

À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité

Regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu,
la scolarité et l'emplacement géographique

Avril 2018



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

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

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

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

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

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

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-704-8 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité — regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique.* Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality — A Focus on Age, Sex, Gender, Income, Education and Geographic Location.*

ISBN 978-1-77109-703-1 (PDF)

Table des matières

Remerciements	4
Sommaire	5
Introduction	7
Définitions des facteurs de stratification de l'équité	14
Âge	14
Sexe	17
Genre	19
Revenu	22
Scolarité	26
Emplacement géographique	30
Conclusion et prochaines étapes	35
Annexe A : Membres du groupe de travail	36
Annexe B : Résumé de la littérature, par facteur de stratification	39
Annexe C : Information supplémentaire	44
Annexe D : Autres normes de Statistique Canada	52
Annexe E : Prochaines étapes	55
Annexe F : Texte de remplacement pour les figures	56
Références	57

Remerciements

Le rapport a été élaboré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en collaboration avec des collègues de Statistique Canada :

- Alice Born
- Lee Farmer
- Lawson Greenberg
- Marc Lachance
- Kaveri Mechanda
- Claudia Sanmartin

L'ICIS souhaite également remercier les personnes qui ont contribué par leurs commentaires et leurs conseils à la réalisation du présent rapport (voir l'[annexe A](#) pour une liste complète).

Veuillez noter que le contenu du présent rapport ne fait pas nécessairement état des opinions des personnes mentionnées ci-dessus.

Sommaire

L'**équité en santé** se définit par l'absence d'écart injustes et évitables relatifs à l'accès aux soins de santé, à la qualité de ceux-ci ou à leurs résultats. Mesurer les **inégalités en santé** nous permet de définir les écarts que nous pouvons améliorer et d'évaluer les progrès vers l'équité en santé. Le fractionnement des indicateurs liés à la santé selon divers facteurs de stratification de l'équité permet de cerner les inégalités entre différents sous-groupes de population. Un facteur de stratification de l'équité est une caractéristique (p. ex. un descripteur démographique, social, économique, racial ou géographique) qui permet de définir des sous-groupes de population afin de mesurer les écarts au chapitre de la santé et des soins de santé qui pourraient être considérés comme injustes.

Le présent rapport recommande des définitions pour un ensemble de facteurs de stratification de l'équité permettant de mesurer les inégalités en santé : l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique. Il a pour but de faciliter et d'encourager l'utilisation de facteurs de stratification de l'équité normalisés pour la collecte de données, la mesure de la performance et la production de rapports, afin de permettre les comparaisons à l'échelle canadienne. Les définitions proposées s'inscrivent dans un programme de travail en cours à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui vise à uniformiser et à améliorer la mesure des inégalités en santé au Canada.

Élaboration des définitions des facteurs de stratification de l'équité

Lors d'un [dialogue pancanadien](#) organisé en mars 2016¹, les facteurs de stratification de l'équité définis dans le présent rapport faisaient partie de ceux qui ont été classés comme prioritaires à des fins de mesure régulière. Le tableau 1 résume les définitions qui ont été élaborées en collaboration avec Statistique Canada et avec l'aide d'un groupe d'experts pancanadien. Cette liste ne constitue en aucun cas une énumération exhaustive des caractéristiques ou des identificateurs individuels influant sur l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci et leurs résultats. Elle représente néanmoins un premier pas vers l'établissement d'une méthode normalisée de mesure des inégalités en santé au Canada. Des travaux sont également en cours pour éclairer la mesure des inégalités en santé fondées sur l'identité raciale ou ethnique. De plus, l'ICIS travaille à créer une trousse d'outils pour accélérer l'intégration de ces définitions dans les analyses et la production de rapports sur les inégalités en santé.

Tableau 1 Sommaire des définitions des facteurs de stratification de l'équité

Facteur de stratification de l'équité	Concept	Mesure
Âge	Âge en années	Afin de mesurer les inégalités en santé, les catégories d'âge devraient être déterminées au cas par cas selon l'indicateur
Sexe	Sexe assigné à la naissance	2 catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Sexe féminin • Sexe masculin
Genre	Genre vécu	3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Genre féminin • Genre masculin • Diverses identités de genre
Revenu	Revenu relatif	Quintiles de revenu
Scolarité	Niveau de scolarité	Niveau de scolarité autodéclaré le plus élevé du ménage, selon 5 catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Études secondaires non terminées • Diplôme d'études secondaires • Diplôme d'études postsecondaires inférieur au baccalauréat • Baccalauréat • Diplôme d'études postsecondaires supérieur au baccalauréat
Emplacement géographique	Lieu de résidence urbain ou rural/éloigné*	Genre de la Classification des secteurs statistiques (CSSgenre) : <ul style="list-style-type: none"> • Urbain (CSSgenres 1, 2 et 3) • Rural/éloigné (CSSgenres 4, 5, 6, 7 et 8)

Remarque

* Envisager une mesure du fardeau lié au déplacement à des fins d'analyse complémentaire.

Introduction

L'**équité en santé** se définit par l'absence d'écarts injustes et évitables relatifs à l'accès aux soins de santé, à la qualité de ceux-ci ou à leurs résultats. Elle est de plus en plus importante pour les systèmes de santé canadiens, car elle représente un aspect essentiel de la performance des systèmes de santé, y compris la qualité des soins. Mesurer les inégalités entre divers sous-groupes de population pertinents nous permet de définir les écarts qu'il est possible d'améliorer au chapitre des soins de santé et de l'utilisation des services de santé, et d'évaluer les progrès vers l'équité en santé.

Le présent rapport recommande des définitions pour un ensemble de facteurs de stratification de l'équité permettant de mesurer les inégalités en santé : l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique. Lors d'un [dialogue pancanadien](#) organisé en mars 2016, ces facteurs faisaient partie de ceux qui ont été classés comme prioritaires à des fins de mesure régulière¹. La mesure normalisée des inégalités en santé au moyen de ces définitions facilitera les comparaisons pancanadiennes.

Les rapports sur la performance des systèmes de santé présentent habituellement des moyennes de résultats d'indicateurs de performance; ces résultats sont parfois fractionnés en fonction de sous-groupes de population². En examinant uniquement les moyennes, on risque de conclure à une amélioration générale de la santé de la population et de la performance des systèmes de santé, sans pour autant réaliser de progrès vers l'équité en santé. Par exemple, le taux de tabagisme moyen dans la population en général a baissé de 2003 à 2013, mais il est demeuré stable chez les personnes du groupe de revenu le plus faible³. Cet exemple souligne l'importance de fractionner les résultats des indicateurs de santé en fonction des données sur l'équité et des données sociodémographiques.

Qu'est-ce qu'un facteur de stratification de l'équité?

Un facteur de stratification de l'équité est une caractéristique (p. ex. un descripteur démographique, social, économique, racial ou géographique), qui permet de définir des sous-groupes de population afin de mesurer les écarts au chapitre de la santé et des soins de santé qui pourraient être considérés comme injustes.

Les définitions de facteurs de stratification de l'équité proposées s'inscrivent dans un programme de travail en cours à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui vise à uniformiser et à améliorer la mesure des inégalités en santé au Canada. Ce programme repose sur une collaboration continue avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Statistique Canada dans le cadre de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé.

Les grands objectifs du programme consistent à

- faire connaître l'importance de réduire les iniquités en santé et dans les soins de santé pour améliorer la performance des systèmes de santé et la santé de la population;
- faciliter et encourager l'utilisation de facteurs de stratification de l'équité normalisés pour la collecte de données, la mesure de la performance et la production de rapports;
- permettre la comparaison entre les organismes et les autorités compétentes afin de promouvoir l'apprentissage et de créer un ensemble de données probantes qui favoriseront l'adoption de stratégies efficaces pour améliorer l'équité en santé.

À long terme, des activités régulières et uniformes de surveillance et de déclaration de données sur les inégalités en santé contribueront à accroître l'équité dans l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci et leurs résultats pour les populations vulnérables.

Qui utilisera ces définitions de facteurs de stratification de l'équité?

Ces définitions ont pour but d'éclairer les activités de collecte de données et de mesure des inégalités en santé fondées sur des données administratives, cliniques, démographiques et d'enquête. Elles ont été créées principalement pour

- les personnes responsables de mesurer la santé, la performance des systèmes de santé et les inégalités en santé, ou qui participent à ces activités, y compris la planification et l'évaluation des besoins (p. ex. les analystes, les méthodologistes et les statisticiens travaillant au sein des ministères, des régions sanitaires ou des conseils de la qualité);
- les dépositaires de données qui recueillent actuellement des données ou qui entreprennent une initiative de collecte de données pouvant servir à mesurer la santé, la performance des systèmes de santé et les inégalités en santé (p. ex. les régions, les établissements et les centres de santé recueillant des données sociodémographiques).

Élaboration des définitions

Les définitions ont été élaborées avec l'aide d'un groupe d'experts pancanadien et d'évaluateurs (voir l'[annexe A](#)). Elles représentent les pratiques exemplaires actuelles et comportent des considérations pratiques sur leur mise en application et leur usage. L'ICIS reconnaît l'importance d'assurer l'uniformité des noms et des définitions utilisés dans les activités relatives aux données partout au Canada. Nous avons donc travaillé étroitement avec Statistique Canada pour veiller à l'harmonisation de ces définitions avec les normes élaborées par l'agence pour ses programmes statistiques^{4, 5}.

Les définitions ont été élaborées par étape. Tout d'abord, nous avons réuni des données probantes associant chaque facteur de stratification à une iniquité en matière de santé et de soins de santé (voir l'[annexe B](#)) et résumé la littérature dans des documents de discussion sur chacun des facteurs de stratification. Nous avons envisagé plus d'un concept pour définir chacun des facteurs de stratification, à l'exception de l'âge. Par exemple, le niveau d'études et la littératie en santé peuvent tous deux servir à définir la scolarité.

Ensuite, nous avons évalué chaque concept en fonction des données probantes synthétisées selon les critères décrits au tableau 2, puis sélectionné les concepts à recommander avec l'aide des experts du groupe de travail pancanadienⁱ.

Enfin, nous avons aussi utilisé une méthode fondée sur des critères pour déterminer comment chaque concept recommandé devrait être mesuré et mis en application à des fins de stratification selon les normes de Statistique Canada.

Tableau 2 Critères de sélection du concept permettant de définir un facteur de stratification de l'équité

Critère	Description
Utilisation	Le concept a été utilisé pour mesurer une inégalité en santé au Canada
Qualité des données probantes	De solides données probantes (sur le plan qualitatif ou quantitatif) confirment que ce concept est lié à l'accès aux soins de santé, à la qualité de ceux-ci ou à leurs résultats
Pertinence	Le concept reflète la compréhension actuelle des mécanismes qui contribuent aux iniquités dans l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci ou leurs résultats
Exploitabilité	Le concept permet de cerner des populations où mettre en place des politiques ou des programmes visant à réduire les iniquités au niveau clinique (point de prestation) ou au niveau du système de santé
Faisabilité	Le concept est défini ou peut être défini à l'échelle pancanadienne à partir de variables provenant de sources de données existantes, qui recueillent encore des données

Remarque

Les critères retenus correspondent à ceux utilisés dans le cadre d'exercices d'établissement de priorités semblables par des organismes tels que l'Institute of Medicine⁶⁻¹¹.

i. La documentation sur chaque concept peut être fournie sur demande.

Ces définitions ont été élaborées dans le but de faciliter la mise en place d'une méthode normalisée de mesure des inégalités à l'échelle du pays et des autorités compétentes canadiennes. Pour ce faire, les éléments suivants ont été pris en considération :

1. Changements dans la disponibilité des données

Le couplage de sources de données et la collecte de nouvelles données façonnent la disponibilité des données sur les facteurs de stratification de l'équité au Canada. Reconnaisant que le contexte des données évolue, nous avons élaboré les définitions des facteurs de stratification dans l'idée d'atteindre un équilibre entre les données actuellement disponibles et ce qui constitue une pratique exemplaire, selon les données probantes et le groupe d'experts, indépendamment des contraintes liées à la disponibilité et à la qualité des données. Nous reconnaissons également que les normes de mesure changeront probablement au fil du temps.

2. Petites populations

Certaines populations particulièrement susceptibles aux iniquités en santé sont de taille relativement petite. Par exemple, la proportion de la population vivant dans un ménage sans diplôme d'études secondaires est d'environ 6 % et connaît une diminution, car la tendance indique que la population canadienne est de plus en plus scolarisée¹². Ces petites populations peuvent compliquer l'analyse des données (p. ex. elles peuvent nuire à l'efficacité statistique, il arrive que les petits nombres ne puissent pas être déclarés). Il demeure néanmoins important de saisir l'information sur les petites populations pour des raisons éthiques — afin d'améliorer les résultats et les expériences de soins pour toutes les populations — et économiques — parce qu'un sous-groupe de population petit mais complexe peut occasionner des coûts importants pour les systèmes de santé et systèmes sociaux^{13, 14}. Ainsi, diverses techniques analytiques peuvent être utilisées pour faciliter l'analyse des petites populations, comme le regroupement des données de plusieurs années.

3. Approches pour accéder aux données sur les facteurs de stratification de l'équité

Les 3 méthodes pour accéder aux données sur les facteurs de stratification de l'équité sont décrites ci-dessous. Les définitions des facteurs soulignent les avantages et les limites de ces méthodes sur le plan de l'actualité des données, de la qualité des données et de la faisabilité, le cas échéant.

- **Données sur les facteurs de stratification de l'équité dans les bases de données sur la santé** : Les données sur les facteurs de stratification de l'équité peuvent être recueillies à des fins administratives ou d'enquête et utilisées dans l'analyse des indicateurs de santé. La disponibilité des données sur les facteurs de stratification de l'équité dans les bases

de données administratives sur la santé est souvent limitée. Par exemple, les banques de données de l'ICIS ne contiennent généralement que les variables de l'âge et du sexe. Si d'autres données sur les facteurs de stratification de l'équité sont disponibles, elles ne sont pas saisies de manière uniforme dans toutes les banques de données¹. Toutefois, l'ICIS a entrepris de consigner les facteurs de stratification de l'équité dans ses banques de données, et envisage d'en élargir la portée, lorsque possible. En revanche, les enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) comprennent habituellement plus d'information sur les facteurs de stratification de l'équité.

- **Couplage des données sur la santé et des données sur les facteurs de stratification de l'équité au niveau individuel** : Il est possible d'obtenir des données sur les facteurs de stratification de l'équité en couplant des données sur les soins de santé d'une personne avec des données sur les facteurs de stratification de l'équité de cette même personne provenant d'une autre source de données. Le couplage peut se faire au moyen d'identificateurs uniques personnels, comme le numéro d'assurance maladie provincial accessible dans les registres provinciaux de la santé, ou grâce à plusieurs identificateurs personnels non uniques. Statistique Canada est bien placé pour coupler un large éventail de sources de données administratives et d'enquête, bon nombre desquelles sont accessibles à partir de ses centres de données de recherche¹⁵. Par exemple, Statistique Canada a couplé la Base de données sur les congés des patients (BDPC) de l'ICIS au Recensement de 2006 (questionnaire complet)¹⁶ ainsi qu'à l'ESCC. Notez que la BDPC ne comprend pas les données du Québec, et que les données du questionnaire complet de recensement ne sont disponibles que pour moins de 20 % de la population canadienne (ce qui limite l'analyse pour les petites populations, comme celles des régions sanitaires) et excluent certaines populations, comme les résidents institutionnels.
- **Couplage des données sur la santé et des données sur les facteurs de stratification de l'équité au niveau régional** : Il est possible d'obtenir des données sur les facteurs de stratification de l'équité en utilisant le code postal pour coupler les données sur les soins de santé au niveau individuel et les données sur les facteurs de stratification de l'équité agrégées selon la région géographique (p. ex. les aires de diffusion de Statistique Canada). Le Fichier de conversion des codes postaux (FCCP)ⁱⁱ et le Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) créés par Statistique Canada permettent d'attribuer les codes postaux à 6 caractères aux régions géographiques normalisées du recensement canadien¹⁷.

ii. Le code postal est une marque officielle de Postes Canada.

4. Examen de multiples facteurs de stratification de l'équité

Il est possible de stratifier les rapports sur la performance des systèmes de santé à partir d'un seul facteur de stratification de l'équité ou de multiples facteurs de stratification de l'équité^{3, 18-22}. La mesure des inégalités peut être précisée par l'examen simultané de multiples facteurs (p. ex. en fonction du revenu et du sexe en même temps) ou l'utilisation d'indices. Comme les gens ont de multiples appartenances et identités sociales²³, et que le recoupement de ces appartenances et identités peut avoir des effets cumulatifs de degré variable^{24, 25}, on recommande souvent une analyse intersectionnelle pour mesurer et déclarer les iniquités en santé^{25, 26}.

Les indices sont des mesures composées de différentes variables (ou facteurs de stratification de l'équité) reliées. Ils sont utilisés pour rendre compte de concepts globaux sur l'équité en santé, y compris la marginalisation et la défavorisationⁱⁱⁱ. Par exemple, l'indice de marginalisation canadien (CAN-Marg) caractérise l'instabilité résidentielle, la défavorisation matérielle, la concentration ethnique et la dépendance pour comprendre les inégalités entre les groupes de population ou les régions géographiques²⁷. Les indices permettent de synthétiser de multiples enjeux touchant une population. Ils peuvent éclairer l'affectation des ressources et la planification des services en déterminant les régions désavantagées^{27, 32, 33}. Une analyse complémentaire réalisée au moyen de facteurs de stratification individuels permet d'obtenir de l'information détaillée et de dégager des tendances sociodémographiques sous-jacentes^{34, 35}.

iii. Plusieurs indices de marginalisation et de défavorisation sont actuellement utilisés au Canada, comme l'indice de marginalisation canadien (CAN-Marg)²⁷, l'indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec²⁸ et l'indice des facteurs socioéconomiques (SEFI)²⁹, tous fondés sur les données du recensement et pouvant servir à réaliser des analyses selon la région géographique, ainsi que l'indice de défavorisation canadien³⁰, tiré des données de l'ESCC³¹.

Format des définitions des facteurs de stratification de l'équité

Toutes les définitions des facteurs de stratification de l'équité respectent le format suivant :

Résumé de la définition

Concept :

Mesure :

Concept

Le concept recommandé par le groupe d'experts est décrit ici. L'information complémentaire sur les données probantes appuyant ce concept se trouve à l'[annexe B](#).

Mesure

La mesure recommandée pour exploiter le concept à des fins de stratification de l'équité, selon la norme de Statistique Canada, est décrite ici. Les précisions concernant la mesure, comme un résumé des méthodes actuellement utilisées pour recueillir l'information sur la mesure recommandée, sont présentées à l'[annexe C](#).

Points à considérer

D'autres points à considérer concernant la mesure des inégalités en santé sont présentés pour chaque facteur de stratification, par exemple des réflexions méthodologiques ou des méthodes différentes ou complémentaires pour définir le facteur de stratification.

Encadré : Normes de Statistique Canada

Un encadré présente un résumé des normes actuelles établies pour les programmes statistiques de Statistique Canada applicables à chaque facteur de stratification, avec les définitions et références pertinentes.

Définitions des facteurs de stratification de l'équité

Âge

Résumé de la définition

Concept : âge en années

Mesure : Pour mesurer les inégalités en santé, les catégories d'âge devraient être déterminées au cas par cas pour chaque indicateur.

Âge en années

L'âge désigne le nombre d'années complètes qui se sont écoulées depuis la naissance d'une personne. L'âge est souvent une variable dérivée à partir d'une date de référence établie (p. ex. la date d'admission à l'établissement, le jour de recensement). L'âge en années est recommandé pour mesurer les inégalités liées à l'âge parce que cette donnée est largement recueillie et qu'elle permet de produire des rapports à l'échelle pancanadienne. L'âge en années est disponible dans toutes les bases de données de l'ICIS.

Détermination de la catégorie d'âge en fonction d'un indicateur

Il est important de surveiller les inégalités en santé liées à l'âge afin de cerner les écarts injustes en matière de santé et de soins de santé. L'âge a ainsi été déterminé comme un facteur de stratification de l'équité pertinent par plusieurs organismes^{8, 9, 36}, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³⁷. Afin d'effectuer une stratification selon l'âge, les catégories d'âge devraient être déterminées au cas par cas selon l'indicateur, comme la littérature et la pratique actuelle le démontrent (voir le tableau C1 à l'[annexe C](#)). Voir l'encadré 1 pour connaître les normes de Statistique Canada relatives à l'âge.

Points à considérer

- La structure et la prestation des soins de santé et des services sociaux varient au cours de la vie, ce qui peut engendrer des iniquités liées à l'âge. Afin de déterminer des catégories d'âge appropriées pour déceler ces iniquités, il importe d'évaluer comment la prestation des soins de santé et des services sociaux de même que l'admissibilité et les avantages évoluent à mesure que la personne vieillit. De plus, la stratification doit tenir compte des changements dans les tendances démographiques et en matière de santé au sein des grands groupes d'âge et des sous-populations. Vous trouverez ci-dessous plusieurs exemples de ces variations. Il faut aussi envisager l'ajustement des indicateurs de soins de santé en fonction de l'état de santé pour soustraire les effets de l'âge sur la santé dans l'interprétation des inégalités liées à l'âge.
 - **Prestation des services de santé** : L'âge de 18 ans marque une transition dans les services de soins de santé — des services pédiatriques vers les services pour adultes. Les principes et approches concernant la responsabilité individuelle pour l'obtention de soins et l'inclusion de la famille changent³⁸. Cette transition peut s'avérer particulièrement importante dans l'examen des services de santé mentale pour les jeunes, parce qu'elle occasionne souvent une interruption ou une réduction de l'accès aux services³⁹.
 - **Admissibilité et avantages** : À 65 ans, de nombreux services deviennent universellement accessibles dans plusieurs provinces et territoires, comme l'assurance médicaments et les soins de la vue.
 - **Évolution des** tendances démographiques et en matière de santé : Il est de plus en plus nécessaire de faire la distinction entre les personnes âgées et très âgées (p. ex. de 65 ans à 84 ans, et de 85 ans et plus), car nous vieillissons en meilleure santé et l'espérance de vie se prolonge. Ces tendances peuvent différer d'une sous-population à l'autre (p. ex. la répartition des populations autochtones et des populations d'immigrants récents se fait selon un âge plus bas que la moyenne)^{40, 41}. En outre, la répartition de la maladie ou du résultat d'intérêt dans les divers groupes d'âge devrait être prise en considération, même selon des intervalles d'âge rapprochés (p. ex. la prévalence de la démence augmente avec le groupe d'âge, de 45 à 64 ans, de 65 à 79 ans, et de 80 ans et plus)⁷.
 - **Autres points à considérer dans la détermination des catégories d'âge** : Les autres points à considérer comprennent les définitions des étapes de la vie (p. ex. l'étape du nourrisson) élaborées par différents organismes internationaux ou nationaux (voir le tableau C1 de l'[annexe C](#)) et les contraintes liées aux données, comme la petite taille des populations.
- Est-il plus approprié de recourir à la normalisation selon l'âge ou à la stratification selon l'âge? Bien que la normalisation selon l'âge puisse être utilisée pour améliorer l'analyse, elle peut aussi masquer les iniquités liées à l'âge dans les soins de santé. Nous

recommandons d'utiliser la normalisation selon l'âge pour comparer les résultats d'un indicateur donné entre les populations et au fil du temps. Néanmoins, la stratification selon l'âge devrait également être réalisée, car il s'agit d'une étape essentielle pour cerner les iniquités liées à l'âge. Au moment d'effectuer la stratification selon l'âge, il peut être judicieux d'ajuster les indicateurs en fonction de l'état de santé, car la réception des soins de santé et les résultats de ces soins sont liés à l'état de santé général de la personne. Il existe généralement une corrélation entre un mauvais état de santé et un âge avancé³⁷.

- L'ajustement en fonction de l'état de santé aide à distinguer les écarts dans les soins de santé qui résultent du besoin (les personnes âgées ont tendance à être plus malades et à avoir besoin de plus de soins de santé) de ceux qui démontrent un véritable manque d'équité.
- Il est possible de tenir compte de l'état de santé en ajustant les indicateurs selon des facteurs comme la santé autoévaluée, les comorbidités (p. ex. en utilisant l'indice de comorbidité de Charlson⁴²) et d'autres facteurs de risque.
- L'importance d'ajuster les résultats en fonction de l'état de santé dépend de l'indicateur. Par exemple, un ajustement peut être nécessaire pour les indicateurs de soins appropriés (p. ex. réception du traitement selon les directives cliniques), mais pas pour les indicateurs de l'expérience du patient en matière de soins.



Encadré 1 : Normes de Statistique Canada relatives à l'âge

L'âge désigne l'âge de la personne à son dernier anniversaire (ou relativement à une date de référence précise et bien définie)⁴³.

La norme de **classification de l'âge** de Statistique Canada recommande d'utiliser des catégories d'âge de 5 ans⁴⁴.

- Les groupes d'âge de 5 ans peuvent être réunis afin de former de plus grandes catégories d'âge pour une analyse ou un ensemble de données particulier. Les catégories réunies doivent être créées en combinant des groupes d'âge de 5 ans complets, en respectant les limites des catégories de la classification.
- Si la population a une limite d'âge inférieure, la première catégorie doit respecter dans la mesure du possible les limites des catégories de la classification. Par exemple, dans les enquêtes sur la santé où la population visée comprend des personnes de 12 ans et plus, la première catégorie serait « 12 à 14 ans ». Dans les enquêtes sur la population de 18 ans et plus, la première catégorie serait « 18 à 19 ans ».

Une variante de la classification regroupe les catégories **en grands groupes d'âge**, soit « 0 à 14 ans », « 15 à 64 ans », « 65 ans et plus », et « 85 ans et plus ».

Sexe

Résumé de la définition

Concept : sexe assigné à la naissance

Mesure : 2 catégories — sexe féminin et sexe masculin

Sexe assigné à la naissance

Le sexe est généralement assigné à la naissance en fonction de l'anatomie externe. D'autres caractéristiques sexospécifiques (p. ex. les chromosomes, les hormones, l'anatomie interne) correspondent habituellement à l'anatomie externe. Le sexe assigné à la naissance est recommandé pour mesurer les inégalités liées au sexe parce qu'il permet de produire des rapports à l'échelle pancanadienne et est couramment utilisé pour la collecte de données^{45, 46}.

Le sexe est un concept biologique complexe qui englobe l'anatomie, la physiologie, les gènes et les hormones. Ce concept est généralement considéré comme binaire (féminin ou masculin). Cependant, diverses caractéristiques liées au sexe ne trouvent pas de correspondance dans ce système de classification⁴⁷. Bien que le sexe déterminé par les chromosomes ne change pas, les caractéristiques physiques et hormonales liées au sexe peuvent quant à elles changer au cours d'une vie. C'est pourquoi il est important de préciser la caractéristique d'intérêt et le moment où l'information liée au sexe a été recueillie dans le temps⁴⁶.

2 catégories pour mesurer le sexe assigné à la naissance : sexe féminin et sexe masculin

Au Canada, la pratique actuelle consiste à assigner le sexe féminin ou masculin à toutes les naissances vivantes, y compris aux nouveau-nés présentant une intersexualité^{iv}. Voir l'encadré 2 pour connaître les normes actuelles de Statistique Canada relatives au sexe.

iv. L'intersexualité désigne divers états où les caractéristiques sexuelles d'une personne, comme l'anatomie de l'appareil reproducteur, les chromosomes sexuels ou les hormones sexuelles, se développent de manière atypique, soit d'une manière non conforme aux définitions habituelles du sexe masculin et du sexe féminin^{48, 49}.

Points à considérer

- Il faut tenir compte de l'information sur le sexe et sur le genre pour mesurer les inégalités en santé. À l'échelle internationale, une méthode en 2 étapes est considérée comme la pratique exemplaire pour recueillir les données sur le sexe assigné à la naissance et le genre (voir le tableau C2 à l'[annexe C](#))⁵¹⁻⁵⁵.
- Au Canada, l'option d'ajouter l'intersexualité aux registres de naissance est en cours d'examen. Les personnes présentant une intersexualité représenteraient de 0,05 % à 1,7 % de la population mondiale⁵⁰. À l'heure actuelle, un sexe « indéterminé » est temporairement attribué à ces nouveau-nés à la naissance. Comme l'indique l'encadré 2, Statistique Canada suggère de codifier de telles données dans la catégorie « intersexe », lorsqu'elles sont recueillies.



Encadré 2 : Normes de Statistique Canada relatives au sexe

Le sexe réfère au sexe assigné à la naissance et est classifié en 2 catégories : sexe masculin et sexe féminin. Le sexe d'une personne est habituellement assigné en fonction de son système reproducteur et d'autres caractéristiques physiques. Une variante de la classification du sexe inclut une troisième catégorie : intersexe⁵⁶.

Genre

Résumé de la définition

Concept : genre vécu

Mesure : 3 catégories : genre féminin, genre masculin, diverses identités de genre

Genre vécu

Le genre, tout comme le sexe assigné à la naissance, est recommandé pour mesurer et déclarer les inégalités liées au genre à l'échelle pancanadienne. Le genre vécu correspond à la représentation ou à l'expression externe de l'identité de genre d'une personne^v (p. ex. son habillement ou son comportement) dans sa vie quotidienne⁵⁷. Il peut être plus pratique d'utiliser le genre vécu que l'identité de genre dans le cadre de la collecte de données (p. ex. pour les données d'enquête recueillies auprès de répondants-substituts). L'[annexe C](#) présente des données probantes démontrant que le genre est associé à des iniquités en matière d'accès aux soins, de qualité des soins et de résultats.

Le genre, en général, est fondé sur un système institutionnalisé de pratiques sociales qui visent à distinguer les personnes en fonction de groupes socialement différents (généralement les hommes et les femmes)^{58, 59}. Les distinctions établies entre les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre reposent sur les rôles, les comportements et les expressions normalisés ou idéalisés qui sont définis par une société donnée pour chaque genre⁶⁰.

Le genre englobe l'identité de genre et le genre vécu (l'expression du genre) en tant qu'homme, femme, les deux à la fois, ni l'un ni l'autre ou n'importe quelle autre possibilité dans le spectre du genre⁵⁷, les normes relatives aux genres (attitudes et comportements attendus d'un genre précis) et les relations entre les genres (relations de pouvoir)^{47, 61}. La *Loi canadienne sur les droits de la personne* a été modifiée en juin 2017 pour inclure l'identité de genre et l'expression du genre comme des motifs de discrimination interdits⁶².

v. L'identité de genre désigne le sentiment qu'a une personne d'être un homme, une femme, les deux à la fois ou n'importe quelle autre possibilité dans le spectre du genre⁵⁷.

3 catégories pour mesurer le genre exprimé

Statistique Canada a récemment établi une nouvelle norme relative au genre qui sera mise en application lors du recensement de 2021 (voir l'encadré 3). Selon cette norme, les catégories suivantes peuvent servir à stratifier les résultats des indicateurs de santé :

- Genre féminin
- Genre masculin
- Diverses identités de genre

Points à considérer

- La collecte d'information sur le sexe et le genre permet de mesurer les inégalités en tenant compte du genre. Par exemple, une classification croisée des catégories liées au sexe et au genre peut servir à définir les populations cisgenres et transgenres⁶³. « Cisgenre » se dit d'une personne dont le genre correspond à ce qui est typiquement associé à son sexe assigné à la naissance^{64, 65}. « Transgenre » (ou « trans ») se dit d'une personne dont l'identité de genre ou l'expression du genre diffère de ce qui est typiquement associé à son sexe assigné à la naissance. Ce terme peut inclure diverses personnes, comme celles qui se définissent comme non binaires, ainsi que les hommes et femmes trans⁶⁵.
- Envisagez l'utilisation des termes « homme » ou « garçon » (au lieu de « genre masculin »), « femme » ou « fille » (au lieu de « genre féminin ») et « diverses identités de genre » dans la production de rapports sur les inégalités liées au genre en santé. Par exemple, « les femmes susceptibles d'avoir besoin d'une arthroplastie étaient moins nombreuses que les hommes à indiquer en avoir parlé avec un médecin »⁶⁶.
- Pour définir et interpréter les inégalités en santé entre les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre, il est important de considérer comment le sexe biologique et les identités de genre socioculturelles interagissent pour donner lieu à ces inégalités^{47, 67}. De telles analyses fondées sur le sexe et le genre vont au-delà du simple fractionnement en fonction du sexe; elles intègrent des questions et des cadres d'analyse du genre qui permettent aux analystes d'explorer pourquoi et comment les inégalités existent⁶⁸. À titre d'exemple, le risque de développer certains problèmes de santé peut varier entre les sexes en raison de facteurs biologiques comme les taux d'hormones⁶⁹. Des facteurs sociaux peuvent aussi expliquer les inégalités en santé de par leur incidence sur l'accès aux ressources et le contrôle de celles-ci (p. ex. le revenu, l'éducation⁷⁰), la hiérarchie des genres ayant tendance à placer les hommes dans des positions de pouvoir^{58, 59}.
- Le genre exprimé d'une personne ne correspond pas toujours à son identité de genre⁷¹. Pour les personnes trans, les inégalités liées au genre exprimé peuvent différer des inégalités liées à l'identité de genre¹⁴, car seulement environ la moitié de la population trans affiche son genre ressenti à temps plein⁷²⁻⁷⁴. Par conséquent, dans certaines études, l'information sur l'identité de genre a été recueillie avec l'information sur le genre exprimé^{63, 72}.



Encadré 3 : Norme de Statistique Canada relative au genre

Le genre fait référence au genre que ressent intimement une personne (selon où elle se positionne sur le continuum de l'identité de genre) et/ou le genre qu'elle exprime publiquement (expression de genre) dans sa vie quotidienne, y compris au travail, lorsqu'elle magasine ou accède à d'autres services, dans son milieu de vie ou dans la communauté plus vaste. Le genre actuel d'une personne peut différer du sexe assigné à cette personne à sa naissance (sexe masculin ou sexe féminin) et peut différer de ce qui figure sur ses documents juridiques actuels. Le genre d'une personne peut changer avec le temps⁷⁵. Aux fins de production de rapports, Statistique Canada **classe les genres** en 3 catégories : genre masculin, genre féminin et diverses identités de genre⁷⁵. L'utilisation de cette norme sur le genre, et de celle sur le sexe assigné à la naissance, permettra de classer les populations cisgenres et transgenres⁷⁵.

Examiner les iniquités liées à l'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle désigne l'attraction romantique, émotionnelle ou sexuelle ressentie par une personne⁶⁴. Il existe plusieurs orientations sexuelles différentes, comme les orientations hétérosexuelle, bisexuelle, gaie, lesbienne, asexuelle et bispirituelle. La bispiritualité peut aussi faire référence à l'identité de genre et aux rôles des sexes, ainsi qu'à l'identité spirituelle^{76, 77}. Les minorités sexuelles, comme les minorités de genre, subissent de la discrimination et de la stigmatisation en raison du parti pris de la société pour les relations hétérosexuelles et la binarité de genre^{78, 79}. Des études américaines ont dévoilé que les minorités sexuelles sont moins susceptibles que les personnes se définissant comme hétérosexuelles de fréquenter régulièrement le même centre de soins médicaux⁸⁰, plus susceptibles de reporter leurs soins ou de ne pas en obtenir lorsqu'elles en ont besoin, et plus susceptibles de présenter des troubles mentaux⁸¹. Une étude canadienne a révélé une variation fondée sur l'orientation sexuelle au chapitre de la consultation des dispensateurs de soins (p. ex. médecin de famille, dispensateur de services de santé mentale)⁸². L'ASPC a aussi rapporté des taux de consultations de professionnels de la santé dentaire moindres chez les bisexuels que chez les hétérosexuels au cours de la dernière année⁸³.

Statistique Canada inclut une question sur l'orientation sexuelle dans l'Enquête sociale générale et l'ESCC. Le recensement identifie quant à lui les personnes de « même sexe » et de « sexe opposé »^{(p. 6)⁸⁴} qui vivent ensemble⁸⁴⁻⁸⁶.

Revenu

Résumé de la définition

Concept : revenu relatif

Mesure : quintiles de revenu

Revenu relatif

Le revenu relatif désigne le revenu d'une personne comparé au revenu des autres membres de la société^{87, 88}. Il reflète aussi des différences dans le statut socioéconomique et le pouvoir d'achat et catégorise typiquement la population selon une échelle de revenus^{89, 90}. Le revenu relatif est la référence recommandée pour mesurer le niveau d'inégalité liée au revenu dans la population. Il existe de solides données probantes associant le revenu relatif aux iniquités liées à l'accès aux soins de santé, à la qualité de ceux-ci et à leurs résultats. Ce plus, ce facteur permet de produire des rapports à l'échelle pancanadienne et est couramment utilisé.

Quintiles pour mesurer le revenu relatif

Les quintiles de revenu sont créés en classant les personnes selon leur revenu, du plus faible au plus élevé. La population classée est ensuite divisée en 5 groupes de taille égale appelés quintiles.

Les organismes comme l'OMS recommandent d'utiliser les quintiles de revenu pour produire les rapports sur les inégalités⁹¹. Ceux-ci ont l'avantage d'être faciles à comprendre pour le grand public et d'être déjà très utilisés dans les rapports sur la santé⁹¹. De plus, comparativement aux catégorisations du revenu plus granulaires comme les déciles de revenu, les quintiles de revenu sont moins susceptibles de créer des échantillons de petite taille qui limiteraient l'interprétation des résultats et la capacité de produire des rapports. Au Canada, les organismes nationaux comme l'ICIS^{3, 92} et l'ASPC⁹³ ainsi que des organismes provinciaux^{22, 94, 95} et régionaux^{96, 97} utilisent souvent les quintiles de revenu pour mesurer les inégalités.

Points à considérer

Les points suivants devraient être pris en considération dans l'établissement des quintiles de revenu. Ils peuvent varier selon les sources de données disponibles.

- Si possible, il faut **tenir compte du revenu de tous les membres de la famille ou du ménage** (voir l'encadré 4 pour connaître les normes de Statistique Canada concernant le revenu, et l'[annexe D](#) pour connaître les normes de Statistique Canada concernant les unités statistiques). Il s'agit de la pratique recommandée à l'échelle internationale, car le revenu peut être partagé pour payer les dépenses⁹⁸.
- Le revenu devrait être **ajusté en fonction du nombre de personnes faisant partie du ménage**. Il est ainsi possible de tenir compte des économies d'échelle et du fait que les besoins financiers de la famille augmentent avec le nombre de membres, mais de moins en moins à chaque membre de la famille additionnel⁹⁸. Par exemple, le seuil de faible revenu (SFR) est le seuil de revenu auquel une famille économique, ou une personne hors famille économique, dépense 20 points de pourcentage de son revenu de plus que la famille moyenne pour payer sa nourriture, ses vêtements et son logement⁹⁹. Des SFR sont actuellement définis pour 7 tailles de famille et 5 tailles de collectivité différentes⁹⁹.
- Les quintiles de revenu devraient être établis au niveau géographique approprié afin de **tenir compte des écarts dans la répartition du revenu entre les régions géographiques**, comme les provinces ou territoires et les régions sanitaires. Par exemple, si l'objectif est de produire un rapport sur les inégalités à l'échelle nationale et provinciale, les quintiles établis à l'échelle provinciale peuvent être utilisés pour tenir compte des variations dans la répartition du revenu entre les provinces¹⁰⁰. Toutefois, si l'objectif est d'obtenir une répartition locale du revenu, les quintiles peuvent être établis au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR)⁹⁷.
- Il est pertinent de préciser si les quintiles de revenu sont **fondés sur le revenu avant ou après impôt**. Les données après impôt font état des fonds disponibles pour la consommation, les économies et l'investissement⁹⁸, tandis que les données avant impôt^{vi} sont plus couramment utilisées lorsque l'information sur le revenu est tirée de sondages où les données sont autodéclarées, comme l'ESCC, et dans les mesures existantes du revenu régional tirées du recensement après conversion des codes postaux¹⁷.
- Dans la production de rapports sur les inégalités en santé utilisant les quintiles de revenu, il est utile d'**inclure des mesures sommaires** pour chaque quintile, comme la médiane, l'erreur type et l'intervalle de variation. Ces mesures fournissent de l'information sur les écarts de revenu entre les quintiles, ce qui peut aider les utilisateurs à interpréter les différences dans les inégalités au fil du temps et entre les populations.

vi. Dans les définitions du revenu de Statistique Canada, le revenu total et le revenu avant impôt sont synonymes.

- Si possible, il est préférable d'**utiliser des mesures du revenu individuelles et régionales**, car elles donnent de l'information complémentaire^{101, 102}. Les mesures du revenu individuelles peuvent être assimilées au pouvoir d'achat et servir d'indicateurs du bien-être matériel⁹⁰, tandis que les mesures régionales reflètent les caractéristiques sociales et économiques des quartiers, comme l'environnement bâti et l'accès aux services¹⁰³. Les mesures du revenu régionales peuvent aussi accroître la stabilité des mesures du statut socioéconomique (car elles sont moins touchées par les fluctuations annuelles)¹⁰². Elles sont souvent utilisées comme indicateurs pour les caractéristiques individuelles. Toutefois, cette substitution est moins valable pour les régions où le statut socioéconomique des résidents varie beaucoup¹⁰⁴ (p. ex. les régions rurales où les codes postaux couvrent de grandes superficies géographiques¹⁰⁵, les centres urbains où la composition démographique des quartiers peut changer rapidement¹⁰⁶).
- Il existe des méthodes complémentaires aux quintiles de revenu, y compris des catégorisations plus granulaires du revenu relatif comme les déciles de revenu. Elles peuvent faciliter l'utilisation des mesures sommaires des inégalités comme l'indice de concentration, idéalement calculé à partir d'une valeur continue. Il est aussi possible d'examiner des mesures du revenu absolu, comme la mesure du panier de consommation (MPC)^{vii} à des fins d'analyse complémentaire⁹⁹.

vii. La MPC est une mesure de faible revenu basée sur le coût d'un panier de biens et de services correspondant à un niveau de vie de base. Elle est mise à jour tous les ans et disponible pour 50 régions géographiques. Elle est calculée pour chaque province, s'il y a lieu, pour les catégories suivantes : régions rurales; régions comptant moins de 30 000 habitants; régions comptant de 30 000 à 99 999 habitants; régions comptant de 100 000 à 499 999 habitants; régions métropolitaines de recensement précises⁹⁹.



Encadré 4 : Normes de Statistique Canada relatives au revenu

Statistique Canada utilise plusieurs variables normalisées pour mesurer le revenu relatif des répondants.

La **situation de faible revenu** désigne la situation du revenu relativement à une ligne de faible revenu donnée pour une année de référence. Les unités statistiques dont le revenu est inférieur à la ligne de faible revenu sont considérées comme étant à faible revenu. Statistique Canada mesure la situation de faible revenu pour 3 unités statistiques : la **famille économique**¹⁰⁷, la **personne**¹⁰⁸ et le **ménage privé**¹⁰⁹. Entre 2 et 5 mesures de faible revenu sont associées à chacune de ces unités. La **Classification de la situation de faible revenu**¹¹⁰ inclut toutes les catégories de situations à faible revenu.

Le **revenu après impôt rajusté** désigne le revenu après impôt rajusté en fonction des économies d'échelle. Le facteur de rajustement, aussi appelé échelle d'équivalence, équivaut à la racine carrée du nombre de personnes dans l'unité statistique. Le revenu après impôt rajusté est calculé en divisant le revenu après impôt par ce facteur de rajustement. Statistique Canada mesure le revenu après impôt rajusté pour 3 unités statistiques : la **famille économique**¹¹¹, la **personne hors famille économique**¹¹² et le **ménage privé**¹¹³. Le revenu est rajusté pour tenir compte du fait que les personnes qui vivent ensemble partagent des ressources et que l'augmentation marginale des besoins diminue à mesure que le nombre de personnes partageant les ressources croît.

Le **revenu total rajusté** désigne le revenu total rajusté en fonction des économies d'échelle. Le facteur de rajustement, aussi appelé échelle d'équivalence, équivaut à la racine carrée du nombre de personnes dans l'unité statistique. Statistique Canada mesure le revenu total rajusté pour l'unité statistique du **ménage privé**¹¹⁴. Le revenu total rajusté est calculé en divisant le revenu total par ce facteur de rajustement. Le revenu est rajusté pour tenir compte du fait que les personnes qui vivent ensemble partagent des ressources et que l'augmentation marginale des besoins diminue à mesure que le nombre de personnes partageant les ressources croît.

Scolarité

Résumé de la définition

Concept : niveau de scolarité

Mesure : niveau de scolarité autodéclaré le plus élevé du ménage, selon 5 catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études postsecondaires inférieur au baccalauréat, baccalauréat et diplôme d'études postsecondaires supérieur au baccalauréat

Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité désigne le plus haut niveau de scolarité terminé avec succès (voir l'encadré 5)¹¹⁵. Il est recommandé pour mesurer les inégalités liées à la scolarité, car il permet de produire des rapports à l'échelle pancanadienne. De plus, le niveau de scolarité est associé à la littératie en santé¹¹⁶. La littératie en santé fait référence à la capacité d'une personne à comprendre des traitements complexes et à gérer elle-même sa maladie¹¹⁷. Elle influe sur le changement des comportements par rapport à la santé¹¹⁸.

Niveau de scolarité autodéclaré le plus élevé du ménage, selon 5 catégories

Les enquêtes nationales comprennent souvent des mesures du niveau de scolarité autodéclaré, notamment le recensement¹¹⁹ et l'ESCC¹². On recommande d'utiliser le niveau de scolarité du ménage (voir l'[annexe D](#)) plutôt que le niveau de scolarité personnel. Ainsi, le plus haut niveau de scolarité atteint par n'importe quel membre du ménage est appliqué à tous les membres du ménage. Cette méthode permet de mesurer les inégalités liées à la scolarité pour les enfants et les jeunes qui n'ont pas encore terminé leur parcours scolaire et dont les décisions sur les soins de santé, l'environnement familial et le développement général au cours de l'enfance et de l'adolescence sont influencés par les membres adultes du ménage¹²⁰. Utiliser le niveau de scolarité du ménage permet aussi d'uniformiser la mesure au cours de la vie. Par ailleurs, les analyses des inégalités liées à la scolarité dévoilent des tendances semblables, que la stratification soit fondée sur la personne ou sur le ménage⁸³.

Une classification en 5 catégories^{viii} permet de mesurer les inégalités sur l'échelle complète des niveaux de scolarité. Le tableau 3, qui contient des données de l'ESCC à des fins de démonstration, illustre la répartition de la population de 12 ans et plus selon diverses catégories de niveaux de scolarité autodéclarés du ménage. L'utilisation de multiples catégories permet de déterminer les inégalités sur l'échelle complète des niveaux de scolarité. Lorsqu'il n'est pas possible de stratifier les données en 5 catégories (p. ex. en raison de la petite taille des échantillons), 4 ou 2 catégories peuvent être utilisées. Comme le montre le tableau 3, 36,2 % des Canadiens vivaient dans des ménages de la catégorie « baccalauréat ou diplôme d'études postsecondaires supérieur » en 2013-2014, une hausse par rapport à 2007 (29,6 %, données non illustrées).

Tableau 3 Proportion de la population selon le niveau de scolarité du ménage

5 catégories	%	4 catégories	%	2 catégories	%
Études secondaires non terminées	6,3 %	Études secondaires non terminées	6,3 %	Études secondaires non terminées	6,3 %
Diplôme d'études secondaires	15,1 %	Diplôme d'études secondaires	15,1 %	Diplôme d'études secondaires ou diplôme supérieur	89,2 %
Diplôme d'études postsecondaires inférieur au baccalauréat	38,0 %	Diplôme d'études postsecondaires inférieur au baccalauréat	38,0 %		
Baccalauréat	23,0 %	Baccalauréat ou diplôme d'études postsecondaires supérieur	36,2 %		
Diplôme d'études postsecondaires supérieur au baccalauréat	13,2 %				

Remarques

Les pourcentages ne totalisent pas 100 %, car dans 4,5 % des enregistrements, le niveau de scolarité est « non déclaré ». Les pourcentages représentent les réponses à la question de sondage « Quel est le plus haut certificat, diplôme ou grade que vous avez obtenu? ».

Source

Statistique Canada. *ESCC 2013-2014 Dictionnaire de données*, 2015¹².

viii. Une classification en 5 catégories peut être dérivée du recensement de Statistique Canada, où la catégorie 4.3 (Certificat, diplôme ou grade universitaire supérieur au baccalauréat) correspond au plus haut niveau de scolarité¹²¹.

Points à considérer

- Le concept de niveau de scolarité ne tient pas compte des systèmes de connaissance autochtones ni de l'expérience des anciens, qui peuvent être au moins aussi importants pour le bien-être des Autochtones¹²². Dans le même ordre d'idées, il se peut que la corrélation entre le niveau de scolarité le plus élevé et la santé ou les soins de santé ne soit pas aussi importante chez les personnes scolarisées à l'extérieur du Canada que chez celles ayant fait leurs études au Canada, en raison du sous-emploi ou de la surqualification potentielle des populations immigrantes^{123, 124}. Ces enjeux renforcent l'importance d'examiner de multiples facteurs de stratification et les intersections dans la mesure des inégalités en matière de santé et de soins de santé.
- Le couplage des données offre de nouvelles possibilités pour la mesure des inégalités liées à la scolarité. Par exemple, le couplage réalisé par Statistique Canada entre les données du long questionnaire de recensement de 2006 et les données sur les hôpitaux permet de mesurer les inégalités liées à la scolarité au chapitre des hospitalisations¹²⁵. Coupler les données administratives sur la scolarité avec celles sur la santé constitue un autre moyen de mesurer les inégalités en fonction du niveau de scolarité. Cette méthode peut s'avérer avantageuse pour étudier les populations marginalisées sous-représentées dans les enquêtes. À ce jour, l'approche de couplage des données sur la santé et des données administratives sur la scolarité a seulement été utilisée à l'échelle provinciale et se limite à l'obtention du diplôme d'études secondaires dans une province (c.-à-d. que les rapports ne font pas état du parcours postsecondaire et ne tiennent pas compte des diplômes d'études secondaires obtenus dans d'autres provinces)⁹⁵.
- Le niveau de scolarité régional peut être utilisé s'il n'est pas disponible au niveau de la personne¹²⁶. Une telle mesure indique la proportion de résidents ayant obtenu un certain certificat, diplôme ou grade (p. ex. diplôme d'études secondaires) dans une région géographique définie (p. ex. aire de diffusion du recensement)⁸³.



Encadré 5 : Normes de Statistique Canada relatives à la scolarité

Statistique Canada utilise plusieurs variables normalisées pour mesurer la scolarité.

Le **niveau de scolarité** désigne le plus haut niveau de scolarité qu'une personne a terminé avec succès¹¹⁵. Terminer avec succès un niveau de scolarité, c'est atteindre les objectifs d'apprentissage de ce niveau de scolarité, l'atteinte étant habituellement validée par l'évaluation des connaissances et des compétences acquises. La **Classification du plus haut niveau de scolarité atteint**¹²¹ et la **Classification du plus haut niveau de scolarité atteint — variante pour communication alternative**¹²⁷ sont utilisées pour classer les catégories de niveau de scolarité. La **Classification du plus haut certificat, diplôme ou grade**¹²⁸ est utilisée pour classer les catégories de certificats, de diplômes et de grades.

Emplacement géographique

Résumé de la définition

Concept : lieu de résidence urbain ou rural/éloigné

Mesure : genre de la Classification des secteurs statistiques (CSSgenre) défini comme urbain (CSSgenres 1, 2 et 3) ou rural/éloigné (CSSgenres 4, 5, 6, 7 et 8)

Régions urbaines ou rurales/éloignées

Dans le domaine des données sur la santé, l'emplacement géographique désigne habituellement le lieu de résidence de la personne, mais peut aussi désigner l'emplacement géographique de prestation d'un service de santé. Le lieu de résidence urbain ou rural/éloigné est recommandé comme référence pour l'analyse des inégalités en santé liées à l'emplacement géographique à l'échelle pancanadienne. La classification des emplacements géographiques selon qu'ils sont urbains ou ruraux/éloignés est souvent utilisée pour mesurer les inégalités. Des données probantes substantielles l'associent aux iniquités liées à l'accès aux soins de santé, à la qualité de ceux-ci et à leurs résultats (voir l'[annexe B](#)). Les régions urbaines ou rurales/éloignées peuvent être définies à l'aide d'une certaine gamme de mesures, y compris la taille de la population, la densité de la population, et la distance ou le fardeau lié au déplacement¹³⁴ pour se rendre à un centre urbain ou obtenir un service essentiel. Les mesures choisies déterminent quelles régions sont considérées comme rurales¹²⁹.

Genre de la Classification des secteurs statistiques pour mesurer les régions urbaines ou rurales/éloignées

Des mesures existantes dérivées du code postal ont été utilisées pour définir le concept de région urbaine ou rurale/éloignée à des fins de mesure des inégalités en santé, car l'information sur le lieu de résidence dans les données administratives sur la santé, y compris dans toutes les bases de données de l'ICIS, se limite généralement au code postal.

Avec les codes postaux, les FCCP et FCCP+ de Statistique Canada peuvent être utilisés pour classer les personnes selon 2 mesures géographiques possibles : la Classification des secteurs statistiques (CSS) (voir l'encadré 6), qui tient compte de la taille de la population et du navettage, et le centre de population (CTRPOP) (voir l'[annexe D](#)), qui tient compte de la taille de la population et de la densité.

À l'heure actuelle, la méthode de référence recommandée pour mesurer les inégalités en santé consiste à utiliser le CSSgenre comme facteur de stratification à 2 niveaux, comparant les régions urbaines (CSSgenres 1 à 3) aux régions rurales/éloignées (CSSgenres 4 à 8) (voir le tableau 4 et l'encadré 6). Comparativement au CTRPOP, l'attribution du CSSgenre à partir du code postal est plus fiable, parce que cette classification est définie au niveau de la subdivision de recensement (SDR). Comme l'indique le guide de l'utilisateur du FCCP+, le CTRPOP nécessite le niveau de précision des îlots de diffusion, mais ceux-ci ne peuvent pas être attribués de manière fiable à partir des codes postaux pour environ 25 % de la population (principalement la population habitant en banlieue urbaine et en région rurale)¹⁷. Cette limite ne s'appliquerait si le CTRPOP était attribué en fonction de l'adresse municipale.

Tableau 4 Population totale au Canada selon la Classification des secteurs statistiques

CSS*	Population totale*	Pourcentage de la population totale*	CSSgenre correspondant tiré du FCCP+	Régions urbaines ou rurales/éloignées
RMR	23 488 393	70,2 %	1	Régions urbaines
AR	4 150 389	12,4 %	2 ou 3	Régions urbaines
ZIM forte	1 927 385	5,8 %	4	Régions rurales/éloignées
ZIM modérée	2 305 590	6,9 %	7	Régions rurales/éloignées
ZIM faible	1 316 099	3,9 %	7	Régions rurales/éloignées
Aucune ZIM	226 829	0,7 %	26	Régions rurales/éloignées
Territoires	62 003	0,2 %	8†	Régions rurales/éloignées

Remarques

† En ce qui concerne les territoires, tout le Nunavut, y compris Iqaluit, est classifié dans le CSSgenre 8, et est donc considéré comme une région rurale/éloignée; Whitehorse et Yellowknife sont classifiées dans le CSSgenre 3, et sont donc considérées comme des régions urbaines.

CSS : Classification des secteurs statistiques.

RMR : Région métropolitaine de recensement.

AR : Agglomération de recensement.

ZIM : Zone d'influence métropolitaine.

Source

* Statistique Canada. [Recensement de la population, 2011 \(chiffres de population ajustés de 2011 selon la géographie de 2016\)](#). Consulté le 23 janvier 2018.

Points à considérer

- Bien qu'il puisse être informatif d'analyser les données sur l'ensemble du spectre de régions urbaines à rurales à éloignées selon toutes les catégories de CSSgenres, l'utilisation du CSSgenre ne permet pas de distinguer les régions rurales des régions éloignées (voir l'[annexe C](#)). De ce fait, il est recommandé d'examiner le fardeau lié au déplacement pour réaliser des analyses complémentaires sur la mesure des inégalités en santé liées à l'emplacement géographique. Il n'existe actuellement aucune méthode standard pour définir et mesurer le fardeau lié au déplacement à l'échelle pancanadienne. Il peut être calculé à l'aide de mesures comme le temps de déplacement, la distance, le coût du déplacement en dollars et l'accessibilité au transport^{131, 132}. Par exemple, le fardeau lié au déplacement peut être défini dans le cadre d'une étude précise pour cerner les personnes dont le déplacement est plus long que la normale pour accéder à un service de soins de santé particulier (p. ex. déplacements du lieu de résidence au centre d'oncologie supérieur à 1,5 heure associés à un taux de mastectomies plus élevé)¹³³.
- Des mesures du fardeau lié au déplacement peuvent être tirées des systèmes d'information géographique et, depuis peu, des sites Web permettant d'établir des itinéraires comme Google Maps ou Map Quest¹³⁴. Une autre option consiste à utiliser l'indice d'éloignement de Statistique Canada pour les SDR canadiennes. Cet indice intègre les coûts de déplacement et la taille de la population. Il s'agit d'une mesure continue de 0 à 1 (1 représentant le plus grand éloignement), pouvant être convertie en catégories d'éloignement¹³⁵. Comme l'indice d'éloignement mesure la proximité des centres de population indépendamment du navettage et tient compte de l'incidence des petits centres de population à l'extérieur des AR et des RMR, il illustre une dimension géographique unique comparativement aux autres classifications géographiques comme la CSS¹³⁵. Statistique Canada collabore actuellement avec l'ICIS pour appliquer cet indice aux données sur la santé en vue de créer des catégories qui permettront de distinguer les régions urbaines, rurales et éloignées aux fins de mesure des inégalités en santé.
- D'autres sous-populations définies géographiquement peuvent aussi être utilisées pour mesurer les inégalités en santé, notamment les régions sanitaires, et des unités géographiques plus petites, comme les sous-régions en Ontario et les régions sanitaires locales en Colombie-Britannique^{ix}.

ix. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique élabore actuellement un nouveau niveau de subdivision géographique, les régions de services de santé communautaires, au sein des régions sanitaires locales.



Encadré 6 : Norme de Statistique Canada relative à la Classification des secteurs statistiques

La **Classification des secteurs statistiques (CSS)**¹³⁶ regroupe les **SDR**¹³⁷ selon qu'elles font partie d'une **RMR**, d'une **AR**¹³⁰ ou d'une **zone d'influence métropolitaine de recensement (ZIM)**¹³⁸. Les ZIM classent par catégories toutes les SDR provinciales et territoriales qui se situent en dehors des RMR et des AR. Les SDR situées à l'extérieur des RMR et des AR à l'intérieur des provinces sont classées dans l'une des quatre catégories établies selon le degré d'influence (forte, modérée, faible ou aucune) que les RMR ou les AR exercent sur elles. Une catégorie distincte est attribuée aux SDR situées dans les territoires, mais à l'extérieur des AR.

Voici les catégories de la CSS :

- 1. Région métropolitaine de recensement (RMR) :** Formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'un centre de population (aussi appelé noyau). Une RMR doit avoir une population totale d'au moins 100 000 habitants et son noyau doit compter au moins 50 000 habitants, d'après les données ajustées du Programme du Recensement de la population précédent. Pour être incluses dans une RMR, les autres municipalités adjacentes doivent avoir un degré d'intégration élevé avec le noyau, lequel est déterminé par le pourcentage de navetteurs établi d'après les données du recensement précédent sur le lieu de travail.
- 2. Agglomération de recensement (AR) :** Formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'un centre de population (aussi appelé noyau). Son noyau doit compter au moins 10 000 habitants, toujours d'après les données ajustées du Programme du Recensement de la population précédent. Pour être incluses dans une AR, les autres municipalités adjacentes doivent avoir un degré d'intégration élevé avec le noyau, lequel est déterminé par le pourcentage de navetteurs établi d'après les données du recensement précédent sur le lieu de travail.
- 3. Zone d'influence métropolitaine forte :** Cette catégorie comprend les SDR situées à l'intérieur des provinces où au moins 30 % de la population active occupée de la SDR (excluant la catégorie sans adresse de travail fixe) se déplace pour aller travailler dans n'importe quelle RMR ou AR. Les SDR comptant moins de 40 personnes au sein de leur population active occupée selon le dernier recensement sont exclues.
- 4. Zone d'influence métropolitaine modérée :** Cette catégorie comprend les SDR situées à l'intérieur des provinces où au moins 5 %, mais moins de 30 % de la population active occupée de la SDR (excluant la catégorie sans adresse de travail fixe) se déplace pour aller travailler dans n'importe quelle RMR ou AR. Les SDR comptant moins de 40 personnes au sein de leur population active occupée selon le dernier recensement sont exclues.



- 5. Zone d'influence métropolitaine faible :** Cette catégorie comprend les SDR situées à l'intérieur des provinces où plus de 0 %, mais moins de 5 % de la population active occupée de la SDR (excluant la catégorie sans adresse de travail fixe) se déplace pour aller travailler dans n'importe quelle RMR ou AR. Les SDR comptant moins de 40 personnes au sein de leur population active occupée selon le dernier recensement sont exclues.
- 6. Aucune zone d'influence métropolitaine :** Cette catégorie comprend les SDR situées à l'intérieur des provinces où aucun membre de la population active occupée de la SDR (excluant la catégorie sans adresse de travail fixe) ne se déplace pour aller travailler dans une RMR ou AR. Les SDR situées à l'intérieur des provinces comptant moins de 40 personnes au sein de leur population active occupée selon le dernier recensement sont aussi incluses.
- 7. Territoires (à l'extérieur des AR) :** Cette catégorie comprend les SDR dans les territoires situés à l'extérieur des AR.

Conclusion et prochaines étapes

Fondé sur les meilleures données probantes disponibles, les conseils d'experts et les normes établies, le présent document recommande des définitions de l'âge, du sexe, du genre, du revenu, de la scolarité et de l'emplacement géographique comme facteurs de stratification pour mesurer les inégalités en santé. Il ne s'agit en aucun cas d'une liste exhaustive des caractéristiques ou identificateurs influant sur l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci et leurs résultats. Toutefois la mise en œuvre des définitions proposées constitue une première étape pour favoriser l'utilisation uniformisée de facteurs de stratification de l'équité pour la collecte de données, la mesure de la performance et la production de rapports. Ainsi, il sera possible de comparer les organismes et les autorités compétentes entre eux; d'échanger des pratiques exemplaires pour améliorer la santé, l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci et leurs résultats dans les sous-groupes de population; et, à terme, de réduire les inégalités en santé.

L'ICIS travaille aussi à l'élaboration d'une trousse à outils sur la stratification de l'équité pour accélérer l'adoption de ces définitions de facteurs de stratification de l'équité et faciliter et élargir la mesure des inégalités en santé dans les analyses et les rapports. Cette trousse fournira aux utilisateurs des directives et des ressources sur l'intégration de la mesure des inégalités en santé dans leur travail d'analyse.

Les experts du groupe de travail ont fait plusieurs suggestions pour les prochaines étapes (voir le tableau E1 à l'[annexe E](#)). Ils conseillent d'effectuer une évaluation plus poussée des limites des définitions actuelles de l'âge, du sexe, du genre, du revenu, de la scolarité et de l'emplacement géographique, et d'apporter les modifications qui s'imposent, au besoin. Par exemple, il pourrait être utile d'élaborer une mesure du fardeau lié au déplacement. Ils recommandent également de travailler à combler les lacunes ou à éliminer le biais dans la collecte des données pour que toutes les populations soient représentées.

En plus des définitions présentées ici, des travaux sont en cours pour éclairer la mesure des inégalités en santé liées à l'identité raciale ou ethnique. Pour étayer l'élaboration de ces autres définitions, l'ICIS collabore avec divers partenaires, notamment l'ASPC, Statistique Canada, la Direction générale de l'action contre le racisme de l'Ontario, la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique et d'autres leaders autochtones, des universitaires, des chercheurs et des organismes communautaires.

Annexe A : Membres du groupe de travail

L'ICIS tient à remercier les personnes suivantes, qui ont généreusement mis leur temps, leur expérience et leurs connaissances à contribution dans le cadre du groupe d'experts pancanadien ou à titre de lecteurs critiques, pour aider à élaborer les définitions des facteurs de stratification de l'équité. Veuillez noter que les recommandations et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou organismes mentionnés ci-dessous.

Membres du groupe de travail et lecteurs critiques, par province ou territoire

Canada

- Alice Born, Lee Farmer, Lawson Greenberg, Marc Lachance, Kaveri Mechanda et Claudia Sanmartin, Statistique Canada
- Beth Jackson, Agence de la santé publique du Canada
- Chad Leaver, Inforoute Santé du Canada
- Rose Lemay, Indigenous Reconciliation Group
- Gina Lockwood, Partenariat canadien contre le cancer
- Krystle Van Hoof, Instituts de recherche en santé du Canada

Île-du-Prince-Édouard

- Marguerite Cameron, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Nouvelle-Écosse

- Yukiko Asada, Université Dalhousie
- Jill Casey et Sarah Fleming, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Québec

- Christine Blaser, Institut national de santé publique du Québec
- Amélie Quesnel-Vallée, Université McGill

Ontario

- Nam Bains, Carley Hay, Saba Khan et Joanne Thanos, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Greta Bauer, Université Western
- Ivy Bourgeault, Université d'Ottawa
- Elisa Candido, Action Cancer Ontario
- Naushaba Degani et Jeff Turnbull, Qualité des services de santé Ontario
- Ed Castro, Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton
- Cynthia Damba, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto
- Marc Lefebvre et Dana Wilson, Service de santé publique de Sudbury et du district
- Tara Kiran et Aisha Lofters, Hôpital St. Michael's et Université de Toronto
- Andrew Pinto, The Upstream Lab, Centre for Urban Health Solutions, et service de médecine familiale et communautaire, Hôpital St. Michael's
- Cai-lei Matsumoto, Sioux Lookout First Nations Health Authority
- Julie Stratton, Peel Public Health
- Brianne Wood, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest
- Trevor Van Ingen, Santé publique Ontario

Manitoba

- Marni Brownell et Nathan Nickel, Centre manitobain de politiques en matière de santé
- Karen Serwonka, Marc Silva et Heather Sparling, Santé Manitoba

Saskatchewan

- Valerie Mann et Rolf Puchtinger, ministère de la Santé
- Tracy Creighton, Julie Kryzanowski, Josh Marko, Lara Murphy, Cory Neudorf et Hazel Roberts, région sanitaire de Saskatoon

Alberta

- Douglas C. Dover, ministère du Travail
- Deb McNeil, Services de santé de l'Alberta
- Larry Svenson, ministère de la Santé

Colombie-Britannique

- Joy Johnson et Ruth Lavergne, Université Simon Fraser
- Leah Kelley, Laurel Lemchuk-Favel et Megan Misovic, Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique
- Samantha Magnus et Heather Richards, ministère de la Santé
- John Oliffe et Elizabeth Saewyc, Université de la Colombie-Britannique
- Drona Rasali, Autorité provinciale des services de santé

Territoires du Nord-Ouest

- Lisa Cardinal et David MacDonald, ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Annexe B : Résumé de la littérature, par facteur de stratification

Vous trouverez ci-dessous un résumé des données probantes démontrant la relation entre chaque facteur de stratification de l'équité et les iniquités en santé, particulièrement les iniquités touchant l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci et leurs résultats au Canada.

Âge

Plusieurs études révèlent des iniquités liées à l'âge dans l'accès aux soins de santé, la qualité de ceux-ci et leurs résultats. Par exemple, en 2013-2014, les diabétiques ontariens de 20 à 64 ans étaient 1,4 fois moins susceptibles de subir un examen de la vue recommandé que ceux de 65 ans et plus¹³⁹. D'autres exemples démontrent des iniquités liées à l'âge dans l'accès aux soins oncologiques¹⁴⁰, l'utilisation des services de santé mentale^{141, 142}, la qualité de la prestation des services de soins de santé primaires¹⁴³, l'accès aux interventions liées aux cardiopathies¹⁴⁴⁻¹⁴⁶, l'accès à la greffe de rein¹⁴⁷, l'accès aux soins palliatifs¹⁴⁸ et l'utilisation des services de dépistage du cancer¹⁴⁹.

Sexe

Plusieurs organismes de santé utilisent le sexe, ou recommandent son utilisation, pour mesurer les iniquités^{8, 83, 150, 151}. De plus, l'OMS recommande d'inclure le sexe dans un système de surveillance minimale de l'équité en santé². Bien que les données sur le sexe soient souvent recueillies dans les bases de données administratives, relativement peu de rapports examinent les inégalités en santé entre les hommes et les femmes^{3, 83, 146, 152}. Si les données ne sont pas fractionnées selon le sexe, les résultats peuvent dissimuler d'importants écarts entre les hommes et les femmes. Fractionner les données en fonction du sexe peut faciliter la méta-analyse et éliminer le besoin de répéter les essais en recherche clinique⁶¹.

Des études où les données ont été stratifiées selon le sexe révèlent des inégalités entre les hommes et les femmes dans la santé et les soins de santé. Par exemple, les femmes vivent plus longtemps que les hommes au Canada et dans les autres pays à revenu élevé¹⁵³. Les taux d'hospitalisations liées à une crise cardiaque, à la maladie mentale et aux blessures causées par un accident de la circulation sont également plus élevés chez les hommes que chez les femmes³. Cependant, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être mal diagnostiquées ou sous-traitées pour certains problèmes de santé, comme les troubles de santé mentale, les maladies pulmonaires et les maladies cardiaques¹⁵⁴. Pour comprendre ces différences, il est important de prendre en considération les différences biologiques (sexe), les facteurs sociaux (genre) et leur influence sur le patient, le dispensateur de soins et le système de santé^{47, 67, 155}.

Les personnes dont le corps, l'appareil reproducteur, les chromosomes ou les hormones ne peuvent être facilement caractérisés comme masculins ou féminins sont qualifiées de personnes présentant une intersexualité¹⁵⁶. Cette population est relativement petite (de 0,05 % à 1,7 % de la population générale). Néanmoins, les personnes présentant une intersexualité sont aussi victimes de discrimination dans le système de santé, parfois dès leur naissance⁵⁰. Pendant des décennies, il était pratique courante de soumettre les nourrissons présentant une intersexualité à des chirurgies non consensuelles et inutiles sur le plan médical afin de donner une apparence plus masculine ou plus féminine à leurs organes génitaux. Cette pratique est devenue controversée et son interdiction totale est de plus en plus soutenue¹⁵⁷. Peu nombreuses, les recherches sur les expériences de ces personnes dans le système de santé démontrent une qualité de soins inférieure découlant d'un manque de formation des dispensateurs de soins sur les besoins en santé des personnes présentant une intersexualité, du refus de fournir certains renseignements sur la santé aux patients, de l'utilisation d'un langage indélicat et du manque de respect de l'autonomie et des droits de ces personnes^{50, 157, 158}.

Genre

L'OMS se porte à la défense de l'égalité des genres en santé et reconnaît comment les normes relatives aux genres, les rôles des genres et les relations entre les genres contribuent aux résultats pour la santé en influant sur l'accès aux ressources et le contrôle de celles-ci, notamment le revenu, le temps et l'éducation⁷⁰. De ce fait, les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre sont exposés à des facteurs de risque différents et vivent des expériences différentes au sein du système de santé. Par exemple, la recherche démontre que les normes et idéaux masculins et féminins peuvent être associés à certains facteurs de risque et mauvais résultats pour la santé liés aux maladies cardiovasculaires^{159, 160}. D'autres études révèlent une iniquité dans la réception des services, comme l'admission dans une unité de soins intensifs pour certains problèmes de santé (p. ex. un saignement neurologique) ou la recommandation pour une arthroplastie de la hanche ou du genou. Cette inégalité pourrait être attribuée aux préjugés des cliniciens à l'égard du sexe du patient^{66, 161}. Les rôles et les croyances associés aux genres peuvent aussi influencer sur l'utilisation des soins et la capacité d'accéder aux soins. Par exemple, dans la société, le concept de masculinité est souvent associé à des croyances et à des comportements malsains, comme ne pas tenir compte de son inconfort physique et refuser de reconnaître ses besoins en soins médicaux^{162, 163}.

Il est nécessaire de prendre en considération les données sur le sexe et le genre dans la collecte de données et la production des rapports afin de fournir des soins de grande qualité axés sur le patient, peu importe où celui-ci se situe dans le spectre du genre. La collecte de données pour le sexe et le genre est particulièrement importante pour identifier adéquatement les personnes trans au moyen d'une classification croisée. Des données américaines sur

la population trans nous permettent d'estimer le nombre de personnes trans à environ 200 000 au Canada¹⁶⁴. La stigmatisation est courante chez cette population et est associée à de mauvais résultats pour la santé, comme la suicidalité¹⁶⁵, la dépression et le VIH^{166, 167}. La littérature démontre que cette population est victime d'iniquités au chapitre de l'accès aux soins médicaux appropriés, comme le dépistage du cancer, les chirurgies d'affirmation du genre, les médicaments prescrits pour la transition de genre et les services de santé mentale, et vit des expériences négatives dans les milieux médicaux, comme un manque de connaissances sur les soins pour personnes trans chez les médecins de famille, un langage indélicat et de la violence verbale et physique^{14, 72, 164, 168-172}. Les expériences discriminatoires contribuent également à l'évitement ou au retardement des soins de santé^{171, 173, 174}, ainsi qu'à une augmentation du stress qui nuit à la santé¹⁷⁵.

Par ailleurs, l'information sur le genre vécu peut permettre de cerner les iniquités subies par les personnes trans en raison de la discrimination et des barrières structurelles dans le système de santé^{14, 63, 176}. Une étude a démontré que les professionnels médicaux discriminaient davantage les patients trans si ces derniers affirmaient ouvertement leur genre¹⁴. Les personnes qui n'ont pas besoin de dire qu'elles sont trans pour qu'on le devine sont plus souvent victimes de discrimination dans leur vie quotidienne (p. ex. dans les hôtels ou les restaurants)¹⁴ et présentent un taux supérieur de tentatives de suicide^{14, 54}.

Revenu

Le revenu est considéré comme l'un des déterminants sociaux de la santé les plus influents^{93, 177-179}. Il est étroitement lié à de nombreux autres facteurs, comme la scolarité, l'emploi et le logement¹⁸⁰. Comme le fardeau de la maladie est plus lourd pour les personnes dont le statut socioéconomique, y compris le revenu, est peu élevé¹⁸⁰, on pourrait s'attendre à ce qu'elles accèdent plus souvent aux services de santé. Toutefois, des données démontrent des iniquités liées au revenu dans l'accès aux soins de santé et dans leur utilisation, comme les soins de santé primaires^{152, 181}, les soins spécialisés¹⁸²⁻¹⁸⁴, les services de dépistage et de prévention^{94, 185} et l'imagerie diagnostique¹⁸⁶. Il se peut aussi que les Canadiens à faible revenu reçoivent des soins de moindre qualité : ils sont plus susceptibles d'être hospitalisés pour des conditions propices aux soins ambulatoires et de recourir aux services d'urgence pour obtenir des soins qui auraient pu être fournis par un dispensateur de soins primaires^{125, 187}. Ils affichent aussi des taux supérieurs de réadmissions en soins de courte durée et de retours aux services d'urgence¹⁸⁸. En moyenne, les Canadiens à faible revenu présentent des taux supérieurs de maladies chroniques^{3, 34, 189}, de crises cardiaques menant à une hospitalisation, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de blessures auto-infligées^{3, 92}. De plus, ils perçoivent leur santé mentale et générale comme moins bonne que les autres Canadiens^{3, 22, 190}.

Différentes raisons peuvent expliquer les iniquités en santé liées au revenu, comme la défavorisation matérielle et une mauvaise couverture d'assurance, particulièrement pour les services non couverts par les régimes provinciaux d'assurance maladie (p. ex. médicaments, physiothérapie, soins dentaires, consultation psychologique, soins de la vue)¹⁹¹. Les Canadiens à faible revenu mentionnent d'autres barrières à l'accès, comme le coût du transport, la difficulté à prendre congé du travail pour se présenter aux rendez-vous et la discrimination par les travailleurs de la santé en ce qui a trait à la pauvreté et au statut social^{180, 191, 192}. Afin de réduire les iniquités liées au revenu en matière de santé, il est notamment proposé de garantir la sécurité du revenu et la sécurité alimentaire, ainsi qu'un logement abordable^{179, 193}, de fournir une assurance médicaments universelle^{194, 195} et de faire en sorte que tous les Canadiens aient accès à un médecin de famille¹⁹⁵. Dans le secteur des soins primaires, de plus en plus d'outils sont utilisés pour dépister la pauvreté afin d'aider les personnes à faible revenu en trouvant des sources d'aide financière¹⁷⁹.

Scolarité

La scolarité est un bon indicateur de santé à long terme et de qualité de vie^{2, 178, 193}. Elle est considérée comme une mesure clé du statut socioéconomique et est fortement associée à de nombreux résultats des soins de santé³⁴. Elle peut influencer sur les soins de santé sur plusieurs plans : individuel (p. ex. capacité de naviguer dans le système de soins, comportements personnels à l'égard de la santé), communautaire (p. ex. accès aux ressources de soins de santé) et populationnel (p. ex. taux d'hospitalisations)^{117, 196}. À chacun de ces paliers, un niveau de scolarité inférieur est associé à des difficultés à accéder aux soins¹⁹⁷, à des comportements risqués pour la santé, comme le tabagisme et l'inactivité physique¹³⁹, à un taux d'hospitalisations supérieur, à une utilisation accrue des services d'urgence et à une capacité inférieure à interpréter les étiquettes et les messages relatifs à la santé^{196, 198, 199}.

Des programmes visant à renforcer la scolarité viennent en aide aux jeunes défavorisés. Ils augmentent le taux de diplomation au secondaire²⁰⁰, ce qui améliore les comportements à l'égard de la santé, la littératie en santé et le potentiel de revenu²⁰¹.

Emplacement géographique

L'emplacement géographique est reconnu comme un déterminant important en ce qui a trait à la santé et à l'accès aux soins de santé²⁰². Les régions rurales possèdent des caractéristiques démographiques différentes des régions urbaines. Elles présentent des proportions plus élevées d'Autochtones, d'enfants et de personnes âgées, et le statut socioéconomique y est généralement plus bas²⁰³. Les habitants des régions rurales peuvent avoir de la difficulté à accéder aux soins de santé en raison de leur éloignement géographique, des longues distances à parcourir pour accéder aux installations de soins, des intempéries et des services de soins de santé mal adaptés aux différences culturelles et linguistiques^{132, 203, 204}.

Il est difficile pour ces personnes d'accéder à des soins immédiats pour des problèmes de santé qui ne mettent pas leur vie en danger²⁰⁵. Elles ont un accès limité aux médecins^{206, 207}, aux spécialistes^{206, 208} et aux dentistes²⁰⁹. Les obstacles peuvent s'avérer encore plus grands en région éloignée et peu peuplée. Par exemple, les habitants non autochtones des territoires sont moins nombreux à déclarer avoir un médecin régulier (67,0 % dans les territoires, contre 83,9 % dans l'ensemble du Canada). Cet écart est encore plus marqué chez les Autochtones (31,1 % dans les territoires, contre 76,4 % dans l'ensemble du Canada)²¹⁰. Il se peut aussi que la qualité des soins soit moins bonne en région rurale, comme en témoignent les résidents des régions nordiques, qui sont plus nombreux à estimer que leurs besoins en santé ne sont pas satisfaits²¹¹, et les résidents des régions rurales, qui présentent un taux supérieur de recours à des services hospitaliers évitables¹⁸⁷. De plus, les patientes atteintes d'un cancer du sein qui doivent parcourir de longs trajets sont plus susceptibles de subir des traitements invasifs¹³³. Des études démontrent par ailleurs que certains indicateurs des résultats pour la santé sont plus faibles en région rurale; le taux de mortalité y est supérieur, et l'état de santé autodéclaré, inférieur²¹².

La classification opposant les régions urbaines aux régions rurales/éloignées fait état de la relation entre ces régions par le navettage. Comme Kulig et Williams l'expliquent, le navettage est souvent utilisé comme indicateur d'accès aux services comme les soins de santé, l'éducation, les services bancaires, les magasins, ainsi que les activités culturelles et sportives²⁰³. La définition des iniquités entre les régions urbaines et rurales/éloignées est utile à la planification des ressources en santé, car elle permet d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci au niveau du système de santé. Définir les iniquités peut notamment aider les responsables de l'élaboration des politiques à cibler les interventions²⁰⁸, à affecter les ressources et à promouvoir une amélioration des soins de santé dans les régions rurales et éloignées²¹³.

La distance à parcourir sert d'indicateur d'accès aux soins de santé. Elle fournit de précieux renseignements contextuels pour comparer l'accès aux services d'une collectivité à l'autre²⁰⁷, car elle aide à faire la distinction entre les régions rurales et les régions éloignées. Définir les iniquités en fonction du fardeau lié au déplacement éclaire la planification des systèmes de santé. Par exemple, elle met en lumière le besoin de régler des problèmes d'infrastructures pour permettre l'utilisation de la technologie dans les soins de santé²¹³.

Annexe C : Information supplémentaire

Âge

Tableau C1 Exemples de catégories d'âges

Organisme	Objet	Catégories
Nations unies ²¹⁴	Usage général	Très détaillées : moins de 1 an; années individuelles jusqu'à 4 ans; groupes de 5 ans de 5 à 84 ans; 85 ans et plus Moyennement détaillées : moins de 1 an; 1 à 4 ans; 5 à 14 ans; 15 à 24 ans; 25 à 34 ans; 35 à 44 ans; 45 à 54 ans; 55 à 64 ans; 65 à 74 ans; 75 ans et plus Peu détaillées : moins de 1 an; 1 à 14 ans; 15 à 44 ans; 45 à 64 ans; 65 ans et plus
	Utilisation des services de santé	Très détaillées : moins de 1 an; années individuelles de 1 à 24 ans; groupes de 5 ans de 25 à 54 ans; années individuelles de 55 à 74 ans; groupes de 5 ans de 75 à 84 ans; 85 ans et plus Moyennement détaillées : moins de 1 an; 1 à 4 ans; groupes de 10 ans de 5 à 74 ans; 75 ans et plus Peu détaillées : moins de 1 an; 1 à 14 ans; 15 à 24 ans; 25 à 44 ans; 45 à 64 ans; 65 ans et plus
ASPC ²¹⁵	Promotion de la santé chez les enfants et les adolescents	Petite enfance : moins de 2 ans; enfance : 3 à 12 ans; adolescence : 13 à 19 ans
OMS ²¹⁶	Données sur la morbidité et la mortalité dans le document « Notification d'informations sanitaires par un personnel non médical »	Moins de 7 jours; 7 à 27 jours; 28 jours à moins de 1 an; 1 à 4 ans; 5 à 14 ans; 15 à 44 ans; 45 à 64 ans; 65 ans et plus

Sexe et genre

Tableau C2 Exemples d'autres méthodes de collecte de données sur le sexe et le genre avec au moins 2 questions*

Organisme ou auteur	Pays	Méthode	Catégories
<p>Greta Bauer — mesure multidimensionnelle du sexe et du genre^{63, 240}</p> <p>Remarque : Il s'agit d'une nouvelle mesure; peu d'enquêtes l'utilisant ont été publiées jusqu'à maintenant (pour un exemple d'enquête publiée, voir le rapport de la Commission ontarienne des droits de la personne intitulé <i>Prendre le pouls</i>²³⁹). Cette mesure a été mise au point dans le cadre de l'essai de la mesure multidimensionnelle originale et en consultation avec des experts dans les domaines de la conception d'enquêtes auprès de la population, des concepts de genres autochtones et des droits de la personne. D'autres essais ont été recommandés⁶³.</p>	Canada	1. Quel sexe vous a été assigné à la naissance, dans votre certificat de naissance d'origine?	Masculin Féminin
		2. Quelle réponse décrit le mieux votre identité de genre actuelle?	Masculin Féminin Identité de genre autochtone ou autre identité de genre culturelle minoritaire (p. ex. bispirituelle) Autre (p. ex. genre variant, non binaire)
		La troisième question peut être posée seulement aux répondants qui ont indiqué une identité de genre actuelle différente de leur sexe assigné à la naissance. Le cas échéant, le champ peut être rempli automatiquement pour les répondants cisgenres, dont le genre correspond au sexe qui leur a été assigné à la naissance.	
		3. Quel genre affichez-vous actuellement dans votre vie quotidienne?	Masculin Féminin Parfois masculin, parfois féminin Autre que masculin ou féminin

Organisme ou auteur	Pays	Méthode	Catégories	
Williams Institute ⁵⁴	États-Unis	1. Quel sexe vous a été assigné à la naissance, dans votre certificat de naissance d'origine?	Masculin Féminin	
		Option 1 : 2. Comment vous décrivez-vous? (Cochez une case.)	Homme Femme Transgenre Ni femme, ni homme, ni transgenre	
		Option 2 (méthode prometteuse qui requiert de nouveaux essais) : 2. Quelle est votre identité de genre actuelle?	Masculin Féminin Homme transgenre Femme transgenre Non binaire ou non conforme au genre Identité différente (veuillez préciser)	
		Si une mesure à 2 étapes ne peut être utilisée, il est recommandé d'inclure un seul point sur l'identité transgenre ou cisgenre.		
		1. Certaines personnes se décrivent comme transgenre parce que leur identité de genre diffère de leur sexe assigné à la naissance, par exemple une personne née dans un corps masculin, mais qui se sent femme ou vit comme une femme. Vous considérez-vous comme transgenre?	Oui, transgenre, d'homme à femme Oui, transgenre, de femme à homme Oui, transgenre, non conforme au genre Non	

Organisme ou auteur	Pays	Méthode	Catégories
Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) ²¹⁸	États-Unis	1. Certaines personnes se décrivent comme transgenre parce que leur identité de genre diffère de leur sexe assigné à la naissance, par exemple une personne née dans un corps masculin, mais qui se sent femme ou vit comme une femme serait transgenre. Vous considérez-vous comme transgenre?	Oui Non Ne sait pas A refusé de répondre N'est pas certain
		La deuxième question n'est posée que si le répondant répond « oui » à la question ci-dessus.	
		2. Vous considérez-vous transgenre d'homme à femme, de femme à homme, ou non conforme au genre?	Oui, transgenre, d'homme à femme Oui, transgenre, de femme à homme Oui, transgenre, non conforme au genre Non Ne sait pas A refusé de répondre N'est pas certain
Wylie S. et al. ²²⁰	États-Unis	Expression du genre	Très féminins
		1. L'apparence, le style et la tenue d'une personne peuvent influencer sur la façon dont elle est perçue. En général, comment pensez-vous que les autres décriraient votre apparence, votre style et votre tenue?	Principalement féminins Plutôt féminins Mi-féminins, mi-masculins Plutôt masculins Principalement masculins Très masculins
		2. Les manières d'une personne (p. ex. sa démarche ou son élocution) peuvent influencer sur la façon dont elle est perçue. En général, comment pensez-vous que les autres décriraient vos manières?	Très féminines Principalement féminines Plutôt féminines Mi-féminines, mi-masculines Plutôt masculines Principalement masculines Très masculines

Organisme ou auteur	Pays	Méthode	Catégories
Australian Bureau of Statistics ²²¹	Australie	1. Quel est votre sexe? (Sélectionnez une réponse.)	Masculin Féminin Autre (veuillez préciser) : [réponse ouverte]
		2. Quel est votre genre? (Sélectionnez une réponse.)	Masculin Féminin Autre (veuillez préciser) : [réponse ouverte]

Remarque

* Il se peut que les termes utilisés pour décrire certaines catégories dans cette recommandation ne soient plus considérés comme appropriés (p. ex. homme trans, ou de femme à homme). Plusieurs autres mesures pour recueillir des données sur le sexe et le genre ont été trouvées au Canada et aux États-Unis^{51, 52, 72, 171, 217-219}. Certaines d'entre elles pourraient aussi utiliser des expressions désuètes.

Emplacement géographique

Le CSSgenre est actuellement la mesure recommandée pour attribuer le type de région (urbaine ou rurale/éloignée) lorsque seul le code postal est disponible. Cependant, 2 limites clés empêchent le CSSgenre d'établir une distinction adéquate entre les SDR rurales et les SDR éloignées au niveau pancanadien. C'est pourquoi on recommande de regrouper les CSSgenres de 4 à 8 dans la catégorie rurale/éloignée.

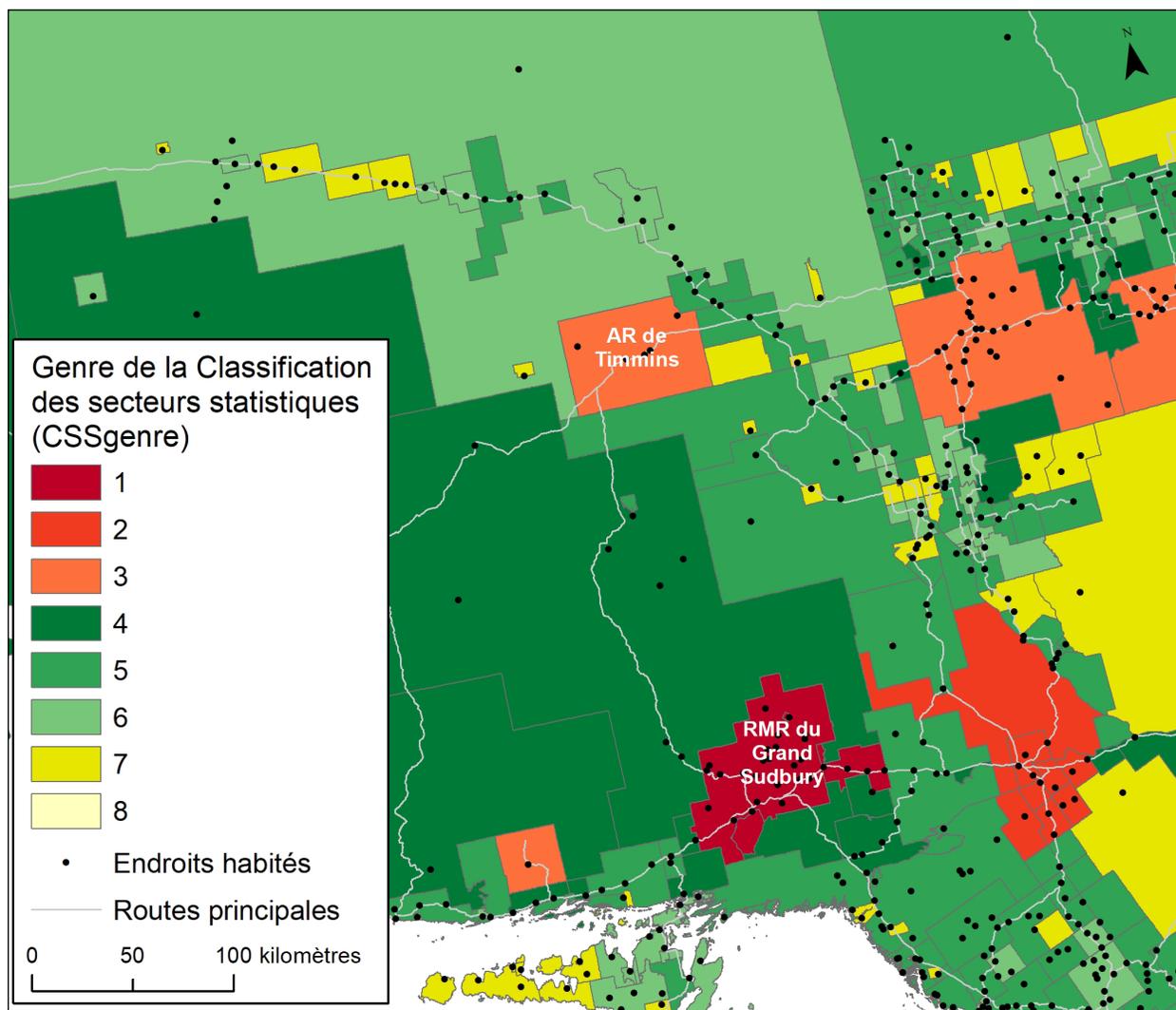
Limite 1 : Répercussions des grandes subdivisions de recensement sur le CSSgenre

La taille des SDR varie considérablement, parce que les SDR rurales couvrent généralement de plus grandes régions géographiques que les SDR urbaines. Comme le CSSgenre est défini au niveau de la SDR, les grandes SDR peuvent donner lieu à des distinctions entre les régions rurales et éloignées qui ne reflètent pas la réalité, surtout parce que le navettage est pris en considération dans la définition du CSSgenre. Par exemple, la figure C1 montre que la grande SDR au nord de Timmins a été classée dans le CSSgenre 6 (faible influence métropolitaine) en 2016, surtout parce que certaines personnes font la navette vers le centre urbain de Timmins. Toutefois, cette grande SDR inclut des résidents qui devraient plutôt appartenir à une SDR sans influence métropolitaine.

Limite 2 : La classification des ZIM ne tient compte que du navettage vers les centres urbains (RMR ou AR)

La classification des ZIM est utilisée pour distinguer les SDR à l'extérieur des RMR et des AR selon le degré d'influence que ces régions métropolitaines ont sur elles, tel que l'indique le navettage²²². Cependant, le CSSgenre ne tient pas compte du navettage entre les SDR rurales ni des SDR qui comptent un grand pourcentage de travailleurs autonomes (p. ex. les collectivités agricoles où le navettage est faible bien qu'elles se situent relativement près d'un centre urbain). À titre d'exemple, la figure C2 montre que les SDR situées près de Saskatoon et de Regina, en Saskatchewan, sont classifiées dans le CSSgenre 7 (sans influence métropolitaine). Cette classification peut s'expliquer par le faible navettage en raison du nombre élevé de travailleurs autonomes ou d'une économie fondée sur le tourisme, sans pour autant qu'il y ait absence réelle d'influence métropolitaine.

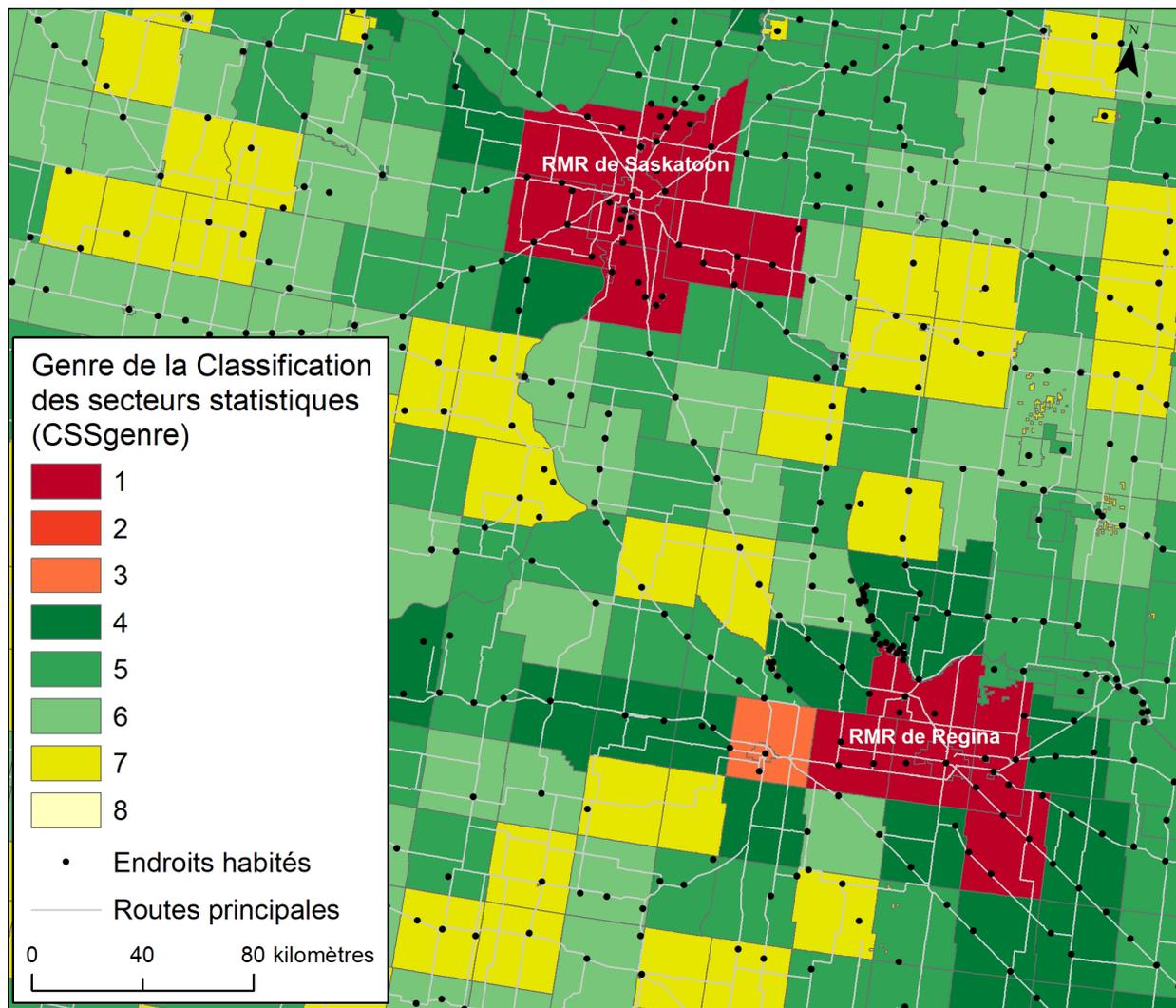
Figure C1 Nord-est de l'Ontario selon la CSS de 2016, où une grande SDR classée dans le CSSgenre 6 est située immédiatement au-dessus de Timmins (CSSgenre 3)



Source

Statistique Canada, Recensement de 2016 — Fichiers des limites (subdivisions de recensement)²²³.

Figure C2 Saskatchewan selon la CSS de 2016, où des SDR classées dans le CSSgenre 7 sont situées à proximité de Saskatoon et de Regina (CSSgenre 1)



Source

Statistique Canada, Recensement de 2016 — Fichiers des limites (subdivisions de recensement)²²³.

Annexe D : Autres normes de Statistique Canada

Scolarité

Titres scolaires

Les **titres scolaires** désignent la confirmation officielle, habituellement sous la forme d'un certificat, d'un diplôme ou d'un grade, attestant de la réussite d'un programme d'études ou d'une étape d'un programme²²⁴. La réussite d'un programme d'études désigne la réussite des objectifs d'apprentissage établis, habituellement validés au moyen d'une évaluation des connaissances et des compétences acquises. La **Classification des réponses pour titres scolaires**²²⁵ et la **Classification des réponses pour titres scolaires — variante pour communication alternative**²²⁶ sont utilisées pour classifier les titres scolaires.

Emplacement géographique

L'emplacement géographique désigne le lieu physique où une unité statistique se situe et pour laquelle des statistiques sont recueillies et diffusées. En plus de la Classification des secteurs statistiques décrite à l'encadré 6, Statistique Canada utilise plusieurs autres classifications géographiques pour le Canada.

Classification géographique type

La Classification géographique type de 2016 est la principale classification de Statistique Canada pour les régions géographiques du Canada. Elle est conçue pour classifier l'information statistique selon les régions géographiques. Elle comprend 4 niveaux : régions géographiques du Canada, provinces et territoires, divisions de recensement (comme les comtés et municipalités régionales) et SDR (comme les municipalités). Les 4 niveaux géographiques sont organisés de manière hiérarchique. Un code à 7 chiffres est utilisé pour montrer la relation hiérarchique²²⁷.

Classification des centres de population et des régions rurales

La Classification des centres de population et des régions rurales peut être utilisée pour mesurer les régions urbaines et rurales.

Un **centre de population** doit avoir une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré, selon les chiffres de population du recensement actuel. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population sont classées dans la catégorie des régions rurales²²⁸.

Les centres de population sont classés en 3 groupes, selon la taille de leur population :

- les petits centres de population, qui comptent une population de 1 000 à 29 999 habitants;
- les centres de population moyens, qui comptent une population de 30 000 à 99 999 habitants;
- les grands centres de population urbains, qui comptent une population de 100 000 habitants et plus.

Les **régions rurales** comprennent tout le territoire situé à l'extérieur des centres de population. La population rurale comprend toutes les personnes qui vivent dans les régions rurales des RMR et des AR ainsi que les personnes qui vivent dans les régions rurales à l'extérieur des RMR et des AR²²⁹.

Ensemble, les centres de population et les régions rurales couvrent tout le territoire canadien.

Régions sociosanitaires

Les régions sociosanitaires sont des régions administratives établies en vertu de la loi par les ministères provinciaux de la Santé. Ces régions administratives représentent des secteurs géographiques relevant des conseils d'administration des hôpitaux ou des autorités sanitaires régionales.

La classification **Régions sociosanitaires (RS) 2017** comprend les provinces et territoires, les régions sociosanitaires de niveau 2 et les régions sociosanitaires de niveau 3²³⁰.

La classification **Régions sociosanitaires pour communication alternative — Variante des RS 2017** comprend les provinces et territoires, les régions sociosanitaires de niveau 2 pour communication alternative et les régions sociosanitaires de niveau 3 pour communication alternative²³¹.

Unités statistiques

Statistique Canada utilise les unités statistiques suivantes pour définir les variables du revenu et de la scolarité.

Le **ménage** désigne une personne ou un groupe de personnes qui occupent le même logement et n'ont pas de domicile habituel ailleurs au Canada ou à l'étranger²³². Le logement peut être un logement collectif ou un logement privé. Le ménage peut se composer d'un groupe familial (famille de recensement), de 2 familles ou plus partageant le même logement, d'un groupe de personnes non apparentées ou d'une personne vivant seule. Les membres du ménage qui sont temporairement absents le jour de référence sont considérés comme faisant partie de leur ménage habituel.

Ménage privé s'applique à une personne ou un groupe de personnes qui occupent le même logement et qui n'ont pas de domicile habituel ailleurs au Canada ou à l'étranger²³³. Les ménages sont divisés en 2 sous-univers selon qu'ils occupent un logement collectif (ménage collectif) ou un logement privé (ménage privé). Le ménage privé est l'unité statistique utilisée dans la plupart des enquêtes sociales de Statistique Canada.

On définit la **famille de recensement** comme suit : un couple marié et les enfants, le cas échéant, du couple et/ou de l'un ou l'autre des conjoints; un couple en union libre et les enfants, le cas échéant, du couple et/ou de l'un ou l'autre des partenaires; ou un parent seul, peu importe son état matrimonial, habitant avec au moins un enfant dans le même logement et cet ou ces enfants²³⁴. Tous les membres d'une famille de recensement particulière habitent le même logement. Un couple peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les enfants peuvent être des enfants naturels, par le mariage, par l'union libre ou par adoption, peu importe leur âge ou leur état matrimonial, du moment qu'ils habitent dans le logement sans leur propre conjoint marié, partenaire en union libre ou enfant. Les petits-enfants habitant avec leurs grands-parents, alors qu'aucun des parents n'est présent, constituent également une famille de recensement.

La **famille économique** désigne un groupe de 2 personnes ou plus habitant dans le même logement et apparentées par le sang, le mariage, l'union libre, l'adoption ou une relation de famille d'accueil¹⁰⁷. Un couple peut être de sexe opposé ou de même sexe. Par définition, toutes les personnes qui sont membres d'une famille de recensement sont également membres d'une famille économique. Voici des exemples du vaste concept de famille économique : 2 familles de recensement apparentées et vivant ensemble sont considérées comme une famille économique; les frères et sœurs habitant ensemble qui ne sont pas membres d'une famille de recensement sont considérés comme une famille économique; et les nièces ou les neveux habitant avec leur tante ou leur oncle sont considérés comme une famille économique.

Annexe E : Prochaines étapes

Le tableau E1 résume les prochaines étapes recommandées par le groupe d'experts pour chacun des facteurs de stratification. Par ailleurs, l'ICIS collabore actuellement avec des spécialistes pour élaborer les définitions des concepts d'identité raciale et d'identité ethnique. D'autres facteurs de stratification soulevés lors du dialogue pancanadien, comme la langue, l'orientation sexuelle, l'invalidité et le statut d'immigrant, seront également envisagés.

Tableau E1 Prochaines étapes proposées pour les facteurs de stratification définis dans le présent rapport

Facteur de stratification	Prochaines étapes proposées par le groupe d'experts
Âge	<ul style="list-style-type: none"> Examiner le besoin et la possibilité d'élaborer des directives pour sélectionner les indicateurs permettant de mesurer les inégalités en santé liées à l'âge et pour classer ces indicateurs par ordre de priorité.
Sexe	<ul style="list-style-type: none"> Examiner la possibilité (et le besoin) d'élaborer un facteur de stratification supplémentaire pour recueillir les données sur les personnes qui ont subi une intervention médicale pour changer de sexe, y compris les personnes trans ou présentant une intersexualité.
Revenu	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les limites des méthodes actuelles pour mesurer les inégalités liées au revenu chez les adultes âgés et, au besoin, définir de nouvelles méthodologies. Par exemple, bien que le revenu reste un important indicateur du statut socioéconomique chez les adultes âgés, les mesures du patrimoine révèlent aussi des liens importants et indépendants avec les inégalités au chapitre des services de santé dans cette population (c.-à-d. sans l'influence du revenu et d'autres indicateurs du statut socioéconomique)^{184, 235-237}.
Scolarité	<ul style="list-style-type: none"> Explorer l'utilité de mesurer régulièrement la littératie en santé, car il n'existe actuellement aucune source de données pancanadiennes sur la littératie ou la littératie en santé (une enquête ponctuelle a été réalisée par Statistique Canada en 2003)²³⁸. Examiner la possibilité d'observer le niveau de scolarité du ménage au fil du temps. Le niveau de scolarité de la population augmente avec la hausse du nombre de Canadiens qui entament des études postsecondaires au fil du temps¹².
Emplacement géographique	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer de nouvelles méthodologies prenant en considération les divers degrés de ruralité afin de mieux distinguer les régions rurales des régions éloignées au niveau pancanadien (p. ex. le nouvel indice d'éloignement en cours d'élaboration à Statistique Canada)¹³⁵. Mettre en place une méthode recommandée à l'échelle pancanadienne pour définir le fardeau lié au déplacement, et des directives d'utilisation connexes. Collaborer avec les autorités compétentes et les partenaires autochtones pour compléter les catégories géographiques actuelles avec de l'information sur les populations autochtones qui vivent dans les réserves. Leur gouvernance et leur organisation unique des services de santé pourraient expliquer les inégalités observées au chapitre de l'accès aux soins de santé, de la qualité de ceux-ci et de leurs résultats.

Annexe F : Texte de remplacement pour les figures

Figure C1 : Nord-est de l'Ontario selon la CSS de 2016, où une grande SDR classée dans le CSSgenre 6 est située immédiatement au-dessus de Timmins (CSSgenre 3)

La figure montre une grande section du nord-est de l'Ontario divisée en SDR et met en évidence une grande SDR située directement au nord de Timmins, qui est classée dans le CSSgenre 6 et donc considérée comme une région rurale/éloignée. La figure indique aussi que Timmins est classé dans le CSSgenre 3 et est donc considéré comme une région urbaine. Cette figure illustre une limite de l'utilisation des CSSgenres : l'ensemble de la grande SDR est classé comme une zone à faible influence métropolitaine, car de nombreuses personnes font la navette vers le centre urbain de Timmins. Toutefois, cette SDR inclut probablement des résidents qui devraient en réalité être classés dans une zone sans influence métropolitaine.

Source

Statistique Canada, Recensement de 2016 — Fichiers des limites (subdivisions de recensement)²²³.

Figure C2 : Saskatchewan selon la CSS de 2016, où des SDR classées dans le CSSgenre 7 sont situées à proximité de Saskatoon et de Regina (CSSgenre 1)

La figure montre la Saskatchewan divisée en SDR. Elle indique que les SDR situées près de Saskatoon et de Regina sont classées dans la catégorie CSSgenre 7 (sans influence métropolitaine), et donc considérées comme des régions rurales/éloignées. Elle indique aussi que Saskatoon et Regina sont classées dans le CSSgenre 1 (RMR), et donc considérées comme des régions urbaines. Cette figure illustre une limite de l'utilisation des CSSgenres : les SDR situées près de Saskatoon et de Regina sont classées comme n'étant pas soumises à une influence métropolitaine, peut-être parce que le navettage y est faible en raison du nombre élevé de travailleurs autonomes ou d'une économie fondée sur le tourisme, sans pour autant qu'il y ait absence réelle d'influence métropolitaine.

Source

Statistique Canada, Recensement de 2016 — Fichiers des limites (subdivisions de recensement)²²³.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Dialogue pancanadien pour l'avancement de la mesure de l'équité des soins de santé : compte-rendu](#). 2016.
2. Organisation mondiale de la santé. [Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final](#). 2008.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada](#). 2015.
4. Statistique Canada. [Politique concernant les normes](#). Consulté le 2 février 2018.
5. Statistique Canada. [Variables](#). Consulté le 2 février 2018.
6. Institut canadien d'information sur la santé. [Repenser, renouveler, retirer : rapport de la quatrième Conférence consensuelle sur l'évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada](#). 2015.
7. Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, et al. [Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi](#). *PLoS One*. 2014.
8. Provincial Health Services Authority. [Development of Priority Health Equity Indicators for British Columbia: Process and Outcome Report](#). 2014.
9. Centre for Research on Inner City Health. [Measuring Equity of Care in Hospital Settings: From Concepts to Indicators](#). 2009.
10. Institute of Medicine. [Capturing Social and Behavioral Domains and Measures in Electronic Health Records: Phase 2](#). 2014.
11. Cookson R, Asaria M, Ali S, et al. [Health equity indicators for the English NHS: A longitudinal whole-population study at the small-area level](#). *Health Services and Delivery Research*. 2015.
12. Statistique Canada. [ESCC 2013-2014 Dictionnaire de données](#). 2015.
13. Rais S, Nazerian A, Ardal S, Chechulin Y, Bains N, Malikov K. [Usagers qui coûtent cher aux services de santé en Ontario](#). *Politiques de santé*. 2013.
14. Grant J, Mottet L, Tanis J, Harrison J, Herman J, Keisling M. [Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey](#). 2011.

15. Statistique Canada. [Données accessibles dans les CDR](#). Consulté le 2 février 2018.
16. Rotermann M, Sanmartin C, Carriere G, et al. [Couplage de données de recensement et de données d'hôpital : deux approches](#). *Rapports sur la santé*. Octobre 2014.
17. Statistique Canada. [Fichier de conversion des codes postaux^{MO} plus \(FCCP+\) version 6C, guide de référence](#). 2016.
18. Institut canadien d'information sur la santé. [Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada](#). 2008.
19. Saskatoon Health Region. [Saskatoon Health Region health status reporting — Index](#). Consulté le 2 février 2018.
20. Capital Health. [An Overview of the Health of Our Population](#). 2013.
21. Service de santé publique de Sudbury et du district. [Possibilités pour tous : le chemin vers l'équité en matière de santé](#). 2013.
22. Provincial Health Services Authority. [Priority Health Equity Indicators for British Columbia: Selected Indicators Report](#). 2016.
23. Lewis T, Cogburn C, Williams DR. [Self-reported experiences of discrimination and health: Scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues](#). *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015.
24. Cole ER. [Intersectionality and research in psychology](#). *American Psychologist*. 2009.
25. Bauer GR. [Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity](#). *Social Science & Medicine*. 2014.
26. Bowleg L. [The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality — An important theoretical framework for public health](#). *American Journal of Public Health*. 2012.
27. Centre for Research on Inner City Health. [Canadian Marginalization Index — A User Guide](#). 2012.
28. Pampalon R, Raymond G. [Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada](#). *Revue canadienne de santé publique*. Octobre 2012.

29. Manitoba Centre for Health Policy. [Term: Socio-Economic Factor Index \(SEFI\)](#). Consulté le 19 avril 2017.
30. Gouvernement de l'Alberta. [Canadian Deprivation Index](#). Consulté le 19 avril 2017.
31. Santé Alberta. [Interactive Health Data Application — Canadian Deprivation Index](#). Consulté le 12 février 2018.
32. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G. [Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada](#). *Maladies chroniques au Canada*. 2009.
33. Philibert MD, Pampalon R, Hamel D, Thouez JP, Loiselle CG. [Material and social deprivation and health and social services utilisation in Quebec: A local-scale evaluation system](#). *Social Science & Medicine*. 2007.
34. Institut canadien d'information sur la santé. [Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada](#). 2008.
35. Manitoba Centre for Health Policy. [Composite Health Indices: Useful Tools or More Work Than They're Worth?](#). 2009.
36. Steensma C. Drawing a Portrait of Health Inequalities in Canada: The Pan-Canadian Health Inequalities Reporting Initiative [présentation PowerPoint]. 2017.
37. Organisation mondiale de la santé. [Handbook on Health Inequality Monitoring: With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries](#). 2013.
38. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MG, Wakefield PA, Randall GE. [Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: A systematic review](#). *Journal of Mental Health*. 2015.
39. Randall G, et al. [Mapping the Policy–Practice Landscape for Youth Mental Health in Ontario](#). 2016.
40. Statistique Canada. [Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits](#). Consulté le 28 novembre 2016.
41. Statistique Canada. [Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada](#). 2013.
42. Quan H, Li B, Couris CM, et al. [Updating and validating the Charlson Comorbidity Index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries](#). *American Journal of Epidemiology*. 2011.
43. Statistique Canada. [Âge de la personne](#). Consulté le 2 février 2018.

44. Statistique Canada. [Classification des catégories d'âge par tranches d'âge de cinq ans](#). Consulté le 28 février 2017.
45. Fenway Institute. [Glossary](#). Consulté le 7 août 2017.
46. Cahill SR, Baker K, Deutsch MB, Keatley J, Makadon HJ. [Inclusion of sexual orientation and gender identity in stage 3 meaningful use guidelines: A huge step forward for LGBT health](#). *LGBT Health*. 2016.
47. Johnson JL, Greaves L, Repta R. [Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research](#). *International Journal for Equity in Health*. Février 2009.
48. American Psychological Association. [Answers to Your Questions About Individuals With Intersex Conditions](#). 2006.
49. Intersex Society of North America. [What is intersex?](#). Consulté le 27 avril 2017.
50. Nations unies. [Note d'information : intersexe](#). 2015.
51. Centre of Excellence for Transgender Health. [Counting trans populations](#). Consulté le 28 février 2017.
52. Deutsch MB, Green J, Keatley J, et al. [Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group](#). *Journal of the American Medical Informatics Association*. Avril 2013.
53. Santé arc-en-ciel Ontario. [Designing Surveys and Questionnaires](#). 2012.
54. Williams Institute. [Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population-Based Surveys](#). 2014.
55. Fenway Institute. [Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Electronic Health Records: Taking the Next Steps](#). 2015.
56. Statistique Canada. [Sexe de la personne](#). Consulté le 28 février 2017.
57. Commission ontarienne des droits de la personne. [Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur l'identité sexuelle et l'expression de l'identité sexuelle](#). 2014.
58. Ridgeway C, Smith-Lovin L. [The gender system and interaction](#). *Annual Review of Sociology*. 1999.

59. Lorber J. *“Night to His Day”: The Social Construction of Gender*. 1994.
60. Instituts de recherche en santé du Canada. [Comment intégrer le sexe et le genre à la recherche](#). Consulté le 28 février 2017.
61. Clayton JA, Tannenbaum C. [Reporting sex, gender, or both in clinical research?](#) *JAMA*. 2016.
62. Gouvernement du Canada. [Loi canadienne sur les droits de la personne](#). 1985.
63. Bauer GR, Braimoh J, Scheim AI, Dharma C. [Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: Mixed-methods evaluation and recommendations](#). *PLoS*. 2017.
64. Human Rights Campaign. [Sexual orientation and gender identity definitions](#). Consulté le 2 novembre 2017.
65. Trans Care BC. [Glossary](#). Consulté le 24 novembre 2017.
66. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, et al. [Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty](#). *New England Journal of Medicine*. 2000.
67. Payne S. [How Can Gender Equity Be Addressed Through Health Systems?](#). 2009.
68. Morgan R, George A, Ssali S, Hawkins K, Molyneux S, Theobald S. [How to do \(or not do\) . . . gender analysis in health systems research](#). *Health Policy and Planning*. Octobre 2016.
69. Sin DD, Cohen SB-Z, Day A, Coxson H, Paré PD. [Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women](#). *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2007.
70. Organisation mondiale de la santé. [Genre](#). Consulté le 8 août 2017.
71. Instituts de recherche en santé du Canada. [L'influence du genre et du sexe](#). 2012.
72. Veale J, Saewyc EM, Frohard-Dourlent H, Dobson S, Clark B et le groupe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans. [Être en sécurité, être soi-même : résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans](#). 2015.
73. Bauer GR. [Trans Ontarians' Sex Designations on Federal and Provincial Identity Documents](#). 2012.

74. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. [The Report of the U.S. Transgender Survey 2015](#). 2016.
75. Statistique Canada. [Genre de la personne](#). Consulté le 3 janvier 2018.
76. Re:searching for LGBTQ Health. [Two-spirit community](#). Consulté le 19 septembre 2017.
77. Hunt S. [Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes](#). 2016.
78. Johnson JL, Repta R. [Chapter 2: Sex and gender: Beyond the binaries](#). Oliffe JL, Greaves L, dir. *Designing and Conducting Gender, Sex, & Health Research*. 2012.
79. Neville S, Henrickson M. [Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services](#). *Issues and Innovations in Nursing Practice*. 2006.
80. Ward B, Dahlhamer J, Galinsky A, Joestl S. [Sexual orientation and health among U.S. adults: National Health Interview Survey, 2013](#). *National Health Statistics Reports*. 2014.
81. Centre for American Progress. [How to Close the LGBT Health Disparities Gap](#). 2009.
82. Tjepkema M. [Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada](#). *Rapports sur la santé*. 2008.
83. Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé. [Outil de données sur les inégalités en santé](#). Consulté le 28 avril 2017.
84. Statistique Canada. [Guide de référence sur les familles : recensement de la population, 2016](#). 2017.
85. Statistique Canada. [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\) : composante annuelle, 2009-2010 — Contenu commun](#). 2011.
86. Statistique Canada. [Enquête sociale générale — Cycle 28 : victimisation](#). Consulté le 12 février 2018.
87. Marmot M, Wilkinson RG. [Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: A response to Lynch et al](#). *British Medical Journal*. Février 2001.
88. Lynch J, Kaplan G. [Understanding how inequality in the distribution of income affects health](#). *Journal of Health Psychology*. 1997.
89. Phipps S. [Répercussions de la pauvreté sur la santé](#). 2003.

90. Marmot M. [The influence of income on health: Views of an epidemiologist](#). *Health Affairs*. 2002.
91. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, et al. [Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage](#). *PLoS Medicine*. Septembre 2014.
92. Institut canadien d'information sur la santé. [Outil interactif des indicateurs de santé](#) [outil Web]. Consulté le 2 août 2017.
93. Agence de la santé publique du Canada. [Le fardeau économique direct des inégalités socio-économiques en matière de santé au Canada](#). 2016.
94. Qualité des services de santé Ontario. [Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario](#). 2016.
95. Manitoba Centre for Health Policy. [Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Widening or Narrowing Over Time?](#). 2010.
96. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. [Les inégalités sociales de santé à Montréal](#). 2011.
97. Toronto Public Health. *The Unequal City 2015: Income and Health Inequities in Toronto — Technical Report*. 2015.
98. Statistique Canada. [Guide de référence sur le revenu : Enquête nationale auprès des ménages, 2011](#). 2013.
99. Statistique Canada. [Les lignes de faible revenu, 2013-2014 : mise à jour](#). 2015.
100. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada — Notes méthodologiques](#). 2015.
101. Pichora E, Polsky J, Catley C, Perumal N, Jing J, Allin S. Comparing individual and area-based income measures: Impact on analysis of inequality in smoking, obesity and diabetes rates in Canadians 2003–2013. *Revue canadienne de santé publique*. Sous presse.
102. Hanley GE, Morgan S. [On the validity of area-based income measures to proxy household income](#). *BMC Health Service Research*. Avril 2008.
103. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, et al. [Socioeconomic status in health research: One size does not fit all](#). *JAMA*. Décembre 2005.

104. Denny K, Davidson MJ. [Les indicateurs socioéconomiques régionaux : des outils de recherche, de politiques et de planification axés sur les disparités d'état sanitaire](#). *Revue canadienne de santé publique*. 2012.
105. Wilkins R. [Neighbourhood Income Quintiles Derived From Canadian Postal Codes Are Apt to Be Misclassified in Rural but not Urban Areas](#). 2004.
106. Lofters AK, Schuler A, Slater M, et al. [Using self-reported data on the social determinants of health in primary care to identify cancer screening disparities: Opportunities and challenges](#). *BMC Family Practice*. 2017.
107. Statistique Canada. [Famille économique](#). Consulté le 2 février 2018.
108. Statistique Canada. [Situation de faible revenu de la personne](#). Consulté le 2 février 2018.
109. Statistique Canada. [Situation de faible revenu du ménage privé](#). Consulté le 2 février 2018.
110. Statistique Canada. [Classification de la situation de faible revenu](#). Consulté le 2 février 2018.
111. Statistique Canada. [Revenu après impôt rajusté de la famille économique](#). Consulté le 2 février 2018.
112. Statistique Canada. [Revenu après impôt rajusté de la personne hors famille économique](#). Consulté le 2 février 2018.
113. Statistique Canada. [Revenu après impôt rajusté du ménage privé](#). Consulté le 2 février 2018.
114. Statistique Canada. [Revenu total rajusté du ménage privé](#). Consulté le 2 février 2018.
115. Statistique Canada. [Niveau de scolarité de la personne](#). Consulté le 2 février 2018.
116. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, et al. [Developing predictive models of health literacy](#). *Journal of General Internal Medicine*. Septembre 2009.
117. Zimmerman E, Woolf S, Haley A. [Understanding the Relationship Between Education and Health: A Review of the Evidence and an Examination of Community Perspectives](#). 2014.
118. Taggart J, Williams A, Dennis S, et al. [A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors](#). *BMC Family Practice*. 2012.

119. Statistique Canada. [Recensement de 2016 2A-L](#). Consulté le 28 octobre 2016.
120. Stella MY, Bellamy HA, Kogan MD, Dunbar JL, Schwalberg RH, Schuster MA. [Factors that influence receipt of recommended preventive pediatric health and dental care](#). *Pediatrics*. Décembre 2002.
121. Statistique Canada. [Classification du plus haut niveau de scolarité atteint](#). Consulté le 2 février 2018.
122. Battiste M. [Indigenous Knowledge and Pedagogy in First Nations Education: A Literature Review With Recommendations](#). 2002.
123. Chen C, Smith P, Mustard C. [The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada](#). *Ethnicity & Health*. 2010.
124. Dean J, Wilson K. [“Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed...”: Exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada](#). *Ethnicity & Health*. 2009.
125. Institut canadien d'information sur la santé. [Hospitalisations liées à l'asthme chez les enfants et les jeunes au Canada : tendances et inégalités](#). 2018.
126. Diez Roux AV, Kiefe CI, Jacobs DR, et al. [Area characteristics and individual-level socioeconomic position indicators in three population-based epidemiologic studies](#). *Annals of Epidemiology*. 2001.
127. Statistique Canada. [Classification du plus haut niveau de scolarité atteint — variante pour communication alternative](#). Consulté le 2 février 2018.
128. Statistique Canada. [Classification du plus haut certificat, diplôme ou grade](#). Consulté le 2 février 2018.
129. du Plessis V, Beshiri R, Bollman R, Clemenson H. [Définitions de « rural »](#). *Bulletin d'analyse : régions rurales et petites villes du Canada*. Octobre 2001.
130. Statistique Canada. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : région métropolitaine de recensement \(RMR\) et agglomération de recensement \(AR\)](#). Consulté le 2 février 2018.
131. Rural Health Information Hub. [Healthcare access in rural communities](#). Consulté le 20 avril 2017.

132. South West Local Health Integration Network. [Understanding Health Inequities and Access to Primary Care in the South West LHIN](#). 2016.
133. Institut canadien d'information sur la santé. [Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010](#). 2012.
134. Kelly C, Hulme C, Farragher T, Clarke G. [Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? A systematic review](#). *BMJ Open*. Octobre 2016.
135. Alasia A, Bedard F, Belanger J, Guimond E, Penney C. [Mesurer l'éloignement et l'accessibilité : un ensemble d'indices applicables aux collectivités canadiennes](#). 2017.
136. Statistique Canada. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : classification des secteurs statistiques \(CSS\)](#). Consulté le 2 février 2018.
137. Statistique Canada. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : subdivision de recensement \(SDR\)](#). Consulté le 2 février 2018.
138. Statistique Canada. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : zone d'influence métropolitaine de recensement \(ZIM\)](#). Consulté le 2 février 2018.
139. Qualité des services de santé Ontario. [À la hauteur](#). 2016.
140. Maddison AR, Asada Y, Urquhart R, Johnston G, Burge F, Porter G. [Iniquité d'accès au traitement du cancer colorectal recommandé par les directives en Nouvelle-Écosse, Canada](#). *Politiques de santé*. Novembre 2012.
141. Institute for Clinical Evaluative Sciences. [The Mental Health of Children and Youth in Ontario: Baseline Scorecard](#). 2015.
142. Institut canadien d'information sur la santé. [Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux](#). 2015.
143. Dahrouge S, Hogg W, Tuna M, et al. [Les différents groupes d'âge reçoivent-ils des soins équivalents dans différents types d'établissements de soins primaires en Ontario?](#) *Le médecin de famille canadien*. Novembre 2011.
144. Bowling A, Bond M, McKee D, et al. [Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications](#). *Heart*. Février 2001.
145. Grignon M, Spencer B, Wang L. [Is there an age pattern in the treatment of AMI? Evidence from Ontario](#). *La Revue canadienne du vieillissement*. Août 2010.

146. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. [La qualité des services de santé au Canada en graphiques](#). 2010.
147. Salter ML, McAdams-Demarco MA, Law A, et al. [Age and sex disparities in discussions about kidney transplantation in adults undergoing dialysis](#). *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014.
148. Burge FI, Lawson BJ, Johnston GM, Grunfeld E. [A population-based study of age inequalities in access to palliative care among cancer patients](#). *Medical Care*. Décembre 2008.
149. Cancer Quality Council of Ontario. [Colorectal cancer screening participation](#). Consulté le 28 février 2017.
150. U.S. Department of Health and Human Services. [U.S. Department of Health and Human Services Implementation Guidance on Data Collection Standards for Race, Ethnicity, Sex and Primary Language and Disability Status](#). 2011.
151. Boston Public Health Commission. [Revised Guidelines for the Implementation, Interpretation, and Enforcement of the Boston Public Health Commission's Data Collection Regulation](#). 2015.
152. Bierman AS, Angus J, Ahmad F, et al. [Ontario Women's Health Equity Report: Chapter 7 — Access to Health Care Services](#). 2010.
153. Organisation de coopération et de développement économiques. [Comment va la vie? 2013 : mesurer le bien-être](#). 2013.
154. Elderkin-Thompson V, Waitzkin H. [Differences in clinical communication by gender](#). *Journal of General Internal Medicine*. Février 1999.
155. Fowler RA, Sabur N, Li P, et al. [Sex- and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care](#). *Canadian Medical Association Journal*. Décembre 2007.
156. Santé arc-en-ciel Ontario. [RHO Fact Sheet: Intersex Health](#). 2017.
157. Human Rights Watch. ["I Want to Be Like Nature Made Me" — Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US](#). 2017.
158. Jones T, Hart B, Carpenter M, Ansara G, Leonard W, Lucke J. [Intersex: Stories and Statistics From Australia](#). 2016.

159. Pelletier R, Khan NA, Cox J, et al. [Sex versus gender-related characteristics: Which predicts outcome after acute coronary syndrome in the young?](#). *Journal of the American College of Cardiology*. 2016.
160. Pelletier R, Ditto B, Pilote L. [A composite measure of gender and its association with risk factors in patients with premature acute coronary syndrome](#). *Psychosomatic Medicine*. 2015.
161. Raine R, Goldfrad C, Rowan K, Black N. [Influence of patient gender on admission to intensive care](#). *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002.
162. Courtenay W. [Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health](#). *Social Science & Medicine*. 2000.
163. White A, Banks I. Help seeking in men and the problems of late diagnosis. Kirby R, Carson C, Kirby M, Farah R (dir.). *Men's Health, 2nd Edition*. 2004.
164. Giblon R, Bauer GR. [Health care availability, quality, and unmet need: A comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada](#). *BMC Health Services Research*. 2017.
165. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. [Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization](#). *Journal of Homosexuality*. 2006.
166. Reisner SL, Vettes R, Leclerc M, et al. [Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study](#). *Journal of Adolescent Health*. 2015.
167. Organisation mondiale de la santé. [Transgender People and HIV](#). 2015.
168. Scheim AI, Bauer GR. [Breast and Cervical Cancer Screening Among Trans Ontarians](#). 2013.
169. Institute of Medicine. [The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People](#). 2011.
170. Kosenko K, Rintamaki L, Raney S, Maness K. [Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts](#). *Medical Care*. 2013.
171. Harrison J, Grant J, Herman J. [A gender not listed here: Genderqueers, gender rebels, and otherwise in the National Transgender Discrimination Survey](#). *LGBTQ Policy Journal at the Harvard Kennedy School*. 2012.

172. Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. [Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: A respondent-driven sampling survey](#). *PLoS One*. 2015.
173. Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. [Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "Do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada](#). *American Journal of Public Health*. 2013.
174. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. [Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey](#). *Annals of Emergency Medicine*. Juin 2014.
175. Pega F, Veale JF. [The case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to address gender identity](#). *American Journal of Public Health*. 2015.
176. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. [Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study](#). *American Journal of Public Health*. 2013.
177. Raphael D. [Inequality Is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion Are Major Causes of Heart Disease in Canada](#). 2001.
178. Mikkonen J, Raphael D. [Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes](#). 2011.
179. Centre canadien de politiques alternatives. [Basic Income: Rethinking Social Policy](#). 2016.
180. Association médicale canadienne. [Association médicale canadienne : mémoire sur la motion 315 \(Inégalité des revenus\)](#). 2013.
181. Ouimet MJ, Pineault R, Prud'homme A, Provost S, Fournier M, Levesque JF. [The impact of primary healthcare reform on equity of utilization of services in the province of Quebec: A 2003–2010 follow-up](#). *International Journal for Equity in Health*. 2015.
182. Veugelers PJ, Yip AM. [Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?](#) *Journal of Epidemiology and Community Health*. Décembre 2003.
183. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, OECD Health Equity Research Group. [Inequalities in access to medical care by income in developed countries](#). *Canadian Medical Association Journal*. Janvier 2006.

184. Allin S. [L'équité dans l'utilisation des services de santé varie-t-elle entre les provinces canadiennes?](#) *Politiques de santé*. Février 2008.
185. Krzyzanowska M, Barbera L, Elit L, et al. [Ontario Women's Health Equity Report: Chapter 4 — Cancer](#). 2009.
186. Demeter S, Reed M, Lix L, MacWilliam L, Leslie WD. [Socioeconomic status and the utilization of diagnostic imaging in an urban setting](#). *Canadian Medical Association Journal*. Novembre 2005.
187. Institut canadien d'information sur la santé. [Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires](#). 2012.
188. Institut canadien d'information sur la santé. [Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues](#). 2012.
189. Bierman AS, Ahmad F, Angus J, et al. [Ontario Women's Health Equity Report: Chapter 3 — Burden of Illness](#). 2009.
190. Lightman E, Mitchell A, Wilson B. [Poverty Is Making Us Sick: A Comprehensive Survey of Income and Health in Canada](#). 2008.
191. Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K, et al. [Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform](#). *Health Policy*. 2006.
192. Olah ME, Gaisano G, Hwang SW. [The effect of socioeconomic status on access to primary care: An audit study](#). *Canadian Medical Association Journal*. Avril 2013.
193. Agence de la santé publique du Canada. [L'administrateur en chef de la santé publique : rapport sur l'état de la santé publique au Canada — S'attaquer aux inégalités](#). 2008.
194. Barnes S, Anderson L. [Low Earnings, Unfilled Prescriptions: Employer-Provided Health Benefit Coverage in Canada](#). 2015.
195. Martin D. [Better Now: Six Big Ideas to Improve Health Care for All Canadians](#). 2017.
196. Chen Y, Dales R, Krewski D. [Asthma and the risk of hospitalization in Canada: The role of socioeconomic and demographic factors](#). *CHEST Journal*. Mars 2001.
197. Glazier RH, Agha MM, Moineddin R, Sibley LM. [Universal health insurance and equity in primary care and specialist office visits: A population-based study](#). *The Annals of Family Medicine*. Octobre 2009.

198. Arendt JN. [In sickness and in health — Till education do us part: Education effects on hospitalization](#). *Economics of Education Review*. 2007.
199. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. [Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review](#). 2011.
200. Oreoupoulos P, Brown RS, Lavecchia AM. [Pathways to Education: An Integrated Approach to Helping At-Risk High School Students](#). 2014.
201. Lochner LJ. [Non-Production Benefits of Education: Crime, Health, and Good Citizenship](#). 2010.
202. Romanow RJ. [Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada](#). 2002.
203. Kulig JC, Williams AM. [Health in Rural Canada](#). 2011.
204. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. [Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord — Étape 1 : rapport](#). 2011.
205. Sanmartin C, Ross N. [Difficultés d'accès aux soins de santé de première ligne au Canada](#). *Politiques de santé*. Janvier 2006.
206. Bosco C, Oandasan I. [Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques](#). 2017.
207. Institut canadien d'information sur la santé. A Conceptual Framework to Understand Variations in Health Service Use, Expenditures and Outcomes in Rural Communities [document de travail interne]. 2016.
208. Sibley LM, Weiner JP. [An evaluation of access to health care services along the rural–urban continuum in Canada](#). *BMC Health Services Research*. Janvier 2011.
209. Institut canadien d'information sur la santé. [Répartition et migration interne des dentistes au Canada](#). 2007.
210. Tjepkema M. [La santé des Autochtones vivant hors réserve](#). *Rapports sur la santé*. 2002.
211. Mitura V, Bollman RD. [La santé des Canadiens des régions rurales : une comparaison rurale-urbaine des indicateurs de la santé](#). 2003.
212. Institut canadien d'information sur la santé. [Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural?](#) 2006.

213. Ontario Rural Council. [*TORC 2009 Rural Health Forum: Rethinking Rural Health Care: Innovations Making a Difference*](#). 2009.
214. Organisation des nations unies. [*Directives provisoires concernant les classifications internationales types par âge*](#). 1983.
215. Agence de la santé publique du Canada. [*Étapes de l'enfance*](#). Consulté le 1^{er} novembre 2016.
216. Organisation mondiale de la santé. [*Lay Reporting of Health Information*](#). 1978.
217. Trans PULSE. [*Trans PULSE Survey: Information Only Copy*](#). 2009.
218. Federal Interagency Working Group on Improving Measurement of Sexual Orientation and Gender Identity in Federal Surveys. [*Current Measures of Sexual Orientation and Gender Identity in Federal Surveys*](#). 2016.
219. Centers for Disease Control and Prevention. [*Behavioural Risk Factor Surveillance System Questionnaire: Massachusetts*](#). 2011.
220. Wylie SA, Corliss HL, Boulanger V, Prokop LA, Austin SB. [*Socially assigned gender nonconformity: A brief measure for use in surveillance and investigation of health disparities*](#). *Sex Roles*. Août 2010.
221. Australian Bureau of Statistics. [*Standard for sex and gender variables 2016*](#). Consulté le 8 juillet 2017.
222. Statistique Canada. [*Zone d'influence métropolitaine de recensement \(ZIM\)*](#). Consulté le 20 avril 2017.
223. Statistique Canada. [*Recensement de 2016 — Fichiers des limites*](#). Consulté le 2 février 2018.
224. Statistique Canada. [*Titres scolaires de la personne*](#). Consulté le 2 février 2018.
225. Statistique Canada. [*Classification des réponses pour titres scolaires*](#). Consulté le 2 février 2018.
226. Statistique Canada. [*Classification des réponses pour titres scolaires — variante pour communication alternative*](#). Consulté le 2 février 2018.
227. Statistique Canada. [*Classification géographique type \(CGT\) 2016*](#). Consulté le 2 août 2018.

228. Statistique Canada. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : centre de population \(CTRPOP\)](#). Consulté le 8 février 2018.
229. Statistique Canada. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : région rurale \(RR\)](#). Consulté le 20 avril 2017.
230. Statistique Canada. [Régions sociosanitaires \(RS\) 2017](#). Consulté le 8 février 2018.
231. Statistique Canada. [Régions sociosanitaires pour communication alternative — Variante des RS 2017](#). Consulté le 2 août 2018.
232. Statistique Canada. [Ménage](#). Consulté le 2 février 2018.
233. Statistique Canada. [Ménage privé](#). Consulté le 2 février 2018.
234. Statistique Canada. [Famille de recensement](#). Consulté le 2 février 2018.
235. Avendano M, Glymour MM. [Stroke disparities in older Americans](#). *Stroke*. Février 2008.
236. Laaksonen M, Tarkiainen L, Martikainen P. [Housing wealth and mortality: A register linkage study of the Finnish population](#). *Social Science & Medicine*. Septembre 2009.
237. Kilpi F, Silventoinen K, Konttinen H, Martikainen P. [Disentangling the relative importance of different socioeconomic resources for myocardial infarction incidence and survival: A longitudinal study of over 300 000 Finnish adults](#). *The European Journal of Public Health*. Avril 2016.
238. Statistique Canada. [Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes \(EIACA\)](#). Consulté le 21 avril 2017.
239. Commission ontarienne des droits de la personne. [Prendre le pouls : opinions des gens à l'égard des droits de la personne en Ontario](#). 2017.
240. Bauer GR, Braimoh J, Scheim AI, Dharma C. Multidimensional Sex/Gender Measure (MSGM). Milhausen R, Fisher T, Davis C, Yarber B, Sakaluk J (dir.). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Sous presse.



ICIS Ottawa

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

ICIS Toronto

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

ICIS Victoria

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

ICIS Montréal

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

icis.ca

17210-0318

