



Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada

Rapport sommaire

Novembre 2015

Facteurs qui influent sur la santé



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Notre vision

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

Notre mandat

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

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Réduire les inégalités : un défi constant au Canada.....	4
Gros plan sur le revenu.....	6
Les inégalités liées au revenu se sont creusées avec le temps.....	6
Conclusions de l'étude.....	7
Les inégalités se sont creusées au fil du temps pour 3 des indicateurs de santé étudiés.....	7
Les inégalités ont persisté au fil du temps pour la majorité des indicateurs de santé.....	9
Quelles seraient les premières étapes de la réduction des inégalités en santé?.....	10
Prochaines étapes.....	11
Renforcement des données économiques probantes.....	11
Évaluation et production de rapports.....	12
Promotion des mesures fondées sur des données probantes.....	12
Annexe : Aperçu des conclusions du rapport.....	13
Références.....	15

Réduire les inégalités : un défi constant au Canada

Les Canadiens dépensent chaque année plus de 200 milliards de dollars en soins de santé publics, ce qui représente près de 40 % du budget de la plupart des provinces¹. Il est toutefois possible de réduire les coûts liés aux soins de santé en s'assurant que tous les Canadiens ont accès à des soins et sont en bonne santé. Cependant, on observe encore des inégalités quant à l'accès aux soins et aux résultats pour la santé. En effet, les Canadiens les plus nantis ont en général tendance à être en meilleure santé et à vivre plus longtemps que les Canadiens au revenu plus faible.

En 2011, le Canada est devenu l'un des pays signataires de la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, conformément à laquelle il s'est engagé à réduire les inégalités en santé à l'échelle nationale². Le rapport [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada](#) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) figure parmi les initiatives fédérales et provinciales qui ont été entreprises pour l'atteinte de ce but commun³.

L'existence des inégalités en santé au Canada est un phénomène bien connu. Dans le présent rapport, la notion d'inégalité renvoie aux différences observées entre les Canadiens au revenu le plus élevé et ceux au revenu le plus faible pour 16 indicateurs. Ces indicateurs incluent des déterminants de la santé comme l'accès au logement, la sécurité alimentaire, le tabagisme et l'obésité, des taux de blessures et de maladies chroniques, de même que des mesures du bien-être.

Les résultats du présent rapport montrent que les inégalités persistent au Canada. Au cours des 10 dernières années, peu de progrès, voire aucun, ont été réalisés dans la réduction des inégalités en santé liées au revenu au Canada (se reporter à l'annexe). Depuis le début des années 2000, les inégalités se sont en réalité creusées pour 3 des 16 indicateurs de santé étudiés et elles n'ont pas changé pour 11 d'entre eux. Même si les inégalités se sont atténuées pour les 2 indicateurs restants, la réduction est principalement attribuable à un nivellement indésirable par le bas. En d'autres termes, la santé des Canadiens les plus nantis s'est détériorée tandis qu'elle est demeurée inchangée dans le groupe au revenu le plus bas.

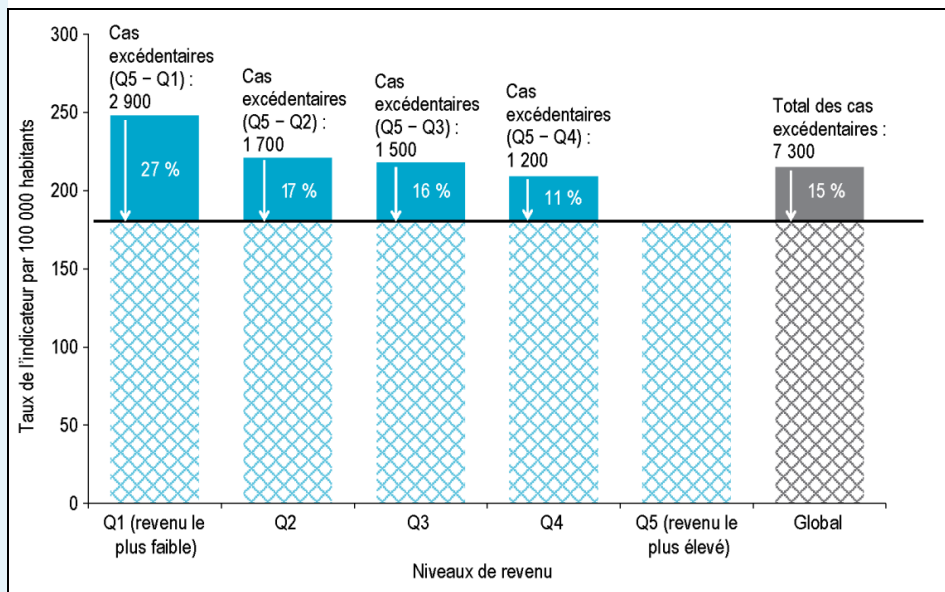
Le bilan du Canada s'apparente à celui des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : les inégalités en santé sont statiques ou se creusent, et ce, même dans les pays qui disposent de systèmes de sécurité sociale très développés⁴. Il est toutefois possible d'adopter des politiques et des programmes de santé pour atténuer les inégalités en santé (p. ex. en garantissant un accès équitable aux services, en configurant les programmes pour qu'ils répondent aux besoins)⁵. Or, des progrès majeurs ne pourront être accomplis si aucune mesure ne vise tout l'éventail des déterminants sociaux de la santé⁶. Le débat actuel entourant l'incidence du revenu annuel garanti⁷ en est un bon exemple.

Notre approche

Le présent rapport repose sur des données provenant principalement de l'ICIS (bases de données hospitalières) et de Statistique Canada (statistiques de l'état civil, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes). Pour les besoins de l'analyse, la population canadienne a été divisée en 5 groupes de même taille selon le niveau de revenu. Ensuite, 16 indicateurs ont été calculés pour chacun des 5 groupes pour une période d'environ 10 ans. Ces indicateurs comprennent une sélection de déterminants de la santé (p. ex. conditions de vie, comportements, soins de santé) ainsi que des indicateurs de la santé et du bien-être (p. ex. blessures, maladies chroniques, santé mentale et mortalité).

Les inégalités en matière de santé peuvent être mesurées de différentes façons. Dans le présent rapport, la santé des Canadiens au revenu le plus élevé (dernier quintile ou Q5) a été comparée à celle des Canadiens au revenu le plus faible (premier quintile ou Q1). Pour ce faire, on a divisé leur taux pour obtenir une mesure relative de l'inégalité, et on les a soustraits pour obtenir une mesure absolue de l'inégalité. Le rapport présente également une estimation de l'ampleur, ou des répercussions, des inégalités au moyen de l'hypothèse (idéale) selon laquelle tous les Canadiens afficheraient le même taux (le taux souhaitable) que celui au niveau de revenu le plus élevé pour un indicateur de santé donné.

Figure 1 : Estimation des répercussions des inégalités liées au revenu



Si les 4 niveaux de revenu inférieurs affichaient le même taux que celui au niveau de revenu le plus élevé, le taux global serait 15 % moins élevé (réduction potentielle du taux = 15 %) et 7 300 personnes de moins seraient touchées par l'affection ou l'événement (nombre de personnes à risque au sein de la population = 7 300).

Le document [Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : notes méthodologiques](#) décrit plus en détail les méthodes utilisées.

Gros plan sur le revenu

Les inégalités liées au revenu se sont creusées avec le temps

Bien que le revenu n'explique pas à lui seul les inégalités en santé, il constitue néanmoins une variable fondamentale et est lié à d'autres mesures importantes du statut socioéconomique, notamment l'éducation. La présente étude porte sur les inégalités en santé par niveau de revenu au cours de la dernière décennie. En effet, elle commence par une analyse de l'évolution des inégalités liées au revenu au fil du temps. Étant donné que les inégalités en santé observées aujourd'hui sont souvent le reflet de désavantages accumulés tout au long d'une vie, les variations des inégalités liées au revenu sont examinées rétrospectivement jusqu'au début des années 1990.

Comme l'illustre le tableau 1, le revenu a augmenté davantage au sein du groupe au revenu le plus élevé qu'au sein du groupe au revenu le plus faible depuis les années 1990. Cette hausse des inégalités a été observée dans toutes les provinces.

Tableau 1 : Revenu annuel moyen par niveau de revenu et variations de 1993 à 2011

Niveau de revenu	Revenu annuel moyen en 1993	Revenu annuel moyen en 2011	Hausse depuis 1993
Revenu le plus faible (niveau 1)	12 600 \$	16 000 \$	27 %
Deuxième revenu le plus faible (niveau 2)	22 000 \$	28 400 \$	29 %
Revenu moyen (niveau 3)	29 700 \$	39 100 \$	32 %
Deuxième revenu le plus élevé (niveau 4)	39 000 \$	52 000 \$	33 %
Revenu le plus élevé (niveau 5)	60 700 \$	87 100 \$	44 %

Source

Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, Division de la statistique du revenu, Statistique Canada.

De nombreuses raisons expliquent cette tendance : citons par exemple la réduction de l'assistance sociale et la baisse des taux d'imposition adoptées au milieu des années 1990⁸. Parmi les diverses mesures permettant d'atténuer l'inégalité des revenus, mentionnons une hausse des taxes et des transferts⁹⁻¹¹, une réforme des politiques sur le salaire minimum¹², des stratégies de réduction de la pauvreté¹³ de même que des investissements dans l'éducation et dans les programmes de formation¹⁴.

Conclusions de l'étude

Les inégalités se sont creusées au fil du temps pour 3 des indicateurs de santé étudiés

Au cours de la dernière décennie, les inégalités se sont creusées pour 3 des 16 indicateurs de santé étudiés (consulter l'annexe pour les années de données précises et un aperçu des conclusions du rapport).

Tableau 2 : Accroissement des inégalités au fil du temps pour: Tabagisme, Hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans et Autoévaluation de la santé mentale

Indicateur de santé	Variation au fil du temps
Tabagisme	La plupart des Canadiens fument moins qu'en 2003, mais aucun changement n'a été observé chez les adultes aux 2 niveaux de revenu les plus faibles.
Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans	Depuis 2001, le nombre d'hospitalisations liées à la MPOC chez les moins de 75 ans a diminué au sein du groupe au revenu le plus élevé, mais a augmenté chez les Canadiens à faible revenu.
Autoévaluation de la santé mentale	La proportion d'autoévaluation de la santé mentale passable ou mauvaise a augmenté au sein de tous les groupes depuis 2003, à l'exception de celui au revenu le plus élevé.

Mentionnons que 2 de ces indicateurs sont étroitement liés : le tabagisme représente le principal facteur de risque de la MPOC et l'abandon du tabac constitue une étape critique dans la gestion de cette maladie chez les personnes diagnostiquées. Se reporter à l'encadré pour plus d'information sur les tendances des inégalités pour les indicateurs Tabagisme et Hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans.

Zoom sur le tabagisme et les hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans

Les inégalités déjà profondes continuent de se creuser au fil du temps

Les inégalités liées au revenu sont marquées pour le tabagisme (personnes de 18 ans et plus) et les hospitalisations liées à la MPOC chez les Canadiens de moins de 75 ans. En effet, le taux de tabagisme des Canadiens au niveau de revenu le plus faible est presque **2 fois plus élevé** que celui des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé, et le taux d'hospitalisations liées à la MPOC des Canadiens au niveau de revenu le plus faible est plus de **3 fois supérieur** à celui des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé. Par ailleurs, les inégalités actuelles sont plus prononcées qu'il y a 10 ans; à ce moment, le taux de tabagisme des Canadiens au niveau de revenu le plus faible était 1,5 fois plus élevé que celui des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé et le taux d'hospitalisations liées à la MPOC des Canadiens au niveau de revenu faible était 2,6 fois plus élevé que celui des Canadiens au niveau de revenu le plus élevé.

Le tabagisme est la première cause de la MPOC

Cette maladie respiratoire chronique se développe le plus souvent chez les fumeurs et environ 80 % des décès liés à la MPOC sont attribuables au tabagisme¹⁵.

On estime que les hospitalisations liées à la MPOC seraient en grande partie évitables chez les moins de 75 ans. Une gestion efficace de la maladie chronique et des soins de santé primaires peuvent par exemple éviter aux personnes souffrant de cette maladie les complications qui y sont liées et l'hospitalisation. Une seule hospitalisation liée à la MPOC coûte en moyenne 8 000 \$. En 2012, on a dénombré 40 300 hospitalisations liées à la MPOC chez les moins de 75 ans, ce qui représente environ 315 millions de dollars. Si tous les Canadiens affichaient le même faible taux d'hospitalisations liées à la MPOC que celui au niveau de revenu le plus élevé, plus de 18 000 hospitalisations seraient évitées et le secteur de la santé pourrait économiser chaque année 150 millions de dollars.

Comment réduire les inégalités?

Les approches de gestion efficace de la MPOC comprennent notamment l'accroissement du taux de vaccination antigrippale et antipneumococcique, et la réadaptation pulmonaire¹⁶. L'abandon du tabac est une des approches les plus rentables de gestion de la MPOC¹⁶. Les programmes universels de renoncement au tabac semblent avoir contribué à la baisse du tabagisme, mais ils auraient aussi contribué à accentuer les inégalités¹⁷. En effet, les fumeurs à faible revenu sont moins susceptibles de suivre un traitement de désaccoutumance au tabac et plus enclins à abandonner le programme plutôt que le tabac^{17, 18}. Au Royaume-Uni, il a été prouvé que les programmes de lutte contre le tabagisme qui s'adressent surtout aux fumeurs à faible revenu peuvent compenser le taux plus bas d'abandon du tabac dans ce groupe et ainsi éviter de creuser davantage les inégalités¹⁷.

Les programmes d'abandon du tabac diffèrent partout au Canada¹⁹. En 2012, Terre-Neuve-et-Labrador et le Nouveau-Brunswick étaient les seules provinces à ne pas couvrir les thérapies de remplacement de la nicotine ou autres médicaments d'abandon du tabac²⁰. En 2014, toutefois, Terre-Neuve-et-Labrador a annoncé une hausse des taxes sur les produits du tabac ainsi que le remboursement des produits de désaccoutumance au tabac pour les personnes à faible revenu^{21, 22}. Ce type de programme peut contribuer à réduire les inégalités liées au tabagisme et les résultats connexes pour la santé, y compris la MPOC, chez les Canadiens.

Les inégalités ont persisté au fil du temps pour la majorité des indicateurs de santé

Les inégalités sont marquées et ont persisté au fil du temps pour la majorité des indicateurs de santé étudiés. Même si des améliorations ont été observées dans l'ensemble de la population pour certains indicateurs, les Canadiens au niveau de revenu le plus faible continuent néanmoins à afficher de moins bons résultats que ceux au niveau de revenu plus élevé. Par exemple, les inégalités se sont maintenues au fil du temps pour les hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur, et ce, même si le taux a baissé à tous les niveaux de revenu. Cette tendance permet de penser que les routes sont plus sûres qu'auparavant, mais qu'une attention particulière doit être portée aux Canadiens qui vivent dans des quartiers défavorisés puisqu'ils continuent d'afficher des taux plus élevés de blessures à la suite d'un accident de circulation qui nécessitent une hospitalisation que le reste des Canadiens.

Les inégalités se sont maintenues au fil du temps dans toutes les provinces pour l'indicateur Hospitalisations à la suite de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur. Une réduction générale des taux globaux pour cet indicateur a toutefois été observée dans la plupart des provinces, sauf en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Pour la mortalité infantile, les inégalités ont persisté au fil du temps malgré une réduction du taux au sein de la population à revenu moyen. Les répercussions de ces inégalités sont non négligeables : si toutes les familles affichaient le même faible taux de mortalité infantile que celui au niveau de revenu le plus élevé, 300 enfants de moins seraient décédés en 2011.

Dans d'autres cas, les indicateurs de santé se sont détériorés au fil du temps, mais les inégalités sont restées les mêmes. Par exemple, le taux d'obésité a considérablement augmenté dans toutes les provinces au cours des 10 dernières années. Les inégalités marquées en ce qui a trait à l'obésité se sont maintenues au fil du temps chez les femmes, contrairement aux hommes. Les femmes provenant d'un ménage à faible revenu continuent d'afficher un taux d'obésité 1,5 fois supérieur à celui des femmes au niveau de revenu élevé (20 % contre 13 %).

Pour la plupart des indicateurs de santé examinés, d'importantes inégalités liées au revenu ont été constatées chez les hommes et les femmes. Toutefois, dans l'ensemble, les hommes pourraient s'en sortir moins bien que les femmes. En effet, les hommes affichent des taux d'hospitalisation plus élevés que les femmes pour les affections attribuables à l'alcool et les maladies mentales ainsi qu'à la suite d'une crise cardiaque et de blessures liées à un accident de circulation impliquant un véhicule à moteur. Davantage d'hommes que de femmes fument et la prévalence du diabète est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Même chez les enfants, les garçons sont plus vulnérables que les filles dans certains domaines de la petite enfance. Les hommes affichent non seulement des taux globaux supérieurs, mais ils présentent également des inégalités en santé entre le niveau de revenu le plus bas et le plus élevé plus importantes que les femmes pour certains indicateurs. C'est le cas notamment des indicateurs Hospitalisations liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les Canadiens de moins de 75 ans et Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool.

En 2012, le taux d'hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool était de 143 par 100 000 hommes, contre 56 par 100 000 femmes. Les inégalités sont importantes chez les 2 sexes; l'écart est toutefois plus grand chez les hommes que chez les femmes. En 2012, le taux d'hospitalisation des hommes à faible revenu était 2,5 fois plus élevé que celui des hommes à revenu élevé et 2,1 fois plus élevé chez les femmes à faible revenu que chez celles à revenu élevé.

Les résultats détaillés de 9 indicateurs à l'échelle provinciale sont accessibles sur notre [outil en ligne interactif](#).

Quelles seraient les premières étapes de la réduction des inégalités en santé?

D'après les données présentées dans le rapport, un accès universel aux soins de santé essentiels ne permettrait pas à lui seul de réduire les inégalités en santé. Par ailleurs, les éléments d'information sur les mesures qui permettent de réduire efficacement les inégalités en santé sont irréguliers.

L'expérience des pays qui sont dotés de programmes sociaux assez bien développés semble indiquer qu'il est essentiel d'adopter une combinaison de programmes universels et ciblés pour la réduction des inégalités en santé puisqu'il est prouvé que l'état de santé se détériore le long de l'échelle des revenus et non aux niveaux les plus faibles seulement.

Il est important de mettre en œuvre des programmes universels qui visent l'ensemble de la population canadienne puisque ceux-ci permettent de créer un filet de sécurité et de donner un accès universel aux services essentiels. Ces programmes offrent également de nombreux avantages par rapport aux autres types de programmes : ils sont plus simples à administrer et ils sont plus susceptibles de bénéficier d'un large soutien politique puisque tout le monde peut en tirer profit. Bien qu'on doive avoir recours à ces programmes pour améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, ils ne constituent pas une panacée aux inégalités et peuvent même les exacerber²³. Par exemple, des investissements considérables ont été réalisés et des mesures stratégiques ont été prises pour la réduction du tabagisme au cours de la dernière décennie²⁴. Or, le taux de tabagisme a diminué seulement chez les Canadiens les plus nantis et, par conséquent, l'inégalité a en réalité augmenté au cours de cette période.

Les programmes qui ciblent des populations précises (p. ex. les Canadiens à faible revenu) contribuent aussi à réduire les inégalités, car ils visent à améliorer la santé de groupes vulnérables. Les programmes ciblés présentent toutefois certains inconvénients. Par exemple, ils peuvent stigmatiser davantage les groupes vulnérables et ils ne peuvent réduire les inégalités dans l'ensemble de l'échelle des revenus.

Une combinaison de programmes ciblés et universels peut être avantageuse dans le cas des indicateurs de santé dont le taux au niveau de revenu faible et aux niveaux de revenu moyen s'est détérioré (ou ne s'est pas amélioré). C'est le cas notamment de l'indicateur Autoévaluation de la santé mentale. Dans le cadre de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, on recommande d'ailleurs aux planificateurs d'adopter une « optique d'équité en santé » pour que les nouvelles mesures visant à améliorer la santé mentale de la population n'aggravent pas les inégalités²⁵.

Il est possible d'appliquer des approches ciblées.

Les inégalités sont marquées (p. ex. Tabagisme, Diabète, Autoévaluation de la santé mentale, Hospitalisations liées à une maladie mentale, Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool, Mortalité infantile).

Les déterminants de la santé se répercutent principalement sur les groupes à faible revenu (p. ex. Besoins impérieux en matière de logement, Itinérance, Insécurité alimentaire des ménages).

Les approches ciblées sont surtout efficaces quand les inégalités sont marquées. Les Canadiens au revenu le plus bas affichaient un taux **plus de 2 fois supérieur** à celui des Canadiens au revenu le plus élevé pour plusieurs indicateurs, par exemple Tabagisme, Diabète, Autoévaluation de la santé mentale, Hospitalisations liées à une maladie mentale, Hospitalisations attribuables à la consommation d'alcool. Une intervention ciblée (p. ex. un programme de gestion de la consommation d'alcool dans les refuges²⁶) peut contribuer à réduire les conséquences sur la santé de la consommation d'alcool à risque, et ce, surtout au sein des populations vulnérables.

Les approches ciblées s'imposent également dans les secteurs de la santé où une détérioration au niveau de revenu le plus faible et une amélioration aux autres niveaux a été observée (p. ex. les hospitalisations liées à la MPOC chez les moins de 75 ans). Elles constituent aussi une mesure efficace pour les déterminants de la santé qui touchent principalement les Canadiens à faible revenu (p. ex. l'itinérance, la qualité et l'abordabilité des logements, l'insécurité alimentaire). L'efficacité d'une stratégie de type Logement d'abord, comme Chez soi, a d'ailleurs été prouvée : elle permet d'améliorer la qualité de vie et la capacité à fonctionner en société des personnes itinérantes, ainsi que de réduire les dépenses liées aux services de santé, et aux services sociaux et judiciaires²⁷.

Prochaines étapes

La réduction des inégalités en santé pose toujours un défi. Elle exige, à long terme, un engagement soutenu, des investissements stratégiques et une attention aux données probantes. Il existe différentes façons pour l'ICIS, les chercheurs et les gouvernements de continuer à travailler ensemble à l'enrichissement des données probantes et au soutien des stratégies de réduction des inégalités.

Renforcement des données économiques probantes

Une estimation des coûts associés aux inégalités permettra de prendre des décisions stratégiques éclairées. Ces coûts comprennent les dépenses supplémentaires pour le système de santé, ainsi que les coûts des subventions au revenu, des pertes de productivité économique et une réduction des recettes fiscales²⁸. Il n'est pas possible d'éviter toutes les conséquences des inégalités et les coûts qu'elles engendrent. Cependant, l'estimation des coûts en santé et des coûts plus généraux pour la société associés aux inégalités peut servir de point de départ aux chercheurs et aux décideurs qui souhaitent évaluer la rentabilité des stratégies de réduction des inégalités. Les activités de recherche suivantes contribueront à renforcer les données économiques probantes :

- Continuer de recueillir des données probantes à jour sur les coûts et conséquences économiques des inégalités dont les décideurs ont besoin pour estimer le rendement du capital investi dans la réduction des inégalités.
- Effectuer des analyses de rentabilité des interventions de réduction des inégalités.

Évaluation et production de rapports

- Continuer de cerner et de surveiller les inégalités à différentes échelles géographiques et d'en rendre compte afin de définir les domaines d'action prioritaires.
- Réaliser des recherches sur les exceptions à la norme afin de mieux comprendre pourquoi certains groupes et certaines collectivités qui présentent des conditions économiques et matérielles semblables affichent des niveaux d'inégalités inférieurs aux autres²⁹.

Promotion des mesures fondées sur des données probantes

- Concevoir des interventions assorties de solides évaluations et diffuser les données probantes dans l'ensemble des provinces et territoires.
- Encourager le débat à l'échelle nationale, provinciale et municipale afin de porter ce type de données probantes sur les tendances des inégalités à l'attention des personnes concernées, des planificateurs du système de santé et des dirigeants communautaires en mesure d'agir.
- Tirer des leçons des meilleures pratiques, par exemple des partenariats établis entre le secteur de la santé et d'autres secteurs sociaux, et entre différents ordres de gouvernement, afin de prendre des mesures éclairées de lutte contre les inégalités.

Le rapport [*Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*](#) de l'ICIS présente les résultats de tous les indicateurs de santé ainsi qu'un aperçu des interventions permettant de réduire les inégalités.

Annexe : Aperçu des conclusions du rapport

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

(suite à la page suivante)

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

Remarque

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

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015](#). 2015.
2. Agence de la santé publique du Canada. [Réduction des inégalités en santé : un défi de notre temps](#). 2011.
3. Agence de la santé publique du Canada. [Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : aperçu des mesures canadiennes](#). 2015
4. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*. 2012.
5. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *Réduire les disparités sur le plan de la santé — rôles du secteur de la santé : document de travail*. 2005.
6. Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. 2008.
7. Roos N, Forget E. The time for a guaranteed annual income might finally have come. *The Globe and Mail*. 2015.
8. Fortin N, Green D, Lemieux T, Milligan K, Riddell C. Canadian inequality : recent developments and policy options. *Analyse de politiques*. 2012.
9. Ostry J, Berg A, Tsangarides C. [Redistribution, Inequality, and Growth](#). 2014.
10. Gouvernement du Canada. [La prestation nationale pour enfants : rapport d'étape 2008](#). 2013.
11. Ministère des Finances Canada. [Dépenses fiscales et évaluations 2013](#). Consulté le 3 avril 2014.
12. Galarneau D, Fecteau E. *Les hauts et les bas du salaire minimum*. 2014.
13. Diderichsen F. Income maintenance policies. In : Mackenbach J, Bakker M, dir. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. 2002.
14. Organisation de coopération et de développement économiques. [Équité et qualité dans l'éducation : comment soutenir les élèves et les établissements défavorisés](#). 2012.
15. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. *The Cost of Substance Abuse in Canada 2002*. 2006.
16. Qualité des services de santé Ontario. *Recommandations du CCOTS : maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*. 2015.

17. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *The European Journal of Public Health*. 2015.
18. Hiscock R, Judge K, Bauld L. Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health*. 2015.
19. Partenariat canadien contre le cancer. *Leading Practices in Clinical Smoking Cessation: Canadian Program Scan Results*. 2014.
20. Newfoundland and Labrador Medical Association. *Position Paper on Coverage for NRTs and Tobacco Cessation Medications*. 2015.
21. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. [New smoking cessation program begins October 1](#) [communiqué]. 2015.
22. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. [Enhancements to tax programs to benefit seniors, low income and small business](#) [communiqué]. 2015.
23. Parlement écossais. *Report on Health Inequalities*. 2015.
24. Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. [Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011 — Évaluation horizontale](#). 2012.
25. Commission de la santé mentale du Canada. [Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada](#). 2012.
26. Pauly B, Stockwell T, Chow C, et al. *Toward Alcohol Harm Reduction: Preliminary Results From an Evaluation of a Canadian Managed Alcohol Program*. 2013.
27. Commission de la santé mentale du Canada. [Rapport final du projet pancanadien Chez soi](#). 2014.
28. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review, Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. 2010.
29. van Hooijdonk C, Droomers M, Van Loon JA, van der Lucht F, Kunst AE. Exceptions to the rule: healthy deprived areas and unhealthy wealthy areas. *Social Science and Medicine*. 2015.

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

Tous droits réservés.

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

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

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

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-405-4 (PDF)

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport sommaire*. Ottawa, ON : ICIS; 2015.

This publication is also available in English under the title *Trends in Income-Related Health Inequalities in Canada: Summary Report*.

ISBN 978-1-77109-404-7 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006