

Indicateurs des disparités sur le plan de la santé

Un rapport du
Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population
et du
Groupe des modes de vie sains
pour le
Réseau pancanadien de santé publique

L'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé et le Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé ont offert leur soutien et des fonds additionnels pour l'élaboration du présent rapport.

Statistique Canada a apporté son soutien technique à l'élaboration des indicateurs.

Indicateurs des disparités sur le plan de la santé est un rapport du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (GEPSP) du Réseau pancanadien de santé publique (RPSP). Le rapport vise à recenser des indicateurs pancanadiens qui peuvent servir à mesurer les disparités sur le plan de la santé et les principaux déterminants de la santé au Canada et à en rendre compte.

Le Conseil du Réseau de santé publique a approuvé le rapport *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé* le 3 février 2010 et a demandé au Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population et au Groupe d'experts en surveillance et en information de travailler ensemble et de s'adjoindre des intervenants clés pour donner suite aux recommandations du rapport.

REMERCIEMENTS

Les membres du Groupe de travail conjoint sur les indicateurs ont joué un grand rôle dans l'élaboration du présent rapport :

- **Trevor Hancock (président)**, conseiller en santé publique; ministère des Modes de vie sains et du Sport de la Colombie-Britannique
- **Michelle Bourgoïn**, directrice du mieux-être; ministère du Mieux-Être, de la Culture et du Sport du Nouveau-Brunswick
- **Michael Haoui**, doyen associé et professeur, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser
- **Jean Harvey**, directeur, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC); Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
- **Lynn Langille**, coordonnatrice, Disparités sur le plan de la santé, maladies chroniques et prévention des blessures; Promotion et protection de la santé de la Nouvelle-Écosse
- **Leanne Boyd**, Élaboration de politiques, recherche et évaluation; Enfants en santé Manitoba
- **Joel Kettner**, médecin hygiéniste en chef; Santé Manitoba
- **Karen Serwonka**, analyste de politiques, Promotion de la santé de la population, Bureau du médecin hygiéniste en chef, Division de la santé publique; Santé et vie saine Manitoba
- **Hope Beanlands**, directrice scientifique, Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé

Erin Kingdom et Lisa Mawani, membres du personnel de secrétariat de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ont contribué à ces travaux.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne et le Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé ont offert leur soutien et des fonds additionnels pour l'élaboration du présent rapport. La production du présent rapport a été rendue possible par une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration des indicateurs, dont les participants à différents ateliers et réunions du Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population (GEPSP) ainsi qu'à des discussions avec des experts de différents ministères fédéraux et provinciaux ou territoriaux et d'organismes non gouvernementaux.

Les travaux antérieurs menés par GPI Atlantic ont servi de point de départ à cet ouvrage. Statistique Canada et en particulier Brenda Wannell (Indicateurs de la santé) ont fourni des renseignements précieux et des avis détaillés sur l'élaboration d'indicateurs.

Les services d'Elizabeth Gyorfí-Dyke ont été retenus à contrat pour contribuer à la recherche et à la rédaction du présent rapport.

Les opinions exprimées ici sont celles du Groupe de travail conjoint sur les indicateurs et ne représentent pas forcément les points de vue de l'Agence de la santé publique du Canada, des provinces et des territoires ni des autres organismes et personnes qui ont contribué à ce projet.

Table des matières

1. Introduction et contexte	1
Importance des disparités au Canada.....	1
La nécessité des indicateurs des disparités sur le plan de la santé.....	1
2. Processus à ce jour	3
3. Courte liste d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé.....	4
Organisation des indicateurs.....	4
Courte liste d'indicateurs proposée.....	5
Désagrégation des indicateurs.....	14
Statut des indicateurs	16
Lacunes et défis.....	16
Indicateurs relatifs aux Autochtones.....	17
Autres problèmes relatifs aux données	17
Autres travaux en cours sur des indicateurs.....	19
Progrès récents.....	20
4. Recommandations adressées au Réseau pancanadien de santé publique	20
5. Conclusions.....	21
Annexe A : Extraits de la recommandation relative à un système national de surveillance de l'équité en santé (Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS).....	22
Annexe B : Matrice des indicateurs des disparités sur le plan de la santé selon les domaines de désagrégation	26
Annexe C : État des indicateurs proposés.....	61
Annexe D : Affiche de la DGSPNI : Surveillance de l'état de santé des Premières nations au Canada : où en sommes-nous?.....	76
Références.....	77

1. Introduction et contexte

Le présent rapport, produit pour le Réseau pancanadien de santé publique, décrit des indicateurs potentiels des disparités sur le plan de la santé. Nous exposons ici le contexte de l'élaboration de cet ouvrage, le processus à ce jour et les indicateurs suggérés.

Importance des disparités au Canada

L'expression « disparités en santé » (ou « disparités sur le plan de la santé ») renvoie aux écarts sur le plan de l'état de santé entre des groupes démographiques définis par des caractéristiques spécifiques [1, 2]. Il y a amplement de preuves de l'existence de disparités sur le plan de la santé au Canada. Des déterminants de la santé, comme le revenu, la formation, le statut social, le sexe, l'appartenance à un groupe autochtone, l'appartenance ethnique et culturelle et le statut d'immigrant sont des facteurs clés de la santé des Canadiens [1, 3-5]. Par exemple, les personnes à faible revenu sont en moins bonne santé que les personnes ayant un revenu élevé [6]. Toutefois, les différences ne se limitent pas à la dichotomie entre les plus riches et les plus pauvres : il y a également une gradation, c'est-à-dire que les plus riches sont en meilleure santé que les deuxièmes plus riches et la classe moyenne est en meilleure santé que les groupes moins bien nantis [7].

« Ces disparités en santé persistent dans les groupes dont le SSE est moins élevé malgré le fait qu'ils recourent davantage aux services de santé. Comme elles sont plus souvent et plus gravement malades ou blessées que les autres, les personnes qui font partie du quintile de revenu le plus bas utilisent environ deux fois plus de services de santé que celles qui font partie du quintile supérieur. Selon une estimation des ressources de soins de santé utilisées par les ménages canadiens, environ 20 % des dépenses totales en soins de santé peuvent être attribuables aux disparités sur le plan du revenu. » [1].

À l'échelon national, les disparités sur le plan de la santé sont un sujet de préoccupation depuis quelques années, comme en font foi différents congrès (p. ex. le Congrès de l'Association canadienne de la santé publique) et rapports [5, 8] sur le sujet. Dans son premier rapport, publié en 2008, l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) se concentrait sur les disparités sur le plan de la santé [4]. Plusieurs provinces et régions se sont aussi penchées sur le sujet [9-11]. D'autres organismes qui s'intéressent à des questions plus globales qui ont une incidence sur la prospérité et la viabilité futures du Canada, dont le Conference Board du Canada, attirent également l'attention sur les implications que les disparités en santé peuvent avoir sur le mieux-être économique général du Canada.

La nécessité des indicateurs des disparités sur le plan de la santé

Le Groupe de travail sur les disparités sur le plan de la santé (GTDS) du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS) a tenu un forum en 2004 sur les disparités en santé pour alimenter la rédaction d'un document de travail sur le sujet. Les recommandations issues de ce forum insistaient sur la nécessité d'indicateurs des disparités [12]. Le document de travail du GTDS a été publié en décembre 2004 [1, 2]. Les recommandations formulées dans ce rapport comprennent la nécessité d'« élaborer des indicateurs pour mesurer

l'impact des disparités en santé sur l'économie, la collectivité et le mieux-être de la personne » (p. 23). Le rapport énumère quatre domaines de disparités qui devraient être prioritaires compte tenu de leur importance au Canada : le sexe, la géographie, les Autochtones et le statut socioéconomique (SSE).

Se fondant sur la recommandation tirée du rapport du GTDS, le Conseil du Réseau de santé publique (RSP) a demandé au Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (GEPSP) d'élaborer une liste d'indicateurs pancanadiens permettant de mesurer l'ampleur des disparités en santé et leur réduction au Canada. On voulait ainsi faciliter la collaboration et les interventions efficaces pour la promotion de la santé de la population et permettre aux administrations d'évaluer leurs progrès à l'égard de la réduction des disparités en santé. Le GEPSP a travaillé sur ce projet au cours des deux dernières années et le recensement des indicateurs des disparités sur le plan de la santé est un produit livrable clé du plan de travail 2008-2009 du GEPSP.

En outre, le Groupe des modes de vie sains (GMVS) est chargé de rendre compte au Conseil du RSP, par l'intermédiaire du GEPSP, des progrès relatifs aux cibles et aux résultats escomptés de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains (SPIMVS) [13]. Les deux résultats escomptés de la SPIMVS sont d'améliorer les résultats pour la santé et de réduire les disparités en santé. Par conséquent, pour faciliter l'exécution de ces mandats, le GEPSP et le GMVS ont formé un Groupe de travail conjoint sur les indicateurs à l'été 2008 afin d'élaborer une liste des dix à vingt principaux indicateurs des disparités relatives à l'état de santé et aux déterminants de la santé.

Il y a eu de nombreux autres appels, à l'échelle mondiale et au plan national, pour élaborer des indicateurs des disparités en santé. Par exemple, dans le rapport final *Closing the Gap* de 2008 de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH) de l'OMS [14], l'un des domaines d'intervention recommandé était de voir à mettre en place des systèmes de surveillance régulière de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé aux plans local, national et international (p. 179). Par conséquent, l'élaboration d'indicateurs des disparités en santé permettra de répondre au rapport de la CSDH¹. D'autres pays, dont les États-Unis [15] et le Royaume-Uni [16], collectent et publient déjà des données sur des indicateurs des disparités en santé. Au Canada, en avril 2008, le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations a publié son rapport intitulé *Enjeux et options*, dans lequel il pose la question suivante : « Le Canada devrait-il établir une base de données nationale sur la santé de la population et sur les disparités en matière de santé? » [8]. Dans le rapport final du Sous-comité sénatorial, publié au début de juin 2009, l'une des recommandations se lit comme suit : « que le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population accélère ses travaux afin de terminer d'ici douze mois l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs des disparités en santé » [28, p. iii].

La deuxième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population (organisée par Statistique Canada et l'ICIS) s'est déroulée au mois de mars 2004 à Ottawa. Cette réunion avait entre autres pour principal objectif d'« Incorporer la dimension de l'équité au cadre conceptuel des indicateurs de la santé et amorcer un dialogue sur les façons de mesurer celle-ci » [17]. Les points suivants ont été décrits comme les domaines de stratification importants de cette

¹ Il sera question de la recommandation de la CSDH plus loin dans le présent rapport.

analyse axée sur l'équité : le revenu (décrit comme « le plus important »), l'âge, le sexe, la formation, l'appartenance ethnique et le lieu de résidence (milieu rural ou urbain). On note dans le rapport que « tous les participants ont appuyé la nécessité d'appliquer des mesures de l'équité à toutes les dimensions du cadre conceptuel » [17]; cependant, les travaux d'analyse sous l'angle de l'équité ont été limités jusqu'à présent.

Dans la section ci-dessous, nous examinons les travaux du GEPSP et du Groupe de travail conjoint sur les indicateurs.

2. Processus à ce jour

Depuis les deux dernières années, une démarche globale inclusive a permis d'élaborer une courte liste d'indicateurs des disparités en santé.

Le travail préparatoire a été exécuté dans le cadre d'un atelier préliminaire du GEPSP en octobre 2006 visant à mettre au point une série d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé afin d'en mesurer les répercussions sur l'économie et le mieux-être collectif et individuel et par rapport au secteur de la santé et aux déterminants sociaux de la santé. Trois grandes catégories d'indicateurs sont ressorties des discussions tenues lors de l'atelier :

- indicateurs des disparités relatives aux déterminants de la santé;
- indicateurs des disparités relatives à l'état de santé;
- indicateurs des répercussions des disparités en santé sur l'économie, les collectivités, les individus et le système de santé.

La catégorie axée sur « les répercussions des disparités en santé sur l'économie, les collectivités, les individus et le système de santé » (ou les « disparités relatives aux conséquences d'une mauvaise santé ») nécessite une planification et des ressources additionnelles et par conséquent, elle est exclue du processus actuel. Les travaux en cours mettent l'accent sur les « disparités relatives à l'état de santé » et les « disparités relatives aux déterminants de la santé ».

Par suite de cet atelier, le GEPSP a commandé à GPI Atlantic un rapport renfermant une analyse et des suggestions relatives à un ensemble commun d'indicateurs quantifiables des disparités en santé (indicateurs principaux) et une démarche réaliste pour les mettre en œuvre dans le contexte canadien. Le GEPSP a reçu ce rapport, intitulé *Health Disparities Indicators: Background Report for Developing Health Disparities Indicators in Canada*, en juillet 2008 [18].

Pour faciliter ce travail, le GEPSP a tenu en janvier 2009 un atelier d'une journée réunissant des experts des quatre coins du Canada pour établir une courte liste de dix à vingt indicateurs quantifiables des disparités relatives à l'état de santé et aux déterminants de la santé [19]. Selon les critères que les participants à l'atelier ont appliqués, les indicateurs doivent :

- être importants et permettre de définir des actions concrètes;
- saisir l'essence de l'enjeu;
- se prêter à une interprétation normative claire et reconnue;
- être valides et fiables;

- utiliser des données disponibles au plan national, provincial, territorial, régional et sous-régional ou des données pouvant être collectées.

Une courte liste provisoire d'indicateurs a été établie à partir des résultats de cet atelier.

D'autres travaux ont ensuite été exécutés pour mettre au point les indicateurs. Nous les décrirons de façon plus détaillée ci-dessous. Plus récemment, le GEPSP a communiqué la courte liste provisoire d'indicateurs aux participants à la troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population de l'ICIS et de Statistique Canada, qui s'est tenue le 26 mars 2009. Le GEPSP voulait ainsi garantir que le processus d'élaboration d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé soit pris en compte dans cette réunion importante, notamment dans tous les travaux et décisions qui en découleront.

En se fondant sur les travaux exécutés à ce jour, le Groupe de travail conjoint sur les indicateurs a mis au point une liste des dix à vingt principaux indicateurs des disparités relatives à l'état de santé et aux déterminants de la santé recommandés ainsi qu'un rapport circonstancié connexe. Ce rapport et les dix à vingt principaux indicateurs seront soumis à l'examen du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique.

3. Courte liste d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé

« *Les statistiques, ce sont des êtres humains, les larmes en moins* ».
Paul Brodeur, *Outrageous Misconduct*

Organisation des indicateurs

Comme nous l'avons vu ci-dessus, on faisait état dans le rapport final *Closing the Gap* de 2008 de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH) de l'OMS [14] de la nécessité de voir à mettre en place des systèmes de surveillance régulière de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé aux plans local, national et international (p. 179). Plus particulièrement, on recommandait que les gouvernements nationaux mettent sur pied un système national de surveillance de l'équité sur le plan de la santé, comportant la collecte régulière de données sur des déterminants sociaux de la santé et les disparités en santé (p. 180). Le rapport présente les grandes lignes d'un cadre national de surveillance de l'équité sur le plan de la santé exhaustif, pour lequel il faudra mettre au point des indicateurs au moyen d'un processus participatif à l'échelon national et international (p. 181-182). Ce cadre et les catégories correspondantes sont fondés sur les données probantes disponibles révélant l'importance de ces indicateurs à l'égard des disparités sur le plan de la santé. (L'annexe A renferme des extraits et des chiffres pertinents de ce rapport.)

Par conséquent, les indicateurs suggérés ici sont groupés selon les catégories proposées dans le cadre national de surveillance de l'équité sur le plan de la santé de la CSDH : résultats pour la santé (mortalité, développement dans la petite enfance [DPE], santé mentale, morbidité et invalidité, santé physique et mentale auto-évaluée et résultats liés à des causes particulières) et déterminants de la santé (comportements sanitaires, milieu physique et social, conditions de travail, soins de santé, protection sociale, sexe, disparités sociales et contexte sociopolitique.) Compte tenu de la nécessité d'élaborer un ensemble d'indicateurs complet et néanmoins succinct, règle générale, les indicateurs ne figurent pas dans plus d'une catégorie. Par exemple,

les blessures sont classées sous « mortalité » et, par conséquent, elles n'apparaissent pas dans les catégories « morbidité » ni « résultats liés à des causes particulières ». En outre, il est important de souligner que si certains de ces indicateurs (par exemple mortalité et morbidité) sont collectés par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé du Canada, d'autres indicateurs, comme le développement dans la petite enfance et la qualité de l'eau, ne le sont pas².

Courte liste d'indicateurs proposée

En plus de prendre en compte les travaux de la CSDH, les indicateurs se veulent le reflet des meilleures données probantes disponibles, par exemple le gradient social connu de bon nombre des principales maladies chroniques au Canada [20], les cancers responsables du plus grand nombre de nouveaux cas et de décès au Canada [21] ainsi que les domaines qui intéressent le plus les politiciens (p. ex. comportements liés au mode de vie). Les indicateurs sont présentés de façon individuelle, mais ils sont corrélés de bien des façons. Par exemple, l'indicateur « embonpoint/obésité » est lié aux indicateurs de la nutrition et de l'activité physique ainsi qu'à l'indicateur « se rendre au travail à pied ou en vélo ». L'indicateur de l'assurance dentaire peut être corrélé aux indicateurs « capacité de mastiquer » ou « douleur/inconfort des dents ou des gencives ». Les indicateurs relatifs à la santé mentale sont corrélés (p. ex. les suicides et l'état de santé mentale perçu) bien qu'ils figurent sous une catégorie différente dans le cadre proposé par la CSDH. En fait, plusieurs indicateurs pourraient s'inscrire dans plus d'une catégorie dans le cadre de la CSDH. Les indicateurs relatifs à la mammographie et au test de Pap sont corrélés à l'indicateur relatif à l'immunisation dans l'enfance, compte tenu de leur portée préventive. En outre, certains indicateurs sont des mesures de rechange d'enjeux plus large. Par exemple, le recours à un spécialiste et les visites à un professionnel des soins dentaires représentent des indicateurs de l'accès à des services de santé assurés et non assurés, respectivement [22].

Par suite de l'élaboration de la liste provisoire des indicateurs susmentionnés, des discussions avec différents experts (par exemple ceux de l'Institute for Work and Health en ce qui a trait aux indicateurs relatifs au milieu de travail) ont permis de peaufiner les indicateurs. En accord avec une règle issue de l'atelier de janvier 2009, l'utilisation d'indices est recommandée. Nous avons aussi pris en compte, si possible, les commentaires formulés lors d'une réunion du Conseil du Réseau de santé publique tenue à la fin de mars. D'autres détails sur les indicateurs sont exposés dans la section suivante.

Le tableau 1 renferme les indicateurs recommandés ainsi qu'une définition et la source. Si certains indicateurs sont relativement étoffés (et accompagnés de définitions acceptées et des sources de données disponibles), d'autres devront être peaufinés. Habituellement, les indicateurs de la catégorie « disparités relatives à l'état de santé » sont plus étoffés et définis que ceux de la catégorie « disparités relatives aux déterminants de la santé ». Nous pensons que cela pourrait être dû au fait que différentes administrations au Canada collectent des données sur l'état de santé depuis plus longtemps que sur la plupart des données nécessaires pour établir les indicateurs relatifs aux déterminants de la santé.

Dans le cadre de l'élaboration des indicateurs suggérés, nous n'avons pas établi de cibles, une tâche qui dépasse la portée du présent projet. Cependant (et comme on le recommande dans le

² Cependant, les éléments qui font partie ou non des portefeuilles des provinces et territoires du Canada diffèrent.

rapport du Sous-comité sénatorial sur la santé de la population [28]), on pense que ces indicateurs serviront à évaluer les progrès au fil du temps, que ce soit en prenant en compte les intervalles, l'importance de l'écart ou la valeur absolue de l'écart. Dans la lutte contre les disparités, il est important de mettre la barre de niveau (réduire les disparités entre des groupes) et de relever la barre (améliorer l'état de santé globale et le mieux-être de tous) [23].

Notez que les indicateurs établis à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ou d'autres enquêtes de Statistique Canada reposent sur des données auto-déclarées. En outre, les indicateurs utilisant des données tirées des questions de base de l'ESCC, c'est-à-dire celles qui sont posées à tous les répondants, peu importe la province ou la région sanitaire, sont étiquetées « BASE ». Les questions de l'ESCC qui ne sont posées que dans le cadre d'une enquête sur un thème particulier sont étiquetées « THÈME ». Et les questions facultatives, c'est-à-dire celles que les régions ou les provinces peuvent choisir de poser, sont étiquetées « FACULTATIF ».

Tableau 1 : Indicateurs proposés des disparités relatives à l'état de santé et des disparités relatives aux déterminants de la santé

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
DISPARITÉS RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ	
1. MORTALITÉ	
Espérance de vie à la naissance à 65 ans	L'espérance de vie est le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Taux de mortalité infantile (TMI) présenté sous la forme suivante : - TMI brut; - TMI pour les naissances vivantes \geq 500 grammes	Nombre et taux de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. L'indicateur du taux de mortalité infantile (TMI) est idéalement présenté sous la forme du TMI brut. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et les décès; et TMI pour les naissances vivantes d'un poids supérieur ou égal à 500 grammes. Source : Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, ASPC (Direction de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie).
Cardiopathie	Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil circulatoire confondues (codes I00 à I99 de la CIM-10), cardiopathies ischémiques (codes I20 à I25 de la CIM-10), maladies vasculaires cérébrales (codes I60 à I69 de la CIM-10) et toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire (codes I00 à I02, I05 à I09, I10 à I15, I26 à I28, I30 à I52, I70 à I79, I80 à I89, I95 à I99 de la CIM-10). Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Cancer du poumon	Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer du poumon pour 100 000 habitants : (C33 à C34 de la CIM-10). Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Décès dus à des blessures accidentelles	Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus à des blessures accidentelles pour 100 000 habitants. Les blessures accidentelles non intentionnelles incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais celles causées par des accidents et des complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (codes V01 à X59, et Y85 à Y86 de la CIM-10). Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
2. Développement dans la petite enfance	
Instrument de mesure du développement de la petite enfance	Les domaines comprennent : - Santé physique et mieux-être (préparation physique pour l'école, indépendance physique, habiletés motrices fines et grossières) - Compétence sociale (compétence sociale générale, responsabilité et respect, styles de comportement d'apprentissage, ouverture à l'exploration de nouvelles choses) - Maturité affective (comportement prosocial et aidant, comportement craintif et anxieux, comportement agressif et hyperactivité et inattention) - Langage et aptitudes cognitives (habiletés de base en littératie, intérêt pour la littératie et la numératie et mémorisation, habiletés avancées en littératie et habiletés de base en numératie)

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
	<p>- Hâbleries de communication et connaissances générale « Les enfants qui se classent dans les dix rangs centiles inférieurs pour un domaine donné sont réputés "vulnérables" dans ce domaine. Les enfants qui sont vulnérables dans plus d'un domaine sont classés comme "vulnérables" au plan de leur développement à leur entrée à l'école » [24]. Administré à tous les enfants d'âge préscolaire (5 et 6 ans). Utilisé actuellement uniquement en C.-B., au Manitoba et en Ontario (et à Montréal). Il est prévu d'étendre l'instrument dans d'autres provinces et territoires. Source : IMDPE (Instrument de mesure du développement dans la petite enfance)</p>
3. MALADIES MENTALES	
Suicides	Taux brut et taux normalisé selon l'âge des décès par suicide (codes X60 à X84, Y87.0 de la CIM-10) pour 100 000 habitants. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Indicateur composé des hospitalisations pour les troubles de santé mentale	Hospitalisations de courte durée normalisées selon l'âge pour la santé mentale (comprend les sous-catégories suivantes : troubles affectifs, troubles d'angoisse et troubles liés à l'abus de substances) pour 100 000 habitants; admissions en soins de courte durée seulement – cas de santé mentale dans des établissements psychiatriques indépendants exclus. Codes de la CIM-9/10 disponibles auprès de l'ICIS. Source : Banque de données sur les congés des patients (ICIS), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Recensements 2001 et 2006 (Statistique Canada)
4. MORBIDITÉ ET INVALIDITÉ	
Faible poids à la naissance, présenté comme <ul style="list-style-type: none"> - limitation de la croissance fœtale; - naissance avant terme. 	Naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est inférieur à 2 500 grammes, exprimées en pourcentage du total des naissances vivantes. La limitation de la croissance fœtale est représentée par le taux de faible poids compte tenu de l'âge gestationnel : le nombre de naissances vivantes dont le poids à la naissance est inférieur au dixième rang centile du poids à la naissance spécifique pour l'âge gestationnel, en proportion de toutes les naissances vivantes dans un endroit donné et à une période donnée; et la naissance avant terme est représentée par un taux des naissances avant terme : le nombre de naissances vivantes à un âge gestationnel à la naissance de moins 37 semaines complètes, en proportion de toutes les naissances vivantes dans un endroit donné et à une période donnée. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances de l'ASPC
Taux d'invalidité – proportion de la population souffrant de maladies qui causent des limitations d'activité à long terme	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé qui dure ou devrait durer six mois ou plus. Source(s) : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Embonpoint et obésité, indice de masse corporelle (IMC) (cible de la SMVS); proportion d'adultes faisant de l'embonpoint dans la population, 18 ans et plus (IMC = 25-29,9); proportion d'adultes obèses (IMC ≥ 30) dans la population	Habituellement calculé d'après la taille et le poids auto-déclarés (sauf dans l'ESCC 2.2). L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. Il s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de trois pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres). Pour calculer l'IMC,

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
	on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. L'indice est : inférieur à 18,5 (poids insuffisant); 18,5 à 24,9 (poids normal); 25,0 à 29,9 (embonpoint); 30,0 à 34,9 (obésité-classe I); 35,0 à 39,9 (obésité-classe II); 40 et plus (obésité-classe III). Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
5. SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE AUTO-ÉVALUÉE	
Santé perçue	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Santé mentale perçue	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçue fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, de problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse, qui n'est pas nécessairement rapportée par l'auto-évaluation de la santé (physique). Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
6. RÉSULTATS LIÉS À DES CAUSES PARTICULIÈRES	
Affections chroniques o Cancer Total pour tous les cancers Codes selon le siège - côlon et rectum (codes C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0 de la CIM-O-3) - poumon (codes C34.0 à C34.9 de la CIM-O-3) - sein - femmes (codes C50.0 à C50.9 de la CIM-O-3) - prostate (code C61.9 de la CIM-O-3).	Cancer : Taux normalisé selon l'âge des nouveaux sièges primaires de cancer (tumeurs malignes) pour 100 000 habitants. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur le cancer, Registre canadien du cancer
Affections chroniques o Diabète o Asthme o Arthrite	Diabète : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé. Remarques : 1) l'ESCC ne fait pas de distinction entre les diabètes de type 1 et de type 2; 2) comprend les femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel. Au besoin, l'ESCC peut exclure de l'estimation de la prévalence les femmes ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE) Asthme : Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE) Arthrite : Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé. L'arthrite comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose • Infections au VIH nouvellement détectées • Cas de chlamydia détectés en clinique 	<p>Tuberculose : Nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés durant une année donnée. Source : ASPC</p> <p>VIH : Nombre de nouveaux cas de VIH dans une année donnée (dépistage anonyme exclu). L'information est basée sur les personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH. Source : ASPC</p> <p>Chlamydia : Nombre de nouveaux cas de chlamydia déclarés dans une année donnée. Source : ASPC</p>
Taux de vaccination des enfants <ul style="list-style-type: none"> - Diphtérie, tétanos et coqueluche (DPC) - Rougeole, oreillons, rubéole 	Estimation de la couverture pour la diphtérie, tétanos et coqueluche (DPC) avant le deuxième anniversaire de naissance. Estimation de la couverture pour une seule dose du vaccin antirougeoleux antiourlien et antirubéoleux (ROR) avant le deuxième anniversaire de naissance. Source : Enquête nationale sur la vaccination de l'ASPC
Santé buccale <ul style="list-style-type: none"> o Capacité de mastiquer o Douleur/inconfort des dents et des gencives (dans le dernier mois) 	Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ne rapportent pas de limitation de leur capacité de mastication (dérivé). Proportion des personnes de 12 ans et plus qui rapportent ne pas avoir souffert de douleur ou d'inconfort buccal ou facial dans le dernier mois. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (THÈME)
DISPARITÉS RELATIVES AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	
A : CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES	
Comportements sanitaires	
Genre de fumeur	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient actuellement (tous les jours ou à l'occasion) ou qu'elles ne fumaient pas (ancien fumeur ou personne n'ayant jamais fumé). Ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Pratiques alimentaires – consommation de fruits et légumes (choix d'aliments sains) – Stratégie des modes de vie sains (SMVS) : l'objectif est de cinq portions ou plus par jour)	Personnes de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de fois par jour qu'elles consomment des fruits et des légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Activité physique durant les loisirs (cible de la SMVS)	Personnes de 12 ans ou plus qui ont déclaré un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant leurs loisirs. Les répondants sont groupés comme actif, modérément actif ou inactif selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes : 3.0 kcal/kg/jour ou plus = personne active; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
	active; inférieur à 1,5 kcal par jour = personne inactive. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Consommation d'alcool (consommation abusive)	Personnes de 12 ans et plus qui consommaient de l'alcool au moment de l'enquête et qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents. La consommation abusive se définit lorsqu'un consommateur actuel consomme cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion, 12 fois ou plus par année. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Allaitement	L'allaitement maternel chez les femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance au cours des cinq dernières années. Les catégories comprennent : n'a pas allaité, a allaité pendant au moins quatre mois, a allaité exclusivement pendant au moins quatre mois, a allaité pendant six mois, a allaité exclusivement pendant au moins six mois. Ces repères constituent les recommandations antérieures (quatre mois d'allaitement exclusif) et actuelles (six mois d'allaitement exclusif) de Santé Canada. L'allaitement temporaire fait référence aux femmes qui ont allaité ou tenté d'allaiter leur dernier enfant, ne serait-ce que pour une courte durée. L'allaitement exclusif fait référence à un nouveau-né qui se nourrit uniquement de lait maternel et d'aucun autre liquide (même de l'eau) ni d'aliments solides. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Milieu physique et social	
Besoin impérieux de logement	On dit qu'un ménage éprouve un besoin impérieux de logement si le logement qu'il occupe ne répond pas à au moins un critère concernant la taille, la qualité ou l'abordabilité et s'il doit consacrer au moins 30 % de son revenu avant impôt pour payer le loyer médiant des logements acceptables situés dans sa localité. (Qualité convenable – qui ne nécessite pas de réparations majeures; logement abordable – coûte moins de 30 % du revenu du ménage avant impôt; taille adéquate – suffisamment de chambres compte tenu de la taille et de la composition du ménage). Exclut les ménages non familiaux dirigés par des soutiens principaux de 15 à 29 ans qui fréquentent l'école à temps plein. Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), d'après le Recensement et l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) (Statistique Canada)
Qualité de l'eau : nombre de jours faisant l'objet d'un avis de faire bouillir l'eau	Nombre de jours faisant l'objet d'un avis de faire bouillir l'eau dans les municipalités qui ont répondu avoir des problèmes de qualité de l'approvisionnement en eau à un quelconque moment depuis (dernière année de l'enquête). Source : Enquête sur l'eau potable et les eaux usées des municipalités (exécutée aux deux à trois ans), Environnement Canada
Marche/vélo pour aller travailler	Personnes dont le moyen de transport principal utilisé pour se déplacer entre la résidence et le lieu de travail est la marche ou le vélo (autodéclaré). Source : Statistique Canada, Recensement
Exposition à la fumée secondaire à la maison Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à la maison : non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur logement tous les jours ou presque tous les jours. Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics : non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l’OMS)	Définition et source de l’indicateur
	exposés à la fumée secondaire dans les véhicules privés et(ou) les lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Sentiment d’appartenance à la communauté locale	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d’appartenance à leur communauté locale comme très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Conditions de travail	
Stress au travail	Personnes de 16 à 74 ans qui avaient travaillé dans un emploi ou à leur compte à un quelconque moment au cours des 12 derniers mois; par rapport à leur emploi principal ou au travail à leur compte au cours des 12 derniers mois, s’ils ont déclaré que la plupart des jours au travail étaient : pas du tout stressants ou pas très stressants OU assez stressants ou extrêmement stressants. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Tension au travail	Cette variable indique si le répondant déclare vivre de la tension au travail. La tension au travail est mesurée selon un rapport entre les exigences de nature psychosociale et la possibilité de prendre des décisions, ce qui comprend la latitude quant aux compétences à utiliser et le pouvoir décisionnel. D’après WSTT401-406 et 409. Les répondants de moins de 15 ans ou de plus de 75 ans et les répondants qui n’avaient pas occupé un emploi ou travaillé à leur compte au cours des 12 derniers mois étaient exclus de la population. Source : Variable dérivée de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada (FACULTATIF)
Soins de santé	
Recours à des spécialistes (indicateur de l’utilisation ou de l’accessibilité des services assurés)	Personnes de 12 ans et plus qui rapportent avoir vu ou consulté un autre médecin ou spécialiste, par exemple un chirurgien, un allergologue, un orthopédiste, un gynécologue/urologue ou un psychiatre (au sujet de leur santé physique, affective ou mentale) au cours des 12 derniers mois. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Visites à un professionnel de la santé dentaire au cours des 12 derniers mois (indicateur de l’utilisation ou de l’accessibilité des services non assurés)	Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir vu ou consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Présence d’assurance dentaire (indicateur de l’utilisation ou de l’accessibilité de services non assurés)	Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir de l’assurance qui couvre une partie ou la totalité de leurs dépenses dentaires. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (FACULTATIF)
Services de santé préventifs (indicateur de l’accès des services préventifs) : <ul style="list-style-type: none"> • mammographie de dépistage (50-69) • test Pap (18-69) 	<p>Mammographie : Femmes de 50 ans à 69 ans déclarant qu’elles ont passé leur dernière mammographie pour un dépistage de routine ou pour d’autres raisons.</p> <p>Test de Pap : Femmes de 18 à 69 ans déclarant quand elles ont eu leur dernier test de Pap.</p> <p>Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (THÈME)</p>

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
Protection sociale	
Admissibilité à l'A.-E.	Calcul du rapport prestataires-chômeurs (P/C). (Les prestataires sont définis comme le nombre total de prestataires réguliers durant la semaine de référence (chômeurs, inactifs ou employés). Les chômeurs sont tous les chômeurs.) Source : Statistique Canada, Enquête sur la couverture de la population dans un régime d'assurance-emploi (un sous-échantillon de l'Enquête sur la population active); aussi rapporté par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDSC)
Accès à des places subventionnées dans des services de garde pour les enfants de moins de six ans	Données centralisées sur les places à temps plein et à temps partiel dans des services de garde pour les enfants de 0 à 5 ans et pourcentage des enfants âgés de 0 à 5 ans qui occupent une place dans un service de garde réglementé. Nombre d'enfants recevant une subvention. Source : <i>Early Childhood Education and Care in Canada</i> par Martha Friendly et coll., Childcare Resource and Research Unit (à l'aide de questionnaires et d'entrevues téléphoniques avec les P/T)
B: DÉTERMINANTS STRUCTURELS	
Indice de l'égalité des sexes (Suède)	L'indice de l'égalité des sexes de la Suède comprend les personnes ayant fait des études postsecondaires (%), différence entre les hommes et les femmes), les personnes qui occupent un emploi rémunéré (%), écart), les chercheurs d'emploi (%), écart), le revenu moyen d'un emploi rémunéré (dollars par habitant, écart), les personnes à faible revenu (% sous 50 % du revenu médian), la répartition inégale des sexes selon le secteur d'activité (%), écart) et les jours de prestation de congé parental (%), écart). Source potentielle : Statistique Canada, Recensement
Disparités sociales	
Enfants dans des familles à faible revenu	Proportion d'enfants de 17 ans et moins vivant dans une famille économique dont le revenu est inférieur a seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le SFR est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation; les seuils sont mis à jour afin de tenir compte des variations de l'indice des prix de la consommation. Source : Statistique Canada, Recensement
Indice de défavorisation	L'indice renferme deux éléments : la dimension matérielle et la dimension sociale. La dimension matérielle examine la privation des biens et commodités modernes et elle est mesurée par la proportion de personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, le rapport emploi/population et le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus. La dimension sociale mesure la fragilité du réseau social et comprend la proportion de personnes de 15 ans et plus qui sont séparées, veuves ou divorcées; la proportion de personnes vivant seules et la proportion de familles monoparentales. Source : Recensement (Statistique Canada); indice mis au point par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Taux d'itinérance	Définition à élaborer. Ce taux n'est actuellement collecté que par certaines municipalités et les méthodologies et définitions ne sont pas uniformes. Vancouver, Toronto, Edmonton, Calgary, Saskatoon et Hamilton sont les seules villes qui collectent des caractéristiques sociodémographiques. Source : Différentes municipalités

Indicateur proposé (catégories de la CSDH de l'OMS)	Définition et source de l'indicateur
Travailleurs pauvres	Proportion d'employés à temps plein de 18 à 64 ans qui déclarent gagner le salaire minimum ou moins. Exclut les travailleurs autonomes et les étudiants à temps plein. Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada
Sécurité alimentaire	Proportion de la population qui déclare vivre plusieurs problèmes de privation alimentaire, comme le recours à des banques alimentaires, se passer de fruits et légumes frais et acheter des aliments bon marché pour boucler le budget. Sécurité alimentaire – nouveau module en 2005. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (THÈME)
Contexte sociopolitique (Droits civils, conditions d'emploi, gouvernance et priorités des dépenses publiques, conditions macro-économiques)	
À ce stade, il n'y a pas d'indicateur à inclure ici. On pourrait envisager d'inclure ici des indicateurs relatifs aux Autochtones. Les mêmes points à considérer devront peut-être être appliqués en grande partie aux indicateurs de l'appartenance ethnico-raciale et du statut d'immigrant.	

La pertinence globale de cette courte liste d'indicateurs a été confirmée à la troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de Statistique Canada et de l'ICIS, tenue en mars 2009, où les participants ont retenu les grands domaines prioritaires suivants à l'égard des indicateurs : santé des Autochtones, santé mentale, déterminants sociaux de la santé/défavorisation socioéconomique, facteurs liés au milieu bâti et à l'environnement, santé des enfants et développement dans la petite enfance et résultats du système de santé.

Désagrégation des indicateurs

« Le statut socioéconomique (SSE), l'appartenance à la population autochtone, le sexe et le lieu géographique de résidence sont les principaux facteurs associés aux disparités sur le plan de la santé au Canada. Les répercussions des disparités en santé sont plus prononcées dans le quintile (20 %) inférieur de l'échelle du SSE et chez les peuples autochtones. Comme elles sont plus souvent et plus gravement malades ou blessées que les autres, les personnes qui font partie du quintile de revenu le plus bas utilisent environ deux fois plus de services de santé que celles qui font partie du quintile supérieur. Selon une estimation des ressources de soins de santé utilisées par les ménages canadiens, environ 20 % des dépenses totales en soins de santé peuvent être attribuables aux disparités sur le plan du revenu. Ces disparités en santé persistent dans les groupes dont le SSE est moins élevé malgré le fait qu'ils recourent davantage aux services de santé » [1].

La CSDH [14] suggère de stratifier les indicateurs selon différents groupes, notamment : sexe; formation, revenu, occupation et(ou) appartenance ethnique; région; et appartenance à un groupe autochtone (p. 181). Par conséquent, aux fins du présent rapport, nous avons cherché si possible des indicateurs qui peuvent être désagrégés selon des facteurs comme le sexe, l'âge, le revenu, la formation, l'emploi/occupation, le statut d'immigrant, l'appartenance à un groupe autochtone, l'appartenance ethnique, selon différentes régions géographiques (y compris la région

géographique la plus locale possible) et d'autres facteurs (p. ex. handicap ou orientation sexuelle). À ce sujet, voir l'annexe B, *Matrice des indicateurs des disparités sur le plan de la santé selon les domaines de désagrégation*.

L'annexe B présente la liste des indicateurs de façon plus détaillée, y compris en indiquant si :

- les données sont actuellement collectées au Canada ou si l'indicateur est élaboré et fait déjà l'objet de rapports;
- la liste est cohérente avec :
 - le cadre des indicateurs de la santé de la population de Statistique Canada (STC) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). STC/ICIS ont un cadre des indicateurs de la santé de la population qui renferme plusieurs indicateurs similaires à ceux proposés ici. Par conséquent, les chevauchements ont été indiqués dans l'annexe B sur le cas. Actuellement, STC/ICIS désagrègent et communiquent ces indicateurs selon l'âge, le sexe et la région sanitaire;
 - le projet d'indicateur comparable (aussi connu comme le CÉRIR/GTTRR). Les premiers ministres s'étaient d'abord entendus en 2000 sur le mandat d'élaborer des indicateurs comparables sur l'état de santé, les résultats pour la santé et la qualité des services. Les travaux d'élaboration avaient commencé en 2003. La plus récente édition (2008) renferme des données des administrations qui ont choisi d'y participer [25];
 - le cadre recommandé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, intitulé *Towards a Comprehensive National Health Equity Surveillance Framework* [14];
- les données peuvent être désagrégées selon l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi/l'occupation, le sexe, l'appartenance à un groupe autochtone³. L'appartenance ethno-raciale, le lieu de résidence (urbain/rural), la province ou le territoire, le niveau d'autorité sanitaire, la plus petite région géographique⁴ et d'autres stratifications importantes (p. ex. handicap, orientation sexuelle). En mettant au point ces indicateurs, nous avons longuement consulté Statistique Canada plusieurs fois pour vérifier la disponibilité des données et la faisabilité de désagréger ces indicateurs. Cependant, nous n'avons pas exclu des indicateurs robustes lorsque des données n'étaient pas disponibles.

Plusieurs réalités relatives aux données doivent être prises en compte, par exemple :

- **Caractéristiques de niveau individuel par opposition à caractéristiques au niveau des quartiers** : Pour certains indicateurs, des caractéristiques individuelles sont disponibles (p. ex. revenu auto-déclaré, niveau de scolarité). Dans d'autres cas, il sera nécessaire d'utiliser des caractéristiques au niveau des quartiers. C'est également le cas pour des indicateurs des disparités dans d'autres pays [15].
- **Problèmes de définition** : Il faudra préciser les définitions des désagrégations. Par exemple, Statistique Canada suggère d'utiliser la région métropolitaine de recensement et la zone d'influence des régions métropolitaines de recensement (ZIM) aux fins de la désagrégation urbaine/rurale.

³ Si possible, nous visons la désagrégation selon l'appartenance aux groupes suivants : Premières nations, Inuits et Métis.

⁴ Nous l'avons laissée générique, puisque certaines données ne sont disponibles qu'au niveau des RMR tandis que d'autres peuvent être disponibles au niveau des quartiers, selon le N.

Nous mentionnerons d'autres lacunes et défis dans la section suivante.

Statut des indicateurs

Comme nous l'avons vu ci-dessus, l'annexe B présente les différents indicateurs et la possibilité de les désagréger selon différentes catégories de disparités. L'annexe C résume l'état des indicateurs proposés, en précisant :

- si les données sont actuellement collectées à la grandeur du Canada,
- le cas échéant, le sont-elles de façon régulière,
- le cas échéant, qui détient les données,
- si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données,
- si les données ne sont pas disponibles, que faut-il faire de plus pour mettre au point l'indicateur (p. ex. élaboration de la définition, création d'une source de données).

Pour la plupart des indicateurs mentionnés, les données sont disponibles (même si elles ne le sont pas toujours pour toutes les catégories de désagrégation, tel qu'indiqué dans l'annexe B) et elles proviennent pour la plupart de Statistique Canada (Recensement, ESCC et Statistique de l'état civil). Cependant, même si des données sont disponibles, il faudra du temps et des ressources pour les analyser à l'égard de chaque indicateur, en particulier compte tenu des différentes catégories de désagrégation.

En plus des lacunes mentionnées dans les annexes B et C, nous exposons plusieurs autres lacunes et défis dans la section suivante.

Lacunes et défis

Les lacunes actuelles présentent plusieurs lacunes et il sera important de les combler pour garantir que nous disposons d'indicateurs pertinents des disparités sur le plan de la santé.

En général, l'élaboration d'indicateurs est une tâche compliquée et complexe qui prend du temps et des ressources. C'est encore plus vrai pour l'élaboration d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé. Dans certains cas, nous sommes limités par les données disponibles. Cependant, cela ne signifie pas que nous devrions être complaisants. Dans bien des cas, la priorité devrait être accordée à l'amélioration des indicateurs et à la création des sources de données nécessaires.

Les limitations inhérentes aux sources de données qui se rapportent directement aux disparités représentent un obstacle majeur au travail sur les indicateurs des disparités. Par exemple, la plupart des indicateurs mentionnés ont pour source l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Toutefois, l'ESCC exclut les membres des Premières nations vivant dans une réserve, les habitants des territoires et les sans-abri qui sont exactement quelques-unes des populations qui sont confrontées à des disparités sur le plan de la santé. En général, les enquêtes de population sont également peu efficaces pour joindre les nouveaux immigrants et les très pauvres.

Indicateurs relatifs aux Autochtones

Un problème important qui se pose particulièrement encore à l'égard des travaux décrits dans le présent rapport a trait aux indicateurs pour les Autochtones. S'il est possible de désagréger les indicateurs ci-dessus selon l'appartenance à un groupe autochtone lorsque des données sont disponibles (et de pousser plus loin la désagrégation pour examiner les données sur des groupes plus utiles, p. ex. les Premières nations, les Métis et les Inuits), le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial (FPT) sur les données et les indicateurs de la santé des Autochtones a constaté une pénurie de données communes dans les provinces et les territoires sur la santé des Autochtones. D'autres sources de données qui pourraient être examinées de plus près comprennent les Données ministérielles de base d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), les statistiques internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et les données de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations, de l'Enquête auprès des peuples autochtones et de l'Enquête sur les enfants autochtones.

En outre, les Autochtones sont confrontés à des problèmes distincts qui nécessitent des indicateurs pour bien mesurer les disparités, par exemple leur vécu par rapport aux pensionnats pour Indiens, les effets de la colonisation, l'autodétermination et la continuité culturelle. Certains de ces indicateurs pourraient se classer mieux sous la catégorie du « contexte sociopolitique ». Il faudra solliciter la participation des peuples autochtones pour élaborer ces indicateurs, notamment en établissant des partenariats avec des groupes autochtones et en travaillant en étroite collaboration avec le Groupe de travail FPT sur les données et les indicateurs de la santé des Autochtones et en s'associant à ses travaux. Il faudra entreprendre le même travail avec des groupes s'intéressant à l'appartenance ethno-raciale et au statut d'immigrant.

La DGSPNI a mené des travaux pour examiner le chevauchement entre le cadre national de surveillance de l'équité relative à la santé de la CSDH de l'OMS et les cadres sur le mieux-être des Premières nations. L'annexe D renferme plus d'information sur ces travaux.

Autres problèmes relatifs aux données

Comme dans tout projet d'élaboration d'indicateurs, nous devons prendre en compte de nombreux autres enjeux relatifs aux données, par exemple :

- Les données sont limitées sur **la mesure dans laquelle la désagrégation** est possible. Les tableaux croisés devront être limités à une ou deux variables dans la plupart des cas. Par exemple, des données peuvent être « désagrégables » au niveau d'une région sanitaire selon le sexe, mais non selon le sexe et le revenu. La limite est tributaire du N (N=nombre). De même, le niveau géographique est aussi limité par N et, dans certains cas, le plus bas niveau géographique ne peut être déterminé avant que des travaux plus détaillés soient exécutés. Dans bien des cas, des données sur plusieurs années sont nécessaires pour obtenir un N assez grand. Si la chose est possible, elle nécessite plus de temps et de ressources.
- Il faudra également combler **d'autres lacunes liées à la désagrégation**. Sur les quelque 50 indicateurs, plus de 80 %⁵ des indicateurs peuvent être désagrégés selon le sexe, l'âge, le revenu et la formation. Toutefois, la proportion est passablement moins élevée (environ 60 %) pour la désagrégation selon l'appartenance à un groupe autochtone, l'appartenance

⁵ Il s'agit de chiffres bruts ou d'approximations grossières. Ils comprennent les indicateurs qui ne peuvent pas être désagrégés selon ces facteurs, comme la désagrégation des mammographies ou des tests Pap selon le sexe.

ethno- raciale, le statut d'immigrant et l'emploi ou l'occupation⁶. Cela étant, d'autres travaux seront nécessaires pour garantir que des données peuvent être désagrégées selon toutes ces catégories importantes.

- Les données tirées de l'ESCC sont **auto-déclarées**.
- Des travaux demeureront nécessaires pour assurer une **collecte de données pancanadiennes** dans des domaines où les données seront limitées. Une lacune particulière tient au fait que la principale source de données pour ces indicateurs, soit l'ESCC, exclut les personnes vivant dans une réserve, les habitants des territoires⁷, les sans-abri et elle peut exclure certains nouveaux immigrants et les personnes à faible revenu.
- En outre, certaines données ne sont pas **collectées de façon régulière** (p. ex. les thèmes dans l'ESCC) ou ne sont collectées que par des provinces ou des régions qui décident de collecter ces données (p. ex. modules facultatifs de l'ESCC). Si nous avons évoqué l'idée de combiner plusieurs années de données pour augmenter la possibilité de les désagréger, il est très difficile de combiner plusieurs années d'enquêtes thématiques et la chose est impossible pour les modules facultatifs. Il s'agit là souvent d'un compromis à faire entre obtenir les données aussi souvent que nous le souhaiterions (fréquence de déclaration) et le degré de détail des déclarations (p. ex. à quel niveau géographique et selon quels groupes les données peuvent-elles être désagrégées) [26].
- Le **taux de non-réponse** est élevé pour la question de l'ESCC portant sur le revenu, qui est utilisée dans de nombreux indicateurs. Des travaux de Statistique Canada montrent que les personnes qui ne répondent pas aux questions sur le revenu diffèrent vraiment de celles qui répondent sur certains des principaux indicateurs à l'étude.
- Pour de nombreux indicateurs, tel qu'indiqué dans les annexes B et C, des données sont disponibles (p. ex. au moyen du Recensement) mais il faudra commander des **tableaux personnalisés**, ce qui prend du temps et des ressources.
- Quant à l'utilisation de **quintiles du revenu**, il y a des quintiles du revenu pour des endroits spécifiques, mais pas de quintiles pancanadiens et par conséquent, ils ne seront pas comparables (p. ex. entre des régions).
- Il sera également nécessaire de **soumettre les indicateurs à un examen et à une révision de façon régulière** pour garantir que les indicateurs produits sont d'excellente qualité et pour évaluer leur utilité.

Tel que mentionné ci-dessus, si certains indicateurs sont assez bien définis, d'autres devront être peaufinés dans les travaux futurs que le Groupe d'experts de la promotion de la santé publique/Réseau de santé publique pourrait souhaiter entreprendre. Le Réseau pancanadien de santé publique peut décider d'amorcer ces travaux en utilisant les indicateurs qui sont au point et pour lesquels des données sont disponibles tout en continuant à travailler pour combler ces lacunes critiques. Il en sera question plus à fond dans la section des recommandations.

« Tout ce qui se compte ne compte pas forcément; tout ce qui compte ne peut pas forcément être compté. »

⁶ Pour des indicateurs tirés de l'ESCC, la désagrégation selon l'emploi pourrait comprendre si le répondant a un emploi ou non et(ou) le genre de travail qu'il fait. Cependant, l'ESCC n'utilise pas des classifications normalisées ce qui constitue par conséquent une autre limite.

⁷ Les territoires sont inclus dans les cycles de l'ESCC utilisant des questions de base et des questions facultatives, mais ils sont exclus des enquêtes thématiques menées une année sur deux.

Autres travaux en cours sur des indicateurs

Le Réseau pancanadien de santé publique a de nombreuses occasions de travailler avec d'autres partenaires sur ces indicateurs. Tout au long du présent rapport, nous avons fait état des travaux de Statistique Canada/ICIS sur le cadre des indicateurs sur la santé de la population. En vue de la troisième Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de Statistique Canada/ICIS tenue en mars 2009, des participants au sondage ont énuméré les éléments suivants au titre des éléments « les plus importants » de la stratification future des indicateurs sous l'angle de l'équité : revenu, lieu de résidence (rural/urbain), formation, populations autochtones et région métropolitaine de recensement (RMR). (L'âge, le sexe et les régions sanitaires font déjà partie des travaux de STC/ICIS.) [27]. Par conséquent, l'équité est une priorité pour Statistique Canada et l'ICIS. Par exemple, Statistique Canada publiera à l'automne 2009 des données sur l'espérance de vie, le faible poids à la naissance et la mortalité (toutes causes confondues) selon le revenu. Une autre priorité de Statistique Canada est de stratifier les données de l'ESCC sous l'angle de l'équité. Par conséquent, pour maximiser les ressources, il sera essentiel de faire le lien avec les travaux de Statistique Canada et de l'ICIS.

En outre, au cours de l'élaboration du présent rapport, nous avons recensé plusieurs autres groupes qui travaillent sur des projets d'indicateurs connexes :

- le Groupe d'experts en surveillance et en information a été mentionné comme un collaborateur potentiel compte tenu de ses travaux sur la surveillance;
- le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial (FPT) sur les données et les indicateurs de la santé des Autochtones a récemment publié un rapport sur la disponibilité de données pour des indicateurs de la santé des Autochtones dans lequel il fait état de problèmes liés à l'absence de données communes entre les provinces et les territoires. Il sera essentiel d'établir des liens avec ce groupe de travail dans le cadre des travaux additionnels sur des indicateurs de la santé des Autochtones;
- les rapports annuels de la Fédération canadienne des municipalités (FCM) sur des indicateurs de la qualité de vie, notamment sur le logement, l'itinérance, le revenu et la qualité de l'eau au niveau des RMR (voir www.fcm.ca/english/qol/indicators.html [lien rompu]);
- les indicateurs de Ressources humaines et Développement social Canada (RHDS) sur le mieux-être (y compris les indicateurs sur la santé, le logement, le loisir et l'environnement). Voir <http://www4.hrsdc.gc.ca/home.jsp?lang=fr>. Ces indicateurs sont établis au niveau national et certaines données provinciales sont fournies. À l'avenir, RHDS aimerait désagréger ses données au niveau municipal (RMR) sur une partie de ses 72 indicateurs, peut-être en collaboration avec la FCM;
- l'Indice du mieux-être du Canada, hébergé dans le site de la Fondation Atkinson, a récemment publié un système d'indicateurs national qui mesure les « progrès » non économiques. Voir <http://www.ciw.ca/fr/Home.aspx> pour obtenir plus d'information;
- la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales (SACSS) du Conseil canadien de développement social (CCDS). Voir <http://www.ccsd.ca/subsites/socialdata/home.html>. Ce projet s'inscrit dans le mouvement de « libération des données » visant à mettre des renseignements locaux (p. ex. sur le statut socioéconomique) à la disposition des gens à peu de frais ou sans frais. C'est en accord avec la recommandation du Sous-comité sénatorial sur

la santé de la population concernant les comptes communautaires (« Que le gouvernement du Canada appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de comptes communautaires, inspiré de celui de Terre-Neuve-et-Labrador, dans l'ensemble des provinces et territoires » [28, p. iii]).

Il pourrait se révéler bénéfique de s'associer à des groupes qui travaillent sur des projets d'indicateurs similaires pour réduire les chevauchements, maximiser les ressources et éliminer les cloisonnements entre les ministères de la Santé et d'autres ministères. Ces partenariats seront essentiels à l'évolution des travaux.

Progrès récents

Les travaux décrits dans le présent rapport et les recommandations énoncées dans la prochaine section donnent suite à la recommandation formulée dans le récent rapport du Sous-comité sénatorial sur la santé de la population : « Que le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population accélère ses travaux afin de terminer d'ici 12 mois l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs des disparités en santé » [28, p. iii].

4. Recommandations adressées au Réseau pancanadien de santé publique

Le Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population (GEPSP) endosse les travaux du Groupe de travail conjoint sur les indicateurs et recommande que le Conseil du Réseau de santé publique :

- 1) adopte les indicateurs proposés dans le présent rapport en guise de point de départ d'un ensemble national d'indicateurs des disparités relatives à l'état de santé et des disparités relatives aux déterminants de la santé;
- 2) invite les organismes compétents et les administrations à envisager les activités de mise en œuvre suivantes :
 - que Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) s'emploient à peaufiner et arrêter les indicateurs qui nécessitent d'autres travaux, tel que mentionné dans le rapport;
 - que Statistique Canada convertisse plusieurs questions thématiques ou facultatives de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) en questions de base, notamment celles nécessaires pour produire l'ensemble des indicateurs décrits dans le présent rapport (santé buccale, tension au travail, assurance dentaire, mammographie et test de Pap, et sécurité alimentaire);
 - que Statistique Canada et l'ICIS travaillent en étroite collaboration avec des partenaires autochtones, y compris le Groupe de travail FPT sur les données et les indicateurs de la santé des Autochtones, pour élaborer d'autres indicateurs afin de bien saisir les disparités pour les populations autochtones;
 - que Statistique Canada et l'ICIS travaillent en étroite collaboration avec des partenaires qui s'intéressent aux problèmes de minorités ethno- raciales et d'immigrants afin d'élaborer d'autres indicateurs pour bien saisir les disparités pour ces populations;

- que Statistique Canada, l'ICIS et l'ASPC travaillent de concert pour produire le premier rapport pancanadien sur les indicateurs des disparités en santé dans les meilleurs délais (idéalement, d'ici un an) pour rendre compte des indicateurs des disparités qui ont déjà été mis au point et pour lesquels on dispose d'une source de données connue;
- 3) examine la pertinence d'entreprendre l'élaboration de la troisième catégorie d'indicateurs des disparités, c'est-à-dire la catégorie des « répercussions des disparités en santé sur l'économie, les collectivités, les particuliers et le système de soins de santé » (aussi appelées les « disparités relatives aux conséquences de la mauvaise santé ») par le RSP ou un autre groupe ou établissement compétent puisque ces travaux, de l'avis du GEPSP, nécessiteront beaucoup de temps et de ressources.

5. Conclusions

Nous proposons dans le présent rapport une courte liste d'indicateurs des disparités relatives à l'état de santé et des disparités relatives aux déterminants de santé pour l'examen du Réseau pancanadien de santé publique.

Comme nous l'avons vu, il faudra surmonter plusieurs défis pour poursuivre ces travaux. En outre, il faudra prendre des décisions sur la fréquence de déclaration ainsi que sur les responsables de l'élaboration et du financement des indicateurs décrits dans les recommandations.

Le présent ouvrage est un pas dans la bonne direction pour donner suite aux recommandations issues des rapports de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS et du Groupe de travail sur les disparités en santé.

Annexe A : Extraits de la recommandation relative à un système national de surveillance de l'équité en santé (Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS)

Extrait du rapport de la CSDH de l'OMS [14, p. 179-180, traduction libre]

La Commission recommande que :

16.2 les gouvernements nationaux établissent un système national de surveillance de l'équité en santé comportant la collecte régulière de données sur les déterminants de la santé et les disparités en santé (voir la recommandation 10.3).

Un système de surveillance de l'équité en santé assure la collecte, la compilation et la diffusion régulières d'information sur la santé, les disparités en santé et les déterminants de la santé d'une façon cohérente. De nombreux pays et organismes internationaux collectent déjà des données sur les déterminants sociaux de la santé sous une forme ou une autre. Des systèmes nationaux et mondiaux de surveillance de l'équité en santé peuvent s'appuyer sur ces travaux et y ajouteraient deux choses importantes.

Premièrement, tandis que la plupart des systèmes de données disponibles ne présentent que des moyennes nationales, un système de surveillance de l'équité en santé présenterait des données stratifiées selon des groupes sociaux au sein des pays et comporterait des mesures des disparités en santé et des déterminants entre ces groupes. Deuxièmement, tandis que les données sur les différents déterminants sociaux de la santé sont actuellement dispersées dans une multitude de systèmes d'information, un système de surveillance de l'équité en santé réunirait dans un même endroit les données sur un vaste éventail de déterminants sociaux de la santé.

Création d'un système de surveillance de l'équité en santé minimal

Il est recommandé que tous les gouvernements nationaux s'emploient à mettre en œuvre un système détaillé de surveillance de l'équité en santé (voir Encadré 16.3), au besoin avec l'assistance technique de l'OMS.

Ce système de surveillance peut être mis sur pied progressivement, selon l'étape de développement du pays et le système d'information sur la santé dont il dispose. Comme première exigence, les gouvernements doivent assurer la disponibilité de données de base sur la mortalité et la morbidité, stratifiées selon le groupe socioéconomique et selon les régions du pays. L'expérience acquise des travaux menés pour l'UE montre systématiquement que les pays qui ne disposent pas de données de base sur la mortalité et la morbidité, stratifiées selon des indicateurs socioéconomiques, sont incapables de concrétiser les priorités relatives à l'équité en santé (Mackenbach et Bakker, 2003). Cela vaut probablement pour les pays ne faisant pas partie de l'UE. L'encadré 16.2 renferme un cadre d'un système de surveillance de l'équité en santé minimum.

Pour mettre sur pied un système de surveillance de l'équité en santé minimum, tous les pays doivent :

- établir immédiatement un mécanisme de collecte régulière de statistiques sur la santé là où ils font défaut; même dans des régions aux prises avec des conflits ou des situations d'urgence, il peut être possible, quoique difficile, de mener des enquêtes sur la santé et les conditions de vie par échantillonnage en grappes (Burnham, 2006; PNUD et Ministry of Planning and Development Corporation, 2005);
- améliorer la collecte régulière de statistiques sur la santé de telle façon qu'il sera possible de suivre séparément les tendances de la santé et de la mortalité pour les hommes et les femmes et pour différentes couches sociales, au moyen de données représentatives à l'échelon national;
- s'ils se fient à des enquêtes, améliorer :
 - la représentativité – l'enquête doit être représentative à l'échelon national tout en réglant le problème relatif aux données manquantes pour des groupes vulnérables, comme les sans-abri, les groupes nomades et les peuples autochtones;
 - la puissance statistique – elle doit être suffisante pour désagréger la plupart des résultats et des déterminants de la santé pour des couches sociales pertinentes et pour suivre les tendances des disparités en santé au fil du temps;
 - la qualité des données et les méthodes de collecte – fiabilité, validité, méthodes d'échantillonnage et d'estimation, techniques statistiques;
 - l'homogénéité et la comparabilité de la collecte des données – pour permettre des comparaisons entre des périodes données et entre des pays;
 - le géo-référencement – pour faciliter le couplage de données;
 - la fréquence d'exécution des enquêtes – idéalement au moins aux cinq ans;
- améliorer les connaissances sur la mortalité et la santé sur toutes les tranches d'âge et toutes les couches sociales dans les pays pauvres.

Les données d'enquête, en particulier les enquêtes démographiques et sanitaires, ont été d'une valeur inestimable pour décrire les disparités sur le plan de la mortalité infantile et ses déterminants dans les pays à faible revenu et à revenu moyen. Leur utilisation répandue montre qu'il est possible de mener de telles enquêtes dans ces pays. Il est important de mettre sur pied des systèmes qui fourniront également des données sur la santé des adultes, par exemple une enquête démographique et sanitaire étendue.

Le système de surveillance de l'équité en santé devrait être coordonné à l'échelon national de telle sorte qu'il puisse être utile aux décideurs nationaux et locaux en matière de santé. Les gouvernements devraient assurer un financement de base suffisant à long terme à un organisme central qui coordonne l'équité en matière de santé au plan national, au besoin avec l'aide de bailleurs de fonds.

ENCADRÉ 16.2 : UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ MINIMAL

Un système de surveillance de l'équité en santé minimum fournit des données de base sur la mortalité et la morbidité selon des groupes socioéconomiques et régionaux dans les pays. Au minimum, tous les pays devraient collecter des	Santé mentale et physique auto-déclarée Mesures des disparités
---	---

<p>données de base sur l'équité en santé qui sont représentatives à l'échelon national et comparables d'une période à une autre. Idéalement, la mortalité est estimée à l'aide de registres de l'état civil complets de bonne qualité, tandis que les données relatives à la morbidité pourraient être collectées au moyen de questionnaires d'entrevues sur la santé (Kunst et Mackenbach, 1994). Dans bon nombre de pays à faible revenu et à revenu moyen, les enquêtes sur la santé demeureront une source importante d'information sur la mortalité dans un proche avenir.</p> <p>Résultats pour la santé</p> <p>Mortalité : mortalité infantile et(ou) mortalité chez les moins de 5 ans, mortalité maternelle, mortalité à l'âge adulte et espérance de vie à la naissance.</p> <p>Morbidité : au moins trois indicateurs de la morbidité pertinents à l'échelon national, qui varieront selon les contextes des pays et qui pourraient comprendre la prévalence de l'obésité, du diabète et de la malnutrition ainsi que du VIH.</p>	<p>En plus des moyennes de population, des données sur les résultats pour la santé doivent être fournies de façon stratifiée, notamment en fonction des éléments suivants :</p> <p>sexe;</p> <p>au moins deux marqueurs sociaux (p. ex. scolarité, revenu/richeesse, groupe professionnel, appartenance ethnique/raciale);</p> <p>au moins un marqueur régional (p. ex. rural/urbain, province).</p> <p>Inclure au moins une mesure sommaire des disparités en santé absolues entre des groupes sociaux et une mesure sommaire des disparités en santé relatives entre des groupes sociaux (voir l'encadré 16.3).</p> <p>Des données de bonne qualité sur la santé des peuples autochtones devraient être disponibles, s'il y a lieu.</p>
--	---

(OMS, Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2008, p. 181)

<p>ENCADRÉ 16.3 : VERS UN CADRE DE SURVEILLANCE NATIONAL DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ EXHAUSTIF</p>	
<p>DISPARITÉS EN SANTÉ</p> <p>Inclure des données sur :</p> <p>les résultats pour la santé stratifiés selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le sexe; - au moins deux marqueurs socioéconomiques (formation, revenu/richeesse, groupe professionnel); - groupe ethnique/race/appartenance à un groupe autochtone; - autres marqueurs sociaux pertinents dans le contexte; - lieu de résidence (rural/urbain et province ou autre unité géographique pertinente); <p>la répartition de la population entre les sous-groupes;</p> <p>une mesure sommaire des disparités en santé relatives : les mesures comprennent le rapport des taux, l'indice relatif de disparités, la version relative du risque attribuable à la population et l'indice de concentration;</p> <p>une mesure sommaire des disparités en santé absolues : les mesures comprennent les écarts de taux, l'indice de pente des disparités et le risque attribuable à la population.</p> <p>RÉSULTATS POUR LA SANTÉ</p>	<p>Milieu physique et social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - eau et assainissement; - conditions de logement; - infrastructure, transport et aménagement urbain; - qualité de l'air; - capital social. <p>Conditions de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dangers professionnels importants; - stress. <p>Soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couverture; - infrastructure du système de santé. <p>Protection sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couverture; - générosité. <p>Déterminants structureaux des disparités en santé :</p> <p>sexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - normes et valeurs; - participation économique; - santé sexuelle et procréative; <p>disparités sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - exclusion sociale;

<p>mortalité (toutes causes confondues, liée à une cause, liée à l'âge); développement dans la petite enfance; santé mentale; morbidité et invalidité; état physique et mental auto-évalué; résultats liés à des causes particulières.</p> <p>DÉTERMINANTS, S'IL Y A LIEU, Y COMPRIS LES DONNÉES STRATIFIÉES</p> <p>Conditions de vie quotidiennes</p> <p>Comportements sanitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tabagisme; - consommation d'alcool; - activité physique; - alimentation et nutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> - répartition du revenu et de la richesse; - formation; <p>contexte sociopolitique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - droit civil; - conditions d'emploi; - gouvernance et priorités des dépenses publiques; - conditions macroéconomiques. <p>CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE SANTÉ</p> <p>Conséquences économiques;</p> <p>conséquences sociales.</p>
---	---

(OMS, Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2008, p. 182)

Annexe B : Matrice des indicateurs des disparités sur le plan de la santé selon les domaines de désagrégation

Notes générales : * Plusieurs années (données administratives)/plusieurs cycles (données d'enquête) nécessaires pour produire des indicateurs fiables à ce niveau de détail. Il se peut que ce soit aussi le cas d'autres indicateurs non mentionnés dans ce tableau – la chose pourrait être confirmée au terme d'un examen plus détaillé des données.

✓ Faisable de les produire, quoiqu'il faudra des ressources pour le faire, y compris en combinant plusieurs années (bien qu'il soit impossible de combiner plusieurs années pour les données « thématiques » ou « facultatives » de l'ESCC); également, à cause du N, il faudra limiter les tableaux croisés à une ou deux variables dans la plupart des cas, selon les limites inhérentes de la source de données

✓✓ Données disponibles à ce niveau

✗ Non disponibles

s.o. Sans objet

? Inconnu – d'autres travaux seraient nécessaires, y compris sur l'accès aux données et certaines analyses

^ Chevauche/similaire à l'indicateur dans les travaux du GTPRR/CÉRIR sur des indicateurs comparables. Ceux-ci ne sont déclarés qu'au niveau PT

Peut être collecté par

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
DISPARITÉS RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ																	
1. MORTALITÉ (TOUTES CAUSES CONFONDUES, CAUSES PARTICULIÈRES)																	
<i>(**Remarque : les bases de données administratives, par exemples celles de l'état civil, ne prennent pas en compte le revenu, la scolarité, l'appartenance à un groupe autochtone, etc. des événements. Les agrégations selon le statut socioéconomique sont donc créées à l'aide des codes postaux représentant le lieu de résidence, qui sont associés aux données de recensement (revenu/scolarité/etc.) au niveau de l'aire de diffusion... aussi appelée la méthode écologique d'attribution du SSE. (L'emploi/occupation et le statut d'immigrant ne sont pas calculés compte tenu de cette méthode écologique.) Ces ventilations de la mortalité ont aussi été obtenues (Russell Wilkins) à l'aide de l'Étude de la mortalité au Canada, qui est fondée sur dix années de décès (1991 à 2001), couplée au Recensement de 1996. Toutefois, cette base de données ne couvre que les personnes non institutionnalisées de 25 ans et plus et, plus important encore, elle n'est pas forcément tenue à jour aux fins de la production régulière de l'indicateur.</i>																	
Espérance de vie	oui	oui [^]	oui	s.o.	✓	✓	✗	✓✓	✗ ¹²	✗	✗	✓	✓✓	✓✓*	✓*	✗	L'espérance de vie est

⁸ Dans bien des cas, si l'appartenance à un groupe autochtone est disponible, il est possible de le ventiler encore pour les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis, bien que la valeur N impose des limites. Pour les données extraites de l'ESCC, l'appartenance à un groupe autochtone est disponible seulement pour les personnes ne vivant pas dans une réserve.

⁹ Urbain/rural peut être défini de différentes façons – p. ex. l'ESCC a différents identificateurs géographiques et la RMR/ZMI est peut-être plus révélatrice que la simple distinction entre « milieu urbain » et « milieu rural ».

¹⁰ « Petite région » n'a pas été défini, puisque la plus petite région géographique possible est l'objectif. La taille de l'échantillon peut limiter la désagrégation à de petites populations, selon la prévalence ou la réponse à différentes catégories dans les données d'enquête. L'information fournie ici représente la meilleure estimation disponible pour le moment.

¹¹ Veuillez noter que les indicateurs fondés sur l'ESCC et d'autres enquêtes de Statistique Canada sont auto-déclarés. En outre, les indicateurs fondés sur des données qui proviennent de questions de base de l'ESCC, c'est-à-dire les questions posées à tous les répondants peu importe la province ou la région sanitaire sont étiquetées « BASE ». Les questions qui ne sont posées lors de l'ESCC qu'au cours d'une enquête thématique particulière sont étiquetées « THÈME » et les questions facultatives, c'est-à-dire celles que les régions ou les provinces peuvent choisir de poser sont étiquetées « FACULTATIF ».

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹	
à la naissance à 65 ans																		le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans), selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Taux de mortalité infantile (TMI) présenté sous la forme suivante : - TMI brut; - TMI pour les naissances vivantes \geq 500 grammes ¹³	oui	oui [^]	oui	✓✓	✓	✓	x	✓✓	x	x	x	✓	✓✓	✓✓*	✓*	x		Nombre et taux de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. L'indicateur du taux de mortalité infantile (TMI) est idéalement présenté sous la forme du TMI brut. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances et les

¹² Dans le cadre d'un contrat avec Santé Canada, Statistique Canada travaille actuellement sur des indicateurs de l'état civil (espérance de vie, mortalité totale et, selon certaines causes, la mortalité infantile et le faible poids à la naissance) pour les territoires inuites. Ces données sont disponibles parce que les régions inuites peuvent être définies au plan géographique. Cependant, elles ne sont pas disponibles pour les Métis ni pour les Premières nations.

¹³ Les données de l'Ontario pour cet indicateur ne sont pas comparables à cause de problèmes relatifs à la qualité des données.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	décès; et TMI pour les naissances vivantes d'un poids supérieur ou égal à 500 grammes. Source : Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, ASPC (Direction de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie).
Cardiopathie	oui	oui^	oui	✓	✓	✓	x	✓✓	x	x	x	✓	✓✓	✓✓*	✓*	x	Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants : toutes maladies de l'appareil circulatoire confondues (codes I00 à I99 de la CIM-10), cardiopathies ischémiques (codes I20 à I25 de la CIM-10), maladies vasculaires cérébrales (codes I60 à I69 de la CIM-10) et toutes les autres maladies de l'appareil circulatoire (codes I00 à I02, I05 à I09, I10 à I15, I26 à I28, I30 à I52, I70 à I79, I80 à I89, I95 à I99 de la CIM-10). Source :

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Cancer du poumon	oui	oui [^]	oui	✓	✓	✓	✗	✓✓	✗	✗	✗	✓	✓✓	✓✓*	✓*	✗	Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus au cancer du poumon pour 100 000 habitants : (C33 à C34 de la CIM- 10). Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès
Décès dus à des blessures accidentelles	oui	oui	oui	✓	✓	✓	✗	✓✓	✗	✗	✗	✓	✓✓	✓✓	✓*	✗	Taux brut et taux normalisé selon l'âge de décès dus à des blessures accidentelles pour 100 000 habitants. Les blessures accidentelles non intentionnelles incluent les blessures causées par des collisions entre véhicules à moteur, les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications, mais celles causées par des accidents et des complications survenant au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (codes

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l’OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l’ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l’OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d’immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l’autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l’indicateur ¹¹
																	V01 à X59, et Y85 à Y86 de la CIM-10). Source : Statistique Canada, Statistique de l’état civil, Base de données sur les décès
2. Développement dans la petite enfance																	
Instrument de mesure du développement de la petite enfance - Santé physique et mieux-être (préparation physique pour l’école, indépendance physique, habiletés motrices fines et grossières) - Compétence sociale (compétence sociale générale, responsabilité et respect, styles de comportement d’apprentissage, ouverture à l’exploration de nouvelles choses) - Maturité affective (comportement prosocial et aidant,	oui dans certaines régions	no	oui	s.o.	✓	✓ ¹⁴	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	« Les enfants qui se classent dans les dix rangs centiles inférieurs pour un domaine donné sont réputés ”vulnérables” dans ce domaine. Les enfants qui sont vulnérables dans plus d’un domaine sont classés comme ”vulnérables” au plan de leur développement à leur entrée à l’école ». Administré à tous les enfants d’âge préscolaire (5 et 6 ans). Utilisé actuellement uniquement en C.-B., au Manitoba et en Ontario (et à Montréal). Il est prévu d’étendre l’instrument dans d’autres provinces et territoires. Source : IMDPE (Instrument de mesure du

¹⁴ Le revenu, la formation, l’emploi, etc. d’un voisinage pourraient être calculés.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
comportement craintif et anxieux, comportement agressif et hyperactivité et inattention) - Langage et aptitudes cognitives (habiletés de base en littératie, intérêt pour la littératie et la numératie et mémorisation, habiletés avancées en littératie et habiletés de base en numératie) - Habiletés de communication et connaissances générale																	développement dans la petite enfance)
3. MALADIES MENTALES																	
Suicides	oui	oui	oui	✓	✓	✓	✗	✓✓	✗	✗	✗	✓	✓✓	✓✓*	✓*	✗	Taux brut et taux normalisé selon l'âge des décès par suicide (codes X60 à X84, Y87.0 de la CIM-10) pour 100 000 habitants. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
Indicateur composé des hospitalisations pour les troubles de santé mentale	oui	no	oui	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓ ¹⁵	✓* RPSU	✗	Hospitalisations de courte durée normalisées selon l'âge pour la santé mentale (comprend les sous-catégories suivantes : troubles affectifs, troubles d'anxiété et troubles liés à l'abus de substances) pour 100 000 habitants; admissions en soins de courte durée seulement – cas de santé mentale dans des établissements psychiatriques indépendants exclus. Codes de la CIM-9/10 disponibles auprès de l'ICIS. Source Banque de données sur les congés des patients (ICIS), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Recensements 2001 et 2006 (Statistique Canada)
4. MORBIDITÉ ET INVALIDITÉ																	
Faible poids à la naissance ¹⁶	oui	oui^	oui	✓✓	✓*	✓	✗	✓✓	✗	✗	✗	✓	✓✓	✓✓*	✓*	✗	Naissances vivantes pour lesquelles

¹⁵ Il pourrait y avoir des problèmes liés au N pour de petites régions. Il serait possible de grouper des années.

¹⁶ Les données de l'Ontario pour cet indicateur ne sont pas comparables à cause de problèmes relatifs à la qualité des données.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
présenté comme - limitation de la croissance fœtale; - naissance avant terme																	le poids du nouveau-né est inférieur à 2 500 grammes, exprimées en pourcentage du total des naissances vivantes. La limitation de la croissance fœtale est représentée par le taux de faible poids compte tenu de l'âge gestationnel : le nombre de naissances vivantes dont le poids à la naissance est inférieur au dixième rang centile du poids à la naissance spécifique pour l'âge gestationnel, en proportion de toutes les naissances vivantes dans un endroit donné et à une période donnée; et la naissance avant terme est représentée par un taux des naissances avant terme : le nombre de naissances vivantes à un âge gestationnel à la naissance de moins 37 semaines complètes, en proportion de toutes les naissances vivantes dans un endroit donné et à une période

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	donnée. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances de l'ASPC
Taux d'invalidité – proportion de la population souffrant de maladies qui causent des limitations d'activité à long terme	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓ ¹⁷	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓* RPSU	✓ ¹⁸	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé qui dure ou devrait durer six mois ou plus. Source(s) : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Embonpoint et obésité, indice de masse corporelle (IMC) (cible de la SMVS); proportion d'adultes faisant de l'embonpoint dans la population, 18 ans et	oui	oui [^]	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓* RPSU	✓	Habituellement calculé d'après la taille et le poids auté-déclarés (sauf dans l'ESCC 2.2). L'indice de masse corporelle (IMC) est une façon de classer le poids corporel selon le

¹⁷ L'emploi pourrait être utilisé pour les indicateurs fondés sur l'ESCC, y compris si le répondant a un emploi ou non et(ou) le genre de travail qu'il fait. Toutefois, l'ESCC n'utilise pas des classifications normalisées.

¹⁸ Pour les indicateurs fondés sur l'ESCC, l'orientation sexuelle est possible, comme l'invalidité s'il y a lieu.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
plus (IMC = 25-29,9); proportion d'adultes obèses (IMC ≥ 30) dans la population																	risque pour la santé. Il s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de trois pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres). Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. L'indice est : inférieur à 18,5 (poids insuffisant); 18,5 à 24,9 (poids normal); 25,0 à 29,9 (embonpoint); 30,0 à 34,9 (obésité-classe I); 35,0 à 39,9 (obésité-classe II); 40 et plus (obésité-classe III). Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
5. SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE AUTO-ÉVALUÉE																	
Santé perçue	oui	oui^	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓*	✓	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Santé mentale perçue	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçue fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, de problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse, qui n'est pas nécessairement rapportée par l'auto-évaluation de la santé (physique). Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
canadiennes (BASE)																	
6. RÉSULTATS LIÉS À DES CAUSES PARTICULIÈRES																	
Affections chroniques ○ Cancer Total pour tous les cancers Codes selon le siège - côlon et rectum (codes C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0 de la CIM-O-3) - poumon (codes C34.0 à C34.9 de la CIM-O-3) - sein - femmes (codes C50.0 à C50.9 de la CIM-O-3) - prostate (code C61.9 de la CIM-O-3).	oui	oui	oui	✓	✓	✓	x	✓	x	x	x	✓	✓✓	✓✓	x	x	Cancer : Taux normalisé selon l'âge des nouveaux sièges primaires de cancer (tumeurs malignes) pour 100 000 habitants. Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur le cancer, Registre canadien du cancer
Affections chroniques ○ Diabète ○ Asthme ○ Arthrite	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓* RPSU	✓	Ces trois affections servent régulièrement d'indicateurs normalisés, mais des taux par tranches d'âge sont produits Diabète : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé. Remarques : 1) l'ESCC ne fait pas de distinction entre les

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	<p>diabète de type 1 et de type 2; 2) comprend les femmes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel. Au besoin, l'ESCC peut exclure de l'estimation de la prévalence les femmes ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)</p> <p>Asthme : Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)</p> <p>Arthrite : Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite d'un professionnel de la santé. L'arthrite</p>

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire ¹⁹ • Tuberculose ²⁰	oui	oui^	oui	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓✓	✗	✗	✗	Tuberculose : Nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés durant une année donnée. Source : ASPC
• Infections au VIH nouvellement détectées ²¹	oui	oui^	oui	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓✓	✗	✗	✓	VIH : Nombre de nouveaux cas de VIH dans une année donnée (dépistage anonyme exclu). L'information est basée sur les personnes qui ont subi un test de dépistage du

¹⁹ Selon le consensus auquel nous sommes arrivés avec nos homologues PT, les données de l'ASPC ne se décomposent pas au-delà du niveau PT.

²⁰ Les données collectées de façon régulières comprennent l'âge, le sexe, l'origine (non-autochtone né au Canada, Autochtone né au Canada [Indien inscrit, Inuit ou Métis] ou né à l'étranger), statut d'immigrant et géocodage (trois premières lettres). Problèmes liés à la petite taille des cellules.

²¹ Les données collectées de façon régulière comprennent l'âge, le sexe, l'identité ethnique et l'appartenance à un groupe autochtone (sauf au Québec et en Ontario), l'exposition (sauf au Québec) et le géocodage (trois premières lettres). Des travaux sont en cours pour essayer de collecter le statut d'immigrant. Problèmes liés à la petite taille des cellules.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	VIH. Source : ASPC
• Cas de chlamydia détectés en clinique ²²	oui	oui [^]	oui	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓✓	✗	✗	✗	Chlamydia : Nombre de nouveaux cas de chlamydia déclarés dans une année donnée. Source : ASPC
Taux de vaccination des enfants ²³ - Diphtérie, tétanos et coqueluche (DPC) - Rougeole, oreillons, rubéole	oui	no	oui	s.o.	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗	Estimation de la couverture pour la diphtérie, tétanos et coqueluche (DPC) avant le deuxième anniversaire de naissance. Estimation de la couverture pour une seule dose du vaccin antirougeoleux antiourlien et antirubéoleux (ROR) avant le deuxième anniversaire de naissance. Source : Enquête nationale sur la

²² Les données collectées de façon régulière comprennent l'âge, le sexe et le géocodage (trois premières lettres). L'information sur l'appartenance à un groupe autochtone est collectée dans quatre administrations. Quelques études spéciales portent sur des facteurs comme le revenu, l'identité ethnique, la formation et différentes populations vulnérables comme les sans-abris et les prisonniers.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethnoraciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
Santé buccale o Capacité de mastiquer o Douleur/inconfort des dents et des gencives (dans le dernier mois) REMARQUE : Voir aussi l'indicateur de la couverture d'assurance dentaire	oui	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	? ²⁴	✓	vaccination de l'ASPC Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ne rapportent pas de limitation de leur capacité de mastiquer (dérivé). Proportion des personnes de 12 ans et plus qui rapportent pas avoir souffert de douleur ou d'inconfort buccal ou facial dans le dernier mois. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (THÈME)
DISPARITÉS RELATIVES AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ																	
A : CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES																	
<u>Comportements sanitaires</u>																	
Genre de fumeur	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓*	✓	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré

²³ Une enquête (menée aux deux ans) demande les trois premières lettres du code postal, le revenu du ménage et la scolarité du parent le plus au courant des immunisations ou des vaccins que l'enfant a reçus. N=1 200 à 1 500 ménages, donc il est impossible de désagréger les données à une petite région géographique. (Selon le personnel de l'ASPC en rapport avec le Réseau canadien des registres d'immunisation/le Comité consultatif national de l'immunisation, c'est la seule source de données puisque les seules provinces qui possèdent des registres d'immunisation entièrement fonctionnels sont les suivantes : CB, AB, MB, SK, TN et NB.) L'incidence des maladies pouvant être évitées par la vaccination ne fonctionnera pas car le N est trop petit (par exemple – moyennes tirées du site Internet de l'ASPC : rougeole = 10/an; oreillons = 87/an; rubéole = 30/an; tétanos = 4/an).

²⁴ Peut-être, si on en fait une question de base dans l'ESCC.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l’OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l’ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l’OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d’immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l’autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l’indicateur ¹¹
																	qu’elles fumaient actuellement (tous les jours ou à l’occasion) ou qu’elles ne fumaient pas (ancien fumeur ou personne n’ayant jamais fumé). Ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Pratiques alimentaires – consommation de fruits et légumes (choix d’aliments sains) – Stratégie des modes de vie sains (SMVS) : l’objectif est de cinq portions ou plus par jour)	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓*	✓	Personnes de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de fois par jour qu’elles consomment des fruits et des légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Activité physique durant les loisirs (cible de la SMVS) (REMARQUE : inactivité physique produite pour le	oui	oui [^]	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓* RSPU	✓	Personnes de 12 ans ou plus qui ont déclaré un niveau d’activité physique, d’après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
RSPU, d'après des cycles combinés)																	de leurs activités physiques durant leurs loisirs. Les répondants sont groupés comme actif, modérément actif ou inactif selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes : 3.0 kcal/kg/jour ou plus = personne active; 1,5 à

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethnoraciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieur à 1,5 kcal par jour = personne inactive. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Consommation d'alcool (consommation abusive)	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓* RSPU	✓	Personnes de 12 ans et plus qui consommaient de l'alcool au moment de l'enquête et qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents. La consommation abusive se définit lorsqu'un consommateur actuel consomme cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion, 12 fois ou plus par année. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Allaitement ²⁵	oui	oui	oui	✓	✓	✓	✓	s.o.	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓*	✗	✓	L'allaitement maternel

²⁵ À cause du petit N, la capacité de désagréger peut être limitée.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l’OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l’ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l’OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d’immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l’autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l’indicateur ¹¹
																	chez les femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance au cours des cinq dernières années. Les catégories comprennent : n’a pas allaité, a allaité pendant au moins quatre mois, a allaité exclusivement pendant au moins quatre mois, a allaité pendant six mois, a allaité exclusivement pendant au moins six mois. Ces repères constituent les recommandations antérieures (quatre mois d’allaitement exclusif) et actuelles (six mois d’allaitement exclusif) de Santé Canada. L’allaitement temporaire fait référence aux femmes qui ont allaité ou tenté d’allaiter leur dernier enfant, ne serait-ce que pour une courte durée. L’allaitement exclusif fait référence à un nouveau-né qui se nourrit uniquement de lait maternel et d’aucun

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l’OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l’ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l’OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d’immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l’autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l’indicateur ¹¹
																	autre liquide (même de l’eau) ni d’aliments solides. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Milieu physique et social																	
Besoin impérieux de logement ²⁶	oui	no	oui	✓	✓	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	On dit qu’un ménage éprouve un besoin impérieux de logement si le logement qu’il occupe ne répond pas à au moins un critère concernant la taille, la qualité ou l’abordabilité et s’il doit consacrer au moins 30 % de son revenu avant impôt pour payer le loyer médiant des logements acceptables situés dans sa localité. (Qualité convenable – qui ne nécessite pas de réparations majeures; logement abordable – coûte moins de 30 % du revenu du ménage avant impôt; taille

²⁶ Les données sont désagrégables selon l’âge du soutien principal, le revenu moyen du ménage, si le soutien principal est membre d’une minorité visible et le statut d’immigrant. Quant à la catégorie « autre », des données sur l’invalidité, le statut de propriétaire ou locataire et le type de ménage (p. ex. monoparental) sont disponibles. Le niveau géographique est disponible d’après les règles de suppression du Recensement (tableaux actuels disponibles au niveau des RMR).

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l’OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l’ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l’OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d’immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l’autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l’indicateur ¹¹
																	adéquate – suffisamment de chambres compte tenu de la taille et de la composition du ménage). Exclut les ménages non familiaux dirigés par des soutiens principaux de 15 à 29 ans qui fréquentent l’école à temps plein. Source : Société canadienne d’hypothèques et de logement (SCHL), d’après le Recensement et l’Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) (Statistique Canada)
Qualité de l’eau : nombre de jours faisant l’objet d’un avis de faire bouillir l’eau ²⁷	oui	no	oui	x	x	x	x	x	x	x	x	x	✓	x	✓	x	Nombre de jours faisant l’objet d’un avis de faire bouillir l’eau dans les municipalités qui ont répondu avoir

²⁷ Les données au niveau du ménage, individuelles ou du quartier ne sont pas disponibles. Données disponibles au niveau de la municipalité (ville/municipalité/village). D’autres options comprennent l’indice de la qualité de l’eau qui est assez large (si « la qualité globale des plans d’eau représente une menace pour différentes utilisations de l’eau, par exemple à titre d’habitat pour la vie aquatique, d’eau d’irrigation pour l’agriculture et le bétail, les loisirs et l’esthétique et les approvisionnement en eau potable ») et qui n’est disponible qu’en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, au Québec et à Terre-et-Labrador. La FCM utilise des indicateurs de la consommation de l’eau, du traitement des eaux usées et de la qualité de l’eau utilisée à des fins récréatives.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	des problèmes de qualité de l'approvisionnement en eau à un quelconque moment depuis (dernière année de l'enquête). Source: Enquête sur l'eau potable et les eaux usées des municipalités (exécutée aux deux à trois ans), Environnement Canada
Marche/vélo pour aller travailler ²⁸	oui	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Personnes dont le moyen de transport principal utilisé pour se déplacer entre la résidence et le lieu de travail est la marche ou le vélo (autodéclaré). Source : Statistique Canada, Recensement
Exposition à la fumée secondaire à la maison Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux	oui	oui [^]	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓*	✓	Exposition à la fumée secondaire à la maison : non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'au moins une personne fumait dans leur logement tous les jours

²⁸ Disponible au moyen de tableaux personnalisés. Le niveau géographique dépend du N. Idéalement, un indice du potentiel piétonnier serait mais celui-ci n'est pas disponible pour le moment à l'échelle pancanadienne. Des travaux ont été menés dans ce domaine (p. ex. Frank, 2005; www.walkscore.com) Mais d'autres travaux seraient nécessaires.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
publics																	ou presque tous les jours. Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics : non-fumeurs de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire dans les véhicules privés et(ou) les lieux publics tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Sentiment d'appartenance à la communauté locale	oui	oui	oui	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓	Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale comme très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Conditions de travail																	
Stress au travail	oui	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓	Personnes de 16 à 74

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	ans qui avaient travaillé dans un emploi ou à leur compte à un quelconque moment au cours des 12 derniers mois; par rapport à leur emploi principal ou au travail à leur compte au cours des 12 derniers mois, s'ils ont déclaré que la plupart des jours au travail étaient : pas du tout stressants ou pas très stressants OU assez stressants ou extrêmement stressants. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)
Tension au travail ²⁹	FACULTATIF ESCC	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	? ³⁰	✓	Cette variable indique si le répondant déclare vivre de la tension au travail. La tension au travail est mesurée selon un rapport entre les exigences de nature psychosociale et la possibilité de prendre des décisions, ce qui

²⁹ C'est l'indicateur idéal d'après les données probantes disponibles, y compris les travaux exécutés par l'Institut du travail et de la santé, mais les questions sont facultatives dans l'ESCC. Par conséquent, le stress du milieu de travail (une question de base dans l'ESCC) est indiqué en premier. D'autres travaux devraient être exécutés sur la précarité à titre d'indicateur des conditions de travail.

³⁰ Peut-être, si on en fait une question de base dans l'ESCC.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	comprend la latitude quant aux compétences à utiliser et le pouvoir décisionnel. D'après WSTT401-406 et 409. Les répondants de moins de 15 ans ou de plus de 75 ans et les répondants qui n'avaient pas occupé un emploi ou travaillé à leur compte au cours des 12 derniers mois étaient exclus de la population. Source : Variable dérivée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada (FACULTATIF)
Soins de santé <i>(couverture, infrastructure du système de soins de santé)</i>																	
Recours à des spécialistes (indicateur de l'utilisation ou de l'accessibilité des services assurés)	oui	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Personnes de 12 ans et plus qui rapportent avoir vu ou consulté un autre médecin ou spécialiste, par exemple un chirurgien, un allergologue, un orthopédiste, un gynécologue/urologue ou un psychiatre (au

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethnoraciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹	
																		<p> sujet de leur santé physique, affective ou mentale) au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)</p>
Visites à un professionnel de la santé dentaire au cours des 12 derniers mois (indicateur de l'utilisation ou de l'accessibilité des services non assurés)	oui	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir vu ou consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (BASE)</p>
Présence d'assurance dentaire (indicateur de l'utilisation ou de l'accessibilité de services non assurés)	oui	no	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	? ³¹	✓	<p>Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir de l'assurance qui couvre une partie ou la totalité de leurs dépenses dentaires.</p> <p>Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (FACULTATIF)</p>	
Services de santé	oui	oui [^]	oui	✓	✓	✓	✓	s.o.	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	? ³³	✓	Mammographie :	

³¹ Peut-être, si on en fait une question de base dans l'ESCC.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
préventifs (indicateur de l'accès des services préventifs) : <ul style="list-style-type: none"> mammographie de dépistage (50-69) test Pap (18-69)³² 																	<p>Femmes de 50 ans à 69 ans déclarant qu'elles ont passé leur dernière mammographie pour un dépistage de routine ou pour d'autres raisons.</p> <p>Test de Pap : Femmes de 18 à 69 ans déclarant quand elles ont eu leur dernier test de Pap.</p> <p>Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (THÈME)</p>
Protection sociale																	
Admissibilité à l'A.-E. ³⁴	oui	no	oui	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	Calcul du rapport prestataires-chômeurs (P/C). (Les prestataires sont définis comme le
Il faudrait calculer																	

³² La difficulté ici tient au fait qu'il n'y a pas d'équivalent pour les hommes. (REMARQUE : Nous aurions pu utiliser l'hypertension artérielle et la prise de médicaments pour la contrôler 9question de base dans l'ESCC] mais il y a des problèmes liés à l'interprétation de cet indicateur. Les questions sont : Faites-vous de la haute pression; avez-vous déjà reçu un diagnostic de haute pression; et au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments pour la haute pression. Cependant, nous ne savons pas très bien comment faire le calcul si la personne a besoin de médicaments et si cela indique que le problème est sous contrôle.)

³³ Dépend des catégories utilisées pour les réponses.

³⁴ Pour le revenu, le salaire est disponible (pas le revenu). Au plan géographique, la région de l'A.-E. (un peu plus petite que la RMR) est disponible; dépend du N. RHDSC soutient que cet indicateur « a l'avantage de la simplicité et de la disponibilité historique ». La source idéale pour ces données serait les dossiers mêmes d'A.-E. Toutefois, des personnes-ressources à RHDSC citent des problèmes liés à l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels et des lignes directrices rigoureuses en matière d'accessibilité. Toutefois, d'autres travaux dans ce domaine par des voies officielles pourraient ouvrir un accès potentiel à ces données.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
séparément le rapport pour chaque groupe																	nombre total de prestataires réguliers durant la semaine de référence (chômeurs, inactifs ou employés). Les chômeurs sont tous les chômeurs.) Source : Statistique Canada, Enquête sur la couverture de la population dans un régime d'assurance-emploi (un sous-échantillon de l'Enquête sur la population active); aussi rapporté par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC)
Accès à des places dans des services de garde réglementés pour les enfants de moins de six ans ³⁵	no	no	oui	*	*	*	*	*	*	*	*	*	✓	*	*	*	Données centralisées sur les places à temps plein et à temps partiel dans des services de garde pour les enfants de 0 à 5 ans et pourcentage des enfants âgés de 0 à 5 ans qui occupent une place dans un service de garde réglementé.

³⁵ Ces données ne sont pas disponibles. Les données collectées qui s'en rapprochent le plus sont le nombre de places en service de garde à temps plein et à temps partiel dans des centres pour les 0 à 5 ans tel que décrit, en plus du nombre d'enfants qui reçoivent des subventions par province ou territoire. Ces données comportent de nombreuses limites et ne sont pas désagrégables.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	Nombre d'enfants recevant une subvention. Source : <i>Early Childhood Education and Care in Canada</i> par Martha Friendly et coll., Childcare Resource and Research Unit (à l'aide de questionnaires et d'entrevues téléphoniques avec les P/T)
B : DÉTERMINANTS STRUCTURAUX																	
Sexe (normes et valeurs, participation économique, santé sexuelle et procréative)																	
Indice de l'égalité des sexes (Suède) ³⁶	no	no	oui	✓	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	✓	✓	✓	✓	?	?	?	?	L'indice de l'égalité des sexes de la Suède comprend les personnes ayant fait des études postsecondaires (% différence entre les hommes et les femmes), les personnes qui occupent un emploi rémunéré (% écart), les chercheurs d'emploi (%, écart), le revenu moyen d'un emploi rémunéré (dollars par

³⁶ Il faudrait élaborer cet indicateur. D'autres travaux peuvent aussi confirmer à quel niveau géographique cela pourrait se faire.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethnoraciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	habitant, écart), les personnes à faible revenu (% sous 50 % du revenu médian), la répartition inégale des sexes selon le secteur d'activité (%), écart) et les jours de prestation de congé parental (%), écart). Source potentielle : Statistique Canada, Recensement
Disparités sociales																	
Enfants dans des familles à faible revenu	oui	oui	oui	s.o.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	✓ ³⁷	Proportion d'enfants de 17 ans et moins vivant dans une famille économique dont le revenu est inférieur a seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le SFR est calculé d'après la taille de la famille et

³⁷ Pour l'invalidité. L'orientation sexuelle n'est pas saisie, mais les familles formées d'un couple homosexuel le sont.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	le degré d'urbanisation; les seuils sont mis à jour afin de tenir compte des variations de l'indice des prix de la consommation. Source : Statistique Canada, Recensement
Indice de défavorisation ³⁸	oui	no	oui	✓	x	x	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ³⁹	L'indice renferme deux éléments : la dimension matérielle et la dimension sociale. La dimension matérielle examine la privation des biens et commodités modernes et elle est mesurée par la proportion de personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, le rapport emploi/population et le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus. La dimension sociale mesure la fragilité du réseau social et comprend la proportion de personnes de 15 ans et plus qui sont séparées,

³⁸ Selon l'INSPQ, il est possible de produire des tableaux croisés de l'indice selon d'autres variables, come le statut d'immigrant, etc. Les mesures du revenu, l'emploi et la formation sont inclus dans la mesure de défavorisation matérielle.

³⁹ Pour l'invalidité. L'orientation sexuelle n'est pas saisie, mais les familles formées d'un couple homosexuel le sont.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
																	veuves ou divorcées; la proportion de personnes vivant seules et la proportion de familles monoparentales. Source : Recensement (Statistique Canada); indice mis au point par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Taux d'itinérance	no	no	oui	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓ ⁴⁰	✗	✗	✗	✓ ⁴¹	✓ ⁴²	Définition à élaborer. Ce taux n'est actuellement collecté que par certaines municipalités et les méthodologies et définitions ne sont pas uniformes. Vancouver, Toronto, Edmonton, Calgary, Saskatoon et Hamilton sont les seules villes qui collectent des caractéristiques sociodémographiques. Source : Différentes municipalités

⁴⁰ Cette catégorie n'est pas très robuste. Selon la ville, cela peut comprendre les refuges pour immigrants ou les personnes dont le pays d'origine n'est pas le Canada.

⁴¹ Municipalités

⁴² Des données sur l'invalidité sont collectées, mais le N est très petit.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno-raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
Travailleurs pauvres ⁴³	oui	no	oui	✓	✘	✓	✓	✓	✓	✘	✓	✓	✓	✓	✓	✘	Proportion d'employés à temps plein de 18 à 64 ans qui déclarent gagner le salaire minimum ou moins. Exclut les travailleurs autonomes et les étudiants à temps plein. Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada
Sécurité alimentaire	oui	oui (récemment ajouté au cadre)	oui	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	? Les pondérations des ménages peuvent constituer une limite à la disponibilité de données pour de petites régions	✓	✓?? Les pondérations des ménages peuvent constituer une limite à la disponibilité de données pour de petites régions	✓	✓	Proportion de la population qui déclare vivre plusieurs problèmes de privation alimentaire, comme le recours à des banques alimentaires, se passer de fruits et légumes frais et acheter des aliments bon marché pour boucler le budget. Sécurité alimentaire – nouveau module en 2005. Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (THÈME)

Contexte sociopolitique

(Droits civils, conditions d'emploi, gouvernance et priorités des dépenses publiques, conditions macro-économiques)

⁴³ L'enquête ne fournit pas de données sur le revenu, seulement sur le salaire. Les tranches d'âge pour être incluses dans l'indicateur détermineront la capacité de désagréger les données à des niveaux géographiques plus petits (p. ex. la tranche des 15 à 64 ans aura une proportion plus élevée que la tranche des 25 à 64 ans). Le niveau géographique nécessite des tableaux personnalisés et dépend du N; possible pour les RMR plus grandes.

Indicateur (catégories issues de la CSDRH de l'OMS)	Actuellement collecté au Canada	Chevauche le cadre de l'ICIS/STC	En accord avec la CSDH de l'OMS	Âge	Revenu	Niveau de scolarité	Emploi/ occupation	Sexe	Appartenance à un groupe autochtone ⁸	Identité ethno- raciale	Statut d'immigrant	Urbain/ rural ⁹	PT	Niveau de l'autorité sanitaire	Petite région ¹⁰	Autre, p. ex. invalidité, orientation sexuelle, etc.	Définition et source de l'indicateur ¹¹
À ce stade, il n'y a pas d'indicateur à inclure ici. On pourrait envisager d'inclure ici des indicateurs relatifs aux Autochtones. Les mêmes points à considérer devront peut-être être appliqués en grande partie aux indicateurs de l'appartenance ethno-raciale et du statut d'immigrant.																	

Annexe C : État des indicateurs proposés

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
DISPARITÉS RELATIVES À L’ÉTAT DE SANTÉ					
1. MORTALITÉ					
Espérance de vie à la naissance à 65 ans	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les décès		
Taux de mortalité infantile (TMI) présenté sous la forme suivante : <ul style="list-style-type: none"> - TMI brut; - TMI pour les naissances vivantes ≥ 500 grammes 	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les naissances et les décès; Fichier en chaîne sur les naissances et les décès infantiles, ASPC (Direction de la surveillance de la santé et de l’épidémiologie)		Problème de comparabilité des données : Les données de l’Ontario pour le TMI des naissances vivantes ≥ 500 ne sont pas comparables à cause de problèmes relatifs à la qualité des données
Cardiopathie	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les décès		
Cancer du poumon	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les décès		

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
Décès dus à des blessures accidentelles	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les décès		
2. Développement dans la petite enfance					
Instrument de mesure du développement de la petite enfance	Non	Non	(IMDPC) Instrument de mesure du développement de la petite enfance. Utilisé actuellement uniquement en C.-B., au Manitoba et en Ontario (et à Montréal).	Collecte provinciale/territoriale en conjonction avec les conseils scolaires	Création de la source de données : Des travaux sont nécessaires pour garantir que les données sont collectées dans l’ensemble du pays. On s’attend que l’utilisation soit étendue aux autres provinces et territoires. Les intervenants qui travaillent sur l’IEDE tiennent une conférence en novembre 2009 pour essayer d’élargir l’utilisation dans l’ensemble du pays.
3. SANTÉ MENTALE					
Suicides	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les décès		Indicateur additionnel potentiel nécessitant la création d’une source de données : Deux provinces ont indiqué la possibilité d’inclure le parasuicide à titre d’indicateur

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
					additionnel de la santé mentale. Cependant, il n’y a pas de données pancanadiennes disponibles à ce sujet pour le moment. À l’avenir, à mesure que le Système national d’information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l’ICIS regroupe plus de provinces et de territoires, cet indicateur pourrait être revu.
Indicateur composé des hospitalisations pour les troubles de santé mentale	Oui	Oui	Banque de données sur les congés des patients (ICIS), Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec; Recensement 2001 et 2006 (Statistique Canada)		
4. MORBIDITÉ ET INVALIDITÉ					
Faible poids à la naissance, présenté comme <ul style="list-style-type: none"> - limitation de la croissance fœtale; - naissance 	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur les naissances de l’ASPC		Problème de comparabilité de données : Les données de l’Ontario ne sont pas comparables à cause de problèmes liés à la qualité des

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
avant terme.					données.
Taux d’invalidité – proportion de la population souffrant de maladies qui causent des limitations d’activité à long terme	Oui	Oui, core	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Embonpoint et obésité, indice de masse corporelle (IMC) (cible de la SMVS); proportion d’adultes faisant de l’embonpoint dans la population, 18 ans et plus (IMC = 25-29,9); proportion d’adultes obèses (IMC ≥ 30) dans la population	Oui	Oui, core	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
5. SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE AUTO-ÉVALUÉE					
Santé perçue	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Santé mentale perçue	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
6. RÉSULTATS SELON DES CAUSES PARTICULIÈRES					
Affections chroniques o Cancer Total pour tous les cancers Codes selon le siège	Oui	Oui	Statistique Canada, Statistique de l’état civil, base de données sur le cancer,		

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
- côlon et rectum (codes C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0 de la CIM-O-3) - poumon (codes C34.0 à C34.9 de la CIM-O-3) - sein - femmes (codes C50.0 à C50.9 de la CIM-O-3) - prostate (code C61.9 de la CIM-O-3).			Registre canadien du cancer		
Affections chroniques o Diabète o Asthme o Arthrite	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Incidence de certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire • Tuberculose • Infections au VIH nouvellement détectées • Cas de chlamydia détectés en clinique	Oui	Oui	ASPC		
Taux de vaccination des enfants - Diphtérie, tétanos et coqueluche (DPC)	Oui, mais voir les remarques	Oui, mais voir les remarques	Enquête nationale sur la vaccination de l’ASPC	Actuellement collecté par l’ASPC; les registres d’immunisation seraient collectés par	Indicateur de remplacement potentiel nécessitant la création d’une

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
- Rougeole, oreillons, rubéole				les provinces et territoires	source de données et l’élaboration de définitions : Le personnel de l’ASPC en rapport avec le Réseau canadien des registres d’immunisation/ Comité consultatif national de l’immunisation indique que les seuls registres d’immunisation pleinement opérationnels se trouvent en Colombie- Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et- Labrador. Par conséquent, une source de rechange (petite enquête) sert de source des données pour le moment. Quand d’autres registres seront mis sur pied, la source de cet indicateur pourrait être remplacée par une source plus robuste.

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l'OMS)	Données actuellement collectées dans l'ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l'indicateur n'est pas élaboré ou s'il n'y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
Santé buccale <ul style="list-style-type: none"> o Capacité de mastiquer o Douleur/inconfort des dents et des gencives (dans le dernier mois) 	Oui	Non, contenu thématique dans l'ESCC	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		Création d'une source de données : Il faudrait en faire une question de base dans l'ESCC.

DISPARITÉS RELATIVES AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

A : CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

Comportements sanitaires

Genre de fumeur	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Pratiques alimentaires – consommation de fruits et légumes (choix d'aliments sains)	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Activité physique durant les loisirs	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Consommation d'alcool (consommation abusive)	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Allaitement	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		

Milieu physique et social

Besoin impérieux de logement	Oui	Oui	Société canadienne		
------------------------------	-----	-----	--------------------	--	--

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
			d’hypothèques et de logement (SCHL), d’après le Recensement et l’Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) (Statistique Canada)		
Qualité de l’eau : nombre de jours faisant l’objet d’un avis de faire bouillir l’eau	Oui, mais limité; voir les remarques	Oui, mais limité; voir les remarques	Enquête sur l’eau potable et les eaux usées des municipalités (exécutée aux deux à trois ans), Environnement Canada	Municipalités et collectivités	<p>Indicateur de remplacement potentiel nécessitant la création d’une source de données et l’élaboration de définitions :</p> <p>Actuellement, la source de données indiquée est limitée et ne comprend pas les collectivités des Premières nations dans les réserves, par exemple. D’autres travaux sont nécessaires sur cet indicateur pour créer une source de données qui comprend d’autres collectivités. En outre, des travaux peuvent être exécutés pour élaborer un indicateur différent de la qualité de l’eau, auquel cas il sera nécessaire</p>

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
					d’élaborer des définitions. Les six centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) pourraient être des partenaires potentiels – les six CCN ont collectivement déterminé que les petits réseaux d’approvisionnement en eau potable constituent un enjeu prioritaire en matière de santé, compte tenu que l’eau potable est essentielle à la vie humaine et à la santé.
Marche/vélo pour aller travailler	Oui	Oui	Statistique Canada, Census	Si un indice est mis au point, il faudrait probablement que ce travail soit fait en conjonction avec Statistique Canada et les municipalités.	Indicateur de remplacement potentiel nécessitant la création d’une source de données et l’élaboration de définitions : Nous avons un indicateur du recours à la marche ou au vélo pour se rendre au travail. un indice du potentiel piétonnier (p. ex. aménagement à usage multiple, densité résidentielle et connectivité des

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
					rues) serait un meilleur indicateur [29]. Des travaux ont été faits à ce sujet (p. ex. www.walkscore.com ou [29]), mais il faudrait investir beaucoup de ressources et créer des sources de données pour appliquer ce concept à l’échelon pancanadien.
Exposition à la fumée secondaire à la maison Exposition à la fumée secondaire dans les véhicules et les lieux publics	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Sentiment d’appartenance à la communauté locale	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Conditions de travail					
Stress au travail	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		Indicateur de remplacement potentiel nécessitant la création d’une source de données et l’élaboration de définitions : Le stress en milieu de travail et la tension

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
					professionnelle sont mentionnés comme indicateurs des conditions de travail, mais des travaux additionnels sont nécessaires pour examiner la possibilité d’un indicateur de la précarité d’emploi, y compris pour élaborer des définitions et créer des sources de données potentielles. [30, 31].
Tension au travail	Non, pas dans l’ensemble du Canada compte tenu qu’il s’agit d’un contenu facultatif de l’ESCC	Non, facultatif	Variable dérivée de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada		Création d’une source de données : C’est l’indicateur idéal, d’après les données probantes disponibles, y compris les travaux exécutés à l’Institute for Work and Health, mais il faudrait en faire des questions de base dans l’ESCC.
Soins de santé					
Recours à des spécialistes (indicateur de l’utilisation ou de l’accessibilité des services assurés)	Oui	Oui, base	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Visites à un	Oui	Oui, base	Statistique		

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
professionnel de la santé dentaire au cours des 12 derniers mois (indicateur de l’utilisation ou de l’accessibilité des services non assurés)			Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		
Présence d’assurance dentaire (indicateur de l’utilisation ou de l’accessibilité de services non assurés)	Non, pas dans l’ensemble du Canada compte tenu qu’il s’agit d’un contenu facultatif de l’ESCC	Non, FACULTATIF	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		Création d’une source de données : Il faudra en faire une question de base dans l’ESCC.
Services de santé préventifs (indicateur de l’accès des services préventifs) : <ul style="list-style-type: none"> • mammographie de dépistage (50-69) • test Pap (18-69) 	Oui	Non, thème dans l’ESCC	Source: Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		Création d’une source de données : Il faudra en faire une question de base dans l’ESCC.
Protection sociale					
Admissibilité à l’A.-E.	Oui	Oui	Statistique Canada, Enquête sur la couverture de la population dans un régime d’assurance-emploi (un sous-échantillon de l’Enquête sur la population active); aussi	Si la source de données est modifiée en tenant compte les commentaires, cela viendrait encore du gouvernement fédéral	Indicateur de remplacement potentiel nécessitant la création d’une source de données et l’élaboration de définitions : Nous avons inclus une suggestion d’une source de données

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
			rapporté par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC)		sur l’admissibilité à l’A.-E. Toutefois, les dossiers d’A.-E. eux-mêmes seraient une source de meilleure qualité. Il faudrait présenter des demandes de gouvernement à gouvernement pour obtenir l’accès.
Accès à des places subventionnées dans des services de garde pour les enfants de moins de six ans	Non	Non	Quelques données disponibles dans <i>Early Childhood Education and Care in Canada</i> par Martha Friendly et coll., Childcare Resource and Research Unit (à l’aide de questionnaires et d’entrevues téléphoniques avec les P/T)	Sources de données provinciales/ territoriales	Élaboration de définitions et création d’une source de données : Les données sur les places subventionnées en services de garde ne sont pas disponibles. Les données collectées actuellement sont recensées, toutefois, il faudrait définir un indicateur plus robuste et permanent et créer une source de données.
B : DÉTERMINANTS STRUCTURAUX					
Indice de l’égalité des sexes (Suède)	Non	Non		La source potentielle est le Recensement de Statistique Canada	Élaboration de définitions et création d’une source de données : Aucun indice de l’égalité des sexes n’a été mis au point ni utilisé au Canada. L’indice suédois est suggéré, mais

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
					d’autres travaux s’imposent pour déterminer si la définition suédoise sera utilisée et pour choisir des sources de données.
Disparités sociales					
Enfants dans des familles à faible revenu	Oui	Oui	Statistique Canada, Recensement		
Indice de défavorisation			Recensement (Statistique Canada); indice mis au point par l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)		
Taux d’itinérance	Non	Non		Niveau des municipalités. Ces données ne sont actuellement collectées que par certaines municipalités et les méthodologies et les définitions qu’elles emploient ne sont pas homogènes.	Élaboration de définitions et création d’une source de données : Il n’y a pas de définition uniforme de l’itinérance, ni de données disponibles à l’échelon pancanadien. D’autres travaux sont nécessaires pour établir une définition normalisée et des sources de données. Les partenaires potentiels comprennent le Secrétariat des partenariats de lutte

Indicateur proposé (catégories issues de la CSDH de l’OMS)	Données actuellement collectées dans l’ensemble du Canada?	Si les données sont disponibles, sont-elles collectées régulièrement?	Si les données sont disponibles, qui les détient actuellement?	Si les données ne sont pas disponibles, qui pourrait collecter de nouvelles données?	Si l’indicateur n’est pas élaboré ou s’il n’y a pas de source de données, quels sont les travaux additionnels requis (élaboration des définitions, création de la source des données)
					contre l’itinérance à RHDSC et la Fédération canadienne des municipalités.
Travailleurs pauvres	Oui	Oui	Enquête sur la population active, Statistique Canada		
Sécurité alimentaire	Oui	Non, thème dans l’ESCC	Statistique Canada, CCHS		Création d’une source de données : Il faudra en faire une question de base dans l’ESCC.

Contexte sociopolitique

(Droits civils, conditions d’emploi, gouvernance et priorités des dépenses publiques, conditions macro-économiques)

À ce stade, il n’y a pas d’indicateur à inclure ici. On pourrait envisager d’inclure ici des indicateurs relatifs aux Autochtones. Les mêmes points à considérer devront peut-être être appliqués en grande partie aux indicateurs de l’appartenance ethno-raciale et du statut d’immigrant.



Annexe D : Affiche de la DGSPNI : Surveillance de l'état de santé des Premières nations au Canada : où en sommes-nous?

Voir la pièce jointe en PDF.

Références

1. 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, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : document de travail*. 2005, Agence de la santé publique du Canada : Ottawa (Ontario).
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, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : orientations et activités stratégiques recommandées*. 2004, Agence de la santé publique du Canada : Ottawa (Ontario).
3. Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*. 2004, Institut canadien d'information sur la santé : Ottawa.
4. Gouvernement du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*. 2008, Agence de la santé publique du Canada : Ottawa (Ontario).
5. Initiative sur la santé de la population canadienne, *Réduction des écarts en matière de santé : Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. 2008, ICIS : Ottawa (Ontario).
6. Lynch, J. et coll., *Is income inequality a determinant of population health? Part I. A systematic review*. *Milbank Q*, 2004. **82**(1): p. 5-99.
7. Chandola, T. et M. Marmot, *Social Epidemiology*, in *Handbook of Social Epidemiology*, W. Ahrens et I. Pigeot (éd.). 2004, Springer : Berlin.
8. Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Politique sur la santé de la population : enjeux et options*. 2008, Sénat du Canada : Ottawa (Ontario).
9. Provincial Health Services Authority, *Addressing Health Inequities in BC Agenda*. 2008, PHSA : Vancouver (C.-B.).
10. Vancouver Coastal Health et PHSA, *Population Health Symposium: Inequities and Health Agenda*. 2008, Vancouver Coastal Health et PHSA: Vancouver (C.-B.).
11. Lemstra, M., C. Neudorf et J. Opondo, *Health disparity by neighbourhood income*. *Revue canadienne de la santé publique*, 2006. **97**(6): p. 435-9.
12. Swanson, S.M., *Report of the Policy Forum on Health Disparities*. 2004, Alder Group : Ottawa (Ontario).
13. Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, en partenariat avec le Groupe de travail FPT sur les modes de vie sains et le Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. 2005, Santé Canada : Ottawa (Ontario).
14. Commission sur les déterminants sociaux de la santé, *Closing the Gap in a Generation*. 2008, OMS : Genève, Suisse.
15. Committee on the State of the USA Health Indicators and Institute of Medicine, *State of the USA Health Indicators: Letter Report*. 2008, National Academy of Sciences.
16. UK Department of Health, *Health Inequalities: Progress and Next Steps*. 2008.

17. Institut canadien d'information sur la santé, *Le Projet des indicateurs de la santé : les cinq prochaines années*, in *Rapport de la deuxième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population*. 2005, ICIS : Ottawa (Ontario).
18. GPI Atlantic, *Health Disparities Indicators: Background Report for Developing Health Disparities Indicators in Canada*. 2008.
19. Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population. *Population Health Promotion Expert Group (PHPEG) Indicators of Health Inequalities Workshop - Facilitator's Report*. 2009.
20. Wilkins, R., J.-M. Berthelot et E. Ng, *Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996*. Health Reports - Supplement, 2002. **13**: p. 1-28.
21. Société canadienne du cancer et coll., *Statistiques canadiennes sur le cancer*. 2008.
22. Lightman, E., A. Mitchell et B. Wilson, *Poverty is making us sick: A comprehensive survey of income and health in Canada*. 2008, Wellesley Institute et Community Social Planning Council of Toronto : Toronto (Ontario).
23. Whitehead, M. et G. Dahlgren, *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. 2006, Organisation mondiale de la santé : Copenhagen, Danemark.
24. Hertzman, C. et R. Williams, *Making early childhood count*. Cmaj, 2009. **180**(1): p. 68-71.
25. ICIS. *Indicateurs de la santé comparables - Canada, provinces et territoires*. 2006 [cité le 25 mars 2009]; consulté à l'adresse suivante : http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=prtwg_2006_f.
26. Neudorf, C., *Dimension de l'équité*, in *Rapport de la troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé*. Ottawa (Ontario); 26 mars 2009. 2009.
27. ICIS et Statistique Canada, *Troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé*, in *Troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé*. Ottawa (Ontario); 26 mars 2009. 2009 : Ottawa (Ontario).
28. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations*: 2009, Sénat Canada : Ottawa (Ontario).
29. Frank, L.D. et coll., *Linking objectively measured physical activity with objectively measured urban form: findings from SMARTRAQ*. Am J Prev Med, 2005. **28**(2 Suppl 2): p. 117-25.
30. Vosko, L.F., N. Zukewich et C. Cranford, *Precarious jobs: A new typology of employment*. 2003. **4**(10).
31. Artazcoz, L. et coll., *Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health*. J Epidemiol Community Health, 2005. **59**(9): p. 761-7.