inégalité liée au revenu y était inexistante; cela s'explique probablement par le très faible taux de mortalité infantile observée en raison de la petite taille de la population.
- En Ontario, le taux de mortalité infantile a diminué au niveau de revenu le plus élevé et est resté stable au niveau le plus faible. Dans les autres provinces, le taux de mortalité infantile n'a connu aucun changement, tant au niveau de revenu le plus faible qu'au niveau le plus élevé.

Figure 90 : Taux de mortalité infantile et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011



(suite à la page suivante)

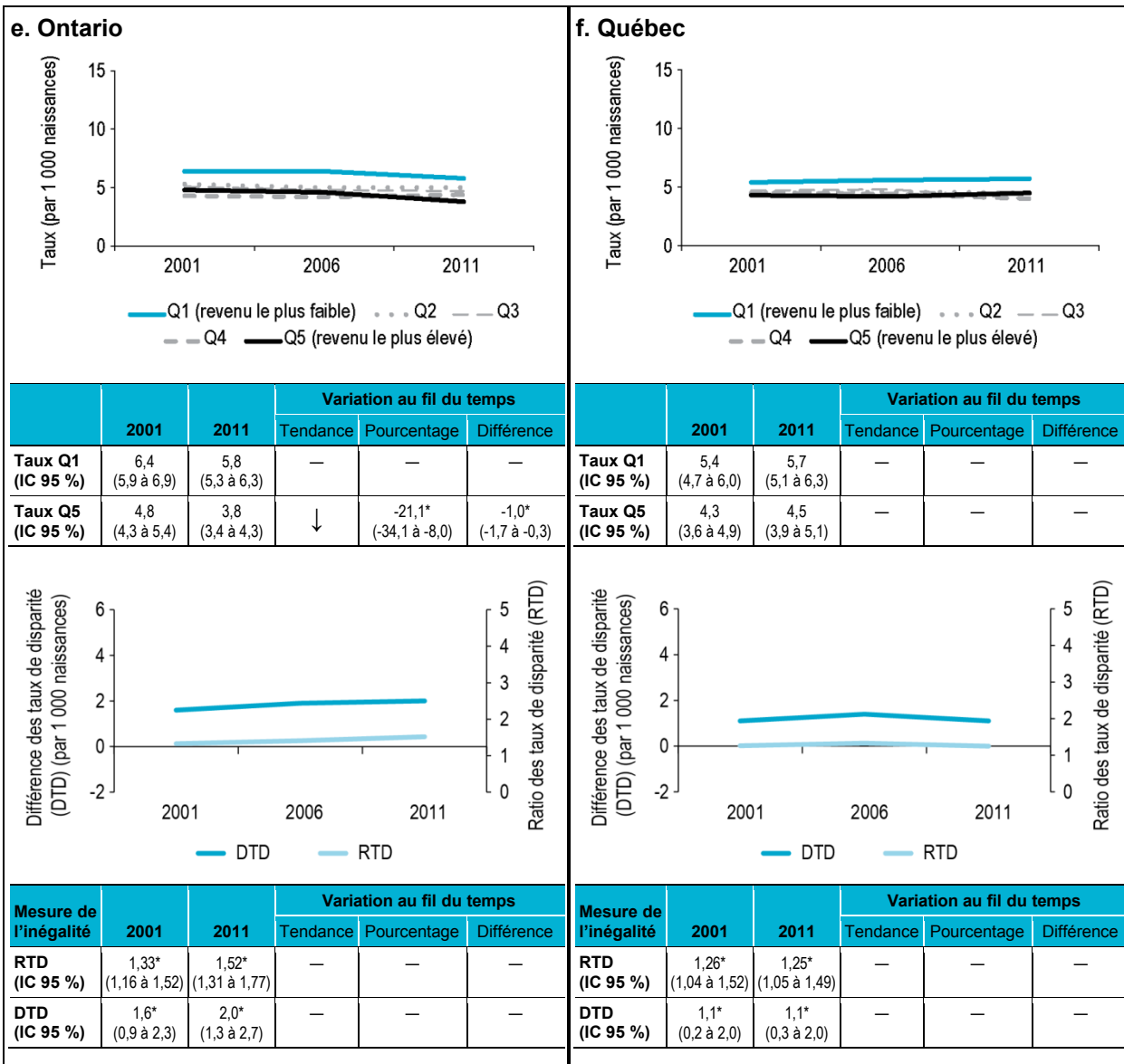
Figure 90 : Taux de mortalité infantile et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

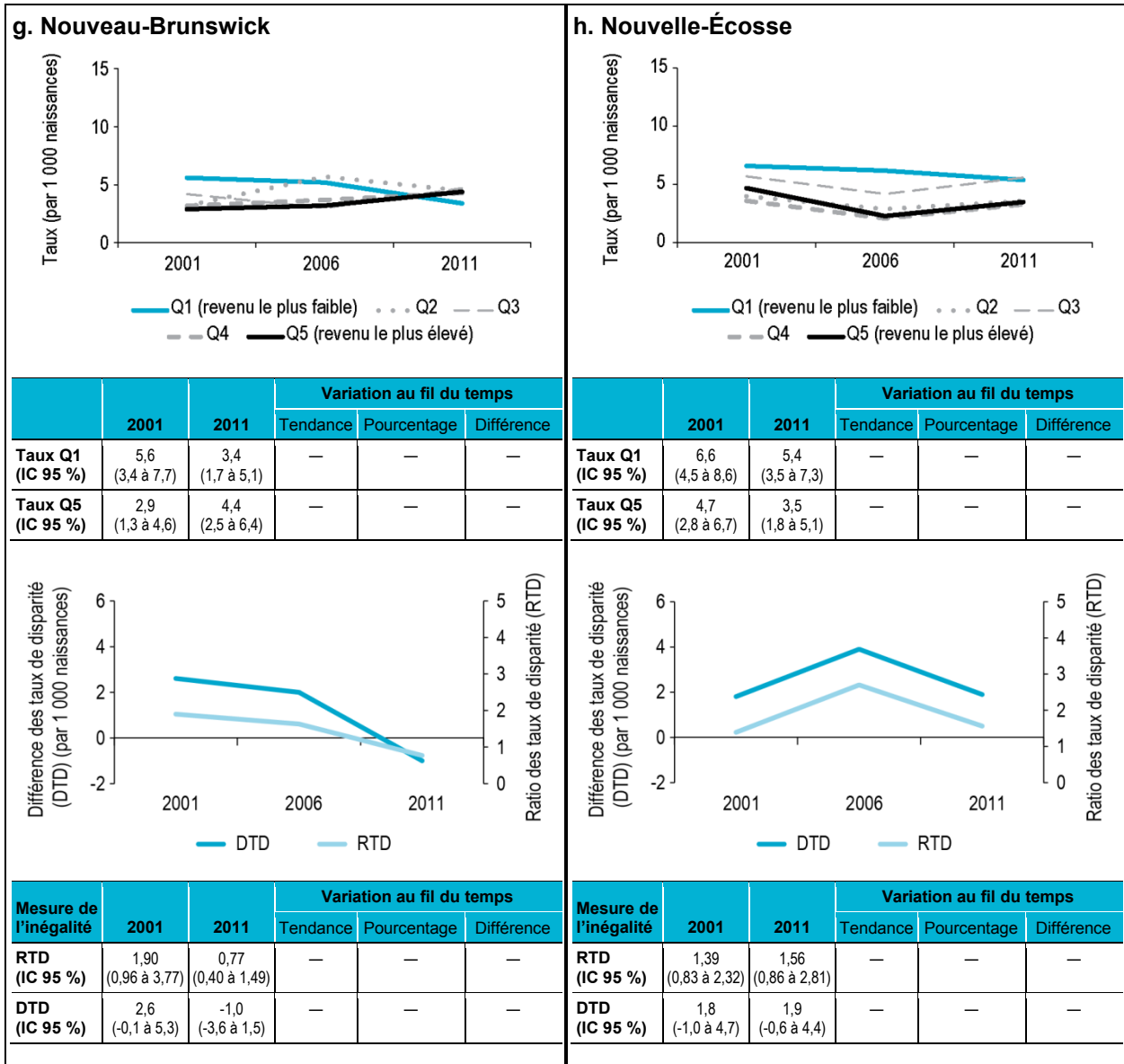


Figure 90 : Taux de mortalité infantile et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

Figure 90 : Taux de mortalité infantile et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)



(suite à la page suivante)

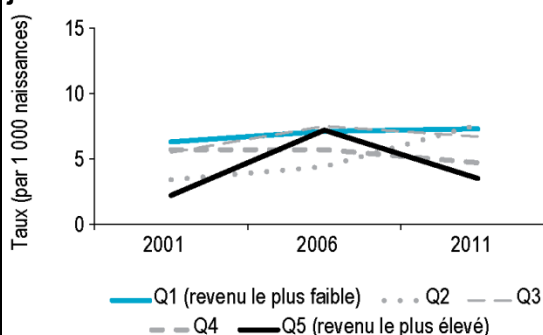
Figure 90 : Taux de mortalité infantile et mesures de l'inégalité, par quintile de revenu et par province, 2001 à 2011 (suite)

**i. Île-du-Prince-Édouard**

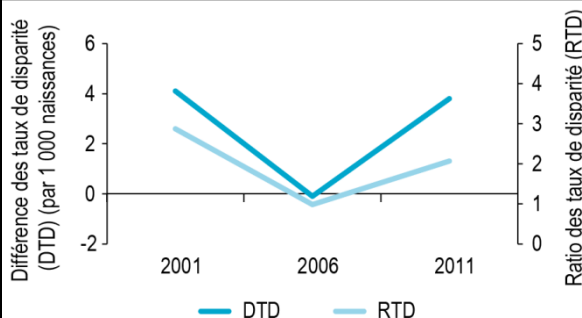
**Remarque**

En raison du grand nombre de points de données supprimés, les graphiques et tableaux ne sont pas fournis pour l'Île-du-Prince-Édouard. Pour obtenir les données de l'indicateur Mortalité infantile de cette province, veuillez consulter les [tableaux téléchargeables](#) sur le site Web de l'ICIS.

**j. Terre-Neuve-et-Labrador**



	2001	2011	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>Taux Q1 (IC 95 %)</b>	6,3 (3,4 à 9,2)	7,3 (4,0 à 10,6)	—	—	—
<b>Taux Q5 (IC 95 %)</b>	2,2 (0,4 à 4,0)	3,5 (1,5 à 5,6)	—	—	—



Mesure de l'inégalité	2001	2011	Variation au fil du temps		
			Tendance	Pourcentage	Différence
<b>RTD (IC 95 %)</b>	2,87* (1,14 à 7,22)	2,07 (0,99 à 4,34)	—	—	—
<b>DTD (IC 95 %)</b>	4,1* (0,7 à 7,5)	3,8 (-0,1 à 7,7)	—	—	—

# Références

1. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56(9):647-652.
2. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *Reducing Health Disparities—The Role of the Health Sector: Discussion Paper*. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2005.
3. Agence de la santé publique du Canada. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-eng.php>. Consulté le 19 décembre 2014.
4. Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population RSP. *Indicators of Health Inequalities*. Canada : Réseau pancanadien de santé publique; 2010.
5. Agence de la santé publique du Canada. *Reducing Health Inequalities: A Challenge for Our Time*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2011. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/aspc-phac/HP35-22-2011-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP35-22-2011-eng.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
6. Reading C, Wien F. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2013.
7. Comité permanent des finances. *Income Inequality in Canada: An Overview*. Ottawa (Ont.) : Parlement du Canada; 2013.
8. Comité sénatorial permanent des affaires sociales. *A Healthy, Productive Canada: A Determinant of Health Approach*. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2009.
9. Association médicale canadienne. *Health Equity and the Social Determinants of Health: A Role for the Medical Profession*. Ottawa (Ont.) : AMC; 2013. <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/PD13-03-e.pdf>. Consulté le 17 février 2015.
10. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2013*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2013. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HI2013\\_Jan30\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_Jan30_EN.pdf). Consulté le 25 mars 2014.
11. Gouvernement du Canada. *Canada Health Act*. 1985.
12. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; <http://www.who.int/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=5V1RNMR9Mf>. Modifié en 2011. Consulté le 25 mars 2014.

13. Butler-Jones D. *Report on the State of Public Health in Canada: Addressing Health Inequalities*. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-e.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
14. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. *Cause-Specific Mortality by Income Adequacy in Canada: A 16-Year Follow-Up Study*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013.
15. Organisation de coopération et de développement économiques. *Society at a Glance 2014 Highlights—Canada OECD Social Indicators*. Paris, France : Éditions OCDE; 2014. <http://www.oecd.org/canada/OECD-SocietyAtaGlance2014-Highlights-Canada.pdf>.
16. McGrail KMP, van Doorslaer E, Ross NAP, Sanmartin C. Income-related health inequalities in Canada and the United States: a decomposition analysis. *American Journal of Public Health*. 2009;99(10):1856-1863. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741511/>.
17. Gunasekara FI, Carter K, McKenzie S. Income-related health inequalities in working age men and women in Australia and New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2013;37(3):211-217. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731102>.
18. Devaux M, De Looper M. *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008–2009*. Paris, France : Éditions OCDE; 2012. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009\\_5k95xd6stnxt-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009_5k95xd6stnxt-en).
19. van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*. 2004;13(7):609-628. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15259042>.
20. Turrell G, Stanley L, De Looper M, Oldenburg B. *Health Inequalities in Australia: Morbidity, Health Behaviours, Risk Factors and Health Service Use*. Canberra, Australie : Australian Institute of Health and Welfare; 2006. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442467837>.
21. Burgard SA, King MM. *The Poverty and Inequality Report 2014*. Stanford, États-Unis : The Stanford Center on Poverty and Inequality; 2014. [http://web.stanford.edu/mwq-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=Os2l126zbiMvN\\_2-FPBEQfgBXF9jQ\\_wv1oagKQvNwZE](http://web.stanford.edu/mwq-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=Os2l126zbiMvN_2-FPBEQfgBXF9jQ_wv1oagKQvNwZE).
22. Institut canadien d'information sur la santé. *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2008. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Reducing\\_Gaps\\_in\\_Health\\_Report\\_EN\\_081009.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_EN_081009.pdf). Consulté le 25 mars 2014.
23. Institut canadien d'information sur la santé. *Urban Physical Environments and Health Inequalities*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2011.

24. Manitoba Centre for Health Policy. *Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Narrowing or Widening Over Time?*. Winnipeg (Man.) : MCHP; 2010. [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/Health\\_Ineq\\_final\\_WEB.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/Health_Ineq_final_WEB.pdf). Consulté le 25 mars 2014.
25. Provincial Health Services Authority. *Towards Reducing Health Inequities*. Vancouver (C.-B.) : PHSA; 2011. <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/0F19BDB8-2153-49D1-A214-E7D0D0B9DA3B/52162/TowardsReducingHealthInequitiesFinalDiscussionPape.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
26. Organisation mondiale de la santé. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Genève, Suisse : OMS; 2008.
27. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity in Health*. Copenhague, Danemark : OMS — Bureau régional de l'Europe; 1990.
28. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57:254-258. <http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>.
29. Organisation mondiale de la santé. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genève, Suisse : OMS; 2010. [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
30. Solar O, Irwin A. Figure 5. Final form of the CSDH conceptual framework. In : *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2010.
31. Organisation mondiale de la santé. *Handbook on Health Inequality Monitoring With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries*. Genève, Suisse : OMS; 2013.
32. Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Statistics*. 2005;2(141):1-16.
33. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington (D.C.), États-Unis : Banque mondiale; 2008.
34. Regidor E. Measures of health inequalities: Part 1. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58(10):858-861.
35. Regidor E. Measures of health inequalities: Part 2. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58(11):900-903.
36. Percy JN, Keppel K. A summary measure of health disparity. *Public Health Reports*. 2002;117(3):273-280.

37. Anand S, Diderichsen F, Evans T, Shkolnikov VM, Wirth M. Measuring disparities in health: methods and indicators. In : Evans T, dir. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York, États-Unis : Oxford University Press; 2015.
38. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2013*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2013. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HI2013\\_Jan30\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_Jan30_EN.pdf). Consulté le 25 mars 2014.
39. Institut canadien d'information sur la santé. *Injury Hospitalizations and Socio-Economic Status*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2010. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Injury\\_aib\\_vE4CCF\\_v3\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Injury_aib_vE4CCF_v3_en.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
40. Manitoba Centre for Health Policy. *Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Narrowing or Widening Over Time?*. Winnipeg, Man. : MCHP; 2010. [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/Health\\_Ineq\\_final\\_WEB.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/Health_Ineq_final_WEB.pdf). Consulté le 25 mars 2014.
41. Nickel N, Martens P, Chateau D, et al. Have we left some behind? Trends in socio-economic inequalities in breastfeeding initiation: a population-based epidemiological surveillance study. *Canadian Journal of Public Health*. 2014;105(5):362-368.
42. Peel Public Health. *Health in Peel: Determinants and Disparities*. Mississauga (Ont.) : Region of Peel; 2011.
43. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Summary Measures of Socioeconomic Inequalities in Health*. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2013. [http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Summary\\_Measures\\_Socioeconomic\\_Inequalities\\_Health\\_2013.pdf](http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Summary_Measures_Socioeconomic_Inequalities_Health_2013.pdf).
44. Agence de la santé publique du Canada. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-eng.php>. Consulté le 19 décembre 2014.
45. Bureau de santé publique de Toronto. *Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto*. Toronto (Ont.) : BSPT; 2008. [http://www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity\\_20081016.pdf](http://www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf). Consulté le 22 octobre 2012.
46. Statistique Canada. *Canadian Community Health Survey (CCHS) Annual Component, 2009–2010 Common Content*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011.
47. Statistique Canada. Low income cut-offs. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2009002/s2-eng.htm#n6>. Modifié en 2009. Consulté le 19 décembre 2014.
48. Wilkins R, Peters P. *PCCF + Version 5K\* User's Guide*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012.

49. Harper S, Lynch J. *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. Bethesda, États-Unis : National Cancer Institute; 2005.
50. Harper S. Implicit value judgements in the measurements of health inequalities. *Milbank Q*. 2010;88(1):4-29.
51. Kelly MP, Bonnefoy J. *The Social Determinants of Health: Developing an Evidence Base for Political Action*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2007.
52. Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling Up (Part 1): A Discussion Paper on Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health*. Copenhagen, Danemark : OMS — Bureau régional de l'Europe; 2006. [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/leveling\\_up\\_part1.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf).
53. King NB. Use of relative and absolute effect measures in reporting health inequalities: structured review. *BMJ*. 2012;345(e5774).
54. Moser K, Frost C, Leon DA. Comparing health inequalities across time and place—rate ratios and rate differences lead to different conclusions: analysis of cross-sectional data from 22 countries 1991–2001. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(1285):1291.
55. Harper S, Lynch J. Highly active antiretroviral therapy and socioeconomic inequalities in AIDS mortality in Spain. *European Journal of Public Health*. 2007;17:231.
56. Speybroeck N, Harper S, de Savigny D, Victora C. Inequalities of health indicators for policy makers: six hints. *International Journal of Public Health*. 2012;57(5):859-860. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-012-0386-5>.
57. Martens P. The right kind of evidence—integrating, measuring, and making it count in health equity research. *Journal of Urban Health*. 2012;89(6):925-936.
58. Rockhill B, Newman B, Weinberg C. Use and misuse of population attributable fractions. *American Journal of Public Health*. 1998;88(1):15-19.
59. Heller RF, Buchan I, Edwards R, Lyratzopoulos G, McElduff P, St Leger S. Communicating risks at the population level: application of population impact numbers. *BMJ*. 2003;327:1162-1165.
60. Phelan JC, Link BG. Controlling disease and creating disparities: a fundamental cause perspective. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2005;60(numéro spécial 2):S27-S33. [http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/60/Special\\_Issue\\_2/S27.abstract](http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/60/Special_Issue_2/S27.abstract).
61. Mechanic D. Policy challenges in addressing racial disparities and improving population health. *Health Affairs (Millwood)*. 2005;24(2):335-338. <http://content.healthaffairs.org/content/24/2/335.abstract>.



62. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Universal and Targeted Approaches to Health Equity*. Antigonish (N.-É.) : CCNDS; 2013.
63. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(7):686-694.
64. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Thirteen Public Health Interventions in Canada That Have Contributed to a Reduction in Health Inequalities*. Québec (Qc) : CCNPPS; 2010.
65. Mackenbach J, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In : Mackenbach J, Bakker M, dir. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. Londres, Royaume-Uni : Taylor & Francis Group; 2002;25-49.
66. Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la santé. *Mobilizing Intersectoral Action to Promote Health: The Case of ActNowBC*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2009. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ActNowBC/pdf/anbc-eng.pdf>.
67. Huang TT, Drewnowski A, Kumanyika S, Glass TA. A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century. *Preventing Chronic Disease*. 2009;6(3).
68. Gortmaker SL, Swinburn B, Levy D, et al. Changing the future of obesity: science, policy and action. *Lancet*. 2011;378(9793):838-847.
69. Organisation mondiale de la santé. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package*. Genève, Suisse : OMS; 2008.
70. Stockwell T, Zhao J, Martin G, et al. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Res Practice*. 2013;103(11).
71. Stockwell T, Zhao J, Giesbrecht N, MacDonald S, Thomas G, Wettlaufer A. The raising of minimum alcohol pricing in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *American Journal of Public Health*. 2012;102(12):103-110.
72. Institute of Medicine and National Research Council. *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*. Washington (D.C.), États-Unis : National Academy of Sciences; 2009.
73. Brownell KD, Farley T, Willett WC, et al. The public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages. *The New England Journal of Medicine*. 2009;361(16):1599-1605.
74. Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. *Extra Sugar, Extra Calories, Extra Weight More Chronic Disease*. Ottawa (Ont.) : APMCC; 2011.

75. Faulkner G, Nguyen P, Ferrence R, Mendelson R, Donnelly P, Abour-Nicitopoulos K. *Economic Policy, Obesity and Health: A Scoping Review*. Ottawa (Ont.) : Fondation des maladies du cœur du Canada; 2010.
76. Buhler S, Raine K, Arango M, Pellerin S, Neary N. Building a strategy for obesity prevention one piece at a time: the case of sugar-sweetened beverage taxation. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013;37(2):97-102. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Can+J+Diabetes+buhler+raine>.
77. Association médicale canadienne. *Tax Incentives for Better Living*. Ottawa (Ont.) : AMC; 2007.
78. BC Healthy Living Alliance. *BC Healthy Living Alliance Submission to the 2015 Budget Consultation*. Vancouver (C.-B.) : BCHLA; 2014.
79. Alberta Policy Coalition for Chronic Disease Prevention. *2011 Decision Maker Survey of Knowledge, Attitudes & Beliefs: Summary of Results*. Edmonton (Alb.) : APCCP; 2011.
80. Coalition poids. Obesity epidemic: solutions. <http://www.cqpp.qc.ca/en/obesity-epidemic/solutions>. Modifié en 2015.
81. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*. 2008;98(2):216-221.
82. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2013;67:190-193.
83. Warner KE. The economics of tobacco: myths and realities. *Tobacco Control*. 2000;9(1):78-89.
84. Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(11):4118-4139.
85. Thow AM, Downs S, Jan S. A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence. *Nutrition Reviews*. 2014;72(9):551-565.
86. Organisation mondiale de la santé. *Alcohol and Inequities: Guidance for Addressing Inequities in Alcohol-Related Harm*. Genève, Suisse : OMS; 2014.
87. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco Control*. 2014;23(e2):e89-e97.

88. Thomas S, Fayter D, Misso K, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*. 2008;17(4):230-237.
89. Médecins pour un Canada sans fumée. *Tax Revenue From Tobacco Sales, 1990–2013*. Ottawa (Ont.) : MCSF; 2013. <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/totaltax.pdf>.
90. Santé Canada. *Tobacco — A National Strategy*. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 1999. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ns-sn/index-eng.php#a4>.
91. Corsi DJ, Lear SA, Chow CK, Subramanian SV, Boyle MH, Teo KK. Socioeconomic and geographic patterning of smoking behaviour in Canada: a cross-sectional multilevel analysis. *PLoS One*. 2013;8(2):e57646.
92. Corsi DJ, Boyle MH, Lear SA, Chow CK, Teo KK, Subramanian SV. Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes Control*. 2014;25(1):45-57.
93. Smith P, Frank J, Mustard C. Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974–2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(4):317-323.
94. Reid JL, Hammond D, Driezen P. Socioeconomic status and smoking in Canada, 1999–2006: has there been any progress on disparities in tobacco use? *Canadian Journal of Public Health*. 2010;101(1):73-78.
95. Main C, Thomas S, Ogilvie D, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. *BMC Public Health*. 2008;8:178.
96. Greaves L, Johnson J, Bottorff J, et al. What are the effects of tobacco policies on vulnerable populations? A better practices review. *Canadian Journal of Public Health*. 2006;97(4):310-315.
97. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Health equity impact assessment. <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/heaia/>. Modifié en 2013. Consulté le 6 décembre 2013.
98. Institut Wellesley. Health equity: templates and user guides for equity focused impact assessment. [http://www.wellesleyinstitute.com/health/user\\_guides\\_to\\_equity\\_focused\\_impact\\_assessment/](http://www.wellesleyinstitute.com/health/user_guides_to_equity_focused_impact_assessment/). Modifié le 19 août 2009. Consulté le 10 février 2015.
99. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 2000;320:1200-1204.
100. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*. 2001;322:1233-1236.

101. Raphael D, MacDonal J, Colman R, Labonte R, Hayward K, Torgerson R. Researching income and income distribution as determinants of health in Canada: gaps between theoretical knowledge, research practice, and policy implementation. *Health Policy*. 2005;72:217-232.
102. Wilkins R, Tjepkema M, Mustard C, Choinière R. The Canadian census mortality follow-up study, 1991 through 2001. *Health Reports*. 2008;19(3):25-43.
103. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*. 1997;87(9):1491-1498.
104. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why Equality Is Better for Everyone*. Londres, Royaume-Uni : Penguin Books; 2010.
105. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Social Science and Medicine*. 2014.
106. Lynch JW, Kaplan GA. Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology*. 1997;2(3):297-314.
107. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Internal Journal of Epidemiology*. 2001;30:668-677.
108. Organisation de coopération et de développement économiques. *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris, France : Éditions OCDE; 2011.
109. Fortin N, Green D, Lemieux T, Milligan K, Riddell C. Canadian inequality: recent developments and policy options. *Canadian Public Policy*. 2012;38(2):121-145.
110. Murphy B, Roberts P, Wolfson M. *High-Income Canadians*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2007. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2007109/article/10350-eng.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
111. Cingano F. *Trends in Income Inequality and Its Impact on Economic Growth*. Paris, France : Éditions OCDE; 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/5jxrjncwxv6j-en>.
112. Ostry J, Berg A, Tsangarides C. *Redistribution, Inequality, and Growth*. Washington (D.C.), États-Unis : Fonds monétaire international; 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf>.
113. Hsieh C-C, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Reviews*. 1993;18(2):182-202.
114. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. *Fair Society, Healthy Lives*. Londres, Royaume-Uni : Institute of Health Equity; 2010. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>. Consulté le 25 mars 2014.

115. Lancee B, van de Werfhorst HG. *Income Inequality and Participation: A Comparison of 24 European Countries*. Amsterdam, Pays-Bas : AIAS; 2011.
116. Uslaner EM, Brown M. Inequality, trust, and civic engagement. *American Politics Research*. 2005;33(6):868-894.
117. Deininger K, Squire L. A new data set measuring income inequality. *The World Bank Economic Review*. 1996;10(3):565-591.
118. Statistique Canada. Low income cut-offs. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lico-sfr-eng.htm>. Modifié en 2013. Consulté le 11 février 2015.
119. Statistique Canada. Table 202-0804: Persons in low income, by economic family type. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=2020804>. Modifié en 2013. Consulté le 4 avril 2014.
120. Statistique Canada. Table 202-0802: Persons in low income families. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26>. Modifié en 2014. Consulté le 20 février 2014.
121. Heisz A. *Income Inequality and Redistribution in Canada: 1976–2004*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2007. <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2007298-eng.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
122. Oxfam. *Wealth: Having It All and Wanting More*. Oxford, Royaume-Uni : Oxfam International; 2015. <http://www.oxfam.org/en/research/wealth-having-it-all-and-wanting-more>.
123. Statistique Canada. Table 204-0001: High income trends of tax filers in Canada, provinces, territories and census metropolitan areas (CMA), national thresholds. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=2040001&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=31&tabMode=dataTable&csid>. Modifié en 2014. Consulté le 5 février 2015.
124. Organisation de coopération et de développement économiques. *OECD Skills Outlook 2013: First Results From the Survey of Adult Skills, Chapter 1*. Paris, France: Éditions OCDE; 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204256-en>.
125. Osberg L. *Economic Growth, Income Distribution and Economic Welfare in Canada 1975–1994*. Halifax (N.-É.) : Dalhousie; 2005.
126. Osberg L. *A Quarter Century of Economic Inequality in Canada: 1981–2006*. Toronto (Ont.) : Centre canadien de politiques alternatives; 2008. [http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National\\_Office\\_Pubs/2008/Quarter\\_Century\\_of\\_Inequality.pdf](http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National_Office_Pubs/2008/Quarter_Century_of_Inequality.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
127. Institut canadien d'information sur la santé. *Lifetime Distributional Effects of Publicly Financed Health Care in Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2013. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC851>.

128. Organisation de coopération et de développement économiques. Reducing income inequality while boosting economic growth: can it be done? *Economic Policy Reforms 2012: Going for Growth*. 2015;181-202.
129. Gouvernement du Canada. *The National Child Benefit: Progress Report 2008*. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2013.  
[http://www.nationalchildbenefit.ca/eng/pdf/ncb\\_progress\\_report\\_2008.pdf](http://www.nationalchildbenefit.ca/eng/pdf/ncb_progress_report_2008.pdf). Consulté le 3 avril 2014.
130. Ministère des Finances Canada. Tax expenditures and evaluations 2013.  
<http://www.fin.gc.ca/taxexp-depfisc/2013/taxexp1301-eng.asp>. Modifié en 2014.  
Consulté le 3 avril 2014.
131. Myles J. *The Maturation of Canada's Retirement Income System: Income Levels, Income Inequality and Low-Income Among the Elderly*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2000.  
<http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2000147-eng.pdf>. Consulté le 3 avril 2014.
132. Osberg L. Poverty among senior citizens: a Canadian success story. In : Grady P, Sharpe A, dir. *The State of Economics in Canada: Festschrift in Honour of David Slater*. Ottawa (Ont.) : Centre d'étude des niveaux de vie; 2001:151-181.
133. Hum D, Simpson W. A guaranteed annual income? From Mincome to the millennium. *Policy Options*. 2001;78-82.
134. Forget E. The town with no poverty: using health administration data to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy*. 2011;37(3):283-305. <http://public.econ.duke.edu/~erw/197/forget-cea%20%282%29.pdf>. Consulté le 17 mars 2014.
135. Galarneau D, Fecteau E. *The Ups and Downs of Minimum Wage*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
136. Piketty T. *Capital in the Twenty-First Century*. Cambridge, États-Unis : Belknap Harvard; 2014.
137. Organisation de coopération et de développement économiques. *Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools*. Paris, France : OCDE; 2012.  
<http://www.oecd.org/edu/school/50293148.pdf>. Consulté le 15 octobre 2014.
138. d'Addio A. *Intergenerational Transmission of Disadvantage: Mobility or Immobility Across Generations? A Review of the Evidence for OECD Countries*. Paris, France : Organisation de coopération et de développement économiques; 2007.  
<http://www.oecd.org/els/38335410.pdf>.
139. Diderichsen F. Income maintenance policies. In : Mackenbach J, Bakker M, dir. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. Londres, Royaume-Uni : Taylor & Francis Group; 2002:53-65.

140. Conseil national du bien-être social. *The Dollars and Sense of Solving Poverty*. Ottawa (Ont.) : Conseil national du bien-être social; 2011. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/cnb-ncw/HS54-2-2011-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/cnb-ncw/HS54-2-2011-eng.pdf). Consulté le 17 septembre 2014.
141. Barnes S, Block S, Gardner B, Shapcott M. *Poverty Is a Health Issue: Wellesley Institute Submission on the Ontario Poverty Reduction Strategy*. Toronto (Ont.) : Institut Wellesley; 2013. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2013/09/Poverty-Reduction-Strategy-2013.pdf>. Consulté le 4 avril 2014.
142. Association médicale canadienne. *Health Care in Canada: What Makes Us Sick?* Ottawa (Ont.) : AMC; 2013. [http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Advocacy/HCT/What-makes-us-sick\\_en.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/What-makes-us-sick_en.pdf). Consulté le 8 avril 2014.
143. Canada sans pauvreté. Poverty progress profiles. <http://www.cwp-csp.ca/poverty/poverty-progress-profiles/>. Modifié en 2014. Consulté le 18 septembre 2014.
144. Gouvernement de la Saskatchewan. *Speech From the Throne 2014. Delivered on the Occasion of the Opening of the Fourth Session of the Twenty-Seventh Legislature*. Regina (Sask.) : Province de la Saskatchewan; 2015.
145. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. *Newfoundland and Labrador Poverty Reduction Strategy Progress Report*. Saint-Jean (T.-N.-L.) : gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; 2014. [http://www.aes.gov.nl.ca/poverty/pdf/prs\\_progress\\_report.pdf](http://www.aes.gov.nl.ca/poverty/pdf/prs_progress_report.pdf). Consulté le 18 septembre 2014.
146. Shavers VL. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*. 2007;99(9):1013-1023.
147. Bierman A, Johns A, Hyndman B, et al. Chapter 12: Social determinants of health and populations at risk. In : *Volume 2 Ontario Women's Health Equity Report*. Toronto (Ont.) : Hôpital St. Michael's et Institut de recherche en services de santé; 2012. <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter12-SDOHandPopsatRisk.pdf>.
148. Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58:327-332.
149. Clark D, Royer H. *The Effect of Education on Adult Health and Mortality: Evidence From Britain*. Cambridge, États-Unis : National Bureau of Economic Research; 2010.
150. Conference Board du Canada. High-school completion. <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/education/high-school-graduation-rate.aspx>. Modifié en 2013. Consulté le 19 décembre 2014.

151. Ressources humaines et Développement des compétences Canada. What difference does learning make to financial security? <http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng.jsp?iid=54>. Modifié en 2008. Consulté le 2 octobre 2013.
152. Lin SS, Kelsey JL. Use of race and ethnicity in epidemiologic research: concepts, methodological issues, and suggestions for research. *Epidemiologic Reviews*. 2000;22(2):187-202.
153. Frenette M. *Why Are Youth From Lower-Income Families Less Likely to Attend University? Evidence From Academic Abilities, Parental Influences, and Financial Constraints*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2007. <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2007295-eng.pdf>. Consulté le 28 janvier 2014.
154. Guilmette S. *Competing Priorities — Education and Retirement Saving Behaviours of Canadian Families*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2011001/article/11432-eng.htm>. Consulté le 29 janvier 2014.
155. Comité sénatorial permanent des affaires sociales. *Opening the Door: Reducing Barriers to Post-Secondary Education in Canada*. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2011. <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep06dec11-e.pdf>. Consulté le 28 janvier 2014.
156. Janus M, Duku E. The school entry gap: socioeconomic, family, and health factors associated with children's school readiness to learn. *Early Education and Development*. 2007;18(3):375-403.
157. Zhang Y. The distribution of access to educational resources for 8th grade math in Canada: how equitable is it? In : *Towards Evidence-Based Policy for Canadian Education*. Oxford University Press; 2001:271-293.
158. Société de recherche sociale appliquée. *Future to Discover: Post-Secondary Impacts Report*. Ottawa (Ont.) : SRSA; 2012.
159. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1978;32(4):244-249.
160. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337(8754):1387-1393.
161. Mustard CA, Bielecky A, Etches J, et al. Mortality following unemployment in Canada, 1991–2001. *BMC Public Health*. 2013;13:441.



162. Safaei J. Long-term employment and health inequalities in Canadian communities. *Canadian Journal of Public Health*. 2008;99(3):195-200. <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/1629/1813>. Consulté le 19 décembre 2014.
163. Statistique Canada, Conseil des ministres de l'Éducation, Canada. *Economic Downturn and Educational Attainment*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012.
164. Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail. *A Statistical Profile of Canadian Workplace Characteristics*. CCSVAT; 2009. <http://www.cchalw.ca/english/info/MappingofCanadianIndustriesreport1.pdf>. Consulté le 6 mai 2014.
165. Vosko L, Zukewich N, Cranford C. Precarious jobs: a new typology of employment. *Perspectives on Labour and Income*. 2003;4(10):16-26. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/75-001-x2003010-eng.pdf>.
166. Statistique Canada. Table 282-0080: Labour force survey estimates (LFS), employees by job permanency, North American Industry Classification System (NAICS), sex and age group. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=2820080&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=35&tabMode=dataTable&csid>. Modifié en 2015. Consulté le 5 février 2015.
167. Osberg L. Long run trends in income inequality in the United States, UK, Sweden, Germany and Canada: a birth cohort view. *East Economic Journal*. 2003;29(1):121-141.
168. Institut Wellesley. 6 good ideas about jobs in Ontario. <http://www.wellesleyinstitute.com/publication/talking-about-jobs/attachment/6-good-ideas-about-jobs-in-ontario-2/>. Modifié en 2011. Consulté le 6 mai 2014.
169. Thompson S, Ben-Galim D. *Childmind the Gap: Reforming Childcare to Support Mothers Into Work*. Londres, Royaume-Uni : Institute for Public Policy Research; 2014. [http://www.ippr.org/images/media/files/publication/2014/02/childmind-the-gap\\_Feb2014\\_11899.pdf](http://www.ippr.org/images/media/files/publication/2014/02/childmind-the-gap_Feb2014_11899.pdf). Consulté le 3 avril 2014.
170. Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail. *A Statistical Profile of Canadian Workplace Characteristics*. CCSVAT; 2009. <http://www.cchalw.ca/english/info/MappingofCanadianIndustriesreport1.pdf>. Consulté le 6 mai 2014.
171. Industry Training Authority. Women in Trades. <http://www.itabc.ca/women-trades/programs>. Modifié en 2012. Consulté le 12 mars 2014.
172. Levy J, Ansara D, Stover A. *Racialization and Health Inequities in Toronto*. Toronto (Ont.) : Bureau de santé publique de Toronto; 2013.

173. Nestel S. *Colour Coded Health Care: The Impact of Race and Racism on Canadians' Health*. Toronto (Ont.) : Institut Wellesley; 2012.
174. Agence de la santé publique du Canada. *Report on the State of Public Health in Canada 2012. Influencing Health — The Importance of Sex and Gender*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2012. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/aspc-phac/HP2-10-2012-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP2-10-2012-eng.pdf). Consulté le 17 septembre 2014.
175. Conference Board du Canada. Gender income gap. <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/gender-income-gap.aspx>. Modifié en 2013. Consulté le 5 février 2015.
176. Statistique Canada. Table 202-0102: Average female and male earnings, and female-to-male earnings ratio, by work activity. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=2020102&pattern=2020102&searchTypeByValue=1&p2=35>. Modifié en 2013.
177. Afshari R, Bhopal R. Ethnicity has overtaken race in medical science: MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005. *International Journal of Epidemiology*. 2010;39(6):1682-1684.
178. Veenstra G. Racialized identity and health in Canada: results from a nationally representative survey. *Social Science and Medicine*. 2009;69(4):538-542.
179. Teelucksingh C, Galabuzi G-E. Working precariously: the impact of race and immigrant's status on employment opportunities and outcomes in Canada. *Directions*. 2005;2(1):15-52.
180. Hou F, Balakrishnan T, Jurdi R. The economic integration of visible minorities in contemporary Canadian society: revisited. In : Grabb E, Guppy N, dir. *Social Inequality in Canada*. 5<sup>e</sup> éd. Toronto (Ont.) : Pearson Education Canada; 2009:253-272.
181. Palameta B. Low income among immigrants and visible minorities. *Perspectives on Labour and Income*. 2004;5(4). <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10404/6843-eng.htm>.
182. Picot G, Hou F. *Immigration, Low Income, and Income Inequality in Canada: What's New in 2000s?* Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014. <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2014364-eng.pdf>. Consulté le 5 février 2015.
183. Organisation de coopération et de développement économiques. *How's Life? Measuring Wellbeing*. Paris, France : OCDE; 2011.
184. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *The State of Knowledge of Aboriginal Health: A Review of Aboriginal Public Health in Canada*. Prince George (C.-B.) : CCNSA; 2012. [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/52/The%20State%20of%20Knowledge%20of%20Aboriginal%20Health%20\(EN\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/52/The%20State%20of%20Knowledge%20of%20Aboriginal%20Health%20(EN).pdf).

185. Conseil canadien de la santé. *Empathy, Dignity, and Respect: Creating Cultural Safety for Aboriginal People in Urban Health Care*. Toronto (Ont.) : CCS; 2012.
186. Tang SY, Browne AJ. "Race" matters: racialization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity Health*. 2008;13(2):109-127.
187. Browne AJ, Smye VL, Rodney P, Tang SY, Mussell B, O'Neil J. Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*. 2011;21(3):333-348.
188. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Achieving Strength Through Numbers: First Nations, Inuit, and Métis Health Information*. Prince George (C.-B.) : CCNSA; 2010.
189. Reading C, Wien F. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples Health*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2013. [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health\\_inequalities\\_EN\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health_inequalities_EN_web.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
190. Chandler MJ, Lalonde CE. *Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk Among Canada's First Nations*. Vancouver (C.-B.) : Université de la Colombie-Britannique; 2006.
191. Nettleton C, Napolitano DA, Stephens C. *Overview of Current Knowledge of the Social Determinants of Indigenous Health*. Londres, Royaume-Uni : London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2007. <http://som.flinders.edu.au/FUSA/SACHRU/Symposium/Social%20Determinants%20of%20Indigenous%20Health.pdf>.
192. Régie de la santé des Premières Nations. *Healthy, Self-Determining and Vibrant BC First Nations Children, Families and Communities*. West Vancouver (C.-B.) : RSPN; 2014. [http://www.fnha.ca/Documents/FNHA\\_AboutUS.pdf](http://www.fnha.ca/Documents/FNHA_AboutUS.pdf).
193. Sacks G, Swinburn BA, Lawrence MA. A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Australia and New Zealand Health Policy*. 2008;5(13):1-7.
194. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Canadian Housing Observer*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2014. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/68189.pdf>. Consulté le 26 novembre 2014.
195. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Canadian Housing Observer*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2011. <http://www.cmhc-chl.gc.ca/odpub/pdf/67508.pdf?fr=1327596686971>.
196. Institut canadien d'information sur la santé. *Housing and Population Health*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2004. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HousingPopHealth\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HousingPopHealth_e.pdf). Consulté le 6 février 2014.
197. Bryant T. Housing and health: more than bricks and mortar. In : Raphael D, dir. *Social Determinants of Health*. 2<sup>e</sup> éd. Toronto (Ont.) : Canadian Scholars' Press Inc.; 2009:235-249.

198. Shaw M. Housing and public health. *Annual Review of Public Health*. 2004;25:397-418.
199. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
200. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Canadian Housing Observer*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2013. <http://www.cmhc-chl.gc.ca/odpub/pdf/67989.pdf?fr=1387830981331>. Consulté le 27 février 2014.
201. Dales R, Zwanenburg H, Burnett R, Franklin C. Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children. *American Journal of Epidemiology*. 1991;134(2):196-203.
202. Rauh V, Landrigan P, Claudio L. Housing and health: intersection of poverty and environmental exposures. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1136:276-288.
203. Santé Canada. Summary of Health Canada's strategy against tuberculosis for First Nations on-reserve. <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/diseases-maladies/tuberculos/tuberculos-strateg/index-eng.php>. Modifié en 2012. Consulté le 26 février 2014.
204. Comité canadien de lutte antituberculeuse. Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease. *Canada Communicable Disease Report*. 2007;33.
205. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Canadian Housing Observer*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2012.
206. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Investment in Affordable Housing Bilateral Agreements and Public Reporting*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2014. [http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/inpr/afhoce/fuafho/iah/iah\\_003.cfm](http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/inpr/afhoce/fuafho/iah/iah_003.cfm). Consulté le 22 septembre 2014.
207. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Canadian Housing Observer*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2013. <http://www.cmhc-chl.gc.ca/odpub/pdf/67989.pdf?fr=1387830981331>. Consulté le 27 février 2014.
208. Conference Board du Canada. *Building From the Ground Up: Enhancing Affordable Housing in Canada*. Ottawa (Ont.) : Conference Board du Canada; 2010. [http://www.conferenceboard.ca/temp/42289f7f-b568-4f27-8a6f-8381f4af140f/10-122\\_buildingfromthegroundupv4.pdf](http://www.conferenceboard.ca/temp/42289f7f-b568-4f27-8a6f-8381f4af140f/10-122_buildingfromthegroundupv4.pdf). Consulté le 24 mars 2014.
209. Fédération canadienne des municipalités. *No Vacancy: Trends in Rental Housing in Canada*. Ottawa (Ont.) : FCM; 2012. [http://www.fcm.ca/Documents/reports/FCM/No\\_Vacancy\\_Trends\\_in\\_Rental\\_Housing\\_in\\_Canada\\_EN.pdf](http://www.fcm.ca/Documents/reports/FCM/No_Vacancy_Trends_in_Rental_Housing_in_Canada_EN.pdf). Consulté le 10 avril 2014.

210. Fédération canadienne des municipalités. *Trends & Issues in Affordable Housing & Homelessness*. Ottawa (Ont.) : FCM; 2008. [https://www.fcm.ca/Documents/reports/Trends\\_and\\_Issues\\_in\\_Affordable\\_Housing\\_and\\_Homelessness\\_EN.pdf](https://www.fcm.ca/Documents/reports/Trends_and_Issues_in_Affordable_Housing_and_Homelessness_EN.pdf). Consulté le 10 avril 2014.
211. Comité sénatorial permanent des affaires sociales. *In From the Margins: A Call to Action on Poverty, Housing, and Homelessness*. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2009. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/citi/rep/rep02dec09-e.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
212. Association du logement sans but lucratif de l'Ontario. *Waiting Lists Survey 2014*. Toronto (Ont.) : ALSBLO; 2014. <http://www.onpha.on.ca/onpha/CMDownload.aspx?ContentKey=82f06b40-8516-4c78-9bc0-a5869858ffa4&ContentItemKey=2d8a0bcf-8169-4417-aedc-812660e5971c>. Consulté le 26 novembre 2014.
213. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Housing Matters BC*. Victoria (C.-B.) : gouvernement de la Colombie-Britannique; 2006. <http://www.housingmattersbc.ca/docs/HousingMattersBC.pdf>.
214. Gouvernement de l'Ontario. *Investment in Affordable Housing for Ontario Program Guidelines*. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 2011. <http://www.mah.gov.on.ca/AssetFactory.aspx?did=9288>. Consulté le 9 février 2015.
215. Gouvernement de l'Alberta. *Support for Renters*. Edmonton (Alb.) : gouvernement de l'Alberta; 2015. [http://www.seniors.alberta.ca/housing/support\\_for\\_renters.html](http://www.seniors.alberta.ca/housing/support_for_renters.html). Consulté le 9 février 2015.
216. Gouvernement du Manitoba. *Portable Housing Benefit*. Winnipeg (Man.) : gouvernement du Manitoba; 2009. <http://www.gov.mb.ca/fs/allaboard/portable.html>.
217. MacNeil M. *Affordable Housing Study*. Calgary (Alb.) : Housing Strategies Inc.; 2004. <http://www.homelesshub.ca/ResourceFiles/r1vmj30b.pdf>.
218. Dunn JR. Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56(9):671-681.
219. Rohe W, Quercia R, van Zandt S. The social-psychological effects of affordable homeownership. In : Rohe W, Watson L, dir. *Chasing the American Dream: New Perspectives on Affordable Homeownership*. New York, États-Unis : Cornell University Press; 2007:284-318.
220. Société d'habitation des Territoires du Nord-Ouest. Housing choices. <http://www.nwthc.gov.nt.ca/live/pages/wpPages/HousingChoices2013.aspx>. Modifié en 2013. Consulté le 21 mars 2014.

221. Société d'habitation des Territoires du Nord-Ouest. *NWT Housing Choices Programs (CARE, PATH, & HELP) Evaluations*. Yellowknife (T.N.-O.) : SHTNO; 2011.
222. Gaetz S, Donaldson J, Richter T, Gulliver T. *The State of Homelessness in Canada 2013*. Toronto (Ont.) : Canadian Homelessness Research Network; 2013.
223. Gaetz S, Gulliver T, Richter T. *The State of Homelessness in Canada 2014*. Toronto (Ont.) : Homelessness Hub; 2014. <http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2014.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
224. Ressources humaines et Développement des compétences Canada. *The National Shelter Study*. Ottawa (Ont.) : RHDCC; 2012.
225. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto (Ont.) : School of Health Policy and Management de l'Université York; 2010. [http://www.thecanadianfacts.org/The\\_Canadian\\_Facts.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
226. Hwang S, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo P, Dunn J. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ Online*. 2009;339:b4036.
227. Roy E, Boivin J, Haley N, Lemire N. Mortality among street youth. *Lancet*. 1998;352:32.
228. REACH3. *Housing Vulnerability and Health: Canada's Hidden Emergency*. Toronto (Ont.) : Hôpital St. Michael; 2010. <http://www.stmichaelshospital.com/pdf/crich/housing-vulnerability-and-health.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
229. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. *Canadian Journal of Public Health*. 2005;96(Suppl-9).
230. Shapcott M. *Physical and Sexual Violence Rates for Homeless Many Times Higher Than Housed*. Toronto (Ont.) : Institut Wellesley; 2007. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/wi-backgrounder-homeless-violence.pdf>.
231. Commission de la santé mentale du Canada. What is housing first? [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Housing\\_Housing\\_First\\_Summary\\_0.pdf?terminial=23](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Housing_Housing_First_Summary_0.pdf?terminial=23). Modifié en 2013. Consulté le 21 mars 2014.
232. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang S. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-638.pdf>. Consulté le 8 avril 2014.
233. Commission de la santé mentale du Canada. *National Final Report Cross-Site At Home / Chez Soi Project*. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2014. [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/MHCC\\_At\\_Home\\_Report\\_\(National\\_Cross-Site\)\\_ENG.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/MHCC_At_Home_Report_(National_Cross-Site)_ENG.pdf). Consulté le 8 avril 2014.

234. Initiative sur la santé de la population canadienne. Mental health, mental illness, and homelessness in Canada. In : Hulchanski J, Campsie P, Chau S, Hwang S, Paradis E, dir. *Finding Home*. Toronto (Ont.) : Université de Toronto; 2009.
235. Commission de la santé mentale du Canada. *The At Home / Chez Soi Research Project Methodology*. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2013.
236. Santé Canada. Determining food security status. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/status-situation-eng.php>. Consulté le 17 mars 2015.
237. Mark S, Lambert M, O'Loughlin J, Gray-Donald K. Household income, food insecurity, and nutrition in Canadian youth. *Canadian Journal of Public Health*. 2012;103(2):94-99. <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/2888/2608>.
238. Kirkpatrick S, Tarasuk V. Food insecurity is associated with nutrient inadequacies among Canadian adults and adolescents. *Journal of Nutrition*. 2008;138:604-612. <http://jn.nutrition.org/content/138/3/604.full.pdf+html>.
239. Tarasuk V, McIntyre L, Li J. Low-income women's dietary intakes are sensitive to the depletion of household resources in one month. *Journal of Nutrition*. 2007;137(8):1980-1987. <http://jn.nutrition.org/content/137/8/1980.full.pdf+html>.
240. Tarasuk VS. Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances. *Journal of Nutrition*. 2001;131(10):2670-2676. <http://jn.nutrition.org/content/131/10/2670.long>.
241. Tarasuk VS, Beaton GH. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *Journal of Nutrition*. 1999;129(3):672-679. <http://jn.nutrition.org/content/129/3/672.long>.
242. Gucciardi E, Vogt J, DeMelo M, Stewart D. Exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes in Canada. *Diabetes Care*. 2009;32(12):2218-2224.
243. Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. *Journal of Nutrition*. 2003;133(1):120-126.
244. Che J, Chen J. Food insecurity in Canadian households. *Health Reports*. 2001;12(4):11-22.
245. McIntyre L, Connor SK, Warren J. Child hunger in Canada: results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth. *CMAJ*. 2000;163(8):961-965. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80544/?report=reader>.
246. Kirkpatrick S, McIntyre L, Potestio M. Child hunger and long-term adverse consequences for health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010;164(8):754-762. <http://www.ucalgary.ca/lmcintyre/files/lmcintyre/hunger%20consequences.pdf>.

247. Melchior M, Chastang J, Falissard B, et al. Food insecurity and children's mental health: a prospective birth cohort study. *PLoS One*. 2012;7(12). [http://www.plosone.org/article/ fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0052615&representation=PDF](http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0052615&representation=PDF).
248. Statistique Canada. Household food insecurity, 2011–2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2013001/article/11889-eng.htm>. Modifié le 13 décembre 2013.
249. Tarasuk V, Mitchell A, Dachner N. *Household Food Insecurity in Canada 2012*. Toronto (Ont.) : PROOF; 2012. [http://nutritionalsciences.lamp.utoronto.ca/wp-content/uploads/2014/02/Household\\_Food\\_Insecurity\\_in\\_Canada-2012ENG.pdf](http://nutritionalsciences.lamp.utoronto.ca/wp-content/uploads/2014/02/Household_Food_Insecurity_in_Canada-2012ENG.pdf). Consulté le 6 février 2014.
250. Santé Canada. Household food insecurity in Canada in 2007–2008: key statistics and graphics. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/key-stats-cles-2007-2008-eng.php>. Modifié le 25 juillet 2012.
251. Agriculture et Agroalimentaire Canada. *Follow-Up on the Implementation of the World Food Summit Plan of Action — Canada's Fifth Progress Report on Food Security*. Ottawa (Ont.) : AAC; 2008. [http://www4.agr.gc.ca/resources/prod/doc/misb/fsec-seca/pdf/1245790426228\\_rpt\\_5\\_e.pdf](http://www4.agr.gc.ca/resources/prod/doc/misb/fsec-seca/pdf/1245790426228_rpt_5_e.pdf). Consulté le 21 février 2014.
252. Comité d'experts sur l'état des connaissances à propos de la sécurité alimentaire dans le Nord du Canada. *Aboriginal Food Security in Northern Canada: An Assessment of the State of Knowledge*. Ottawa (Ont.) : Conseil des académies canadiennes; 2014. [http://www.scienceadvice.ca/uploads/eng/assessments%20and%20publications%20and%20news%20releases/food%20security/foodsecurity\\_fullreportEN.pdf](http://www.scienceadvice.ca/uploads/eng/assessments%20and%20publications%20and%20news%20releases/food%20security/foodsecurity_fullreportEN.pdf).
253. Power E. Individual and household food insecurity in Canada: position of Dietitians of Canada. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2005;66(1):43-46. <http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/householdfoodsec-exec-summary.aspx>.
254. Loopstra R, Tarasuk V. The relationship between food banks and household food insecurity among low-income Toronto families. *Canadian Public Policy*. 2012;38(4):497-514. [https://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/canadian\\_public\\_policy/v038/38.4.loopstra.pdf](https://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/canadian_public_policy/v038/38.4.loopstra.pdf).
255. Jaquith M. *An Assessment of Canadian Food Charters*. Baltimore, États-Unis : Université Johns Hopkins; 2011. [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/pdf/projects/FPN/Ordinances\\_Model\\_Policies/An\\_Assessment\\_of\\_Canadian\\_Food\\_Charters.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/pdf/projects/FPN/Ordinances_Model_Policies/An_Assessment_of_Canadian_Food_Charters.pdf).
256. Ionescu-Iltu R, Glymour MM, Kaufman JS. A difference-in-differences approach to estimate the effect of income-supplementation on food insecurity. *Preventive Medicine*. 2015;70(Jan.):108-116.



257. Power E. *Individual and Household Food Insecurity in Canada: Position of Dietitians of Canada*. Toronto (Ont.) : Diététistes du Canada; 2005. <http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/householdfoodsec-position-paper.aspx>.
258. Santé Canada. *Income-Related Household Food Security in Canada*. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2007. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/income\\_food\\_sec-sec\\_alim-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/income_food_sec-sec_alim-eng.pdf).
259. Barrett CB. Measuring food insecurity. *Science*. 2010;327:825-828.
260. Community Food Centres Canada. *2012/2013 Progress Report*. Toronto (Ont.) : CFCC; 2013. <http://cfccanada.ca/sites/default/files/documents/CFCC%20Progress%20Report%202012-13.pdf>. Consulté le 12 mars 2014.
261. The Stop Community Food Centre CFCC. *The Stop's Community Advocacy Program: Impacts and Insights*. Toronto (Ont.) : CFCC; 2013. <http://cfccanada.ca/sites/default/files/documents/Atkinson%20Community%20Advocacy%20Evaluation%202013.pdf>.
262. Community Food Centres Canada. CFCC evaluation [personal communication]. 2014.
263. Loopstra R, Dachner N, Tarasuk V. An exploration of the unprecedented decline in the prevalence of household food insecurity in Newfoundland and Labrador [manuscrit inédit]. 2014.
264. Kramer MSM, Platt RWP, Wen SWMP, et al. A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics*. 2001;108(2):e35.
265. Institut canadien d'information sur la santé. *Highlights of 2011–2012 Selected Indicators Describing the Birthing Process in Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2013.
266. Kirstensen S, Salihu H, Keith L, Kirby R, Fowler K, Pass M. SGA subtypes and mortality risk among singleton births. *Early Human Development*. 2007;83(2):99-105. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16842940>.
267. Barker DJ. The fetal origins of coronary heart disease. *Acta Paediatrica Supplement*. 1997;422:78-82.
268. Barker DJP. Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. *British Medical Bulletin*. 1997;53(1):96-108.
269. Leon DA, Lithell HO, Vagero D, et al. Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15 000 Swedish men and women born 1915-29. *BMJ*. 1998;317(7153):241-245.
270. Sharma P, McKay K, Roesenkrantz TS, Hussain N. Comparisons of mortality and pre-discharge respiratory outcomes in small-for-gestational-age and appropriate-for-gestational-age premature infants. *BMC Pediatrics*. 2004;4(9).

271. Institut canadien d'information sur la santé. *Too Early, Too Small: A Profile of Small Babies Across Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2009.
272. Hayward I, Malcoe LH, Cleathero LA, et al. Investigating maternal risk factors as potential targets of intervention to reduce socioeconomic inequality in small for gestational age: a population-based study. *BMC Public Health*. 2012;12:333.
273. Luo Z, Wilkins R, Kramer M. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *CMAJ*. 2006;174(10):1415-1421.
274. Savard N, Levallois P, Rivest LP, Gingras S. A study of the association between characteristics of CLSCs and the risk of small for gestational age births among term and preterm births in Quebec, Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2012;103(2):152-157.
275. Auger N, Giraud J, Daniel M. The joint influence of area income, income inequality, and immigrant density on adverse birth outcomes: a population-based study. *BMC Public Health*. 2009;9:237.
276. Hansen M, Bower C. The impact of assisted reproductive technologies on intra-uterine growth and birth defects in singletons. *Seminar in Fetal and Neonatal Medicine*. 2014;19(4):228-233.
277. Abu-Saad K, Fraser D. Maternal nutrition and birth outcomes. *Epidemiologic Reviews*. 2010;32(1):5-25.
278. Ahluwalia IB, Hogan VK, Grummer-Strawn L, Colville WR, Peterson A. The effect of WIC participation on small-for-gestational-age births: Michigan 1992. *American Journal of Public Health*. 1998;88:1374-1377.
279. Statistique Canada. *Births*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009. N° 84F0210X au catalogue.
280. Bushnik T, Cook J, Hughes E, Tough S. Seeking medical help to conceive. *Health Reports*. 2012;23(4):7-13.
281. Das UG, Sysyn GD. Abnormal fetal growth: intrauterine growth retardation, small for gestational age, large for gestational age. *Pediatric Clinics of North America*. 2004;51(3):639-654.
282. Liu N, Wen SW, Katherine W, Bottomley J, Yang Q, Walker MC. Neighbourhood family income and adverse birth outcomes among singleton deliveries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2010;32(11):1042-1048.
283. Muhajarine N, Ng J, Bowen A, Cushon J, Johnson S. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation. *Canadian Journal of Public Health*. 2012;103(7:Suppl 1):Suppl-31.

284. Agence de la santé publique du Canada. Summative evaluation of the Canada Prenatal Nutrition Program 2004–2009. [http://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/cnpn-pcnp/index-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/cnpn-pcnp/index-eng.php). Modifié le 16 juin 2010.
285. Institut canadien d'information sur la santé. *Children Vulnerable in Areas of Early Development: A Determinant of Child Health*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2014. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Children\\_Vulnerable\\_in\\_Areas\\_of\\_Early\\_Development\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Children_Vulnerable_in_Areas_of_Early_Development_EN.pdf).
286. Janus M, Brinkman S, Duku E, et al. *The Early Development Instrument: Population-Based Measure for Communities*. Hamilton (Ont.) : Offord Centre for Child Studies, Université McMaster; 2006.
287. Janus M, Offord D. Development and psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI): a measure of children's school readiness. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2007;39(1):1-22.
288. Heckman JJ. The case for investing in disadvantaged young children. In : First Focus, dir. *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future*. Washington (D.C.), États-Unis : First Focus; 2009:49-58.
289. Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*. 2005;24(2):365-89.
290. Santos R, Brownell M, Ekuma O, Mayer T, Soodeen R. *The Early Development Instrument (EDI) in Manitoba: Linking Socioeconomic Adversity and Biological Vulnerability at Birth to Children's Outcomes at Age 5*. Winnipeg (Man.) : Manitoba Centre for Health Policy; 2012.
291. Irwin LG, Siddiqi A. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2007.
292. Hertzman C. The state of child development in Canada: are we moving toward, or away from, equity from the start? *Paediatric and Child Health*. 2009;14(10):673-676.
293. Chan M. Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. *Lancet*. 2013;381(9877):1514-1515.
294. Center on the Developing Child. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*. Cambridge, États-Unis : Université Harvard; 2010.
295. Childcare Resource and Research Unit. *Early Childhood Education and Care in Canada*. Ottawa (Ont.) : Ressources humaines et Développement des compétences Canada; 2008.
296. Gouvernement de l'Alberta. Investing in Early Childhood Development: What's the Payoff? Edmonton (Alb.) : gouvernement de l'Alberta; 2013.

297. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, et al. *Investing In Our Children: What We Know and Don't Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions*. Santa Monica, États-Unis : RAND; 1998.
298. Michael Baker. *Universal Early Childhood Interventions: What Is the Evidence Base?*. Vancouver, C.-B. : Réseau canadien de chercheurs dans le domaine du marché du travail et des compétences; 2011.
299. Case A, Lubotsky D, Paxson C. *Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient*. Princeton, États-Unis: Université de Princeton; 2001.
300. Evans GW. The environment of childhood poverty. *American Psychologist*. 2004;59(2):77-92.
301. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. *The Effects of Poverty on Children*. Princeton, États-Unis : Université de Princeton; 1997.
302. VanLandeghem K, Curtis D, Abrams M. *Reasons and Strategies for Strengthening Childhood Development Services in the Healthcare System*. Portland, États-Unis : National Academy for State Health Policy; 2002. [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/vanlandeghem\\_nashp\\_630.pdf](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/vanlandeghem_nashp_630.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
303. Heckman JJ. The case for investing in disadvantaged young children. In : *First Focus*, dir. *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future*. Washington (D.C.), États-Unis : First Focus; 2009:49-58.
304. Peters RD. *Developing Capacity and Competence in the Better Beginnings, Better Futures Communities: Short-Term Findings Report*. Waterloo (Ont.) : Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur; 2000.
305. Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur. *Summary and Conclusions — Better Beginnings, Better Futures: Project Sustainability*. Waterloo (Ont.) : Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur; 2005.
306. Peters RD, Nelson G, Petrunka K, et al. *Investing in Our Future: Highlight of Better Beginnings, Better Futures Research Findings at Grade 12*. Kingston (Ont.) : Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur — Unité de coordination de la recherche, Université Queen's; 2010.
307. Organisation mondiale de la santé. *Global Health Risks*. Genève, Suisse : OMS; 2009. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf). Consulté le 16 octobre 2012.
308. Organisation mondiale de la santé. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package*. Genève, Suisse : OMS; 2008.
309. Agence de la santé publique du Canada. *Chronic Disease Risk Factor Atlas*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/atlas/index-eng.php>.

310. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Diseases in Canada*. 2007;27(4):154-162.
311. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. *The Cost of Substance Abuse in Canada 2002*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2006.
312. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Taylor B. Smoking-attributable morbidity: acute care hospital diagnoses and days of treatment in Canada, 2002. *BMC Public Health*. 2007;7(247). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/247>.
313. Reid JL, Hammond D. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2014 Edition (Supplement: Tobacco Control Policies in Canada)*. Waterloo (Ont.) : Propel Centre for Population Health Impact, Université de Waterloo; 2014. [http://tobaccoreport.ca/2014/TobaccoUseinCanada\\_2014\\_PolicySupplement.pdf](http://tobaccoreport.ca/2014/TobaccoUseinCanada_2014_PolicySupplement.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
314. Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2014 Edition*. Waterloo (Ont.) : Propel Centre for Population Health Impact, Université de Waterloo; 2014.
315. Statistique Canada. Select health behaviours by Aboriginal and non-Aboriginal populations, aged 12 and over, Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/chart/11763-02-chart2-eng.htm>. Modifié en 2013. Consulté le 30 septembre 2014.
316. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Tobacco Fact Sheet*. Prince George (C.-B.) : CCNSA; 2013. <http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/74/Tobacco.pdf>.
317. Corsi DJ, Lear SA, Chow CK, Subramanian SV, Boyle MH, Teo KK. Socioeconomic and geographic patterning of smoking behaviour in Canada: a cross-sectional multilevel analysis. *PLoS One*. 2013;8(2):e57646.
318. Corsi DJ, Boyle MH, Lear SA, Chow CK, Teo KK, Subramanian SV. Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes Control*. 2014;25(1):45-57.
319. Reid JL, Hammond D, Driezen P. Socioeconomic status and smoking in Canada, 1999–2006: has there been any progress on disparities in tobacco use? *Canadian Journal of Public Health*. 2010;101(1):73-78.
320. Smith P, Frank J, Mustard C. Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974–2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(4):317-323.

321. Médecins pour un Canada sans fumée. *Smoking and Household Income, Canada 2007–2008*. Ottawa (Ont.) : MCSF; 2010. <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/cchs/canada-2007-2008-householdincome1.pdf>. Consulté le 6 décembre 2013.
322. Tobacco Labelling Resource Centre. Health warnings, Canada. <http://www.tobaccolabels.ca/countries/canada>. Modifié en 2013.
323. The International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *ITC Canada National Report. Findings From the Wave 1 to 8 Surveys (2002–2011)*. Waterloo (Ont.) : Université de Waterloo; 2013. [http://www.itcproject.org/files/ITC\\_Canada\\_Report-English-Dec62013-web.pdf](http://www.itcproject.org/files/ITC_Canada_Report-English-Dec62013-web.pdf).
324. Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. *Federal Tobacco Control Strategy 2001–2011 Horizontal Evaluation Final Report*. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2012.
325. The International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *ITC Canada National Report. Findings From the Wave 1 to 8 Surveys (2002–2011)*. Waterloo (Ont.) : Université de Waterloo; 2013. [http://www.itcproject.org/files/ITC\\_Canada\\_Report-English-Dec62013-web.pdf](http://www.itcproject.org/files/ITC_Canada_Report-English-Dec62013-web.pdf).
326. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review, Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. Londres, Royaume-Uni : The Marmot Review; 2010.
327. Institut national de santé publique du Québec. *Policy Avenues: Interventions to Reduce Social Inequalities in Health — Synthesis*. Québec (Qc) : INSPQ; 2014. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1830\\_Policy\\_Reduce\\_Social\\_Inequalities\\_Synthesis.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1830_Policy_Reduce_Social_Inequalities_Synthesis.pdf).
328. David A, Esson K, Perucic A-M, Fitzpatrick C. Tobacco use: equity and social determinants. In : *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2010:199-218.
329. Seidenberg AB, Caughey RW, Rees VW, Connolly GN. Storefront cigarette advertising differs by community demographic profile. *American Journal of Health Promotion*. 2010;24(6):e26-e31.
330. Yu D, Peterson NA, Sheffer MA, Reid RJ, Schnieder JE. Tobacco outlet density and demographics: analysing the relationships with a spatial regression approach. *Public Health*. 2010;124(7):412-416.
331. Loomis BR, Kim AE, Goetz JL, Juster HR. Density of tobacco retailers and its association with sociodemographic characteristics of communities across New York. *Public Health*. 2013;127(4):333-338.
332. Chuang YC, Cubbin C, Ahn D, Winkleby MA. Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(7):568-573.
333. Cohen JE, Planinac LC, Griffin K, et al. Tobacco promotions at point-of-sale: the last hurrah. *Canadian Journal of Public Health*. 2008;99(3):166-171.

334. Chaiton MO, Mecredy GC, Cohen JE, Tilson ML. Tobacco retail outlets and vulnerable populations in Ontario, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013;10(12):7299-7309. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881168/>.
335. Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(10):CD003439.
336. Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Reports*. 1999;9(4):39-46. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/1997004/article/3685-eng.pdf>.
337. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*. 1996;86(2):214-220.
338. Conference Board du Canada. *Smoking Cessation and the Workplace: Briefing 1 — Profile of Tobacco Smokers in Canada*. Ottawa (Ont.) : Conference Board du Canada; 2013.
339. Johnston V, Liberato S, Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;10:CD008645.
340. Butler-Jones D. *Report on the State of Public Health in Canada 2011: Youth and Young Adults, Life in Transition*. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2011.
341. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviour in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007;30:263-285. doi: 10.1007/s10865-007-9098-3.
342. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10) National Report on Adults, Youth and Children Living in First Nation Communities*. Ottawa (Ont.) : CGIPN; 2012.
343. Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*. 2004;25(2):211-232.
344. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Evidence Based Child Health*. 2013;8(5):1616-2040.
345. Botvin LifeSkills Training. Canada's First Nations communities focus on prevention with Botvin LifeSkills Training. [http://www.lifeskillstraining.com/press\\_detail.php?id=35](http://www.lifeskillstraining.com/press_detail.php?id=35). Modifié le 10 décembre 2011.
346. Portail canadien des pratiques exemplaires. Lifeskills Training (LST). <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/lifeskills-training-lst/>. Modifié le 13 mai 2013.
347. Baydala LT, Sewlal B, Rasmussen C, et al. A culturally adapted drug and alcohol abuse prevention program for Aboriginal children and youth. *Progress in Community Health Partnerships*. 2009;3(1).

348. Baydala LT, Kyme G, Rasmussen C, Fletcher F, Letendre L, Sewlal B. *Life Skills Training (LST) Substance Abuse Prevention Program for Aboriginal Children and Youth Final Report*. Edmonton (Alb.) : Alberta Centre for Child, Family & Community Research; 2012.
349. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. 2011.
350. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study (GBD) profile: Canada. <http://www.healthmetricsandevaluation.org>. Modifié en 2010.
351. Guh D, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham C, Anis A. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2009;9(88).
352. Institut canadien d'information sur la santé et Agence de la santé publique du Canada. *Obesity in Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2011.
353. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *CMAJ*. 2014;2(1):e18-e26.
354. Shields M, Gorber SC, Tremblay MS. *Effects of Measurement on Obesity and Morbidity*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2008.
355. Statistique Canada. *Canadian Health Measures Survey: Cycle 2 Data Tables*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/statcan/82-626-x/82-626-x2012002-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/statcan/82-626-x/82-626-x2012002-eng.pdf).
356. Egger G, Swinburn B. An "ecological" approach to the obesity pandemic. *BMJ*. 1997;315(7106):477-480.
357. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*. 1999;6(1):563-570. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10600438>.
358. Raine KD. *Overweight and Obesity in Canada: A Population Health Perspective*. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2004. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/CPHIOverweightandObesityAugust2004\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/CPHIOverweightandObesityAugust2004_e.pdf).
359. Slater J, Green C, Sevenhuysen G, O'Neil J, Edginton B. Socio-demographic and geographic analysis of overweight and obesity in Canadian adults using the Canadian Community Health Survey. *Chronic Diseases in Canada*. 2009;30(1):4-15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20031083>.
360. Statistique Canada. *Health Reports*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2006. <http://publications.gc.ca/Collection-R/Statcan/82-003-XIE/82-003-XIE2005003.pdf>.
361. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Reports*. 2006;17(3):27-42.



362. Beauchamp A, Backholer K, Magliano D, Peeters A. The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2014;15(7):541-554. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12161/pdf>.
363. Loring B, Robertson A. *Obesity and Inequities: Guidance for Addressing Inequities in Overweight and Obesity*. Copenhagen, Danemark : Organisation mondiale de la santé — Bureau régional de l'Europe; 2014. [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/policybrief\\_obesity\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_obesity_en.pdf).
364. McLaren L, deGroot J, Adair C, Russel-Mayhew S. Socio-economic position, social inequality, and weight-related issues. In : McVey G, Levine M, Piran N, Ferguson B, dir. *Preventing Eating-Related and Weight-Related Disorders: Collaborative Research, Advocacy and Policy Change*. Waterloo (Ont.) : Wilfrid Laurier University Press; 2012:249-267.
365. Faulkner G, Grootendorst P, Nguyen V, et al. Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified Delphi survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011;8(109). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=faulkner+nguyen+andreveva>.
366. Wilson MG, Guindon EG, Baskerville BN, Gauvin F-P. *Evidence Brief: Promoting Healthy Weights Using Population-Based Interventions in Canada*. Hamilton (Ont.) : Université McMaster; 2012. <http://www.mcmasterhealthforum.org/docs/default-source/Product-Documents/evidence-briefs/promoting-healthy-weights-in-canada-eb.pdf?sfvrsn=2>.
367. McMillan CJ. *Tax Incentives for Better Living: The Canadian Medical Association's 2007 Pre-Budget Consultation Brief to the Standing Committee on Finance*. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne; 2007. <http://cspinet.org/canada/pdf/cmaj-finance-advice-food-taxes.pdf>.
368. Throw AM, Downs S, Jan S. A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence. *Nutrition Reviews*. 2014;72(9):551-565.
369. Healthy Alberta Communities: making healthy choices easier. <http://www.healthyalbertacommunities.com/>. Modifié en 2010.
370. Raine K, Plotnikoff R, Schopflocher D, et al. Healthy Alberta Communities: impact of a three-year community-based obesity and chronic disease prevention intervention. *Preventive Medicine*. 2013;57(6):955-962.
371. Organisation mondiale de la santé. Influenza (seasonal) fact sheet no. 211. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>. 2014.
372. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.

373. Organisation de coopération et de développement économiques. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris, France : Éditions OCDE; 2013. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en). Consulté le 19 décembre 2014.
374. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):e102149.
375. Armstrong K, Berlin M, Schwartz JS, Propert K, Ubel PA. Barriers to influenza immunization in a low-income urban population. *American Journal of Preventive Medicine*. 2001;20(1):21-25.
376. Hobbs JL, Buxton JA. Influenza immunization in Canada's low-income population. *BMC Public Health*. 2014;14:740.
377. Comité consultatif national de l'immunisation. Statement on seasonal influenza Vaccine for 2013–2014. *Canada Communicable Disease Report*. 2013;39. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/13vol39/acs-dcc-4/index-eng.php>. Consulté le 19 décembre 2014.
378. Organisation mondiale de la santé. Vaccines against influenza WHO position paper—November 2012. *The Weekly Epidemiological Record*. 2012;87(47):461-476. <http://www.who.int/wer/2012/wer8747/en/>. Consulté le 19 décembre 2014.
379. Sander B, Kwong JC, Bauch CT, et al. Economic appraisal of Ontario's Universal Influenza Immunization Program: a cost-utility analysis. *PLoS Medicine*. 2010;7(4):e1000256.
380. Agence de la santé publique du Canada. Final report of outcomes from the National Consensus Conference for Vaccine-Preventable Diseases in Canada: June 12–14, 2005—Quebec City, Quebec. *Canada Communicable Disease Report*. 2008;34S2(suppl):1-56.
381. Santé Canada. Publicly-funded influenza and pneumococcal immunization programs in Canada: a progress report. *Canada Communicable Disease Report*. 2000;26(17):141-148.
382. Agence de la santé publique du Canada. Public funding for influenza vaccination by province/territory (as of September 2014). <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/flu vacc-eng.php>. Modifié en septembre 2014.
383. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;2.
384. Marra F, Kaczorowski J, Gastonguay L, Marra CA, Lynd LD, Kendall P. Pharmacy-based Immunization in Rural Communities Strategy (PhICS): a community cluster-randomized trial. *Canadian Pharmacists Journal (Ott)*. 2014;147(1):33-44.
385. Tannenbaum C, Tsuyuki RT. The expanding scope of pharmacists' practice: implications for physicians. *CMAJ*. 2013;1-5. <http://www.cmaj.ca/site/press/cmaj.121990.pdf>.

386. Association des pharmaciens du Canada. *Summary of Pharmacists' Expanded Scope of Practice Activities Across Canada*. Ottawa (Ont.) : APhC; 2013.  
[http://blueprintforpharmacy.ca/docs/kt-tools/pharmacists%27-expanded-scope\\_summary-chart---cpha---october-2013.pdf](http://blueprintforpharmacy.ca/docs/kt-tools/pharmacists%27-expanded-scope_summary-chart---cpha---october-2013.pdf).
387. Association pulmonaire du Canada. Chronic obstructive pulmonary disease.  
<http://www.lung.ca/copd>. Modifié le 8 décembre 2014.
388. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004;14:246-251.
389. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2008*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2008. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HealthIndicators2008\\_ENGweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HealthIndicators2008_ENGweb.pdf).
390. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
391. Statistique Canada. Table 102-0552: Deaths and mortality rate, by selected grouped causes and sex, Canada, provinces and territories.  
<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1020552&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=9#F1>. Modifié le 27 janvier 2014.
392. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*. 2007;370:741-750.
393. García-Olmos L, Alberquilla Á, Ayala V, et al. Comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease in family practice: a cross sectional study. *BMC Family Practice*. 2013;14(11):1-8. doi:10.1186/1471-2296-14-11.
394. Gershon AS, Guan J, Victor JC, Goldstein R, To T. Quantifying health services use for chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013;187(6):596-601. doi:10.1164/rccm.201211-2044OC.
395. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. *The Cost of Substance Abuse in Canada*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2006.
396. Miravittles M, Ferrer M, Zalacain R, et al. Effects of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2 year follow up study. *Thorax*. 2004;59:387-395.
397. Institut canadien d'information sur la santé. *All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2012.
398. Donaldson GC, Seemungal TAR, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2002;57:847-852.

399. Seemungal TAR, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1998;157:1418-1422.
400. Groenwegen KH, Schols AMWJ, Wouters EFM. Mortality and mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Chest*. 2003;124(2):459-467.
401. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPDATED 2014)*. GOLD; 2014.
402. Bahadori K, Fitzgerald JM. Risk factors for hospitalization and readmission of patients with COPD exacerbation — systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2007;2(3):241-251.
403. Miravitlles M, Guerrero T, Mayodormo C, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL. Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. *Respiration*. 2000;67:495-501.
404. Garcia-Aymerich J, Farrero E, Félez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Antó JM. Risk factors of readmission to hospital for COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax*. 2003;58:100-105.
405. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine*. 2010;363(12):1128-1138.
406. Wedzicha JA, Seemungal TAR. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *Lancet*. 2007;370(9589):786-796.
407. Collaboration CCOTS MPOC. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) evidentiary framework. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 2012;12(2):1-97. [www.hqontario.ca/en/mas/tech/pdfs/2012/rev COPD Framework March.pdf](http://www.hqontario.ca/en/mas/tech/pdfs/2012/rev_COPD_Framework_March.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
408. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJJ, et al. Cochrane corner: is integrated disease management for patients with COPD effective? *Thorax*. 2014;69(11):1053-1055.
409. Law MR, Cheng L, Dhalla IA, Heard D, Morgan SG. The effect of cost adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ*. 2012;184(3):297-302. <http://www.cmaj.ca/content/184/3/297.full>.
410. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. Prescription Drug Program—plan overview. [http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/nlpdp\\_plan\\_overview.html](http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/nlpdp_plan_overview.html). Modifié en 2014.

411. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Partnership supports those managing chronic conditions. [http://www2.news.gov.bc.ca/news\\_releases\\_2013-2017/2014HLTH0096-001384.htm](http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2013-2017/2014HLTH0096-001384.htm). Modifié en 2014.
412. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Assisted Devices Program. <http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/adp/default.aspx>. Modifié en 2014.
413. Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon. Chronic Disease Program. [http://www.hss.gov.yk.ca/chronic\\_disease.php](http://www.hss.gov.yk.ca/chronic_disease.php). Modifié le 15 octobre 2013.
414. Dziadekwicz R. Integrated care pathway: using best practices to manage chronic disease. Presented at: Best Practices in Rehabilitation 2014: Collaborate, Innovate, Rehabilitate; 6 juin 2014; Winnipeg (Man.).
415. Fernandes R, Norrie O. COPD Integrated Pathway (ICP) Project. <http://www.gov.mb.ca/health/mpan/docs/2013/monday/norrie.pdf>. Modifié le 18 novembre 2013.
416. Office régional de la santé de Winnipeg. *Winnipeg Regional Health Authority Annual Report 2013*. Winnipeg (Man.) : ORSW; 2013.
417. Ville de Winnipeg et Statistique Canada. 2006 Census data — Point Douglas north neighbourhood cluster. <http://winnipeg.ca/census/2006/Clusters/Point%20Douglas%20North%20Neighbourhood%20Cluster/Point%20Douglas%20North%20Neighbourhood%20Cluster.pdf>. Modifié en 2006.
418. Ville de Winnipeg et Statistique Canada. 2006 Census data—Point Douglas south neighbourhood cluster. <http://winnipeg.ca/census/2006/Clusters/Point%20Douglas%20South%20Neighbourhood%20Cluster/Point%20Douglas%20South%20Neighbourhood%20Cluster.pdf>. Modifié en 2006.
419. Ville de Winnipeg et Statistique Canada. 2006 Census data — Inkster east neighbourhood cluster. <http://winnipeg.ca/census/2006/Clusters/Inkster%20East%20Neighbourhood%20Cluster/Inkster%20East%20Neighbourhood%20Cluster.pdf>. Modifié en 2006.
420. Ville de Winnipeg et Statistique Canada. 2006 Census data — Inkster west neighbourhood cluster. <http://winnipeg.ca/census/2006/Clusters/Inkster%20West%20Neighbourhood%20Cluster/Inkster%20West%20Neighbourhood%20Cluster.pdf>. Modifié en 2006.
421. Ville de Winnipeg et Statistique Canada. 2006 Census data — Seven Oaks east neighbourhood cluster. <http://winnipeg.ca/census/2006/Clusters/Seven%20Oaks%20East%20Neighbourhood%20Cluster/Seven%20Oaks%20East%20Neighbourhood%20Cluster.pdf>. Modifié en 2006.

422. Ville de Winnipeg et Statistique Canada. City of Winnipeg selected census topics: income — 2006 low income households. <http://www.winnipeg.ca/census/2006/Selected%20Topics/>. Modifié le 28 janvier 2014.
423. Dziadekwich R. COPD Integrated Care Project [personal communication]. 2014.
424. Scott V, Wagar L, Elliott S. *Falls and Related Injuries Among Canadians: Fall-Related Hospitalizations and Prevention Initiatives*. Victoria (C.-B.) : Victoria Scott Consulting; 2010.
425. Alexander BH, Frederick P, Marsha E. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health*. 1992;82(7):1020-1023.
426. Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients. *Preventing Falls: From Evidence to Improvement in Canadian Health Care*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2014.
427. Agence de la santé publique du Canada. *Seniors' Falls in Canada: Second Report*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2014.
428. SMARTRISK. *The Economic Burden of Injury in Canada*. Toronto (Ont.) : SMARTRISK; 2009.
429. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006;(35-S2):ii37-ii41.
430. Rosen T, Mack KA, Noonan RK. Slipping and tripping: fall injuries in adults associated with rugs and carpets. *Journal of Injury and Violence Research*. 2013;5(1):61-69.
431. Zoltick ES, Sahni S, McLean RR, Quach L, Casey VA, Hannan MT. Dietary protein intake and subsequent falls in older men and women: the Framingham study. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 2011;15(2):147-152.
432. Vivanti AP, McDonald CK, Palmer MA, Sinnott M. Malnutrition associated with increased risk of frail mechanical falls among older people presenting to an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2009;21(5):386-394.
433. Institut canadien d'information sur la santé. *Injury Hospitalizations and Socioeconomic Status*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2010. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Injury\\_aib\\_vE4CCF\\_v3\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Injury_aib_vE4CCF_v3_en.pdf). Consulté le 9 octobre 2014.
434. Agence de la santé publique du Canada. *Report on Seniors' Falls in Canada*. Ottawa (Ont.) : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005.
435. Organisation mondiale de la santé. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Genève, Suisse : OMS; 2007.

436. Statistique Canada. Table 202-0804: Persons in low income, by economic family type. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=2020804>. Modifié en 2013. Consulté le 4 avril 2014.
437. Murphy B, Zhang X, Dionne C. *Low Income in Canada: A Multi-Line and Multi-Index Perspective*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2012001-eng.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
438. Conference Board du Canada. Elderly poverty. <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/elderly-poverty.aspx>. Modifié en 2013. Consulté le 5 mai 2014.
439. Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. *A Best Practices Guide for the Prevention of Falls Among Seniors Living in the Community*. Ottawa (Ont.) : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2001.
440. Collaboration atlantique pour la prévention des blessures. *The Social Determinants of Injury*. CAPB; 2012. [http://www.parachutecanada.org/downloads/research/reports/ACIP\\_Report\\_SDOI.pdf](http://www.parachutecanada.org/downloads/research/reports/ACIP_Report_SDOI.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
441. Organisation mondiale de la santé. *What Are the Main Risk Factors for Falls Amongst Older People and What Are the Most Effective Interventions to Prevent These Falls?* Genève, Suisse : OMS; 2004.
442. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Renovation Assistance Programs Evaluation Report*. Ottawa (Ont.) : SCHL; 2009.
443. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Home support — Strategies and Actions for Independent Living (SAIL). <http://www.health.gov.bc.ca/prevention/fallhome.html>. Modifié en 2014. Consulté le 19 novembre 2014.
444. Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age Ageing*. 2006;35(suppl 2):ii55-ii59. [http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/suppl\\_2/ii55.abstract](http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/suppl_2/ii55.abstract). Consulté le 19 décembre 2014.
445. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Home Adaptations for Seniors' Independence (HASI): minor home alterations have major impact on senior's quality of life. [http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/inpr/afhoce/afhoce/vi/vi\\_075.cfm](http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/inpr/afhoce/afhoce/vi/vi_075.cfm). Modifié en 2015. Consulté le 30 janvier 2015.
446. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Home Adaptations for Seniors' Independence (HASI): helping a lifelong gardener stay in the home that she loves. [http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/inpr/afhoce/afhoce/vi/vi\\_076.cfm](http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/inpr/afhoce/afhoce/vi/vi_076.cfm). Modifié en 2015. Consulté le 30 janvier 2015.

447. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*. 1997;26(3):189-193. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/3/189.abstract>.
448. Zijlstra GAR, van Haastregt JCM, van Eijk JT, van Rossum E, Stalenhoef PA, Kempen GJMJ. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing*. 2007;36(3):304-309. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/3/304.abstract>.
449. Agence de la santé publique du Canada. *Injury in Review 2012: Spotlight on Road and Transport Safety*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2012.
450. Institut canadien d'information sur la santé. Injury hospitalizations by cause and province/territory, 2012–2013. [www.cihi.ca/web/resource/en/STATS\\_injuryhosp\\_12-13\\_EN.xlsx](http://www.cihi.ca/web/resource/en/STATS_injuryhosp_12-13_EN.xlsx). Modifié en 2014. Consulté le 11 février 2015.
451. Alghnam S, Palta M, Remington P, Mullahy J, Durkin M. The association between motor vehicle injuries and health-related quality of life: a longitudinal study of population-based sample in the United States. *Quality of Life Research*. 2014;23(1):119-127.
452. Shults R, Jones B, Kresnow M, Langlois J, Guerrero J. Disability among adults injured in motor-vehicle crashes in the United States. *Journal of Safety Research*. 2004;35(4):447-452.
453. Ameratunga S, Norton R, Bennett D, Jackson R. Risk of disability due to car crashes: a review of the literature and methodological issues. *Injury*. 2004;35:1116-1127.
454. Transport Canada. *Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics 2012*. Ottawa (Ont.) : Transport Canada; 2014. [http://www.tc.gc.ca/media/documents/roadsafety/cmvtc2012\\_eng.pdf](http://www.tc.gc.ca/media/documents/roadsafety/cmvtc2012_eng.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
455. Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé. *Canada's Road Safety Strategy 2015*. Ottawa (Ont.) : Canadian Council of Motor Transport Administrators; 2011. [http://ccmta.ca/crss-2015/files/road\\_safety\\_strategy\\_2015.pdf](http://ccmta.ca/crss-2015/files/road_safety_strategy_2015.pdf). Consulté le 3 mars 2014.
456. Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé. *Road Safety Vision 2010*. Ottawa (Ont.) : CCATM; 2013. <http://ccmta.ca/images/publications/pdf/RSV-2010-closeout-11-12-2013-EN.pdf>. Consulté le 11 février 2015.
457. Morrison D, Petticrew M, Thomson H. What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57:327-333.
458. Schuurman N, Cinnamon J, Crooks V, Hameed S. Pedestrian injury and the built environment: an environmental scan of hotspots. *BMC Public Health*. 2009;9:233.
459. Day K, Anderson C, Powe M, McMillan T, Winn D. Remaking Minnie Street: the impacts of urban revitalization on crime and pedestrian safety. *Journal of Planning Education and Research*. 2007;26:315-331.



460. Gagnon F. *A 30-km/h Speed Limit on Local Streets*. Montréal (Qc) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; 2014. [http://www.ncchpp.ca/docs/2014\\_EnvBati\\_30KmHZone\\_En.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/2014_EnvBati_30KmHZone_En.pdf). Consulté le 9 octobre 2014.
461. Transport Canada. *Traffic Calming in Canadian Urban Areas*. Ottawa (Ont.) : Transport Canada; 2005. [http://www.tc.gc.ca/media/documents/programs/cs35e\\_trafficcalming.pdf](http://www.tc.gc.ca/media/documents/programs/cs35e_trafficcalming.pdf).
462. Bureau de prévention des accidents. *Zones 30*. Berne, Suisse : BPA; 2008. [http://www.bfu.ch/sites/assets/Shop/bfu\\_2.002.02\\_Zones%2030.pdf](http://www.bfu.ch/sites/assets/Shop/bfu_2.002.02_Zones%2030.pdf).
463. Elvik R, Christensen P, Amundsen A. *Speed and Road Accidents*. Oslo, Norvège : Institute of Transport Economics; 2004. <http://www.trg.dk/elvik/740-2004.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
464. Retting R, Ferguson S, McCartt A. A review of evidence-based traffic engineering measures designed to reduce pedestrian–motor vehicle crashes. *American Journal of Public Health*. 2003;93(9):1456-1463.
465. Huang H, Cynecki M. Effects of traffic calming measures on pedestrian and motorist behavior. *TRR Journal*. 2000;1705:26-31.
466. Lyons R, Kendrick D, Towner E, et al. The advocacy for pedestrian safety study: cluster randomised trial evaluating a political advocacy approach to reduce pedestrian injuries in deprived communities. *PLoS One*. 2013;8(4).
467. Grant T. *Walking, Walkability, and Health Disparities: A Review of the Evidence and Directions for Action in Ontario*. Ottawa (Ont.) : Réseau de recherche sur l'amélioration de la santé des populations de l'Ontario; 2011.
468. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Social Inequalities in Health in Montréal*. Montréal (Qc) : ASSS de Montréal; 2011. [http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89673-119-0.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-119-0.pdf). Consulté le 9 octobre 2014.
469. Bergman A, Gray B, Moffat J, Simpson E, Rivara F. Mobilizing for pedestrian safety: an experiment in community action. *Injury Prevention*. 2002;8:264-267.
470. Grant T, Edwards N, Sveistrup H, Andrew C, Egan M. Inequitable walking conditions among older people: examining the interrelationship of neighbourhood socio-economic status and urban form using a comparative case study. *BMC Public Health*. 2010;10(677).
471. Roberts H, Meddings D. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2010.
472. Grundy C, Steinbach R, Edwards P, Green J, Armstrong B, Wilkinson P. Effect of 20 mph traffic zones on road injuries in London, 1986–2006: controlled interrupted time series analysis. *BMJ*. 2009;339. <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4469>.

473. Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé. *Countermeasures to Improve Pedestrian Safety in Canada*. Ottawa (Ont.) : CCATM; 2013.
474. Ibrahim S, El-Basyouny K, Islam T. Investigating the impact of reducing residential speed limits in Edmonton: a follow-up analysis. Exposé à la 23<sup>e</sup> conférence canadienne multidisciplinaire en sécurité routière, du 26 au 29 mai 2013; Montréal (Qc).
475. Commission de la santé mentale du Canada. *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2012. [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/MHStrategyStrategy\\_ENG\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/MHStrategyStrategy_ENG_0.pdf). Consulté le 17 avril 2014.
476. Association canadienne pour la santé mentale. *Making a Difference: Ontario Community Mental Health Evaluation Initiative*. Ottawa (Ont.) : ACSM; 2004.
477. Institut canadien d'information sur la santé. Health system performance indicators: Mental Illness Hospitalization. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic\\_def\\_caracter\\_11](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic_def_caracter_11). Modifié en 2014.
478. Commission de la santé mentale du Canada. *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2013. [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/Investing\\_in\\_Mental\\_Health\\_FINAL\\_Version\\_ENG.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
479. Organisation de coopération et de développement économiques. *Mental Health and Work: Do We Need a Fundamental Change in Policy? Mid-Term Summary and Conclusions of OECD's "Mental Health and Work" Review*. Paris, France : OCDE; 2013.
480. Smetanin P, Stiff D, Briante C, Adair C, Ahmad S, Khan M. *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011–2041*. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2011.
481. Comité sénatorial permanent des affaires sociales. *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Overview of Policies and Programs in Canada*. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2004. <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/381/soci/rep/report1/repintnov04vol1-e.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
482. Organisation de coopération et de développement économiques. *Sick on the Job? Myths and Realities About Mental Health and Work*. Paris, France : OCDE; 2011. <http://www.oecd.org/els/emp/49227343.pdf>.
483. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(4):419-427.
484. Lorant V, Deliège D, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2003;157(2):98-112.

485. Association canadienne pour la santé mentale. *Poverty and Mental Illness*. Ottawa (Ont.) : ACSM; 2007. <http://ontario.cmha.ca/download.php?docid=504>. Consulté le 14 août 2014.
486. Association canadienne pour la santé mentale. *Poverty Reduction: A Necessary Component of the Federal Government's Mental Health Strategy for Canadians*. Ottawa (Ont.) : ACSM; 2009.
487. Comité sénatorial permanent des affaires sociales. *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Ottawa (Ont.) : Sénat du Canada; 2006. <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm>. Consulté le 19 décembre 2014.
488. Goering P, Wasylenki D, Durbin J. Canada's mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000;23(3-4):345-359. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10981276>. Consulté le 19 décembre 2014.
489. Coleman TG, Cotton D. *Police Interactions With Persons With a Mental Illness: Police Learning in the Environment of Contemporary Policing*. Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2010. [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Law\\_Police\\_Interactions\\_Mental\\_Illness\\_Report\\_ENG\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Law_Police_Interactions_Mental_Illness_Report_ENG_0.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
490. Association canadienne pour la santé mentale. *Making a Difference: Ontario Community Mental Health Evaluation Initiative*. Ottawa (Ont.) : ACSM; 2004.
491. Commission de la santé mentale du Canada. *Territorial and Provincial Initiatives for Improving Mental Health in Primary Health Care in Canada: An Environmental Scan*. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2012. [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/PrimaryCare\\_Environmental\\_Scan\\_ENG.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/PrimaryCare_Environmental_Scan_ENG.pdf).
492. Baess EP. *Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT): Review of Pairing Police With Mental Health Outreach Services*. Police/Mental Health Liaison; 2005. <http://www.pmhl.ca/webpages/reports/Pairing-report.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
493. Association médicale canadienne. *Community Partnerships Fill Mental Health Gaps*. Ottawa (Ont.) : AMC; 2013. <http://www.cmaj.ca/content/185/17/E779.full.pdf+html>. Consulté le 19 décembre 2014.
494. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res*. 2013;35(2):155-173. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/155-173.htm>. Consulté le 19 décembre 2014.
495. Schmidt LA, Makela P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In : Blas E, Sivasankara Kurup A, dir. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2010:11-30.

496. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817-843. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
497. Organisation mondiale de la santé. *Global Status Report on Alcohol and Health—2014*. Genève, Suisse : OMS; 2014. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112736>. Consulté le 19 décembre 2014.
498. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research Health*. 2003;27(1):39-51.
499. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thanvorncharoensap M. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:2223-2233.
500. Butt P, Beirness D, Stockwell T, Gliksman L, Paradis C. *Alcohol and Health in Canada*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2011.
501. Thomas G. *Levels and Patterns of Alcohol Use in Canada. (Alcohol Price Policy Series: Report 1)*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2012. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Patterns-Alcohol-Use-Policy-Canada-2012-en.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
502. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Alcohol. [http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-2013\\_Canadian-Drug-Summary-Alcohol-en.pdf](http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-2013_Canadian-Drug-Summary-Alcohol-en.pdf). Modifié en 2013. Consulté le 13 juin 2014.
503. Statistique Canada. Health profile — definitions, sources and symbols — 31. Heavy Drinking. <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/help-aide/DQ-QD04.cfm?Lang=E>. Modifié le 15 avril 2014. Consulté le 10 février 2015.
504. Organisation mondiale de la santé. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Genève, Suisse : OMS; 2009.
505. Babor T, Caetano R, Casswell S, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. 2<sup>e</sup> éd. New York, États-Unis: Oxford University Press Inc.; 2010.
506. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):597-605.
507. Loring B. *Alcohol and Inequities, Guidance for Addressing Inequities in Alcohol-Related Harm*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé — Bureau régional de l'Europe; 2014. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.

508. Thomas G. *Price Policies to Reduce Alcohol-Related Harm in Canada (Alcohol Price Policy Series: Report 3)*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2012. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Price-Policies-Reduce-Alcohol-Harm-Canada-2012-en.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
509. Giesbrecht N, Wettlaufer A, April N, et al. *Strategies to Reduce Alcohol-Related Harms and Costs in Canada: A Comparison of Provincial Policies*. Toronto (Ont.) : Centre for Addiction and Mental Health; 2013. [http://www.camh.ca/en/research/news\\_and\\_publications/reports\\_and\\_books/Documents/Strategies%20to%20Reduce%20Alcohol%20Related%20Harms%20and%20Costs%202013.pdf](http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/Strategies%20to%20Reduce%20Alcohol%20Related%20Harms%20and%20Costs%202013.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
510. Finnerty M, Perron M. *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2007. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-023876-2007.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
511. British Columbia Ministry of Labour and Citizens' Services. *Wet Shelters: The Benefits and Risks Associated With Alcohol-Administering Homeless Shelters — A Scoping Review*. Victoria (C.-B.) : British Columbia Ministry of Labour and Citizens' Services; 2008. [http://www.cio.gov.bc.ca/local/cio/kis/pdfs/wet\\_shelters.pdf](http://www.cio.gov.bc.ca/local/cio/kis/pdfs/wet_shelters.pdf).
512. Santé Canada. *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey — Summary of Results for 2012*. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2014. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-droques/stat/2012/summary-sommaire-eng.php>. Consulté le 19 décembre 2014.
513. Giesbrecht N, Grovestine L, Hersi I, et al. *Alcohol Retail Monopolies and Privatization of Retail Sales*. Toronto (Ont.) : Centre for Addiction and Mental Health; 2010. [http://www.camh.ca/en/hospital/about\\_camh/influencing\\_public\\_policy/public\\_policy\\_submissions/alcohol/Documents/privatization\\_backgrounder\\_jun2010.pdf](http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/influencing_public_policy/public_policy_submissions/alcohol/Documents/privatization_backgrounder_jun2010.pdf).
514. Organisation mondiale de la santé. *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. Genève, Suisse : OMS; 2008.
515. Institut canadien d'information sur la santé. *Mental Health and Homelessness*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2007.
516. Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ*. 2006;174(1):45-49.
517. Pauly B, Stockwell T, Chow C, et al. *Toward Alcohol Harm Reduction: Preliminary Results From an Evaluation of a Canadian Managed Alcohol Program*. Victoria (C.-B.) : Centre for Addictions Research of British Columbia; 2013.
518. Pauly B, Reist D, Schactman C, Belle-Isle L. *Housing and Harm Reduction: A Policy Framework for Greater Victoria*. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria; 2011.
519. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2009*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2009.

520. Agence de la santé publique du Canada. *Tracking Heart Disease and Stroke in Canada*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2009. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-eng.pdf>.
521. Tu K, Mituku T, Guo H, Lee D, Tu J. Myocardial infarction and the validation of physician billing and hospitalization data using electronic medical records. *Chronic Diseases in Canada*. 2010;30(4):141-146.
522. Institut canadien d'information sur la santé. Health Indicators interactive tool: health system performance — 30-Day Acute Myocardial Infarction In-Hospital Mortality, Canada, both sexes (2011). <http://www.cihi.ca/hirpt/SearchServlet>. Modifié en 2014. Consulté le 15 décembre 2014.
523. Agence de la santé publique du Canada. 2009 Tracking Heart Disease and Stroke in Canada: report highlights. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/report-rapport-eng.php>. Modifié en 2009. Consulté le 15 décembre 2014.
524. Alter D, Franklin B, Ko D, et al. Socioeconomic status, functional recovery, and long-term mortality among patients surviving acute myocardial infarction. *PLoS One*. 2013;8(6).
525. Manrique-Garcia E, Sidorchuk A, Hallqvist J, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011;65:301-309.
526. Alter D, Chong A, Austin P, et al. Socioeconomic status and mortality after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med*. 2006;144(2):82-93.
527. Choinière R, Lafontaine P, Edwards AC. Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *CMAJ*. 2000;162(9 suppl):S13-S24.
528. Alter D, Iron K, Austin P, Naylor C. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. *JAMA*. 2004;291(9):1100-1107.
529. Pilote L, Tu J, Humphries K, et al. Socioeconomic status, access to health care, and outcomes after acute myocardial infarction in Canada's universal health care system. *Medical Care*. 2007;45(7):638-646.
530. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. *The Growing Burden of Heart Disease and Stroke*. Ottawa (Ont.) : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada; 2003. [http://www.cvdinfobase.ca/cvdbook/CVD\\_En03.pdf](http://www.cvdinfobase.ca/cvdbook/CVD_En03.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
531. Active Living by Design. *Low Income Populations and Physical Activity*. Chapel Hill, États-Unis : Active Living by Design; 2012. [http://www.bms.com/documents/together\\_on\\_diabetes/2012-Summit-Atlanta/Physical-Activity-for-Low-Income-Populations-The-Health-Trust.pdf](http://www.bms.com/documents/together_on_diabetes/2012-Summit-Atlanta/Physical-Activity-for-Low-Income-Populations-The-Health-Trust.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2014.

532. BC Healthy Living Alliance. *Why Don't People Participate?* Vancouver, C.-B. : BCHLA; 2014. [http://www.physicalactivitystrategy.ca/pdfs/Why\\_Dont\\_People\\_Participate.pdf](http://www.physicalactivitystrategy.ca/pdfs/Why_Dont_People_Participate.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
533. Transport Canada. *Active Transportation in Canada: A Resource and Planning Guide*. Ottawa (Ont.) : Transport Canada; 2011. <http://www.tc.gc.ca/media/documents/programs/atge.pdf>.
534. Ville de Calgary. *Cycling Strategy*. Calgary (Alb.) : Ville de Calgary; 2011. <http://www.calgary.ca/layouts/cocis/DirectDownload.aspx?target=http%3a%2f%2fwww.calgary.ca%2fTransportation%2fTP%2fDocuments%2fcycling%2fCycling-Strategy%2f2011-cycling-strategy.pdf&sf=1>. Consulté le 19 décembre 2014.
535. Cairns JM, Bambra C, Hillier-Brown FC, Moore H, Moore HJ, Summerbell CD. Weighing up the evidence: a systematic review of the effectiveness of workplace interventions to tackle socio-economic inequalities in obesity. *Journal of Public Health (Oxf)*. 2014; Epub ahead of print.
536. Active Living by Design. *Low Income Populations and Physical Activity*. Chapel Hill, États-Unis : Active Living by Design; 2012. [http://www.bms.com/documents/together\\_on\\_diabetes/2012-Summit-Atlanta/Physical-Activity-for-Low-Income-Populations-The-Health-Trust.pdf](http://www.bms.com/documents/together_on_diabetes/2012-Summit-Atlanta/Physical-Activity-for-Low-Income-Populations-The-Health-Trust.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
537. British Columbia Healthy Living Alliance. *BC Healthy Living Alliance Physical Activity Strategy*. Vancouver (C.-B.) : BCHLA; 2007. [http://www.bchealthyliving.ca/wp-content/uploads/2014/07/BCHLA\\_PhysicalActivityStrategy.pdf](http://www.bchealthyliving.ca/wp-content/uploads/2014/07/BCHLA_PhysicalActivityStrategy.pdf). Modifié le 15 mars 2007.
538. BC Recreation and Parks Association. *BCHLA Physical Activity Strategy Evaluation Report September 2008–September 2010*. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Healthy Living Alliance; 2010. [http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/file/BCHLA\\_PAS\\_Evaluation\\_Executive\\_Summary.pdf](http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/file/BCHLA_PAS_Evaluation_Executive_Summary.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
539. BC Recreation and Parks Association. *BCHLA Physical Activity Strategy Evaluation Report September 2008–September 2010*. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Healthy Living Alliance; 2010. [http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/file/BCHLA\\_PAS\\_Evaluation\\_Executive\\_Summary.pdf](http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/file/BCHLA_PAS_Evaluation_Executive_Summary.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
540. Association canadienne du diabète. *Diabetes Charter*. Ottawa (Ont.) : ACD; 2014. <http://www.diabetes.ca/getmedia/513a0f6c-b1c9-4e56-a77c-6a492bf7350f/diabetes-charter-background-english.pdf>. Consulté le 24 septembre 2014.
541. Association canadienne du diabète. *About diabetes*. <http://www.diabetes.ca/getmedia/71283b83-d37a-489f-bfe4-90c38ee29921/background-about-diabetes-english.pdf>. Modifié en 2014. Consulté le 24 septembre 2014.

542. Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013;37(suppl 1):S1-S212.
543. Agence de la santé publique du Canada. *Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf>. Consulté le 24 septembre 2014.
544. Hill J, Nielsen M, Fox M. Understanding the social factors that contribute to diabetes: a means to informing health care and social policies for the chronically ill. *The Permanente Journal*. 2013;17(2):67-72.
545. Pilkington F, Daiski I, Bryant T, Dinca-Panaitescu M, Dinca-Panaitescu S, Raphael D. The experience of living with diabetes for low-income Canadians. *Canadian Journal of Diabetes*. 2010;34(2):119-126.
546. Raphael D, Anstice S, McGannon K, Raine K, Rizvi S, Yu V. The social determinants of the incidence and management of type 2 diabetes mellitus: are we prepared to rethink our questions and redirect our research activities? *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2003;16(3):10-20.
547. Yu V, Raphael D. Identifying and addressing the social determinants of the incidence and successful management of type 2 diabetes mellitus in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2004;95(5):366-368.
548. Ross N, Gilmour H, Dasgupta K. 14-year diabetes incidence: the role of socio-economic status. *Health Reports*. 2010;21(3):19-28. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010003/article/11325-eng.pdf>. Consulté le 24 septembre 2014.
549. Lysy Z, Booth G, Shah B, Austin P, Luo J, Lipscombe L. The impact of income on the incidence of diabetes: a population-based study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2013;99:372-379.
550. Dinca-Panaitescu M, Dinca-Panaitescu S, Raphael D, Bryant T, Pilkington B, Daiski I. The dynamics of the relationship between diabetes incidence and low income: longitudinal results from Canada's National Population Health Survey. *Maturitas*. 2012;72:229-235.
551. Institut canadien d'information sur la santé. *Diabetes Care Gaps and Disparities in Canada*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2009. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Diabetes\\_care\\_gaps\\_disparities\\_aib\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Diabetes_care_gaps_disparities_aib_e.pdf). Consulté le 24 septembre 2014.
552. Booth G, Lipscombe L, Bhattacharyya O, et al. Diabetes. In : Bierman A, dir. *Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report*. Toronto (Ont.) : Institut de recherche en services de santé; 2010.



553. Booth G, Bishara P, Lipscombe L, et al. Universal drug coverage and socioeconomic disparities in major diabetes outcomes. *Diabetes Care*. 2012;35:2257-2264.
554. Lipscombe L, Austin P, Manuel DG, Shah B, Hux J, Booth G. Income-related differences in mortality among people with diabetes mellitus. *CMAJ*. 2010;182(1):e1-e17.
555. Hill J, Galloway J, Goley A, et al. Scientific statement: sociological determinants of prediabetes and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36:2430-2439.
556. Booth G, Creatore MI, Moineddin R, et al. Unwalkable neighbourhoods, poverty, and the risk of diabetes among recent immigrants to Canada compared with long-term residents. *Diabetes Care*. 2013;36(302):308.
557. Auchincloss A, Diez Roux AV, Mujahid M, Shen M, Bertoni A, Carnethon M. Neighbourhood resources for physical activity and healthy foods and incidence of type 2 diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169(18):1698-1704.
558. Agence de la santé publique du Canada. *Reducing Health Disparities Related to Diabetes: Lessons Learned Through the Canadian Diabetes Strategy Community-Based Program*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/rhd-rds-2011/pdf/rhd-rds-2011-eng.pdf>. Consulté le 21 juillet 2014.
559. Association canadienne du diabète. *The Burden of Out of Pocket Costs for Canadians With Diabetes*. Ottawa (Ont.) : ACD; 2011. <http://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/burden-of-out-of-pocket-costs-for-canadians-with-diabetes.pdf>. Consulté le 24 septembre 2014.
560. Kongats K. *Diabetes Prevention and Management Through a Health Equity Lens*. Toronto (Ont.) : Institut Wellesley; 2013. <http://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/burden-of-out-of-pocket-costs-for-canadians-with-diabetes.pdf>. Consulté le 24 septembre 2014.
561. Statistique Canada. *Immigration and Ethnocultural Diversity in Canada*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-eng.pdf>. Consulté le 29 septembre 2014.
562. Agence de la santé publique du Canada. *Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf>.
563. Misra A, Ganda O. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. 2007;23:696-708.

564. Heisz A, McLeod L. *Low Income in Census Metropolitan Areas*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2004. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10504/6868-eng.pdf>. Consulté le 29 septembre 2014.
565. Gushulak B, Pottie K, Roberts J, Torres S, DesMeules M. Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ*. 2011;183(12):E952-E958.
566. Creatore MI, Moineddin R, Booth G, et al. Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ*. 2010;182(8):781-789.
567. Harvey B, Mandrich G. *Latino Families in Action: Implementing and Evaluating a Community-Based Obesity Prevention Program for a High-Risk Paediatric Population*. Ottawa (Ont.) : Association canadienne de santé publique; 2014. <http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Data/2009/A09-532e.pdf>. Consulté le 21 juillet 2014.
568. Organisation mondiale de la santé. Mental health: strengthening our response —factsheet 220. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Modifié en avril 2014. Consulté le 16 avril 2014.
569. Agence de la santé publique du Canada. *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2006. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
570. Mawani FN, Gilmour H. *Validation of Self-Rated Mental Health*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2010. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010003/article/11288-eng.pdf>. Consulté le 19 décembre 2014.
571. Association canadienne pour la santé mentale. *The Relationship Between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions*. Ottawa (Ont.) : ACSM; 2008.
572. Organisation mondiale de la santé. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and Practice*. Genève, Suisse : OMS; 2004. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf). Consulté le 22 avril 2014.
573. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promotion and Education*. 2005;13(suppl 2):9-25.
574. Association canadienne pour la santé mentale. Mental health promotion: a framework for action. [http://www.cmha.ca/public\\_policy/mental-health-promotion-a-framework-for-action/#.U1fR66KQRI0](http://www.cmha.ca/public_policy/mental-health-promotion-a-framework-for-action/#.U1fR66KQRI0). Modifié en 2008. Consulté le 23 avril 2014.
575. Institut canadien d'information sur la santé. *Exploring Positive Mental Health*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2009. [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/improving\\_health\\_canadians\\_en](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/improving_health_canadians_en). Consulté le 17 avril 2014.

576. Organisation mondiale de la santé. *Investing in Mental Health: Evidence for Action*. Genève, Suisse : OMS; 2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf). Consulté le 11 avril 2014.
577. Organisation mondiale de la santé. *Promoting Mental Health*. Genève, Suisse : OMS; 2005. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf).
578. Institut canadien d'information sur la santé. *Return on Investment: Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention*. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2011. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/roi\\_mental\\_health\\_report\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/roi_mental_health_report_en.pdf). Consulté le 19 décembre 2014.
579. Oldershaw L. *A National Survey of Parents of Young Children*. Toronto (Ont.) : Investir dans l'enfance; 2002. [http://www.phoenixpembroke.com/sites/default/files/National\\_Survey\\_of\\_Parents\\_of\\_Young\\_Children\\_FULL\\_REPORT.pdf](http://www.phoenixpembroke.com/sites/default/files/National_Survey_of_Parents_of_Young_Children_FULL_REPORT.pdf).
580. Skrypnek B, Charchun J. *An Evaluation of the Nobody's Perfect Parenting Program*. Ottawa (Ont.) : Association canadienne des programmes de ressources pour la famille; 2009. <http://www.parentsmatter.ca/document/docWindow.cfm?fuseaction=document.viewDocument&documentid=420&documentFormatId=1110>. Consulté le 2 mai 2014.
581. Y'a personne de parfait. Summaries of evaluations and reports. <http://www.nobodysperfect.ca/innerpage.aspx?x=SKFCdBKfEk8VjBJNA1F1AgVfmsYwZjeRdMzqWD4rDuNqX4JHOFTpRj%2FQB79Biig3>. Modifié en 2013. Consulté le 14 novembre 2014.
582. Statistique Canada. *Health Indicators (82-221-XWE)*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2013001/tblstructure/1hs/1de/de1imx-eng.htm>.
583. Statistique Canada. Table 102-0504: Deaths and mortality rates, by age group and sex, Canada, provinces and territories. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1020504&paSer=&pattern=102-0504&stByVal=1&csid>. Modifié en 2013.
584. Agence de la santé publique du Canada. *Perinatal Health Indicators for Canada 2013: A Report From the Canadian Perinatal Surveillance System*. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2013.
585. Hammersley L. The prevention of psychological morbidity following perinatal death. *British Journal of General Practice* 1997;(47):583-586.
586. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Review: health outcomes of bereavement. *Lancet*. 2007;370(9603):1960.
587. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2)

588. Gilbert NL, Auger N, Wilkins R, Kramer M. Neighbourhood income and neonatal, postneonatal and sudden infant death syndrome (SIDS) mortality in Canada, 1991–2005. *Can J Public Health*. 2013;104(3):e187-e192.
589. Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS, Stoltenberg C. Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967–1998. *International Journal of Epidemiology*. 2004;33(2):279-288.
590. Conference Board du Canada. Infant mortality. <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health/infant-mortality-rate.aspx>. Modifié en 2012. Consulté le 6 janvier 2013.
591. Organisation de coopération et de développement économiques. “*Infant Mortality*” in *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. Paris, France : Éditions OCDE; 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-96-en>.
592. Reidpath D, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57:344-346.
593. Spong CY, Iams J, Goldenberg R, Hauck FR, Willinger M. Disparities in perinatal medicine: preterm birth, stillbirth, and infant mortality. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):948-955.
594. Organisation mondiale de la santé. *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional, Global Estimates*. Genève, Suisse : OMS; 2006. [http://whqlibdoc.who.int/Publications/2006/9241563206\\_Eng.Pdf](http://whqlibdoc.who.int/Publications/2006/9241563206_Eng.Pdf).
595. Lu MC, Kotelchuck M, Hogan V, Jones L, Wright K, Halfon N. Closing the black–white gap in birth outcomes: a life-course approach. *Ethn Dis*. 2010;20(2):62-76.
596. Lu MC, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Matern Child Health J*. 2003;7(1):13-30.
597. Lu MC, Johnson KA. Toward a national strategy on infant mortality. *Am J Public Health*. 2014;104(S1):S13-S16.
598. Smylie J, Fell D, Ohlsson A; Joint Working Group on First Nations, Indian, Inuit, and Métis Infant Mortality of the Canadian Perinatal Surveillance System. A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada: striking and persistent Aboriginal/non-Aboriginal inequities. *Can J Public Health*. 2010;101(2):143-148.
599. Kramer M, Goulet L, Lydon J, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(2):104-123.
600. Jenkins A, Gyorkos T, Culman K, Ward B, Pেকেles G, Mills E. An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants. *Int J Circumpolar Health*. 2003;62(1):17-39.
601. Ali K, Ahmed N, Greenough A. Sudden infant death syndrome (SIDS), substance misuse, and smoking in pregnancy. *Res Rep Neonatol*. 2012;2:95-1.

602. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Leg Med*. 2013;15(3):115-121.
603. Heaman M, Kingston D, Chalmers B, Sauve R, Lee L, Young D. Risk factors for preterm birth and small-for-gestational-age births among Canadian women. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2013;27(1):54-61.
604. Pulver LS, Geust-Warnick G, Stoddard GJ, Byington CL, Young PC. Weight for gestational age affects the mortality of late preterm infants. *Pediatrics*. 2009;123(6):1072-1077.
605. Carmichael SL, Yang W, Herring A, Abrams B, Shaw GM. Maternal food insecurity is associated with increased risk of certain birth defects. *J Nutr*. 2007:2087-2092.
606. Statistique Canada. Table 102-0562: Leading causes of death, infants, by sex, Canada, annual. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&searchTypeByValue=1&id=1020562>. Modifié en 2014.
607. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(15):1536-1546.
608. Little M, Shah R, Vermeulen MJ, Gorman A, Dezenoletas D, Ray JG. Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy. *CMAJ*. 2005:615-618.
609. Heaman MI, Green CG, Newburn-Cook CV, Elliott LJ, Helewa ME. Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(10):806-816.
610. Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):441-455.
611. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;(153):1-186.
612. Santé Canada. Breastfeeding initiation in Canada: key statistics and graphics (2009–2010). <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/initiation-eng.php>. Modifié le 27 juin 2012.
613. Association canadienne du diabète et Diabète Québec. Diabetes: Canada at the Tipping Point—Charting a New Path. 2011. <http://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/canada-at-the-tipping-point-english.pdf>. Consulté le 30 mars 2015.
614. Eller JD. Ethnicity, culture, and “the past.” *Mich Q Rev*. 1997;XXXVI(4). <http://hdl.handle.net/2027/spo.act2080.0036.411>. Consulté le 8 avril 2015.

615. Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques. Learning a Living: First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Ottawa (Ont.) et Paris, France : Éditions OCDE; 2005. [http://www.oecd-ilibrary.org/education/learning-a-living\\_9789264010390-en](http://www.oecd-ilibrary.org/education/learning-a-living_9789264010390-en).
616. Statistique Canada. Table 105-0501 - Health indicator profile, annual estimates, by age group and sex, Canada, provinces, territories, health regions (2013 boundaries) and peer groups, occasional. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=1050501>. Modifié en 2015. Consulté le 29 juin 2015.

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 978-1-77109-509-9 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada, révisé en juillet 2016*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Trends in Income-Related Health Inequalities in Canada, Revised July 2016*.

ISBN 978-1-77109-508-2 (PDF)

## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006

