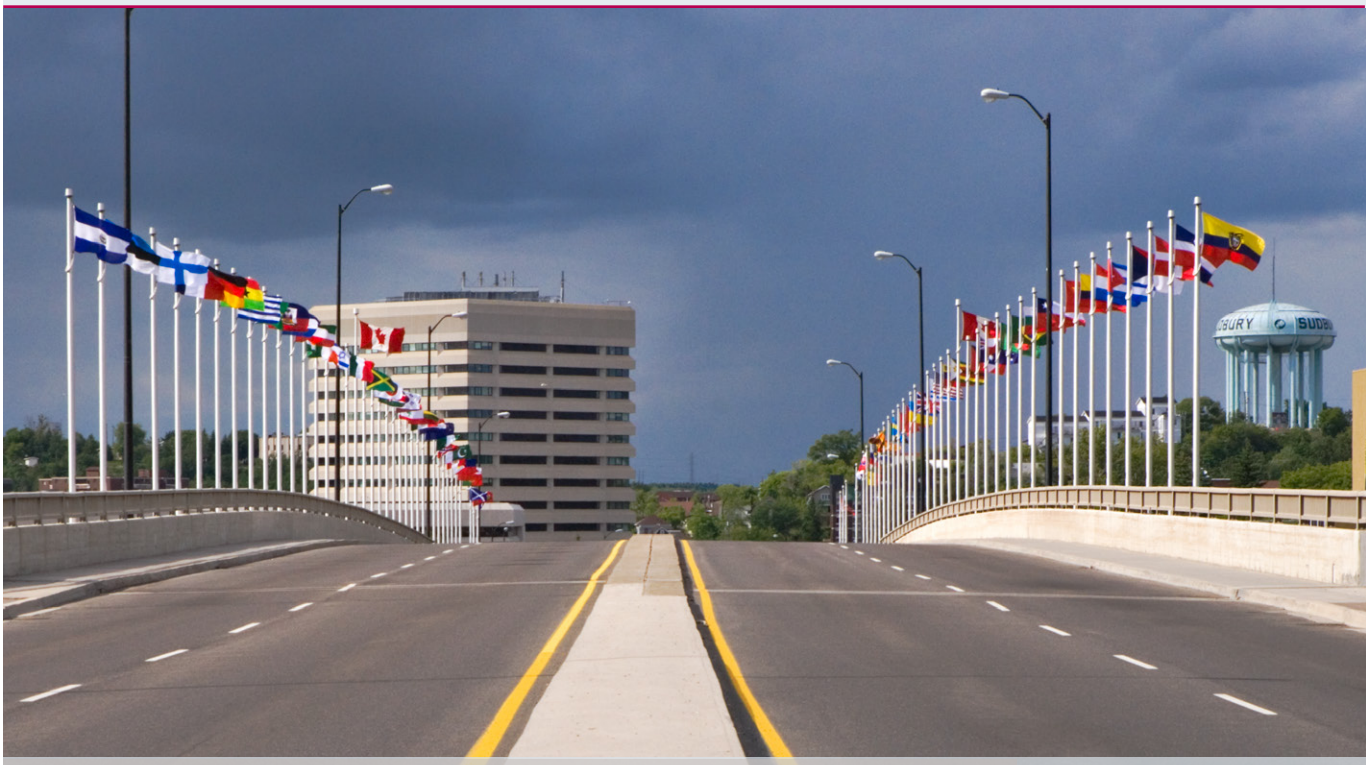
Possibilités pour tous

Le chemin vers l'équité en matière de santé



Mai 2013

Une version accessible du présent rapport se trouve à l'adresse www.sdhu.com/fr/ressources/recherche-et-statistiques/statistiques-sur-la-sante/possibilites-pour-tous-le-chemin-vers-lequite-en-matiere-de-sante-points-culminants/possibilites-pour-tous-le-chemin-vers-lequite-en-matiere-de-sante-rapport.

Sudbury & District
Health Unit
Service de santé publique

Auteurs

Na-Koshie Lamptey
Penny Sutcliffe
Stephanie Lefebvre
Michael King
Dar Malaviarachchi
Marc Lefebvre
Kirsty Inglis

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier l'Institut national de santé publique du Québec d'avoir fourni les fichiers de données nécessaires à la présente analyse ainsi que le Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington pour l'analyse préliminaire. Ils expriment leur gratitude à Philippe Gamache pour ses conseils techniques sur l'utilisation de l'indice de défavorisation, mais aussi à Alissa Palangio pour son aide relativement à l'analyse des données. Ils remercient Renée Chevrier-Lamoureux et Stephanie Collins de les avoir aidés à dépouiller la documentation universitaire. Enfin, ils soulignent l'apport de Shanon Stewart, Laurie Gagnon, Jamie Lamothe et Shawna Brydges à la conception et au formatage du rapport.

Référence pour la photo de la page couverture : Greg Taylor

Pour en savoir plus

Centre de ressources d'information
Division des ressources, de recherche, d'évaluation et de développement
Service de santé publique de Sudbury et du district
1300, rue Paris
Sudbury ON P3E 3A3
705.522.9200, poste 350
resourcecentre@sdhu.com

Citation recommandée

Service de santé publique de Sudbury et du district (2013). *Possibilités pour tous : Le chemin vers l'équité en matière de santé*. Sudbury ON : auteur.

© Service de santé publique de Sudbury et du district, 2013

Traduit par un traducteur agréé. This document is available in English.

Table des matières

Sommaire vii

Introduction 1

Aperçu méthodologique 3
- Résultats de santé 3
- Environnements économique et social 3
- Format des données 4
- Consultation 4

Résultats 6
- Profil socioéconomique de la collectivité 6
- Iniquités en matière de santé dans la ville du Grand Sudbury 9
  - Santé globale 10
  - Santé de la mère et de l'enfant 12
  - Maladies chroniques et blessures 14
  - Utilisation des services de santé 19
  - Santé mentale 23

Discussion 28
- Résultats globaux 28
  - Interprétation des résultats 29
- Limites 31

Conclusions 32

Notes 33

Références 35

Annexe A 39
- Résultats pour la santé et facteurs de risque examinés selon le niveau de défavorisation 39

Annexe B 41
- Sources de données 41
  - Aperçu 41

Annexe C 44
Statut socioéconomique des voisinages—l'indice de défavorisation 44
Annexe D 46
Calcul des taux, des intervalles de confiance et de la signification statistique 46
Calcul des taux 46
Taux d'incidence 46
Taux de prévalence 47
Normalisation selon l'âge des taux 47
Taux et mesures concernant la santé du nourrisson 48
Calcul du « potentiel de santé » 48
Calcul des intervalles de confiance et de la signification statistique 49
Annexe E 50
Limites 50
Limites des indices de défavorisation 50
Hétérogénéité des aires de diffusion de la ville du Grand Sudbury 51
Données manquantes sur la défavorisation 51
Limites propres aux sources de données 51
Taille de l'échantillon 52
Variabilité des taux estimatifs 52
Annexe F 53
Participants à la consultation 53
Activité de consultation sur les possibilités de bien-être—5 décembre 2012 53

Liste des figures

Figure 1. Combinaison des composantes matérielle et sociale en un indice de défavorisation fondé sur trois catégories 4

Figure 2. Carte de la ville du Grand Sudbury illustrant les niveaux de défavorisation d'après l'indice de défavorisation de l'INSPQ 7

Figure 3. Ville du Grand Sudbury : carte du cœur du centre-ville illustrant les niveaux de défavorisation d'après l'indice de défavorisation de l'INSPQ 8

Figure 4. Taux normalisé selon l'âge d'excellente ou de très bonne santé (autoévaluée), d'après la catégorie d'indice de défavorisation, secteur du SSPSD, de 2005 à 2010 10

Figure 5. Taux de décès prématuré normalisé selon l'âge (moins de 75 ans), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2003 à 2007 11

Figure 6. Taux de mortalité chez les nourrissons, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 1998 à 2007 12

Figure 7. Taux de grossesse chez les adolescentes, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 1998 à 2007 13

Figure 8. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure ou un empoisonnement, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 15

Figure 9. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure ou un empoisonnement (enfants), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 16

Figure 10. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à une blessure ou un empoisonnement, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 17

Figure 11. Taux d'obésité normalisé selon l'âge (18 ans ou plus), par catégorie d'indice de défavorisation, Service de santé publique de Sudbury et du district, moyenne de 2005 à 2010 18

Figure 12. Taux de visite à l'urgence normalisé selon l'âge (toutes les causes), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 19

Figure 13. Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (toutes les causes), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 20

Figure 14. Taux normalisé selon l'âge de résidents ayant un médecin (12 ans ou plus), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 2005 à 2010 21

Figure 15. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure volontaire, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 23

Figure 16. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à une blessure volontaire, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009 24

Figure 17. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à un problème de santé mentale, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 2005 à 2009 25

Figure 18. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à un problème de santé mentale, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 2005 à 2009 26

Figure B1. Représentation graphique des données, des sources, des liens et des analyses 41

Figure C1. Combinaison des composantes matérielle et sociale en un indice de défavorisation fondé sur trois catégories 45

Liste des tableaux

Tableau 1. Indicateurs de santé dans les secteurs les plus défavorisés où les écarts sont statistiquement significatifs 9

Tableau A1. Indicateurs de santé dans les secteurs les plus défavorisés où les écarts sont statistiquement significatifs 39

Tableau A2. Indicateurs de santé où aucun écart statistiquement significatif n'a été relevé entre les secteurs les plus défavorisés et les moins défavorisés 40

Sommaire

Possibilités pour tous décrit le lien qui existe entre la santé et les environnements socioéconomiques dans la ville du Grand Sudbury. Dans le présent rapport, inspiré des données probantes qui se font de plus en plus nombreuses sur le lien entre la santé et les facteurs socioéconomiques, 15 indicateurs de santé sont analysés selon la défavorisation sectorielle dans la ville du Grand Sudbury. Ce rapport révèle qu'il existe des iniquités en matière de santé. *Possibilités pour tous* évalue l'effet de ces iniquités présentes dans la ville du Grand Sudbury et souligne certains facteurs clés à prendre en considération pour tracer le chemin que la ville doit suivre pour arriver à l'équité en matière de santé.

Possibilités pour tous comprend des définitions et des notions concernant l'équité en matière de santé et la défavorisation qui ont été étudiées dans la documentation universitaire, mais aussi l'approche méthodologique adoptée et une analyse des résultats. Le rapport se termine par une partie discussion et des conclusions. La méthodologie est expliquée en détail dans les annexes.

Quinze indicateurs de santé révèlent un lien significatif avec la défavorisation sectorielle dans la ville du Grand Sudbury. Les personnes des secteurs les plus défavorisés étaient celles dont l'état de santé était le pire. Celles des secteurs les moins défavorisés étaient celles dont l'état de santé était le meilleur. Voici quelques-unes des différences les plus marquées :

- Dans les secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury, le taux de mortalité infantile était de 139 % (ou 2,4 fois) supérieur à celui enregistré chez les nourrissons des secteurs les moins défavorisés.
- Dans les secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury, le taux annuel de visite à l'urgence pour des problèmes de santé mentale était de 341 % (ou 4,4 fois) supérieur à celui enregistré chez les résidents des secteurs les moins défavorisés.
- Chez les résidents des secteurs les plus défavorisés de la ville du Grand Sudbury, le taux de prévalence d'obésité était de 102 % (ou 2,0 fois) supérieur à celui enregistré chez ceux des secteurs les moins défavorisés.[a]

Le rapport révèle les répercussions du potentiel de santé inexploité dans le Grand Sudbury. D'après l'approche analytique adoptée, si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury avaient les mêmes possibilités d'être en santé que ceux des secteurs les moins défavorisés, il en résulterait que :

- le nombre annuel de visites à l'urgence, toutes causes confondues, diminuerait de 14 077 par année
- le nombre d'hospitalisations, toutes causes confondues, diminuerait de 1 783 par année
- 9 706 personnes de plus jugeraient leur santé excellente ou très bonne
- un décès de nourrisson de moins par année

[a]Le taux de visite à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et le taux d'obésité dans la ville du Grand Sudbury sont normalisés selon l'âge.

Il y a encore beaucoup de travail à faire pour comprendre le chemin vers l'équité en matière de santé et réduire les iniquités en matière de santé qui sont décrites pour le Grand Sudbury. *Possibilités pour tous* fournit des données locales pour mieux influencer le dialogue communautaire qui doit être amorcé pour y arriver. Le Grand Sudbury possède bien des atouts. Et, depuis longtemps, ses forces sont mobilisées pour reconnaître les iniquités, comme celles qui sont révélées dans le présent rapport, et y réagir. Par des mesures éclairées, inventives et concertées pour améliorer l'équité en matière de santé, il est possible d'éviter que quiconque risque de se trouver en mauvaise santé uniquement à cause de son environnement socioéconomique. Les iniquités en matière de santé qui sont décrites dans le présent rapport ne sont pas inévitables. Ensemble, nous pouvons bâtir une collectivité où il existe des *possibilités pour tous*.

Introduction

La santé est influencée par une foule de facteurs : la génétique, le mode de vie et les comportements, et les environnements physiques, économiques et sociaux où nous vivons. Ces facteurs agissent sur la santé de chacun et sur le niveau global de santé de toute la population. Ceux qui dépassent la biologie et les comportements d'une personne, qui forment les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent et travaillent, sont connus comme étant les déterminants sociaux de la santé.[1] Les écarts ou les variations entre les groupes au chapitre de l'état de santé sont connus comme étant les inégalités en matière de santé. Lorsque des mesures sociales peuvent changer ou diminuer ces inégalités, celles-ci deviennent des iniquités en matière de santé.[2]

> « Une fois combinées, trois caractéristiques distinctives transforment de simples variations ou différences en santé en une iniquité sociale dans ce domaine. Elles sont systématiques, issues de la société (et donc modifiables) et injustes. »[3]

Les iniquités du point de vue des résultats pour la santé et leurs déterminants sociaux ont été déterminés dans le cadre de travaux de recherche et d'évaluations de la santé de la population au Canada et partout dans le monde. En 2008, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé a publié un rapport charnière sur ce qu'il s'avère possible de faire pour améliorer l'équité en santé dans les pays et entre eux.[4] En 2009, le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations a fait état de l'impact national des déterminants sociaux de la santé et du rôle que tous les niveaux de gouvernement doivent jouer lorsqu'il s'agit d'y réagir.[5] Un peu partout au Canada, des organismes locaux de santé publique, comme à Toronto, Saskatoon, Winnipeg et dans la région de Peel, ont évalué et exposé les iniquités en matière de santé qui s'observent dans leurs secteurs.[6] Dans son rapport, *Parlons de santé et non plus de soins de santé* (2011), la médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, Dre Arlene King, attirait l'attention sur les conditions économiques et sociales qui influent sur la santé. Elle lançait un appel à tous les secteurs pour qu'ils se concentrent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, l'amélioration des résultats pour la santé et la réduction des iniquités en matière de santé.[7]

Étant donné que les déterminants sociaux de la santé et les iniquités en matière de santé sont davantage reconnus à l'échelle nationale et internationale, le Service de santé publique de Sudbury et du district a défini ses approches, ses structures et ses processus afin d'exercer une influence positive sur les déterminants de la santé dans les localités qu'il sert. Vu l'importance des déterminants sociaux de la santé et des iniquités en matière de santé pour le bien-être des personnes vivant sur son territoire, le Service de santé publique s'est engagé à atteindre sa *Vision sur l'équité en matière de santé pour 2020*.

Conformément à cette vision de l'équité en matière de santé, à son mandat qui vise à promouvoir et à protéger la santé et à ses fonctions essentielles d'évaluation et de surveillance de la santé, le Service de santé publique s'est engagé à comprendre le lien qui existe à l'échelle locale entre les résultats pour la santé (comme la mortalité prématurée) et les environnements socioéconomiques du Grand Sudbury. *Possibilités pour tous* a pour but d'examiner et d'analyser ce lien afin d'influencer les mesures de santé publique et des partenaires pour réduire les iniquités en matière de santé dans la ville du Grand Sudbury.

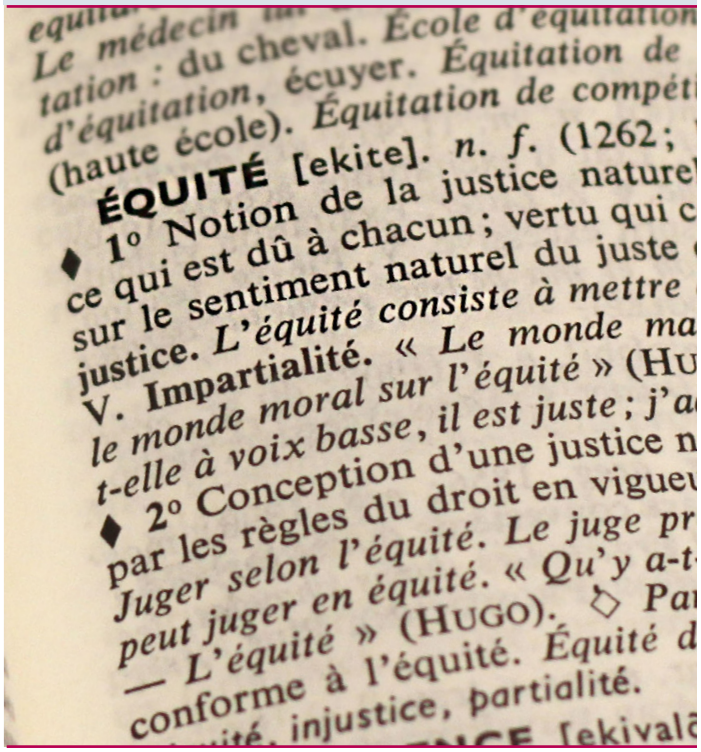
Le présent rapport se divise en quatre parties :

1. Aperçu méthodologique
2. Résultats
3. Discussion
4. Conclusions

Vision sur l'équité en matière de santé pour 2020

Le Service de santé publique de Sudbury et du district s'efforcera d'améliorer la santé globale et l'équité en matière de santé pour tous les citoyens de la région afin que :

- les disparités évitables et systémiques en santé soient constamment réduites et que l'écart entre ceux dont la situation est la meilleure ou ceux dont elle est la pire soit rétréci;
- tous les citoyens aient autant de chances d'être en bonne santé et de se sentir bien;
- tous les citoyens aient un accès équitable à un plein éventail de programmes et de services de santé publique de grande qualité.



Aperçu méthodologique

Résultats pour la santé

Quarante-deux indicateurs de santé ont été étudiés pour ce qui est du lien qui existe en eux et les environnements économique et sociale. Ils ont été choisis comme mesures de résultats pour la santé pour la ville du Grand Sudbury, car ils ont été examinés dans le cadre d'analyses semblables (par exemple, par l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut national de santé publique du Québec ou d'autres organismes locaux de santé). Ils l'ont été aussi parce qu'il était possible de les analyser selon l'aire de diffusion. Parmi les sources de données figurent l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le Recensement de la population canadienne et savoirSANTÉ ONTARIO. Ces sources sont décrites plus amplement à *l'annexe B*. Bon nombre des résultats pour la santé qui ont été pris en compte dans le présent rapport sont rares. En pareils cas, il se pourrait que les données ne permettent pas de relever des écarts significatifs entre des groupes à l'échelle locale, même s'ils existent. Des données sur plusieurs années ont été combinées dans le présent rapport dans le but de surmonter cette limite. D'autres détails technologiques sur la méthodologie sont fournis aux *annexes A à D*.

Environnements économique et social

Dans le présent rapport, l'indice de défavorisation a servi de mesure des environnements économique et social à l'échelle locale. Les taux de résultats pour la santé ou les facteurs de risque pour la santé ont été mesurés chez les résidents de régions géographiques regroupés par niveaux d'indice de défavorisation. L'indice de défavorisation est une mesure composite que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a mise au point pour le statut socioéconomique à l'échelle du voisinage.[8] Il renferme une composante matérielle et sociale; chaque composante découle de trois variables utilisées dans le Recensement de la population canadienne de 2006. L'indice de défavorisation est expliqué plus en détail à *l'annexe C*.

Les régions géographiques se sont vu accorder une note de défavorisation matérielle par une analyse en composantes principales (ACP) d'après :

- la proportion de résidents sans diplôme d'études secondaires
- la proportion de résidents avec emploi
- le revenu moyen des résidents (en 2005)

De même, les régions se sont vu accorder une note de défavorisation sociale par une ACP d'après :

- la proportion de familles monoparentales
- la proportion de résidents vivant seuls
- la proportion de résidents séparés, divorcés ou veufs

Les régions géographiques définies (aires de diffusion [AD] du recensement) ont été classées selon les mesures de bien-être matériel ou social. Celles dont la note était élevée dans les deux cas (secteurs les moins défavorisés) ont été regroupées, tout comme celles dont la note était

faible (secteurs les plus défavorisés). Les autres endroits ont été regroupés comme étant neutres, comme l'illustre la *figure 1*. Les 42 indicateurs de santé ont alors été étudiés en fonction des catégories de défavorisation, dans le but d'établir les écarts entre les groupes les moins et les plus défavorisés.

Figure 1. Combinaison des composantes matérielle et sociale en un indice de défavorisation fondé sur trois catégories

Défavorisation accrue

Défavorisation accrue

COMPOSANTE MATÉRIELLE	COMPOSANTE SOCIALE				
	1er quintile	2e quintile	3e quintile	4e quintile	5e quintile
1er quintile	LES MOINS DÉFAVORISÉS	1	2	2	2
2e quintile	1	1	2	2	2
3e quintile	2	2	Neutre	2	2
4e quintile	2	2	2	3	3
5e quintile	2	2	2	3	LES PLUS DÉFAVORISÉS

Format des données

Le rapport expose les conclusions de l'analyse selon un format courant. Chaque indicateur de santé est présentée par une brève description de son importance pour la santé et de son lien avec les déterminants sociaux de la santé, comme le révèle la documentation universitaire. L'indicateur et son calcul sont expliqués, et l'analyse inclut les éléments suivants :

- une représentation graphique de l'indicateur dans les trois groupes de défavorisation (la valeur de l'indicateur pour chacun des trois groupes de défavorisation)
- le résultat absolu (l'ampleur ou la fréquence de l'indicateur)
- les résultats relatifs entre les secteurs les plus et les moins défavorisés (une comparaison des différences entre les groupes)
- une mesure de la « possibilité d'être en santé » : une estimation quantitative du potentiel de santé améliorée si tous les résidents de la ville du Grand Sudbury vivaient dans les mêmes conditions que ceux des secteurs les moins défavorisés

Consultation

Afin de rédiger le présent rapport, le Service de santé publique a consulté des représentants de bien des secteurs, y compris ceux de l'éducation, des soins de santé, des services sociaux et de l'établissement de politiques, afin d'obtenir des points de vue sur ce qui contribue à la santé dans la ville du Grand Sudbury.

En décembre 2012, une première compilation des conclusions exposées dans le présent rapport a été présentée lors d'une activité communautaire organisée par le Service de santé publique de Sudbury et du district, en partenariat avec le Service de police du Grand Sudbury, le Conseil de planification sociale de Sudbury et la Ville du Grand Sudbury. Les participants devaient répondre à des questions sur le sens des résultats, ce qui pourrait contribuer aux résultats pour la santé, et les forces qui, dans la ville du Grand Sudbury, pourraient protéger la santé. De plus, des renseignements communautaires complémentaires incluant des analyses de données locales sur les outils de développement de la petite enfance et les habitudes criminelles ont été fournis par des organismes partenaires dans le but de mieux comprendre ce qui influence le bien-être dans notre région.

Une liste des participants à la consultation de décembre 2012 est dressée à *l'annexe F*.

Résultats

Profil socioéconomique de la collectivité

Une première analyse a été effectuée dans le but de comparer le profil socioéconomique des secteurs les moins défavorisés du Grand Sudbury avec celui des secteurs les plus défavorisés. L'analyse a permis d'évaluer le caractère approprié de l'indice de défavorisation de l'INSPQ dans le contexte du Grand Sudbury.

Les analyses des données du Recensement de 2006 de Statistique Canada ont révélé qu'en comparaison avec les secteurs les moins défavorisés, les secteurs les plus défavorisés présentent :

- une proportion 726 % plus élevée de résidents vivant dans la pauvreté[b]
- une proportion 336 % plus élevée de résidents vivant seuls
- une proportion 249 % plus élevée de familles monoparentales
- une proportion 86 % plus élevée de résidents sans diplôme d'études secondaires
- une proportion 26 % moins élevée de résidents avec emploi

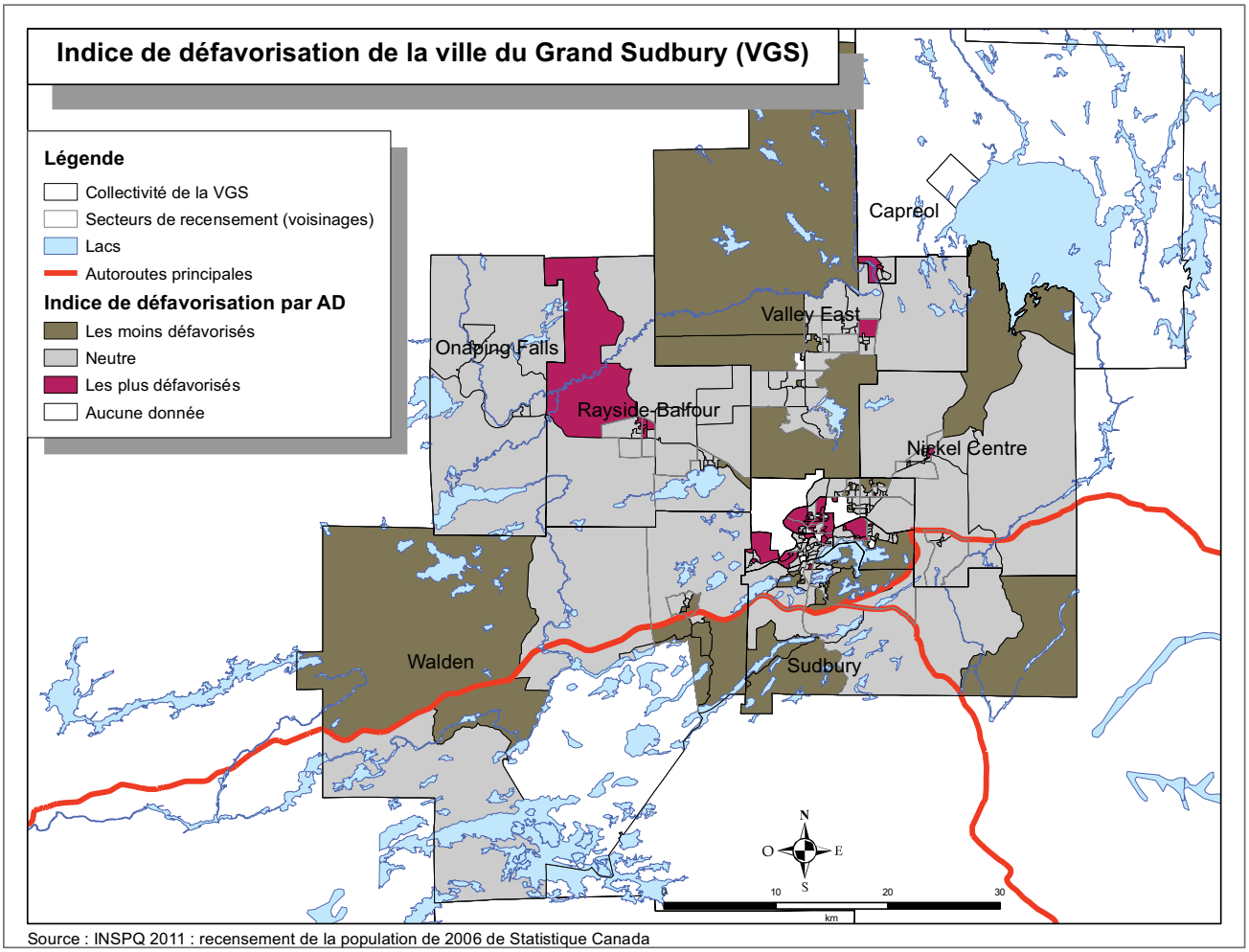
Comparativement aux secteurs les moins défavorisés, les secteurs les plus défavorisés comptent :

- plus de résidents qui se disent autochtones (230 % de plus)
- plus de résidents qui ont immigré au Canada dans les cinq dernières années (100 % de plus)
- plus de résidents qui se disent francophones (40 % de plus)
- plus de résidents âgés de 65 ans ou plus (37 % de plus)
- plus de résidentes (5 % de plus)

Les cartes qui suivent, aux *figures 1* et *2*, représentent les régions géographiques (groupes d'AD) qui sont les moins défavorisées, les plus défavorisées ou neutres dans la ville du Grand Sudbury. Les limites des AD ont été supprimées pour des raisons de protection de la vie privée. Certaines limites de secteur de recensement et de localité sont incluses pour établir le contexte géographique. Les cartes ont pour objet d'examiner les tendances géographiques générales, et non pas de cibler des parties de la ville comme étant les moins ou les plus défavorisées.

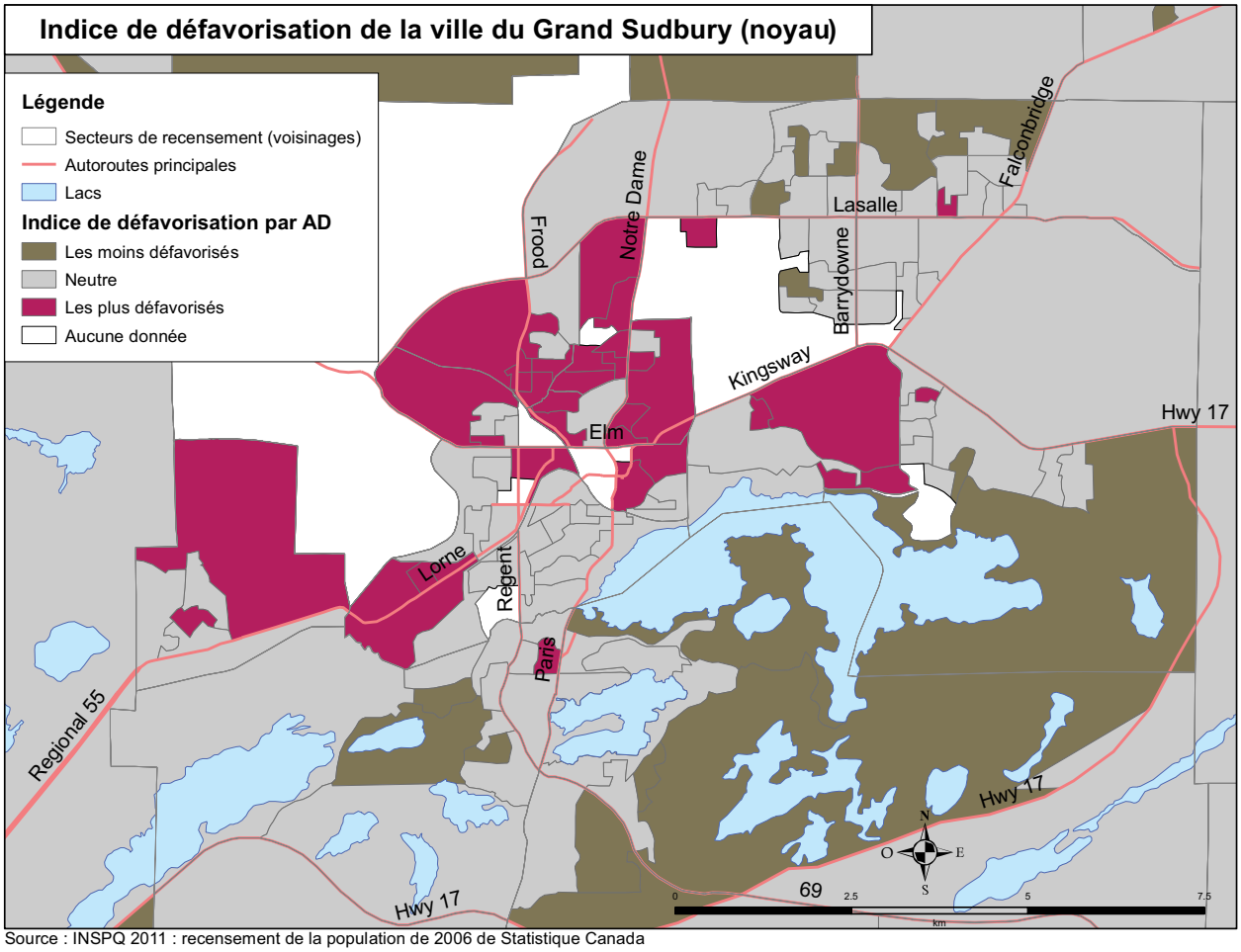
[b]Mesurée selon le seuil de faible revenue.

Figure 2. Carte de la ville du Grand Sudbury illustrant les niveaux de défavorisation d'après l'indice de défavorisation de l'INSPQ



Source : INSPQ 2011 : recensement de la population de 2006 de Statistique Canada

Figure 3. Ville du Grand Sudbury : carte du cœur du centre-ville illustrant les niveaux de défavorisation d'après l'indice de défavorisation de l'INSPQ



Source : INSPQ 2011 : recensement de la population de 2006 de Statistique Canada

Les résultats récapitulatifs favorisent le recours à l'indice de défavorisation de l'INSPQ comme outil simplifié pour caractériser et regrouper les aires de diffusion. Bien que l'indice repose seulement sur six variables de recensement, elle permet de saisir d'autres facteurs dont on sait communément qu'ils influent sur les chances de santé et de bien-être. Ainsi, l'indice représente plus que la somme de ses parties.

Iniquités en matière de santé dans la ville du Grand Sudbury

Parmi les 42 indicateurs de santé examinés, 15 ont démontré un lien significatif avec la défavorisation mesurée dans les divers secteurs de la ville du Grand Sudbury. Sur les 15, 14 ont révélé un gradient dans les résultats pour la santé en ce qui touche la défavorisation. Un indicateur n'a pas démontré de gradient, mais a bel et bien indiqué un écart significatif des taux entre les secteurs les plus et les moins défavorisés.

Le *tableau 1* résume les variables qui ont montré un lien statistiquement significatif avec la défavorisation sectorielle.[c]

Tableau 1. Indicateurs de santé dans les secteurs les plus défavorisés où les écarts sont statistiquement significatifs

Indicateur de santé	Niveau dans les secteurs les plus défavorisés par rapport aux secteurs les moins défavorisés
1. Santé autoévaluée (excellente ou très bonne)	20 % moins élevé ou 0,2 fois moins élevé
2. Mortalité prématurée (avant 75 ans)	86 % plus élevé ou 1,9 fois plus élevé
3. Mortalité infantile	139 % plus élevé ou 2,4 fois plus élevé
4. Naissances chez les mères adolescentes (proportion de toutes les naissances vivantes chez les mères adolescentes)	205 % plus élevé ou 3,1 fois plus élevé
5. Visites à l'urgence dues à une blessure ou un empoisonnement	44 % plus élevé ou 1,4 fois plus élevé
6. Visites à l'urgence dues à une blessure ou un empoisonnement (enfants et jeunes)	25 % plus élevé ou 1,3 fois plus élevé
7. Hospitalisations dues à une blessure ou un empoisonnement	24 % plus élevé ou 1,2 fois plus élevé
8. Obésité	102 % plus élevé ou 2,0 fois plus élevé
9. Visites à l'urgence (toutes causes confondues)	71 % plus élevé ou 1,7 fois plus élevé
10. Hospitalisations (toutes causes confondues)	20 % plus élevé ou 1,2 fois plus élevé
11. Accès régulier à un médecin	11 % moins élevé ou 0,1 fois moins élevé
12. Visites à l'urgence dues à une blessure volontaire	226 % plus élevé ou 3,3 fois plus élevé
13. Hospitalisations dues à une blessure volontaire	242 % plus élevé ou 3,4 fois plus élevé
14. Visites à l'urgence dues à un problème de santé mentale	341 % plus élevé ou 4,4 fois plus élevé
15. Hospitalisations dues à un problème de santé mentale	288 % plus élevé ou 3,9 fois plus élevé

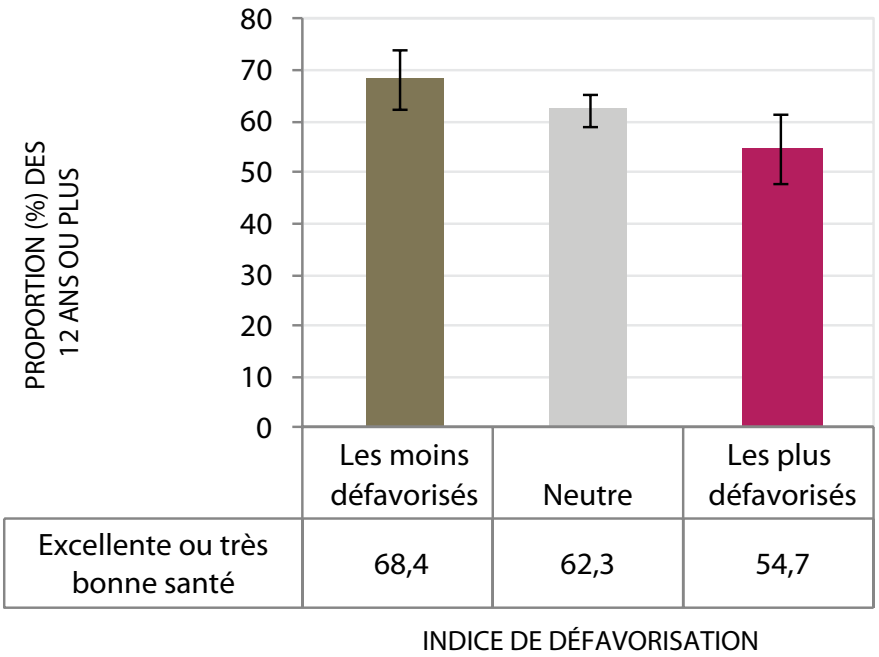
[c]Un lien statistiquement significatif signifie que la probabilité d'une différence due au hasard dans le cas observé est inférieure à 5 %. La signification statistique est abordée plus à fond à l'annexe D.

Santé globale

1. Santé autoévaluée (excellente ou très bonne)

Le taux d'excellente ou de très bonne santé autoévaluée est une mesure de la proportion de résidents de 12 ans ou plus qui, sur le territoire du Service de santé publique de Sudbury et du district, ont coté leur santé comme étant « excellente » ou « très bonne » lorsqu'ils ont été sondés entre 2005 et 2010. Le taux est présenté selon le niveau de défavorisation.

Figure 4. Taux normalisé selon l'âge d'excellente ou de très bonne santé (autoévaluée), d'après la catégorie d'indice de défavorisation, secteur du SSPSD, de 2005 à 2010



Source : fichier partagé de l'Ontario, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 à 2010, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

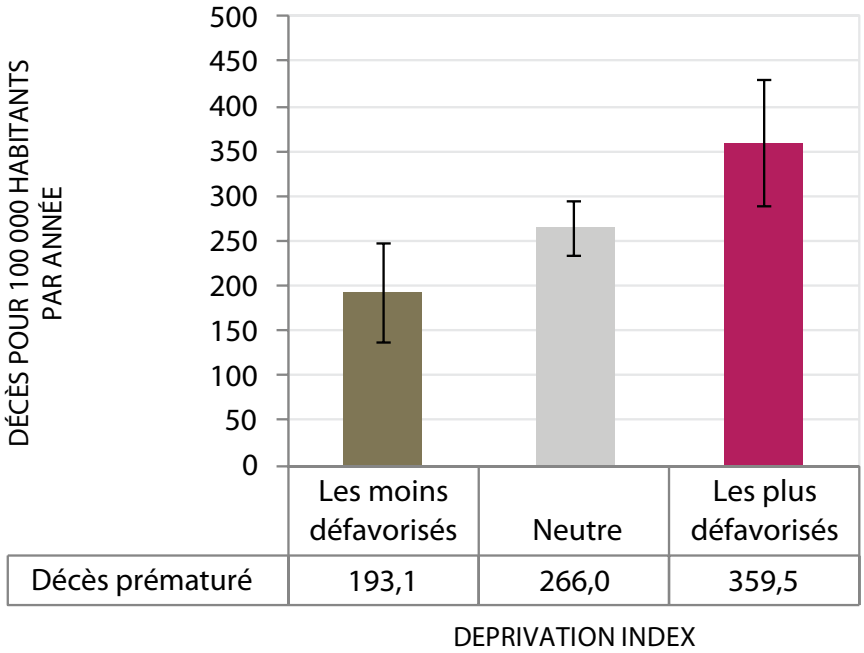
Le taux normalisé selon l'âge de prévalence d'excellente ou de très bonne santé autoévaluée diminue nettement avec l'augmentation des niveaux de défavorisation. Chez les résidents des secteurs les plus défavorisés de la ville du Grand Sudbury, le taux était de 55 %, soit 0,2 fois moins élevé que celui enregistré chez ceux des secteurs les moins défavorisés (68 %).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, le nombre de personnes qui jugeraient leur santé excellente ou très bonne augmenterait de 9 706 (7 %).

2. Mortalité prématurée (avant 75 ans)

Le taux de décès prématuré selon la localité peut indiquer en quoi les conditions de vie et de travail quotidiennes peuvent contribuer à influencer la santé et la longévité connexe des résidents. À l'échelle planétaire, les taux de mortalité sont systématiquement plus élevés chez les groupes à statut socioéconomique plus faible, que ce dernier soit mesuré selon le revenu, le niveau de scolarité ou la catégorie professionnelle.[9]

Figure 5. Taux de décès prématuré normalisé selon l'âge (moins de 75 ans), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2003 à 2007



Source : statistiques de l'état civil (de 2003 à 2007), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux de mortalité prématurée mesure le nombre de résidents du Grand Sudbury qui sont morts avant 75 ans. Pour les années 2003 à 2007, le taux est présenté pour 100 000 habitants de 75 ans ou moins, selon le niveau de défavorisation.

Le taux normalisé selon l'âge de mortalité prématurée (avant 75 ans) augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux annuel chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 360 décès pour 100 000 habitants (de 75 ans ou moins), soit 1,9 fois plus élevé que pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (193 pour 100 000).

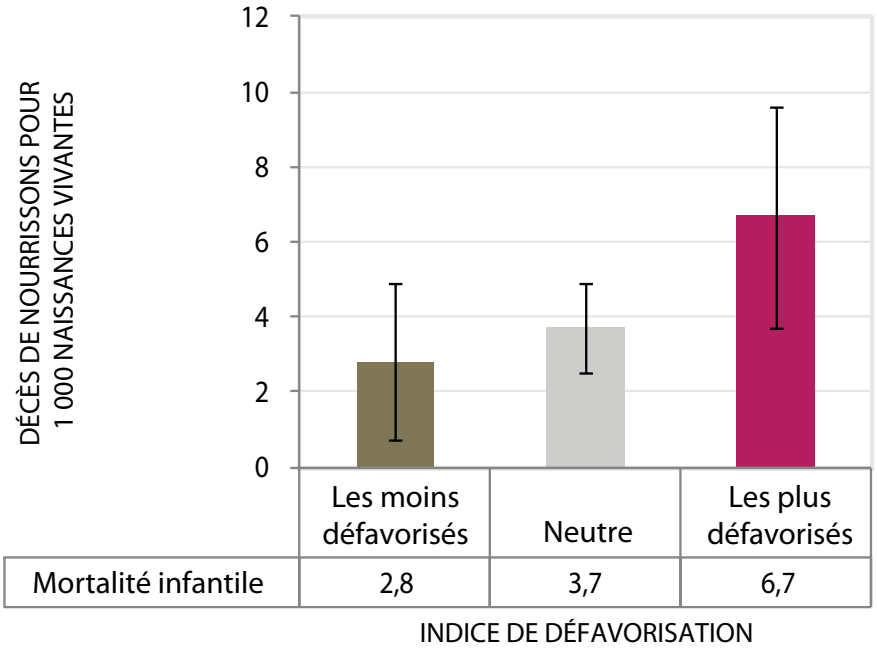
Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 131 (28 %) décès prématurés de moins, toutes causes confondues.

Santé de la mère et de l'enfant

3. Mortalité infantile

À l'échelle planétaire, la mortalité infantile est en corrélation avec la défavorisation sociale et représente un important repère de décès chez les enfants.[10] Par exemple, une étude menée au Canada en 2007 a révélé « des taux de mortalité infantile supérieurs à la moyenne chez les personnes vivant dans les voisinages les plus pauvres, mais de 5,0 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les voisinages les plus riches du pays. »[11]

Figure 6. Taux de mortalité chez les nourrissons, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 1998 à 2007



Source : statistiques de l'état civil (de 1998 à 2007), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2010; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Dans cette analyse, la mortalité infantile mesure combien de nourrissons (de moins d'un an) sont morts dans le Grand Sudbury de 1998 à 2007. Le taux est présenté pour 1 000 naissances vivantes, selon le niveau de défavorisation.

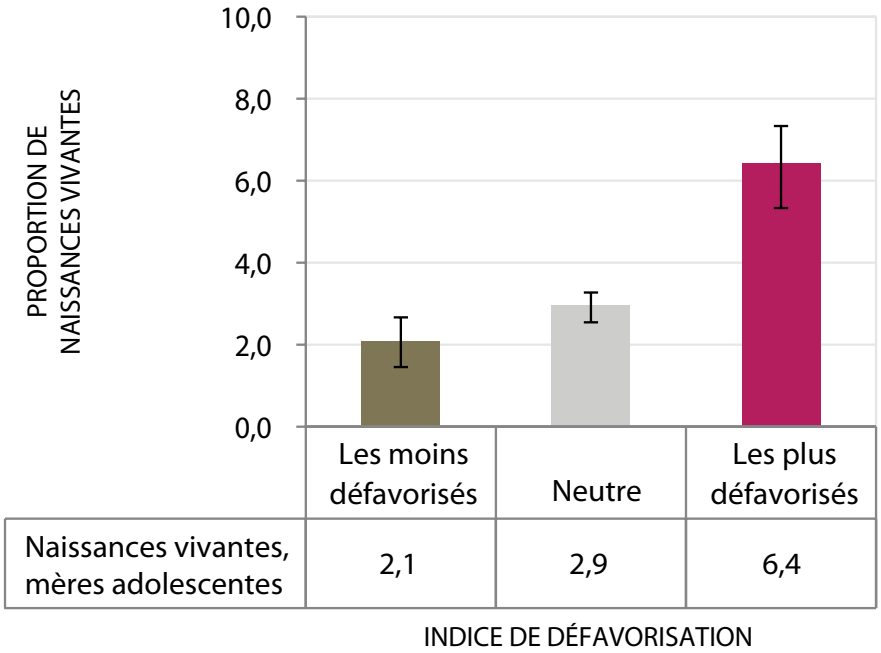
Le taux de mortalité infantile diffère nettement selon que le secteur figure parmi les plus ou les moins défavorisés. Le taux de mortalité chez les nourrissons des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 7 pour 1 000 naissances vivantes par année, soit 2,4 fois plus élevé que celui qui a été enregistré chez les nourrissons des secteurs les moins défavorisés (3 pour 1 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année un nourrisson de moins qui mourrait dans la première année.

4. Naissances chez les mères adolescentes (proportion de toutes les naissances vivantes chez les mères adolescentes)

La grossesse à l'adolescence est en corrélation avec les risques accrus liés à la grossesse pour la mère et les problèmes de santé chez l'enfant.[12, 13] Elle pourra avoir des répercussions sur la santé si l'adolescente ne dispose pas suffisamment de réseaux de soutien, d'un accès à des soins de santé et de moyens économiques. Ces risques persistent dans les pays développés où la grossesse à l'adolescence est associée à la défavorisation socioéconomique.[14] Les risques pour la santé que représente la grossesse à l'adolescence pourront être surmontés grâce à des systèmes de soutien, un accès aux soins de santé et des moyens économiques appropriés.

Figure 7. Taux de naissances vivantes chez les adolescentes, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 1998 à 2007



Source : statistiques de l'état civil (de 1998 à 2007), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2010; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

L'indicateur des naissances chez les mères adolescentes mesure la proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes (de 15 à 19 ans) dans le Grand Sudbury de 1998 à 2007.[d] Le taux est présenté sous forme de proportion de naissances vivantes, selon le niveau de défavorisation.

La proportion de naissances vivantes chez les mères adolescentes augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux pour les secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 6 pour 100 naissances vivantes par année, soit 3,1 fois plus élevé que celui pour les secteurs les moins défavorisés (2 pour 100).

[d]Cet indicateur a remplacé le *taux de grossesse chez les adolescents* qui est plus communément présenté, car le calcul des taux de grossesse exige des données sur les avortements thérapeutiques. Celles-ci ne sont pas facilement accessibles par code postal, ce qu'il faut pour la méthode d'analyse employée dans le présent rapport.

Possibilités d'être en santé : si toutes les adolescentes de 15 à 19 ans de la ville du Grand Sudbury pouvaient profiter des mêmes possibilités de bien-être que celles du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 17 (39 %) naissances de moins chez les mères adolescentes.

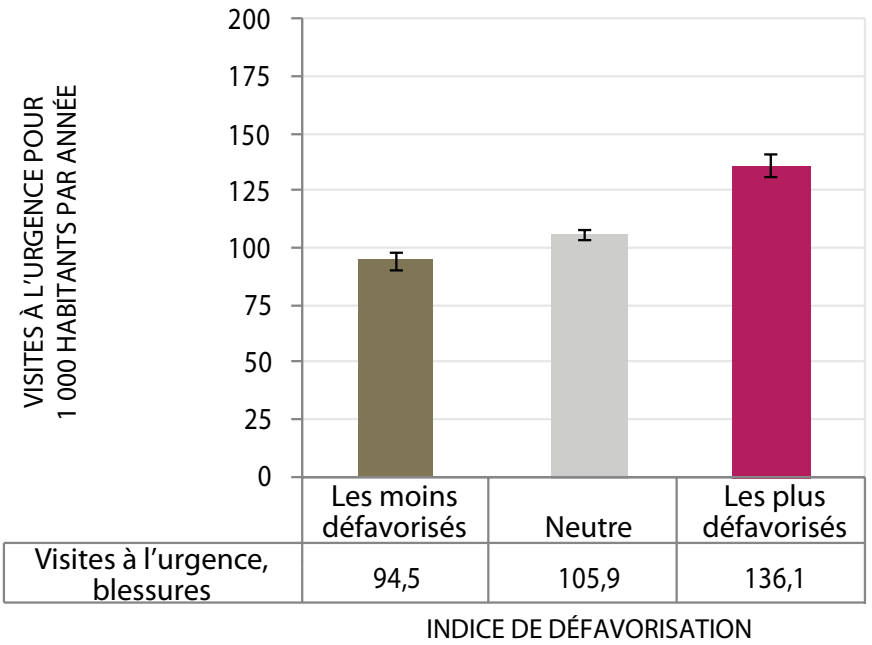
Maladies chroniques et blessures

La prévalence de maladies chroniques est en hausse au Canada.[15] Les maladies chroniques et les blessures peuvent diminuer l'espérance de vie et le nombre d'années pendant lesquelles une personne devrait vivre en bonne santé. Des analyses ont révélé que le faible statut socioéconomique est relié à la hausse des taux de blessure et de décès connexe, à l'espérance de vie et à l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (le nombre moyen d'années pendant lesquelles une personne devrait vivre en santé).[16, 17]

5. Visites à l'urgence dues à une blessure ou un empoisonnement

Dans bien des groupes d'âge, les blessures représentent l'une des causes les plus courantes de maladie nécessitant des soins médicaux. Elles contribuent grandement à la baisse de productivité, aux coûts des soins de santé et à la morbidité évitable au Canada.[18]

Figure 8. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure ou un empoisonnement, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : données sur les soins ambulatoires (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ Ontario, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux 2011 (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux de visite à l'urgence due à une blessure ou un empoisonnement mesure la fréquence à laquelle des résidents du Grand Sudbury ont été traités à l'urgence pour ces raisons. Le taux pour les années allant de 2005 à 2009 est présenté pour 1 000 résidents, selon le niveau de défavorisation.

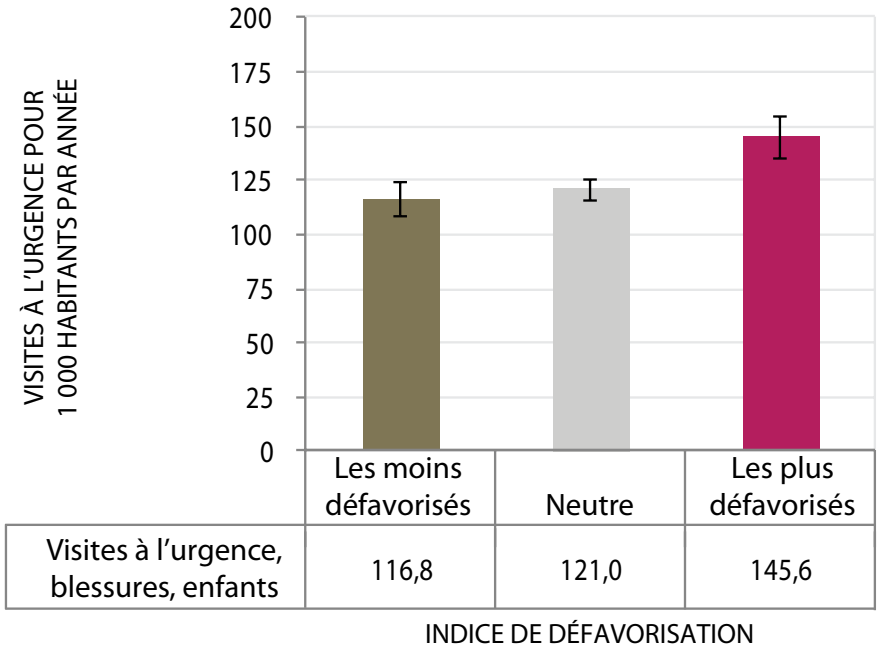
Le taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence pour une blessure ou un empoisonnement augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 136 visites pour 1 000 habitants par année, soit 1,4 fois plus élevé que celui enregistré pour ceux des secteurs les moins défavorisés.

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 2 491 (16 %) visites à l'urgence de moins pour une blessure ou un empoisonnement.

6. Visites à l'urgence dues à une blessure ou un empoisonnement (enfants et jeunes)

Les blessures involontaires représentent la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes du Canada âgés d'un à 19 ans.[19] Les caractéristiques physiques, les comportements et les habiletés des enfants évoluent à mesure qu'ils grandissent et se développent. Certains de ces éléments de développement peuvent augmenter leur vulnérabilité aux blessures dues aux dangers présents dans leur environnement. Par exemple, comme les enfants ont un corps plus petit, une certaine quantité de substance toxique nuira plus à un enfant qu'à un adulte.[20] Les blessures à l'enfance sont reliées au statut social, à la pauvreté et à l'éducation. Les enfants dont le statut socioéconomique est moins élevé risquent davantage de subir des blessures.[21]

Figure 9. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure ou un empoisonnement (enfants), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : données sur les soins ambulatoires (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux 2011 (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux de visite à l'urgence pour une blessure ou un empoisonnement correspond à la fréquence à laquelle les nourrissons, les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans ont été traités à l'urgence dans le Grand Sudbury. Le taux pour les années allant de 2005 à 2009 est présenté pour 1 000 enfants, selon le niveau de défavorisation.

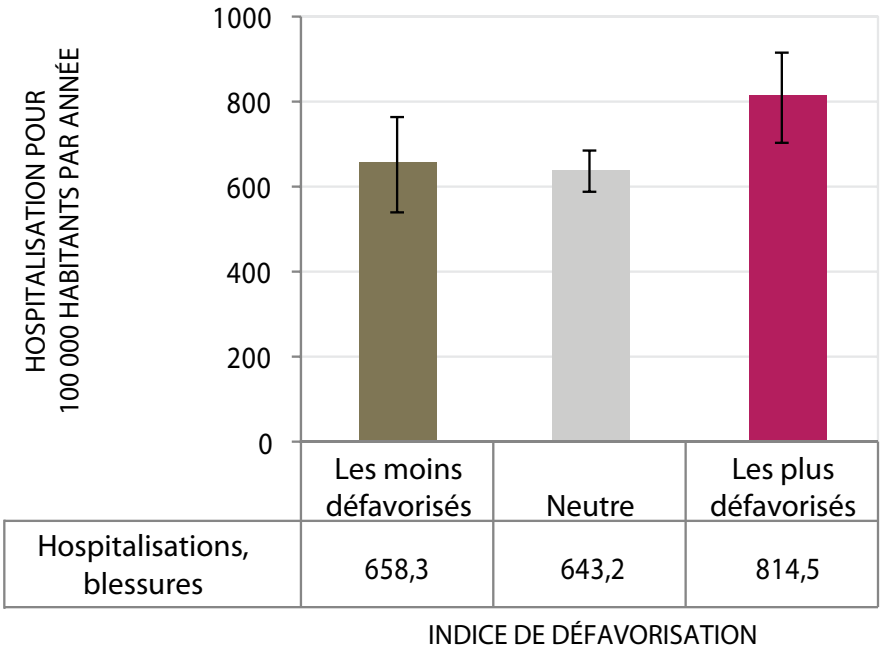
Le taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence pour une blessure ou un empoisonnement chez les enfants diffère nettement selon que le secteur figure parmi les moins ou les plus défavorisés. Le taux annuel chez les enfants des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 146 visites à l'urgence pour 1 000 enfants, soit 1,3 fois plus élevé que celui enregistré pour les enfants des secteurs les moins défavorisés (117 pour 1 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 280 (6 %) visites à l'urgence de moins pour une blessure ou un empoisonnement chez les enfants.

7. Hospitalisations dues à une blessure ou un empoisonnement

De 2001 à 2007, l'empoisonnement était la troisième cause de décès dû à une blessure accidentelle en importance au Canada. [22] L'empoisonnement accidentel peut se produire en raison d'une exposition en milieu de travail ou de la présence de médicaments, de produits chimiques, de pesticides et de plantes à la maison. Le manque de sensibilisation et de connaissance à propos des mesures pour réduire l'exposition aux produits toxiques peut augmenter le risque d'empoisonnement.[23] Au Canada, l'hospitalisation due à une blessure est surtout prévalente dans les voisinages les moins riches.[24] Les personnes au statut socioéconomique plus faible connaissent des taux plus élevés de blessure et d'empoisonnement.[25]

Figure 10. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à une blessure ou un empoisonnement, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : données sur les congés des patients hospitalisés (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux 2011 (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux d'hospitalisation due à une blessure ou un empoisonnement montre combien de résidents du Grand Sudbury ont reçu leur congé après avoir été hospitalisés pour une blessure ou un empoisonnement. Le taux pour les années allant de 2005 à 2009 est présenté pour 100 000 habitants, selon le niveau de défavorisation.

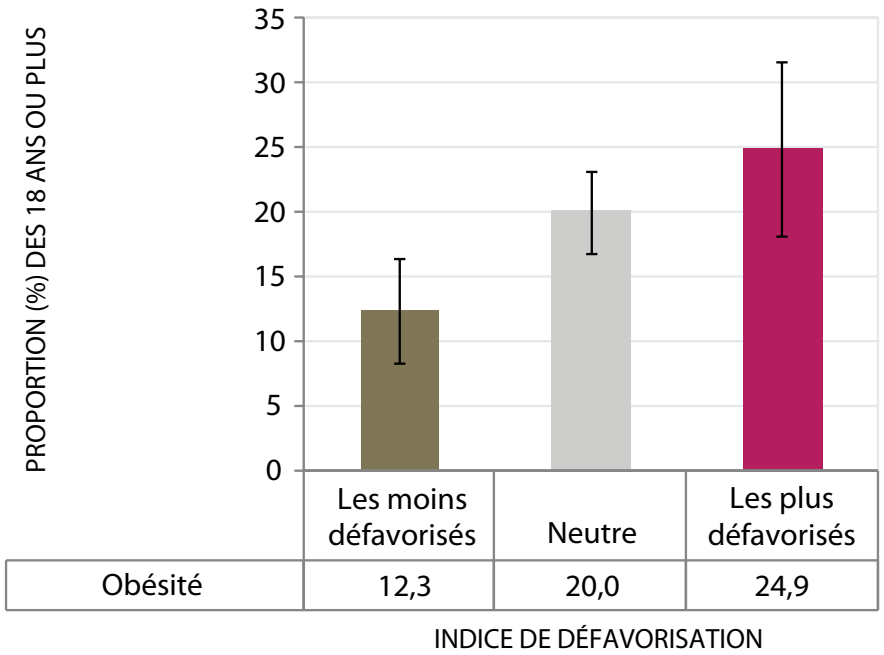
Le taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à une blessure ou un empoisonnement diffère nettement selon que le secteur figure parmi les moins ou les plus défavorisés. Le taux annuel chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 814 hospitalisations pour 100 000 habitants, soit 1,2 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (658 pour 100 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 154 (14 %) hospitalisations dues à une blessure ou un empoisonnement de moins.

8. Obésité

L'obésité est une question complexe, car bien des facteurs interactifs contribuent à augmenter les taux. Se pencher sur cet important facteur de risque pour de multiples maladies chroniques exige des approches préventives où sont pris en compte les déterminants économiques et sociaux qui influencent les taux d'obésité.[26]

Figure 11. Taux d'obésité normalisé selon l'âge (18 ans ou plus), par catégorie d'indice de défavorisation, Service de santé publique de Sudbury et du district, moyenne de 2005 à 2010



Source : fichier partagé de l'Ontario, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 à 2010, Statistique Canada; et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

La prévalence d'obésité est exprimée sous forme de pourcentage des résidents de 18 ans ou plus qui, dans la ville du Grand Sudbury, ont été classés comme étant obèses lorsqu'ils se sont fait poser la question par téléphone entre 2005 et 2010. L'obésité a été établie d'après l'indice de masse corporelle (IMC), qui a été calculé d'après la taille et le poids autodéclarés. Le taux d'obésité est présenté selon le niveau de défavorisation.

Le taux normalisé selon l'âge de prévalence d'obésité augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 25 %, soit 2,0 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (12 %).

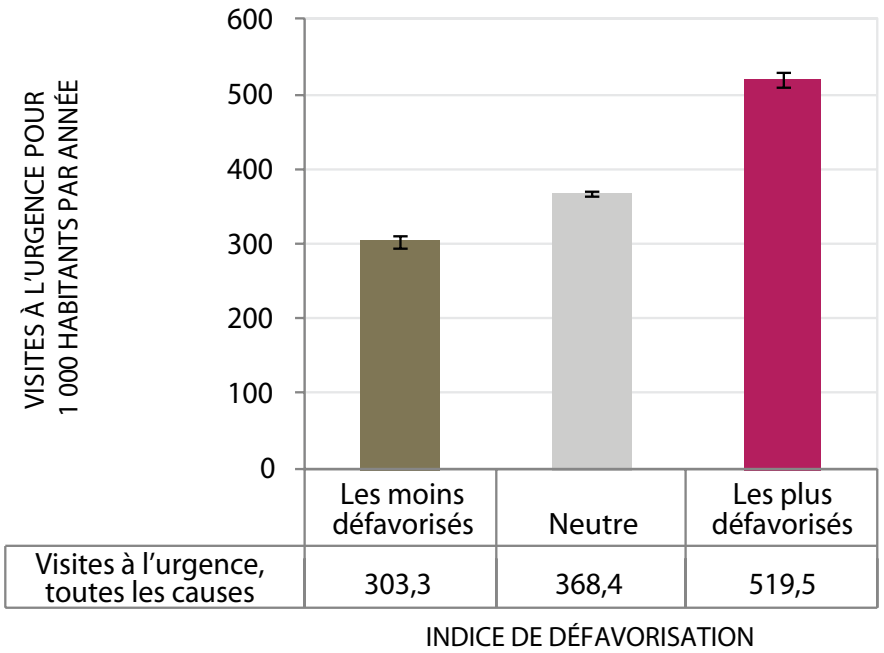
Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait 11 231 (38 %) personnes obèses de moins.

Utilisation des services de santé

9. Visites à l'urgence (toutes causes confondues)

La défavorisation matérielle est reliée à un recours plus marqué à l'urgence pour les soins médicaux en Ontario.[27]

Figure 12. Taux de visite à l'urgence normalisé selon l'âge (toutes les causes), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : données sur les soins ambulatoires (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux de visite à l'urgence, toutes causes confondues, correspond au nombre de résidents du Grand Sudbury qui ont été traités à l'urgence. Le taux pour les années allant de 2005 à 2009 est présenté pour 1 000 résidents, selon le niveau de défavorisation.

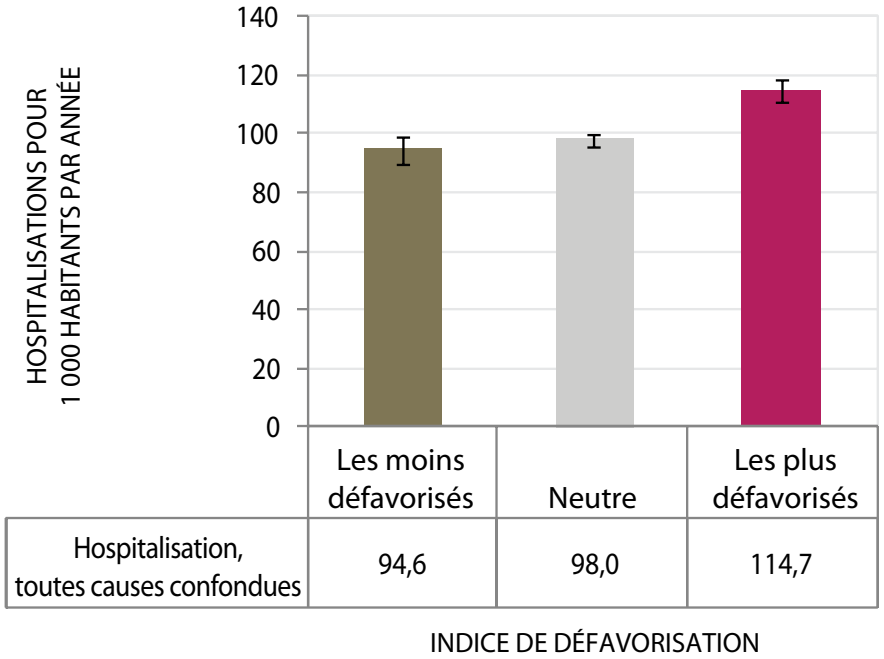
Le taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence, toutes causes confondues, augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 520 visites pour 1 000 habitants par année, soit 1,7 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (303 pour 1 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 14 077 (14 %) visites à l'urgence de moins, toutes causes confondues.

10. Hospitalisations (toutes causes confondues)

Le statut socioéconomique plus faible augmente la probabilité d'hospitalisation pour bien des maladies aiguës et chroniques.[28] Le risque accru d'hospitalisation reliée à une maladie évitable persiste chez ceux qui vivent dans un voisinage à faible niveau socioéconomique, même quand les barrières économiques à l'accès aux soins sont éliminées.[29]

Figure 13. Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (toutes les causes), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : données sur les congés des patients hospitalisés (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux d'hospitalisation, toutes causes confondues, mesure la fréquence à laquelle les résidents du Grand Sudbury ont reçu leur congé d'un hôpital. Le taux pour les années allant de 2005 à 2009 est présenté pour 1 000 résidents, selon le niveau de défavorisation.

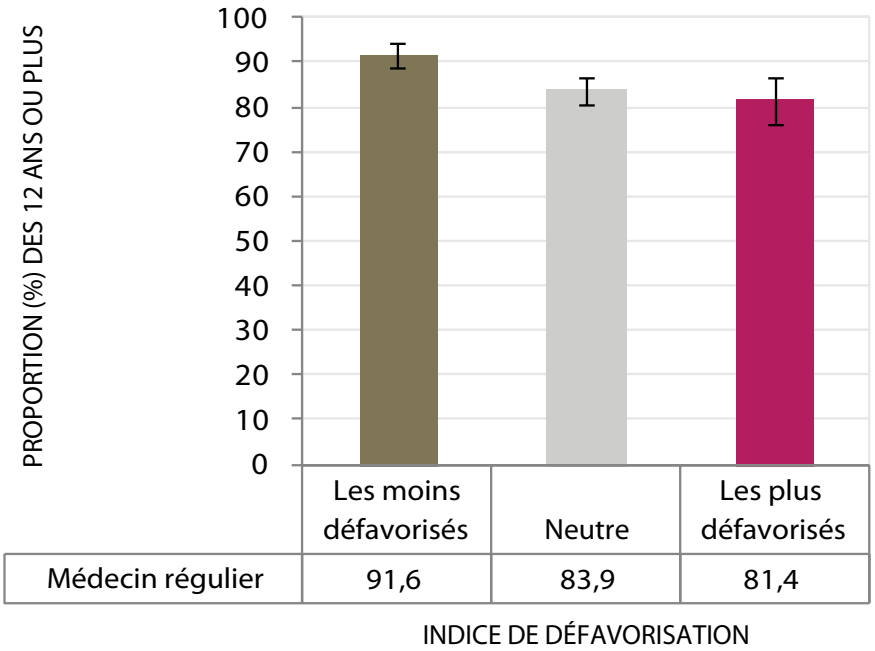
Le taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation, toutes causes confondues, augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 115 hospitalisations pour 1 000 habitants par année, soit 1,2 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (95 pour 1 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 1 783 (12 %) hospitalisations de moins, toutes causes confondues.

11. Accès régulier à un médecin

Avoir accès régulièrement à un médecin permet aux gens d'examiner comment ils peuvent favoriser leur santé dans leur vie quotidienne, gérer les maladies chroniques et faire en sorte que les problèmes de santé aigus soient pris en charge dans le cadre le plus approprié.

Figure 14. Taux normalisé selon l'âge de résidents ayant un médecin (12 ans ou plus), par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 2005 à 2010



Source : fichier partagé de l'Ontario, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 à 2010, Statistique Canada; et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents de la ville qui ont déclaré avoir un médecin régulier lorsque la question leur a été posée par téléphone entre 2005 et 2010. Le taux est présenté selon le niveau de défavorisation.

Le taux normalisé selon l'âge de personnes ayant un médecin diminue nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés était de 81 %, soit 0,1 fois moins élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (92 %).

Possibilités d'être en santé : si tous les résidents du territoire du SSPSD profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait 10 002 (6 %) personnes de plus qui déclareraient avoir un médecin régulier.

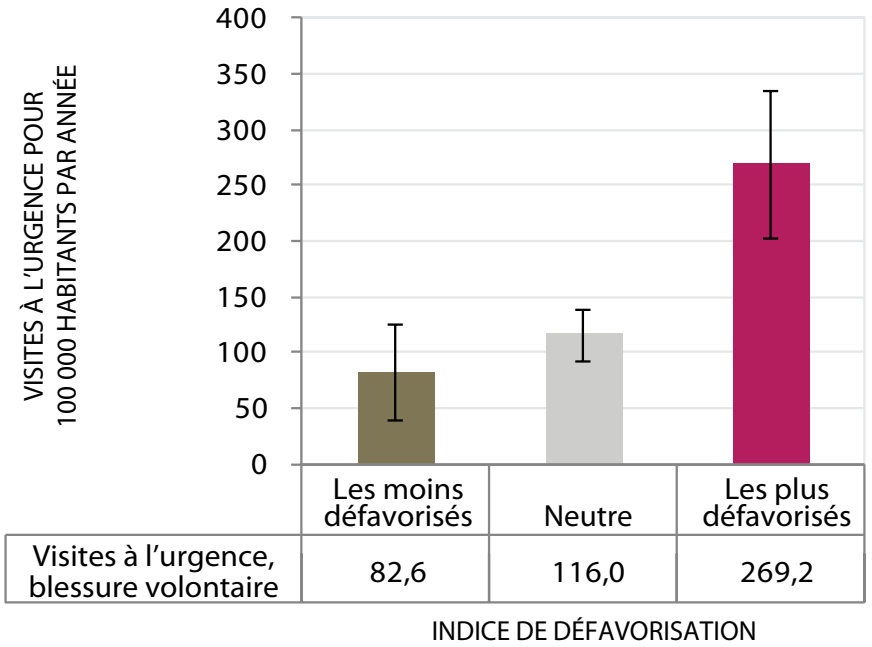
Santé mentale

« Le désavantage social est à la fois une cause et une conséquence de la maladie mentale. Autrement dit, quelle que soit sa forme, la maladie mentale est intrinsèquement sociale. »[30] Les facteurs comme le divorce des parents, la pauvreté et l'exclusion peuvent nuire à la santé mentale.[31]

12. Visites à l'urgence dues à une blessure volontaire

Le taux de visite à l'urgence due à une blessure volontaire mesure la fréquence à laquelle les résidents du Grand Sudbury ont été traités à l'urgence pour des blessures volontaires de 2005 à 2009. Le taux est présenté pour 100 000 habitants, selon le niveau de défavorisation.

Figure 15. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure volontaire, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : fichier partagé de l'Ontario, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 à 2010, Statistique Canada; et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

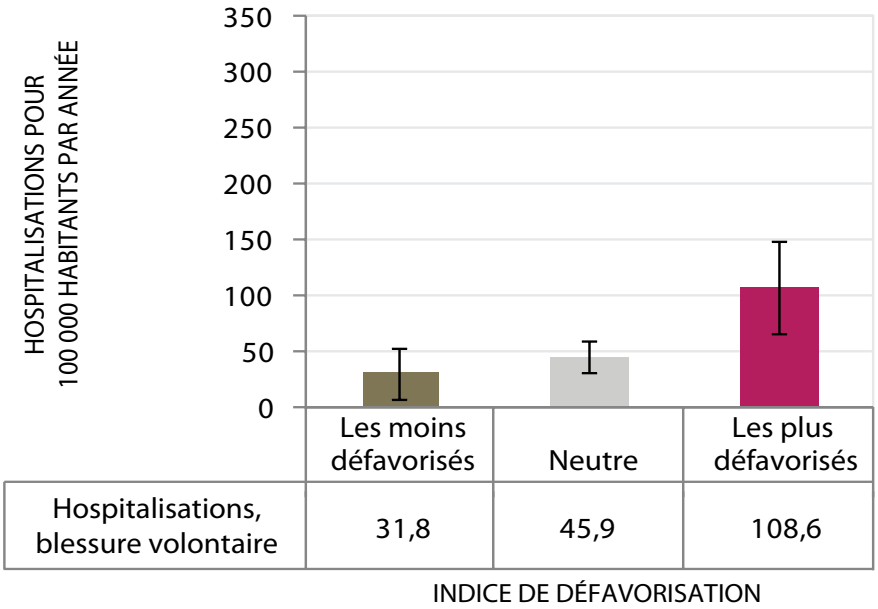
Le taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à une blessure volontaire augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 269 visites pour 100 000 habitants par année, soit 3,3 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (83 pour 100 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 83 (42 %) visites à l'urgence de moins en raison d'une blessure volontaire.

13. Hospitalisations dues à une blessure volontaire

Le taux d'hospitalisation due à une blessure volontaire montre combien de résidents du Grand Sudbury ont été admis à l'hôpital pour une blessure volontaire de 2005 à 2009. Cette mesure correspond aux graves cas de blessure volontaire (tentatives de suicide) dont le traitement exige un séjour à l'hôpital. Le taux est présenté pour 100 000 habitants, selon le niveau de défavorisation.

Figure 16. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à une blessure volontaire, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne annuelle de 2005 à 2009



Source : données sur les congés des patients hospitalisés (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux 2011 (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

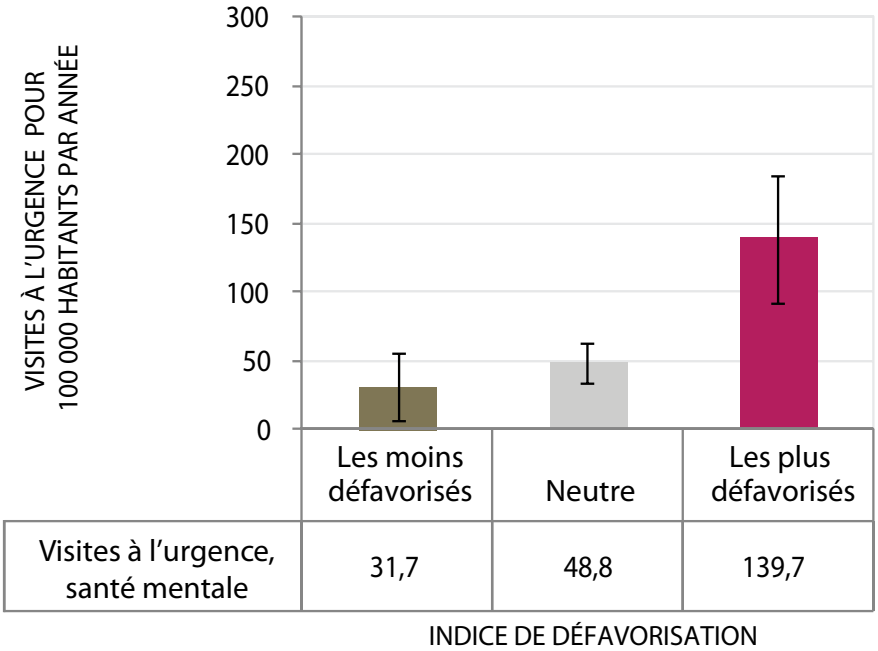
Le taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à une blessure volontaire diffère nettement selon que le secteur figure parmi les moins ou les plus défavorisés. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 109 hospitalisations pour 100 000 habitants par année, soit 3,4 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (32 pour 100 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 36 (44 %) hospitalisations dues à une blessure volontaire de moins.

14. Visites à l'urgence dues à un problème de santé mentale

Le taux de visite à l'urgence due à un problème de santé mentale mesure combien de résidents du Grand Sudbury ont été traités à l'urgence de 2005 à 2009. Le taux est présenté pour 100 000 habitants, selon le niveau de défavorisation.

Figure 17. Taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à un problème de santé mentale, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 2005 à 2009



Source : données sur les soins ambulatoires (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux 2011 (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

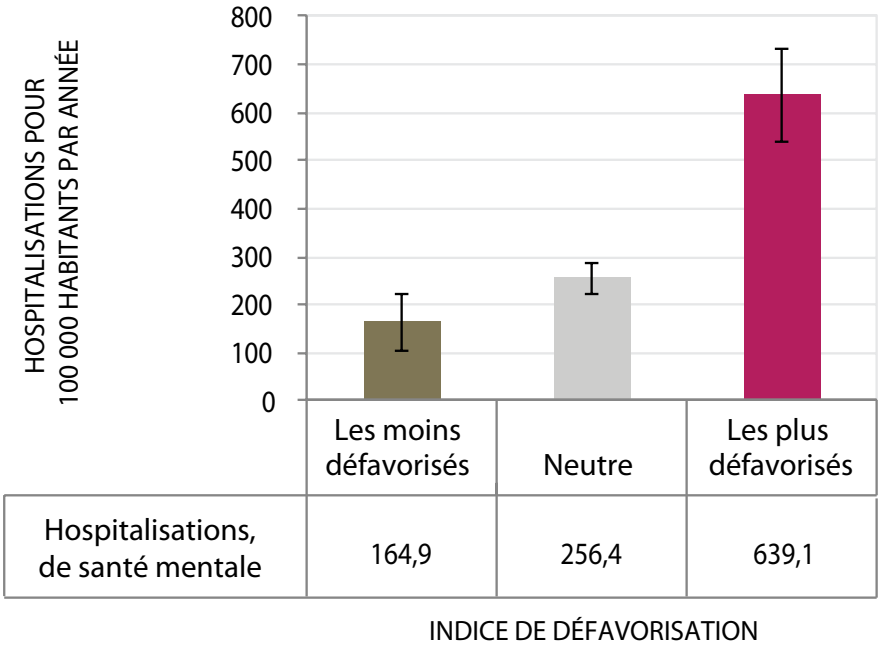
Le taux normalisé selon l'âge de visite à l'urgence due à un problème de santé mentale augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 140 visites pour 100 000 habitants par année, soit 4,4 times plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (32 pour 100 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 46 (51 %) visites à l'urgence de moins en raison d'un problème de santé mentale.

15. Hospitalisations dues à un problème de santé mentale

Le taux d'hospitalisation due à un problème de santé mentale mesure combien de résidents du Grand Sudbury ont reçu leur congé après avoir été hospitalisés pour un problème de santé mentale de 2005 à 2009. Le taux est présenté pour 100 000 habitants, selon le niveau de défavorisation.

Figure 18. Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à un problème de santé mentale, par catégorie d'indice de défavorisation, ville du Grand Sudbury, moyenne de 2005 à 2009



Source : données sur les congés des patients hospitalisés (de 2005 à 2009), savoirSANTÉ ONTARIO, MSSLD de l'Ontario, récupéré en juillet 2011; division géographique, Statistique Canada, fichier de conversion des codes postaux 2011 (FCCP); et recensement de 2006, Statistique Canada, normalisé selon l'âge d'après la population canadienne en 1991

Le taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation due à un problème de santé mentale augmente nettement lorsque le niveau de défavorisation est plus élevé. Le taux chez les résidents des secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury était de 639 hospitalisations pour 100 000 habitants par année, soit 3,9 fois plus élevé que celui enregistré pour les résidents des secteurs les moins défavorisés (165 pour 100 000).

Possibilités d'être en santé : si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités de bien-être que ceux du groupe des moins défavorisés, il y aurait chaque année 264 (54 %) hospitalisations dues à un problème de santé mentale de moins.

Discussion

Résultats globaux

Le présent rapport décrit 15 indicateurs sur la santé globale, la santé de la mère et de l'enfant, les maladies chroniques et les blessures, l'utilisation des services de santé et la santé mentale où des écarts significatifs ont été relevés entre les secteurs à faible et à fort niveau de défavorisation dans la ville du Grand Sudbury. Dans le cas de 27 autres indicateurs, aucun écart statistiquement significatif n'a été découvert.

Sur les 15, 14 ont révélé un gradient dans les résultats pour la santé en ce qui touche la défavorisation. La tendance pour le dernier indicateur, soit le taux d'hospitalisation due à une blessure ou un empoisonnement, n'a pas indiqué d'augmentation constante d'un niveau de défavorisation à l'autre. Cependant, le taux d'hospitalisation était plus élevé dans les secteurs les plus défavorisés. Dans l'ensemble, pour les indicateurs de santé qui ont montré un gradient socioéconomique, les personnes des secteurs les plus défavorisés étaient celles dont l'état de santé était le pire, alors que celui-ci s'améliorait à mesure que le niveau de défavorisation diminuait. Un gradient semblable a été observé pour les facteurs qui protègent la santé. Par exemple, les habitants des secteurs où le niveau de défavorisation était le plus élevé étaient moins susceptibles d'avoir régulièrement accès à un médecin ou d'évaluer leur santé comme étant excellente ou très bonne.

Voici quelques-uns des écarts les plus marqués selon le niveau de défavorisation :

- Dans les secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury, le taux de mortalité infantile était 2,4 fois (ou139 %) plus élevé à celui enregistré chez les nourrissons des secteurs les moins défavorisés.
- Dans les secteurs les plus défavorisés du Grand Sudbury, le taux annuel de visite à l'urgence pour des problèmes de santé mentale était 4,4 fois (ou 341 %) plus élevé à celui enregistré chez les résidents des secteurs les moins défavorisés.
- Chez les résidents des secteurs les plus défavorisés de la ville du Grand Sudbury, le taux de prévalence d'obésité était 2,0 fois (ou 102 %) plus élevé à celui enregistré chez ceux des secteurs les moins défavorisés.

Le rapport révèle les répercussions du potentiel de santé inexploité dans le Grand Sudbury. D'après l'approche analytique adoptée, si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury avaient les mêmes possibilités d'être en santé que ceux des secteurs les moins défavorisés, il en résulterait que :

- le nombre annuel de visites à l'urgence, toutes causes confondues, diminuerait de 14 077 par année
- le nombre d'hospitalisations, toutes causes confondues, diminuerait de 1 783 par année
- 9 706 personnes de plus jugeraient leur santé excellente ou très bonne
- un décès de nourrisson de moins par année

Les conclusions significatives sont conformes à la documentation grandissante qui souligne des iniquités en matière de santé d'après les déterminants économiques et sociaux de la santé aux niveaux individuel et sectoriel. En 2008, l'Institut canadien d'information sur la santé a effectué une analyse semblable à l'aide de l'indice de défavorisation et de la méthodologie de l'INSPQ afin d'évaluer les résultats pour la santé dans 15 régions métropolitaines de recensement (RMR) en zone urbaine au Canada.[32] L'étude a confirmé des iniquités au chapitre de 21 indicateurs sur la santé autodéclarée et les hospitalisations dans les 15 RMR. D'autres organismes canadiens de santé publique, dont ceux de Toronto, de la région de Peel, de Winnipeg et de Saskatoon, ont effectué des analyses comparables locales sur les résultats pour la santé; les écarts en santé fondés sur les niveaux de statut socioéconomique ont été corroborés dans chaque cas.[33]

Interprétation des résultats

Bien que le présent rapport souligne des iniquités en matière de santé entre les secteurs où le niveau de défavorisation diffère, il ne rend pas compte de la résilience, des forces et des possibilités d'être en santé qui existent dans notre collectivité. Les tendances révélées dans *Possibilités pour tous* représentent un aspect des conditions qui influent sur la santé dans la ville.

Selon l'étude, sur 42 indicateurs examinés, il y avait 15 liens statistiquement significatifs entre le niveau de défavorisation du secteur et la santé. Même si certaines iniquités ont été observées et abordées dans le rapport, le manque de conclusions de grande portée dans d'autres domaines de la santé est peut-être attribuable à bien des facteurs. Les résultats non significatifs pourraient être faux en raison de caractéristiques de l'environnement socioéconomique dans le Grand Sudbury. Ils pourraient aussi être influencés par des aspects techniques de la méthodologie d'étude. Certaines aires de diffusion de la ville du Grand Sudbury englobent des populations hétérogènes, chez qui les caractéristiques socioéconomiques sont très variables. La variabilité qui ressort des AD pourra avoir réduit l'effet apparent de défavorisation sur un résultat pour la santé. De plus, certains des secteurs possiblement les plus défavorisés de la ville du Grand Sudbury ont été exclus de l'analyse étant donné que l'information du formulaire complet du recensement sur les données socioéconomiques était absente. Notre capacité à trouver des conclusions significatives pourrait donc avoir diminué.

Par contre, si les conclusions non significatives sont effectivement vraies, bien des explications sont possibles. La ville du Grand Sudbury pourrait être moins polarisée sur le plan socioéconomique que d'autres villes qui ont réalisé une analyse en fonction de l'indice de défavorisation. Un écart moindre entre les conditions socioéconomiques extrêmes aurait tendance à réduire la probabilité de trouver des iniquités en matière de santé. Par exemple, l'offre traditionnelle d'emplois bien rémunérés dans le secteur des ressources a aplani certains gradients sociaux que des niveaux de scolarité devraient créer. De même, si la ville du Grand Sudbury offre plus de soutien pour atténuer les effets négatifs sur la santé que peut avoir un statut socioéconomique moins élevé, alors les iniquités en matière de santé peuvent diminuer. Les conclusions non significatives pourront souligner les possibilités d'être en santé qui sont offertes ou peuvent l'être à tous dans la ville du Grand Sudbury.

Des discussions avec le personnel et des partenaires communautaires du Service de santé publique de Sudbury et du district ont permis de découvrir des points de vue réfléchis sur les facteurs complexes et les caractéristiques communautaires qui contribuent à la santé dans la ville du Grand Sudbury. Les points de vue exprimés par des informateurs du milieu et du personnel renforcent l'idée que les conclusions du rapport devraient être comprises en fonction de la diversité de notre collectivité (y compris les écarts de culture et de conditions de vie normale entre les résidents). Par exemple, pendant le forum de consultation de décembre 2012, des citoyens ont noté qu'étant donné les différences culturelles dans les attitudes à l'égard de la maternité précoce, les naissances chez les mères adolescentes ne pourront pas toujours être perçues comme un résultat négatif pour la santé. Chez les personnes dont le revenu est instable, l'obésité pourra être reliée à « une frénésie alimentaire » en période de possession d'argent, suivie d'une pénurie et d'une insécurité alimentaire.

Un autre thème soulevé durant la consultation englobait le rôle que l'accès aux services joue dans l'obtention de résultats pour la santé. Les taux d'hospitalisation plus élevés dans les secteurs à statut socioéconomique inférieur pourront être influencés par un accès limité à des services de promotion de la santé, de prévention et de traitement. Une étude

menée au Canada l'a démontré et a révélé un gradient net au chapitre de l'utilisation des services de santé entre les voisinages les plus riches et les plus pauvres. L'étude a permis de découvrir que le coût moyen de la prestation de services de santé au quintile le plus pauvre était d'environ 50 % plus élevé que pour le quintile le plus riche.[34] De même, le recours aux services de santé dû à des problèmes de santé mentale pourra correspondre à des écarts réels dans l'état de santé mentale entre les résidents des secteurs où le niveau de défavorisation est plus ou moins élevé. Il pourra signifier aussi que les résidents des secteurs plus défavorisés ont moins accès aux services de promotion de la santé et de soutien en la matière.

Des participants à la consultation ont soulevé l'interdépendance qui existe entre la défavorisation et la santé mentale. Les conditions socioéconomiques où quelqu'un vit influencent sa santé mentale et son bien-être. Par ailleurs, une mauvaise santé mentale pourra limiter la capacité à conserver un emploi régulier et à tirer un revenu stable. Ces facteurs agissent aussi sur le lieu où quelqu'un peut habiter. Selon une étude menée aux États-Unis en 2005, les caractéristiques physiques des voisinages sont associées à la probabilité de dépression chez les résidents. Les particuliers qui vivaient dans un voisinage où le milieu bâti était moins soigné étaient plus susceptibles de se dire en dépression que ceux qui vivaient dans un environnement physique de meilleure qualité.[35]

Enfin, des participants à la consultation ont associé des taux de blessure (mais aussi des taux connexes d'hospitalisation et de visite à l'urgence) aux influences du milieu bâti. Ils ont désigné des caractéristiques physiques, comme l'existence d'aires de jeu, de trottoirs, et la présence de structures abandonnées, comme étant des facteurs qui influent sur la sécurité des espaces et peuvent agir sur le risque de blessure. Une étude menée au Canada en 2005, qui confirme cette perception, a révélé que les parents et les soignants des voisinages où le statut socioéconomique était moins élevé avaient trois fois moins de chances de percevoir que leur voisinage offrait des aires de jeu sûres.[36]

Limites

Le recours à un indice simple pour décrire le statut socioéconomique d'un secteur simplifie grandement l'analyse et l'interprétation des résultats. L'emploi de méthodes analytiques plus subtiles et l'inclusion d'un plus grand nombre de déterminants de la santé que dans l'indice de défavorisation permettraient une description plus complexe de la santé des populations et de la défavorisation sociale et matérielle.

À l'intérieur d'une catégorie de défavorisation, il y aura des écarts au chapitre du revenu, de l'éducation, du soutien social et pour ce qui est d'autres facteurs qui influent sur l'état de santé de chaque personne. Ainsi, il est impossible de présumer que les observations qui ont été faites sur les liens entre la défavorisation et la santé à l'échelle de population décrivent les liens entre ces facteurs dans le cas d'une personne précise. De même, l'analyse repose sur des catégories de régions géographiques appelées aires de diffusion pour déterminer les groupes qui ont été séparés selon le niveau de défavorisation. Dans certaines aires de diffusion du Grand Sudbury, bien des niveaux de revenu du ménage ont été notés. Cette variation signifie que nous ne pourrons pas caractériser la défavorisation matérielle avec une grande précision. Par conséquent, le lien entre la défavorisation et les résultats pour la santé pourra avoir été sous-estimé.

Les limites sont abordées plus en détail à *l'annexe E*.

Conclusions

Quinze indicateurs de santé présentés dans le présent rapport révèlent l'existence d'un lien entre la santé et le statut socioéconomique. Concernant 14 d'entre eux, les personnes des secteurs les plus défavorisés étaient celles dont l'état de santé était le pire, et la santés'améliorait à mesure que le niveau de défavorisation diminuait. Il existe un certain nombre de moyens de comprendre l'effet de ces liens, y compris *les possibilités perdues d'être en meilleure santé* pour tous les résidents quand un gradient en santé existe. Les conclusions du rapport sont tout à fait en accord avec les études internationales et nationales qui ont révélé des liens semblables entre les déterminants sociaux de la santé, les iniquités en matière de santé et l'état de santé des populations.[37]

Il y a encore du travail à faire pour comprendre le chemin vers l'équité en matière de santé et réduire les disparités en matière de santé qui sont décrites pour le Grand Sudbury. *Possibilités pour tous* fournit des données locales pour mieux influencer le dialogue communautaire qui s'impose pour effectuer cette tâche. Il est très possible de tenir un débat productif sur ce que nous pouvons faire pour atténuer les disparités.

Notamment, la consultation auprès de citoyens a permis de dégager des facteurs communautaires qui peuvent « amortir » les iniquités en matière de santé. Par exemple, le Grand Sudbury a une longue tradition de collaboration entre les particuliers et les organismes pour soutenir le développement de la petite enfance et la sécurité alimentaire. La consultation nous a portés à croire que si aucun écart significatif n'a été observé entre les résidents des secteurs plus ou moins défavorisés (par exemple, au chapitre des taux de faible poids à la naissance et d'allaitement), c'est en partie à cause des solides ressources communautaires et services de soutien à l'échelle des voisinages. Les indicateurs de santé du Grand Sudbury qui ne révèlent aucun gradient socioéconomique appuient l'idée selon laquelle les iniquités sont modifiables. Il y aurait lieu de les examiner plus à fond pour comprendre les leçons qui peuvent être tirées sur le potentiel de l'action communautaire lorsqu'il s'agit d'augmenter les *possibilités pour tous*.

Le Service de santé publique de Sudbury et du district a toujours pour mission d'offrir des activités de santé publique à l'échelle locale afin de respecter sa *Vision sur l'équité en matière de santé pour 2020*. Il s'engage toujours aussi à collaborer avec des partenaires communautaires de divers secteurs pour partager de l'information, des expériences et des points de vue dans le but de mieux comprendre et influencer le bien-être de la collectivité.

Le Grand Sudbury possède bien des atouts, et, depuis longtemps, ses forces sont mobilisées pour reconnaître les iniquités, comme celles qui sont révélées dans le présent rapport, et y réagir. Par des mesures éclairées, inventives et concertées pour améliorer la santé du public, il est possible d'éviter que quiconque risque de se trouver en mauvaise santé uniquement à cause de son environnement socioéconomique. Les iniquités en matière de santé qui sont décrites dans le présent rapport ne sont pas inévitables. Nous pouvons bâtir une collectivité où il existe des *possibilités pour tous*.

Notes

[1]Organisation mondiale de la Santé (2008)
[2]Kawachi et coll. (2002)
[3]Whitehead et Dahlgren (2006)
[4]http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44083/1/9789242563702_fre.pdf
[5]Sous-comité sénatorial sur la santé des populations (2009)
[6]Bureau de santé de Toronto (2008); Lemstra et Neudorf (2008); Office régional de la santé de Winnipeg (2010); Bureau de santé de la région de Peel (2011)
[7]Ontario : MSSLD (2011)
[8]Pampalon et coll. (2009)
[9]Mackenback et coll. (2003)
[10]Guildea et coll. (2001)
[11]Wilkins et coll. (2002)
[12]Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale (2007)
[13]Chen et coll. (2007)
[14]Smith et Elander (2006)
[15]Broemeling et coll. (2008)
[16]ICIS (2010)
[17]Agence de la santé publique du Canada (2012)
[18]Smartrisk (2006)
[19]Agence de la santé publique du Canada (2009)
[20]Peden et coll (2008)
[21]Faelker et coll. (2000); Peden et coll. (2008)
[22]Chen et coll. 2013
[23]Peden et coll. (2008)
[24]ICIS (2010)
[25]ICIS (2010), Burrows et coll. (2012)
[26]Doorfman et Wallack (2007)
[27]Bureau de santé de la région de Peel (2011)
[28]ICIS (2008)
[29]Bureau de santé de la région de Peel (2011)
[30]Horwitz et Shield (1999)
[31]Melzer et coll. (2004)
[32]ICIS (2008)
[33]Bureau de santé de Toronto (2008); Bureau de santé de la région de Peel (2011); Office régional de la santé de Winnipeg (2010); Lemstra M, Neudorf C. (2008)
[34]Glazier et coll. (2000)
[35]Galea et coll. (2005)
[36]Oliver et Hayes (2005)
[37]Lemstra et Neudorf (2008); ICIS (2008); Bureau de santé de Toronto (2008); Bureau de santé de la région de Peel (2011)

[38]ICIS (2001)
[39]Statistique Canada (2009)
[40]Pampalon et coll. (2009)
[41]Last (2006)
[42]Last (2006)
[43]Statistique Canada (2009)
[44]Young (1998)
[45]Pagano et Gauvreau (2000)
[46]Heeringa et coll. (2010)
[47]StataCorp (2011)

Références

Agence de la santé publique du Canada (2009). *Étude des blessures chez les enfants et les jeunes, édition 2009—Pleins feux sur la sécurité des produits de consommation*. Ottawa ON : repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/index-fra.php.

Bonell, C.P., Strange, V.J., Stephenson, J.M., Oakley, A.R., Copas, A.J., Forrest, S.P., Black, S. (2003). Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy : development of hypotheses using baseline data from randomized trial of sex education. *Journal of Epidemiology of Community Health*, 57, 871–876.

Broemeling, A., Watson, D.E. et Prebtani, F. (2008). Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly, 11*, 70–76.

Bureau de santé de la région de Peel (2011). *Health in Peel: determinants and disparities 2011*. Repéré à : http://www.peelregion.ca/health/health-status-report/determinants/pdf/MOH-0036_Determinants_final.pdf.

Bureau de santé de Toronto (2008). T*he Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto*, 2008. Repéré à : http://www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf.

Burrows, S. Augera, N., Gamacheb P.,Hamelb D. (2012) Individual and area socioeconomic inequalities in cause-specific unintentional injury mortality: 11-Year follow-up study of 2.7 million Canadians Accident Analysis and Prevention 45 99– 106

Caspi, A., Taylor, A., Moffitt, T.E. et Plomin, R. (2000). Neighborhood deprivation affects children's mental health: environmental risks identified in a genetic design. *Psychological Science, 11*, 338–342.

Chen, X. K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G. et Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, *36*, 368–373.

Chen, Y., Mo, F., Li, Q.L., Yiang, Y, Mao, Y. (2013) Unintentional injury mortality and external causes in Canada from 2001 to 2007. Chronic Diseases and Injuries in Canada, 33,95–102.

Comité directeur sur l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé de l'Agence de la santé publique du Canada. (2012) L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada : Rapport de 2012 présenté par l'Agence de la santé publique du Canada. Ottawa ON : Agence de la santé publique du Canada.

Doorfman, L. et Wallack, L. (2007). Moving nutrition upstream: the case for reframing obesity. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *39*, S45–S50.

Doubeni, C.A., Schootman, M., Major, J.M., Torres Stone, R.A., Laiyemo, A.O., Park, Y. et

Schatzkin, A. (2012). Health status, neighborhood socioeconomic context, and premature mortality in the United States: The National Institutes of Health—AARP diet and health study. *American Journal of Public Health, 102*, 680–688.

Faelker, T., Pickett, W. et Brison, R.J. (2000). Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada. *Injury Prevention, 6*, 203–208.

Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z. et Vlahov, D. (2005). Urban Built Environment and Depression: A Multilevel Analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 822–827.

Glazier, R.H., Badley, E.M., Gilbert, J.E. et Rothman, L. (2000). The Nature of Increased Hospital Use in Poor Neighbourhoods: Findings From a Canadian Inner City. *Canadian Journal of Public Health 91*, 268–273.

Guildea, Z.E.S., Fone, D.L., Dunstan, F.D., Sibert, J.R. et Cartilidge, P.H.T. (2001). Social deprivation and the causes of stillbirth and infant mortality. *Archives of Disease in Childhood, 84*, 307–310.

Heeringa, S.G., West, B.T. et Berglund, P.A. (2010). *Applied survey data analysis*. Boca Raton FL : Chapman & Hall/CRC.

Horwitz, A.V. et Shied, T.L. (1999). *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories and systems*. New York : Cambridge University Press.

Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada* : Ottawa ON.

Institut canadien d'information sur la santé (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision*. Canada (ICD-10-CA). Ottawa ON : ICIS.

Institut canadien d'information sur la santé. (2008). Les Canadiens des groupes de statut socioéconomique faible sont plus susceptibles d'être hospitalisés pour une maladie mentale ainsi que pour l'asthme pédiatrique. Repéré à : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/factors+influencing+health/socioeconomic/release_24nov08.

Institut canadien d'information sur la santé (2010). Analyse en bref : Les hospitalisations à la suite d'une blessure et le statut socioéconomique. Ottawa ON : ICIS. Repéré à : https://secure.cihi.ca/free_products/Injury_aib_vE4CCF_v3_fr.pdf.

Kawachi, I., Subramanian, S. et Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology Community Health, 55*, 647–652.

Kowaleski-Jones, L. et Duniform, R. (2006). Family Structure and Community Context: Evaluating Influences on Adolescent Outcomes. *Young & Society, 38*, 110–130.

Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M. et Aittomaki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology Community Health, 58*, 327–332.

Last, J.M. (2001). *A dictionary of epidemiology* (4e éd.). New York NY : Oxford University Press.

Lemstra, M. et Neudorf, C. (2008). *Health disparity in Saskatoon: analysis to intervention*. Saskatoon. Repéré à : http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf.

Mackenbach, J.P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A. et Kunst, A.E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology, 32*, 830–837.

McLeod, A. (2001). Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ, 323*, 199–203.

Melzer, D., Fryers T., Jenkins R. (dir.), Social Inequalities and Distribution of Common Mental Disorders, Hove: Psychology Press Ltd, 2004

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2011). *Parlons de santé et non plus de soins de santé*. Rapport annuel de la médecin hygiéniste en chef de 2010 à l'Assemblée législative de l'Ontario, par la Dre Arlene King. Toronto ON : ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Norman, P., Boyle, P., Exeter, D., Feng, Z. et Popham, F. (2011). Rising premature mortality in the UK's persistently deprived areas: only a Scottish phenomenon? *Social Science & Medicine, 73*, 1575–1584.

Office régional de la santé de Winnipeg (2010). *Community health assessment 2009/2010*. Winnipeg MB : WRHA Research & Evaluation Unit. Repéré à : http://www.wrha.mb.ca/research/cha2009/index.php.

Oliver, L.N. et Hayes, M.V. (2005). Neighbourhood socio-economic status and the prevalence of overweight Canadian children and youth. *Canadian Journal of Public Health, 96*, 415–420.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. Page d'accueil de l'Organisation mondiale de la Santé. Repéré à : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/index.html.

Pagano, M. et Gauvreau, K. (2000). *Principles of biostatics* (2e éd.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Pampalon, R.M., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. (2009). A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 29*, 178–191.

Peden, M. et coll. (2008) World report on child injury prevention. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Repéré à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf.

Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale (2007). *En action! Mobilisation communautaire et participation des jeunes en vue de réduire les taux de grossesse à l'adolescente au Canada*. Ottawa : PACE et PCNP.

Rudd Centre for Food Policy and Obesity, Yale University (2008). *Access to Healthy Foods in Low Income Neighbourhoods: Opportunities for Public Policy*. Repéré à : http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/reports/RuddReportAccesstoHealthyFoods2008.pdf.

Sous-comité sénatorial sur la santé des populations (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa ON : Sénat du Canada. Repéré à : http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf.

SMARTRISK (2006). *The Economic Burden of Injury in Ontario*. Toronto : SMARTRISK. Repéré à : http://www.smartrisk.ca/downloads/burden/EBI-Ont-2006.pdf.

Smith, D.M. et Elander, J. (2006). Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13–15-year-old girls. *Psychology, Health & Medicine, 11*, 399–410.

StataCorp (2011). *Stata statistical software: release 12*. College Station, TX : StataCorp LP.

Statistique Canada (2010). *Fichier de conversion des codes postaux, version d'octobre 2010*. Ottawa ON : Statistique Canada.

Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé.

Wilkins, R., Berthelot, J.M. et Ng, E. (2002). Trends in Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada from 1971 to 1996. *Health Reports, 13*, 45–71.

Young, T.K. (1998). *Population health: concepts and methods*. New York NY : Oxford University Press.

Annexe A

Résultats pour la santé et facteurs de risque examinés selon le niveau de défavorisation

Les deux tableaux qui suivent présentent les variables examinées concernant les liens qui existent entre la santé et la défavorisation sectorielle. Les indicateurs où le gradient socioéconomique n'était pas statistiquement significatif sont indiqués au *tableau A2*.

Tableau A1. Indicateurs de santé dans les secteurs les plus défavorisés où les écarts sont statistiquement significatifs

Indicateurs de santé	Niveau dans les secteurs les plus défavorisés par rapport aux secteurs les moins défavorisés
1. Santé autoévaluée (excellente ou très bonne)	20 % moins élevé ou 0,2 fois moins élevé
2. Mortalité prématurée (avant 75 ans)	86 % plus élevé ou 1,9 fois plus élevé
3. Mortalité infantile	139 % plus élevé ou 2,4 fois plus élevé
4. Naissances chez les mères adolescentes (proportion de toutes les naissances vivantes chez les mères adolescentes)	205 % plus élevé ou 3,1 fois plus élevé
5. Visites à l'urgence dues à une blessure ou un empoisonnement	44 % plus élevé ou 1,4 fois plus élevé
6. Visites à l'urgence dues à une blessure ou un empoisonnement (enfants et jeunes)	25 % plus élevé ou 1,3 fois plus élevé
7. Hospitalisations dues à une blessure ou un empoisonnement	24 % plus élevé ou 1,2 fois plus élevé
8. Obésité	102 % plus élevé ou 2,0 fois plus élevé
9. Visites à l'urgence (toutes causes confondues)	71 % plus élevé ou 1,7 fois plus élevé
10. Hospitalisations (toutes causes confondues)	20 % plus élevé ou 1,2 fois plus élevé
11. Accès régulier à un médecin	11 % moins élevé ou 0,1 fois moins élevé
12. Visites à l'urgence dues à une blessure volontaire	226 % plus élevé ou 3,3 fois plus élevé
13. Hospitalisations dues à une blessure volontaire	242 % plus élevé ou 3,4 fois plus élevé
14. Visites à l'urgence dues à un problème de santé mentale	341 % plus élevé ou 4,4 fois plus élevé
15. Hospitalisations dues à un problème de santé mentale	288 % plus élevé ou 3,9 fois plus élevé

Tableau A2. Indicateurs de santé où aucun écart statistiquement significatif n'a été relevé entre les secteurs les plus défavorisés et les moins défavorisés

Maladie chronique
1. Asthme
2. Décès dû à une maladie cardiovasculaire
3. Cancer
4. Décès dû au cancer
5. Diabète
6. Maladie du cœur
7. Maladies respiratoires
Blessures
8. Visites à l'urgence pour une chute (personnes âgées)
9. Hospitalisations pour une chute (personnes âgées)
10. Hospitalisations pour une blessure ou un empoisonnement (enfants)
11. Décès dû à une blessure ou un empoisonnement
12. Décès dû à une blessure volontaire
Santé maternelle et infantile
13. Allaitement
14. Faible poids à la naissance
15. Mortalité périnatale
Dépistage et immunisation
16. Dépistage du cancer du sein
17. Dépistage du cancer du col de l'utérus
18. Dépistage du cancer colorectal
19. Hypertension
20. Vaccination antigrippale
Comportements liés à la santé
21. Alcool (consommation abusive)
22. Nutrition (consommation de fruits et légumes selon le Guide alimentaire canadien)
23. Surpoids ou obésité (combinés)
24. Activité physique
25. Tabagisme (quotidien ou occasionnel)
Santé générale
26. Santé mentale autoévaluée (très bonne ou excellente)
27. Sentiment d'appartenance à la collectivité (très ou assez fort)

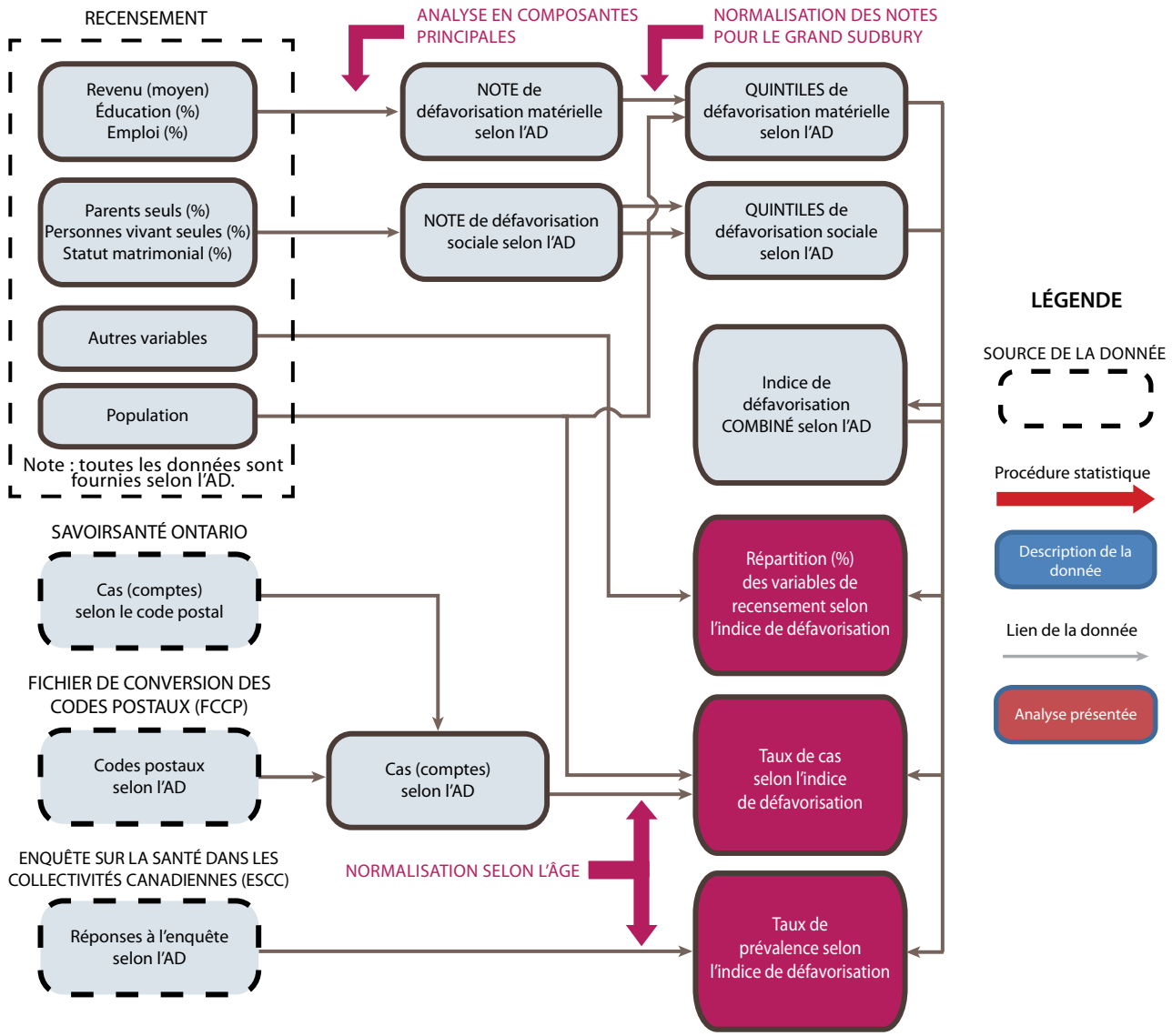
Annexe B

Sources de données

Aperçu

Les analyses présentées dans le présent rapport combinent de nombreuses sources de données et divers calculs et procédures statistiques, comme l'illustre la *figure B1*.

Figure B1. Représentation graphique des données, des sources, des liens et des analyses



Les analyses exposées dans le présent rapport reposent sur les sources de données qui suivent.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête nationale menée auprès des personnes de 12 ans ou plus par Statistique Canada. L'ESCC procure des estimations de prévalence sur l'état de santé, les facteurs de risque et le recours aux systèmes de soins de santé dans 126 régions sanitaires du Canada. L'échantillon exclut les personnes vivant sur une réserve indienne, sur une base des Forces canadiennes et dans certaines régions éloignées. Les ménages ont été choisis au hasard, tout comme les personnes qui en font partie (une par ménage). Les données sont limitées de façon similaire à celles recueillies par sondage téléphonique, où les participants doivent répondre à des questions sur eux-mêmes. Elles sont limitées également par une sous-représentation des personnes sans téléphone. Les répondants pourront répondre aux questions de manière inexacte ou souhaiter le faire par un moyen socialement acceptable.

Dans le présent rapport, la valeur approximative des estimations pour la ville du Grand Sudbury est établie par des estimations fondées sur les données de l'ESCC pour le territoire du Service de santé publique de Sudbury et du district. Les données utilisées ont été recueillies de 2005 à 2010, et l'échantillon total pour le Grand Sudbury compte 3 079 répondants.

Statistique Canada procède au *Recensement de la population canadienne* tous les cinq ans afin de fournir une source fiable pour décrire les caractéristiques de la population, des logements et des activités agricoles du pays. Le Recensement procure une estimation de la population et des logements, ainsi que les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, pour le Canada, les provinces, les territoires et de nombreuses régions de moindre envergure. Les analyses présentées dans le rapport reposent sur des données provenant du Recensement de 2006 (réalisé en mai 2006).

savoirSANTÉ ONTARIO est un portail de données Web que gère le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il donne accès à de nombreuses sources de données qui ont servi dans le présent rapport, y compris :

1. les données sur les visites à l'urgence du *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)*, produit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS),
2. les données sur les sorties des hôpitaux (mortinaissances, décès à l'hôpital et congés) contenues dans la *Base de données sur les congés des patients (BDCP)* de l'ICIS,
3. les statistiques de l'état civil (naissances vivantes, mortinaissances et décès) du Bureau du registraire général de l'Ontario.

Ces données sont codées selon le lieu de résidence de la personne, et non l'endroit où le cas s'est produit. Elles pourront être limitées par des erreurs ou des biais de codage, en particulier en ce qui touche le diagnostic ou la cause du décès. La base de données ne renferme aucun registre concernant les Ontariens qui sont allés à l'urgence, ont été hospitalisés ou sont morts à l'extérieur de la province.

Les données du SNISA et de la BDCP et les statistiques de l'état civil se rapportant à des cas précis (par exemple, une maladie cardiovasculaire) sont classées selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision*

(ICD-10-CA).[38] Il s'agit d'un ensemble de codes normalisés qui représente toutes les maladies et les blessures. Elle a été publiée à l'origine par l'Organisation mondiale de la Santé, puis adaptée au contexte canadien.

Le *Fichier de conversion des codes postaux (FCCP)* relie les codes postaux aux unités géographiques du recensement, y compris les aires de diffusion (AD).[39] Lorsqu'il était possible de rattacher le code postal à diverses AD, l'affectation reposait sur *l'indicateur de lien unique* (qui représente la région où la personne est la plus susceptible de résider, d'après la répartition de la population).

Le fait de consulter des représentants de bon nombre de secteurs, comme l'éducation, les soins de santé et les services sociaux, a contribué à l'interprétation des conclusions du rapport. Les conclusions préliminaires ont été présentées à l'occasion d'une activité communautaire organisée par le Service de santé publique de Sudbury et du district en décembre 2012. Les participants devaient répondre à des questions sur le sens des résultats, ce qui pourrait contribuer aux résultats pour la santé et déterminer les forces de la ville du Grand Sudbury qui pourraient protéger la santé. Le document sur la consultation se trouve à http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/FullReport_OpportunitiesForWellbeing_FINAL_Dec24.pdf. La liste des organismes invités est dressée à *l'annexe F*.

Annexe C

Statut socioéconomique des voisinages—l'indice de défavorisation

Toutes les analyses exposées dans le présent rapport comparent les taux de résultat ou d'état chez les résidents de régions géographiques regroupées selon le niveau de défavorisation. L'indice de défavorisation est une mesure composite du statut socioéconomique à l'échelle du voisinage qui a été mise au point par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il englobe des composantes matérielle et sociale, et chacune est dérivée de trois variables du Recensement de 2006. Les régions géographiques se voient accorder une note de défavorisation matérielle par une analyse en composantes principales (ACP) d'après :

- la proportion de résidents sans diplôme d'études secondaires
- la proportion de résidents avec emploi
- le revenu moyen des résidents (en 2005)

De même, les régions se sont vu accorder une note de défavorisation sociale par une ACP d'après :

- la proportion de familles monoparentales
- la proportion de résidents vivant seuls
- la proportion de résidents séparés, divorcés ou veufs[40]

Les notes brutes de défavorisation matérielle et sociale concernent les aires de diffusion (AD) de la subdivision de recensement du Grand Sudbury. Les AD locales ont ensuite été regroupées par quintiles d'après les notes de défavorisation matérielle et sociale obtenues, le premier quintile représentant le 20 % des AD où les notes étaient les plus élevées (le niveau de défavorisation était le plus faible).

Enfin, les AD ont été divisées à nouveau en trois groupes représentant un statut socioéconomique élevé, moyen ou faible, d'après les quintiles des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation, illustrés à la *figure C1*.

Figure C1. Combinaison des composantes matérielle et sociale en un indice de défavorisation fondé sur trois catégories

Défavorisation accrue

Défavorisation accrue

COMPOSANTE MATÉRIELLE	COMPOSANTE SOCIALE				
	1er quintile	2e quintile	3e quintile	4e quintile	5e quintile
1er quintile	LES MOINS DÉFAVORISÉS	1	2	2	2
2e quintile	1	1	2	2	2
3e quintile	2	2	Neutre	2	2
4e quintile	2	2	2	3	3
5e quintile	2	2	2	3	LES PLUS DÉFAVORISÉS

Annexe D

Calcul des taux, des intervalles de confiance et de la signification statistique

Calcul des taux

Un taux est une mesure de la fréquence d'un cas ou d'un état. Il se divise en trois composantes :

1. le nombre de cas survenus
2. la population risquant d'être touchée
3. une mesure du temps (généralement une année)

Le taux est souvent multiplié par un grand nombre (généralement 100 000) pour qu'il soit plus facile de comprendre. Dans le présent rapport, 52 décès pour 100 000 habitants par année en sont un exemple. Recourir à des taux plutôt qu'au nombre de cas d'une maladie a pour avantage de permettre de comparer l'expérience vécue par diverses populations.[41] Bien des types de taux sont présentés dans le présent rapport.

Taux d'incidence

Un taux d'incidence est une mesure de la fréquence de nouveaux cas sur une période donnée.[42] Le présent rapport présente trois types précis de taux d'incidence, qui diffèrent par le cas décrit :

- taux de visite à l'urgence
- taux d'hospitalisation
- taux de mortalité (décès)

Les taux en question peuvent être calculés pour une cause de maladie en particulier (par exemple, les maladies cardiovasculaires) ou pour toutes les causes combinées. Pour tous les taux, les données provenant de multiples (cinq ou dix) années ont été combinées afin que l'estimation soit plus stable. Les données concernant chaque cas pour la période en question sont géocodées en fonction d'une aire de diffusion (AD) du recensement par code postal, d'après le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP).[43] Chaque AD s'est également vu attribuer une estimation de population d'après le Recensement de 2006 ainsi qu'une catégorie d'indice de défavorisation (faible, moyen, élevé), tel que décrit précédemment. Les AD ont été combinées en groupes de défavorisation, et les comptes de cas et estimations de population ont été additionnés. Les taux bruts de l'événement ont alors été calculés pour chaque groupe de défavorisation comme suit :

$$\textit{Taux d'incidence annuel par } 10^n = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas}}{\text{Population(2006)} \times \text{années}} \times 10^{\text{n}}$$

Les *années* représentent la durée de la période sur laquelle les données ont été recueillies en années, et 10^n est un multiple de 10, généralement 100 000.

Taux de prévalence

Un taux de prévalence renseigne sur le nombre de cas d'une maladie ou d'un état qui ont été enregistrés au sein de la population sur une période donnée. Il est généralement présenté sous forme de pourcentage de la population. « Vingt-quatre pour cent des résidents du territoire du SSPSD âgés de 12 ans ou plus sont des fumeurs actuels » en est un exemple. Dans le présent rapport, les taux de prévalence sont calculés d'après les données tirées du Recensement de 2006 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007–2008 de la manière suivante :

$$\textit{Taux de prévalence (\%)} = \frac{\text{Nombre de répondants déclarant l'état [pondéré]}}{\text{Nombre total [pondéré] de répondants}} \times 100\%$$

Pondéré renvoie au fait que des facteurs de pondération ont été appliqués aux données de l'ESCC pour que les renseignements obtenus de l'échantillon soient représentatifs de toute la population cible analysée. (Reportez-vous à Heeringa et coll. pour vous renseigner sur l'analyse des données d'enquête.)

Les estimations de prévalence ont été calculées pour chaque groupe de défavorisation d'abord par l'attribution d'une catégorie de défavorisation à chaque AD pour laquelle il existait des données de recensement, ou à chaque répondant de l'échantillon de l'ESCC, d'après son AD, puis par le regroupement des données selon les catégories en question.

Normalisation selon l'âge des taux

Il se peut qu'une plus grande proportion de la population vivant en état de défavorisation marquée soit plus vieille, étant donné que les aînés pourront être plus susceptibles de toucher un revenu inférieur, d'être séparés, divorcés ou veufs, et donc de vivre seuls. Les taux de certains états ou résultats pour la santé qui sont étudiés dans le présent rapport ont également tendance à être plus élevés chez eux. C'est pourquoi la découverte de taux plus élevés du résultat chez les résidents de secteurs à défavorisation accrue pourrait simplement signifier que ces personnes sont plus âgées.

Par conséquent, les comparaisons entre populations reposent souvent sur un taux normalisé selon l'âge. Celui-ci est statistiquement redressé en fonction de tout écart dans la structure d'âge de la population sous-jacente, comme suit :

$$\textit{Taux normalisé (\%)} = \frac{\Sigma\,(\text{Cas}_i \,/\, \text{Population}_i \times \text{Norme}_i)}{\Sigma\ \text{Norme}_i} \times 10^n$$

Cas_i représente le nombre de cas dans l'i^e groupe d'âge (généralement de cinq ans). $Population_i$ représente la population du groupe d'âge, et $Norme_i$ représente la population du groupe d'âge dans une certaine population type, qui, dans le présent rapport, correspond à la population canadienne de 1991.

Les taux normalisés ne sont pas destinés à fournir une estimation du véritable taux au sein de chaque groupe. Ils correspondent plutôt au taux qui *aurait été obtenu* si les taux observés dans chaque groupe d'âge des populations (groupes) actuelles avaient été enregistrés au sein de la population type. Comme les structures d'âge des groupes ne sont pas prises en compte, les comparaisons des taux normalisés selon l'âge sont susceptibles de mieux refléter les effets possibles de la défavorisation.

Taux et mesures concernant la santé du nourrisson

D'autres types de taux et de mesures ont été utilisés dans le présent rapport lorsqu'il s'est agi de faire état des indicateurs relatifs à la santé des nourrissons. C'est pourquoi le dénominateur de ce genre de taux ou de mesures est généralement le nombre de naissances survenues dans la région géographique, et non la population de ladite région. Les taux et mesures ont été calculés comme suit :

$$\textit{Taux de mortalité infantile} = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants} < 1\ an}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 1000$$

$$\textit{Taux de mortalité périnatale} = \frac{\text{Décès de foetus (28 semaines de grossesse ou plus) + de nouveau-nés (1re semaine)}}{\text{Décès de foetus (28 semaines de grossesse ou plus) + naissances vivantes}} \times 1000$$

$$\textit{\% de faible poids à la naissance} = \frac{\text{Nombre de naissances vivantes simples à terme} \geq 2{,}500 \text{ grammes}}{\text{Nombre ne caissances vivantes imples à terme}} \times 100\%$$

$$\textit{\% de mères adolescentes} = \frac{\text{Nombre de naissances vivantes dans le cas de mères adolescentes}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 100\%$$

Calcul du « potentiel de santé »

La mesure indiquée dans le présent rapport comme étant le « potentiel de santé » renvoie communément à la fraction étiologique du risque dans la documentation scientifique. C'est une estimation de la proportion de cas de la maladie ou de l'état qui seraient prévenus si l'exposition était éliminée. Dans le présent rapport, l'exposition est un niveau de défavorisation allant de moyen à élevé.

La fraction étiologique du risque (FER) se calcule comme suit :

$$FER = \frac{P_e(RT - 1)}{1 + P_e(RT - 1)} \times 100\%$$

Où P_e est la prévalence de l'exposition au sein de la population, et RT est un ratio de taux de maladie entre la population exposée et celle qui ne l'est pas. Autrement dit :

$$P_e = \frac{\text{Population à défavorisation moyenne à élevée}}{\text{Population totale}}$$

$$RT = \frac{Taux_{\text{ Défavorisation de moyenne à élevée}}}{Taux_{\text{ Défavorisation faible}}}$$

Le nombre de cas qui serait prévenu équivaut au produit du RT et du nombre total de cas enregistrés chaque année. Pour la plupart des indicateurs, le nombre total de cas découlait des données obtenues. Pour les indicateurs dérivés des données de l'ESCC, le nombre total de cas a été estimé par multiplication de la prévalence estimative de l'état de santé par une estimation de la population pour la ville du Grand Sudbury d'après le Recensement de 2006.

Calcul des intervalles de confiance et de la signification statistique

Il importe de reconnaître que les résultats présentés dans le présent rapport sont des estimations des véritables taux d'un résultat ou d'un état au sein de la population. C'est particulièrement vrai pour les estimations découlant de l'ESCC, qui pourraient avoir changé si des personnes différentes avaient été choisies pour participer à l'enquête. Par conséquent, lorsqu'il s'agit d'établir des comparaisons, il importe de tenir compte de la possibilité que les différences observées entre les groupes de défavorisation aient été uniquement dues au hasard, plutôt qu'à une véritable différence entre les groupes comparés. Cela se fait par la présentation des intervalles de confiance et de la signification statistique des écarts.

Les intervalles de confiance sont comme la « marge d'erreur » qui se rapporte aux résultats de la plupart des sondages. Ils indiquent en quoi les résultats pourront changer si l'analyse est répétée de nombreuses fois, mais avec des données sur des personnes différentes au sein de la même population. Les limites maximale et minimale de l'intervalle représentent l'échelle prévue de l'estimation dans 95 % des répétitions. Notez que dans 5 % des essais, l'estimation dépasserait l'échelle.

Les résultats pour deux populations peuvent être comparés d'après leurs intervalles de confiance. Si ces derniers ne se chevauchent pas, alors la différence observée entre les deux groupes est dite *statistiquement significative*. (Autrement dit, il y a moins de 5 % de chances que la différence soit due au hasard.) En cas de chevauchement, alors l'écart observé n'est pas statistiquement significatif, et il est possible de conclure qu'il n'est pas dû au hasard. Le degré de chevauchement est important. Si les intervalles de confiance se chevauchent, mais qu'aucun d'eux n'inclut l'estimation ponctuelle pour l'autre groupe, les cas doivent être analysés plus à fond pour qu'il soit possible de tirer une conclusion au sujet de la signification statistique.

Dans le présent rapport, les intervalles de confiance pour les taux, les taux normalisés et les moyennes ainsi que les différences entre eux sont calculés comme le décrit Young.[35] Le calcul des intervalles de confiance pour les proportions et les ratios est conforme à ce qu'ont établi Pagano et Gauvreau.[36]

Les intervalles de confiance pour les estimations de prévalence de l'ESCC et les différences entre eux ont été calculés suivant la méthode « bootstrap » de STATA 12, [47] à l'aide des poids « bootstrap » fournis par Statistique Canada, et suivant celle décrite par Heeringa.[46, 47]

Un test de signification statistique a été effectué pour confirmer qu'il existe une signification statistique entre les valeurs pour les secteurs les moins et les plus défavorisés. Quand les intervalles de confiance se chevauchaient d'une catégorie de défavorisation à l'autre, un second test était effectué pour confirmer s'il existait un écart statistiquement significatif (par exemple, cela s'est produit avec les résultats sur la mortalité infantile).

Annexe E

Limites

Les résultats de l'analyse pourront être influencés par les limites possibles de la méthodologie.

Limites des indices de défavorisation

L'indice de défavorisation de l'INSPQ est l'un des nombreux indices qui existent pour décrire le statut socioéconomique à l'échelle du voisinage. Les six variables du recensement qui composent cet indice précis ont été choisies d'après des analyses nationales. Les notes de défavorisation ont été classées compte tenu de données provenant de tout l'Ontario. Il est possible qu'utiliser un autre indice formé de facteurs différents ou que calculer un nouvel indice ou de nouvelles notes d'après des analyses de données locales aurait mené à un classement différent des aires de diffusion locales sur le plan du niveau de défavorisation. Cependant, étant donné la corrélation de bon nombre des facteurs qui forment la plupart des indices, il est peu probable que le choix de l'indice représente une grande source d'erreur.

Le recours à un indice unique pour décrire le statut socioéconomique d'un secteur simplifie l'analyse et l'interprétation des résultats. Établir l'état de santé d'une population n'est pas simple. La défavorisation matérielle et sociale pourrait avoir des effets différents sur la santé, selon l'indicateur de santé qui est étudié. Ces effets sont probablement modifiés par d'autres facteurs qui ne sont pas pris en compte dans l'analyse. Le recours à des méthodes analytiques plus subtiles et l'inclusion d'un plus grand nombre de déterminants de la santé en plus de l'indice de défavorisation auraient permis de mieux décrire cette complexité. Néanmoins, l'indice de défavorisation de l'INSPQ a servi dans d'autres études récentes. (Reportez-vous, par exemple, aux rapports de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, à www.cihi.ca/cphi.)

Le choix de fonder l'analyse sur des catégories de défavorisation représente une limite importante. En statistique, créer des catégories à partir de quoi que ce soit revient à traiter tous les membres de chaque catégorie comme s'ils étaient identiques. Dans le monde réel, ce n'est pas le cas. Dans une même catégorie de défavorisation, il y aura des différences de revenu, de niveau de scolarité, de soutien social et d'autres facteurs qui pourront s'avérer importants lorsqu'il s'agira d'établir l'état de santé de chaque personne. Bien qu'utiles à la simplicité et à la facilité d'interprétation, les catégories diminuent la quantité de renseignements disponible et limitent la description complète du lien entre la défavorisation et la santé de la population.

Il est important d'avoir choisi de classer les secteurs en trois groupes de défavorisation et de comparer les plus et les moins défavorisés. Des secteurs auraient pu être regroupés d'autres manières qui auraient accentué ou diminué les écarts entre eux sur le plan de la

défavorisation (autrement dit, en incluant plus ou moins de personnes). Regrouper un nombre moindre de secteurs dans chaque groupe de défavorisation aurait peut-être permis de mieux déceler les différences de résultats pour la santé entre les extrêmes (les plus défavorisés c. les moins défavorisés). Toutefois, les gains attribuables à une homogénéité accrue des groupes seraient contrebalancés quelque peu par une diminution de la taille des échantillons.

Hétérogénéité des aires de diffusion de la ville du Grand Sudbury

Utiliser des régions géographiques ou les limites administratives prédéfinies comme base d'analyse représente un défi. Regrouper des gens dans un secteur et les traiter comme s'ils étaient identiques peut masquer des différences qui pourraient exister entre les résidents dudit secteur. Le recours à la plus petite unité géographique (l'aire de diffusion) atténue cet effet, dans une certaine mesure. Cependant, même dans les AD, la variabilité peut s'avérer considérable. Il s'agit d'un phénomène connu en ce qui concerne les aires de diffusion du Grand Sudbury, où, par exemple, les niveaux de revenu du ménage sont très variés. Par conséquent, si les limites des aires de diffusion avaient été tracées différemment, les résultats présentés dans le présent rapport auraient pu changer (il s'agit du problème de l'unité de secteur modifiable). En particulier, la variabilité des AD pourra avoir diminué l'effet apparent de la défavorisation sur un résultat pour la santé.

Données manquantes sur la défavorisation

La méthodologie de l'INSPQ exclut les AD où une grande proportion de personnes vit dans des habitations collectives (maisons de soins infirmiers ou de retraite et ainsi de suite). Elle exclut également les AD où des données socioéconomiques ont été supprimées ou étaient inexistantes (où les données du questionnaire complet du recensement étaient absentes). Dans l'analyse actuelle, trois AD ont été exclues selon ces critères. Il y a lieu de mentionner que ces AD exclues représentent certaines des parties les plus défavorisées de la ville (le cœur du centre-ville, pour lequel aucune donnée socioéconomique n'était disponible).

Limites propres aux sources de données

Les données analysées ici proviennent d'un certain nombre de sources, chacune possédant ses propres limites. Les données d'une enquête sur la santé risquent d'être influencées par un certain nombre de biais connus, en raison du fait que les répondants font part eux-mêmes des résultats. Des erreurs dues à un mauvais enregistrement du diagnostic ou du code postal du patient peuvent se glisser dans les données administratives (par exemple, les naissances, les décès, les dossiers d'hôpital). Ces genres d'erreurs rendraient le lien entre la défavorisation et la santé plus difficile à découvrir. Par ailleurs, les fichiers des codes postaux n'indiquent pas le lieu exact de résidence d'une personne. Postes Canada et Statistique Canada estiment l'emplacement « le plus probable » d'une population reliée à un code postal. Toutefois, dans bien des cas, en particulier en banlieue et dans les zones rurales d'une ville, les données sur la santé risquent d'être géocodées de manière erronée.

Taille de l'échantillon

Bon nombre des résultats pour la santé qui ont été pris en compte dans le présent rapport sont rares. En pareils cas, il se pourrait que les données ne permettent pas de relever des écarts significatifs entre des groupes à l'échelle locale, même s'ils existent. Des données sur plusieurs années ont été combinées dans le présent rapport dans le but de surmonter cette limite. Cela risque de masquer des tendances qui se dessinent au fil du temps.

Variabilité des taux estimatifs

Les taux présentés dans le présent rapport sont des estimations, lesquelles renferment toujours une part d'incertitude et de variabilité. Par exemple, les taux de maladie observés peuvent fluctuer à court terme, même si le taux sous-jacent de maladie au sein de la population ne change pas « vraiment ». Les estimations découlant d'enquêtes sur la santé peuvent changer si l'enquête est répétée auprès de personnes différentes. Ce genre de changement peut se produire uniquement par hasard.

Conformément à la pratique courante, si des méthodes statistiques révèlent qu'il y a plus de 5 % de chances qu'une différence s'observe uniquement par hasard, alors cette différence est jugée NON statistiquement significative. Ce genre de résultat signifie véritablement que les données probantes ne permettaient pas de conclure qu'il existe réellement un écart entre les groupes étudiés.

Annexe F

Participants à la consultation

Activité de consultation sur les possibilités de bien-être—5 décembre 2012
Organismes participants

Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur

Association canadienne pour la santé mentale

Centre de santé communautaire du Grand Sudbury

Ressources pour l'enfance et la communauté

Ville du Grand Sudbury, Développement communautaire (services des loisirs, services sociaux)

Ville du Grand Sudbury, Croissance et développement (services de planification)

Conseil scolaire public du Grand Nord de l'Ontario

Service de police du Grand Sudbury

Horizon Santé-Nord – Mental Health and Addictions Program

Centre Iris de rétablissement pour femmes toxicomanes

Université Laurentienne

NetL3.com

NISA/Northern Initiative for Social Action

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

Nos enfants, notre avenir

Service de police de Prince Albert

Shkagamik-Kwe Health Centre

Conseil de planification sociale de Sudbury

Service de santé publique de Sudbury et du district

Sudbury Action Centre For Youth

United Way Centraide Sudbury and/et Nipissing Districts

Plan stratégique 2013–2017

Vision

Des communautés plus saines pour tous.

Mission

Collaborer avec les communautés afin de promouvoir et de protéger la santé, mais aussi de prévenir les maladies dans toute la population.

Valeurs

Responsabilité

Leadership attentif

Collaboration

Diversité

Communication efficace

Excellence

Innovation

Priorités stratégiques

1. Prôner et porter des possibilités équitables d'être en santé
2. Renforcer les rapports
3. Renforcer la pratique en santé publique fondée sur des données probantes
4. Appuyer des mesures communautaires favorisant l'équité en matière de santé
5. Favoriser l'excellence en leadership et en innovation à l'échelle de l'organisme

Possibilités pour tous

Le chemin vers l'équité en matière de santé

La situation des Sudburois vivant dans les secteurs plus défavorisés est pire, car ils affichent des taux plus élevés aux chapitres suivants :

Hospitalisations dues à un problème de santé mentale—4,4 fois plus élevé
Mortalité infantile—2,4 fois plus élevé
Obésité—2 fois plus élevé

Si tous les habitants de la ville du Grand Sudbury profitaient des mêmes possibilités d'être en santé que ceux des secteurs les moins défavorisés, il y aurait chaque année :

14 077 visites à l'urgence de moins
1 783 hospitalisations de moins, toutes causes confondues
9 706 personnes de plus qui se diraient en excellente ou en très bonne santé
1 décès de nourrisson de moins

Sudbury & District

Health Unit

Service de santé publique