



Équité en matière de santé et déterminants sociaux de la santé à Ottawa

Novembre 2016



Table des matières

Équité en matière de santé et déterminants sociaux de la santé à Ottawa	1
Table des matières.....	2
Liste des tableaux	3
Listes des figures	4
Sommaire.....	5
Introduction	7
Les déterminants sociaux de la santé à Ottawa	7
Méthodologie.....	8
Revenu autodéclaré et état de santé	8
Indicateurs géographiques de l'avantage socioéconomique et état de santé.....	9
Limites.....	11
Analyse des données autodéclarées	11
Analyse à l'échelle des quartiers	11
Résultats	12
Groupes formés selon le revenu autodéclaré et état de santé	12
Indicateurs clés de la santé et liens avec le revenu.....	12
Mesure de l'avantage socioéconomique à l'échelle des quartiers et état de santé	19
Analyse	23
Annexe 1 : Méthodologie et mesures.....	26
Méthodologie	26
Indicateurs	27
Annexe 1 : Tableaux de données.....	31
Références.....	35

Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil sociodémographique des trois groupes de revenu employés pour l'analyse. (Intervalle de confiance [IC] de 95 % entre parenthèses)	12
Tableau 2 : Seuils de faible revenu avant impôts selon la taille du ménage pour les centres de population de plus de 500 000 habitants	26
Tableau 3 : Données de la figure 1 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé général passable ou mauvais, selon le groupe de revenu	31
Tableau 4 : Données de la figure 2 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé mentale passable ou mauvais, selon le groupe de revenu ...	31
Tableau 5 : Données de la figure 3 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 20 ans ou plus ayant déclaré avoir deux maladies chroniques ou plus, selon le groupe de revenu	31
Tableau 6 : Données de la figure 4 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 18 ans ou plus en surpoids ou obèse, selon le groupe de revenu	32
Tableau 7 : Données de la figure 5 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus qui est sédentaire pendant ses loisirs, selon le groupe de revenu	32
Tableau 8 : Données de la figure 6 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui fume, selon le groupe de revenu	32
Tableau 9 : Données de la figure 7 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui excède les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, selon le groupe de revenu.....	32
Tableau 10 : Données de la figure 8 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui a une consommation abusive d'alcool, selon le groupe de revenu	33
Tableau 11 : Données de la figure 9 – Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant indiqué n'avoir aucun médecin de famille attiré, selon le groupe de revenu	33
Tableau 12 : Données de la figure 10 – Taux d'hospitalisations toutes causes confondues, étalonné selon l'âge, à Ottawa (à l'exclusion des naissances, des mortinaissances et des hospitalisations attribuables à des troubles de santé mentale), selon le quintile socioéconomique du quartier.....	33
Tableau 13 : Données de la figure 11 – Nombre de décès prématurés à Ottawa par 100 000 habitants, selon le quintile socioéconomique.....	34
Tableau 14 : Données de la figure 12 – Prévalence du diabète dans la population de 20 ans ou plus, selon l'indice socioéconomique du quartier (données de 2011), en pourcentage	34
Tableau 15 : Données de la figure 13 – Pourcentage d'enfants de la maternelle et du jardin d'enfants considérés comme vulnérables dans au moins un des domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, selon l'indice socioéconomique du quartier, 2014 et 2015 (cycle 4)	34

Listes des figures

Figure 1 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé général passable ou mauvais, selon le groupe de revenu	12
Figure 2 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé mentale passable ou mauvais, selon le groupe de revenu	13
Figure 3 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir deux maladies chroniques ou plus, selon le groupe de revenu	14
Figure 4 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 18 ans ou plus en surpoids ou obèse, selon le groupe de revenu.....	15
Figure 5 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus qui est sédentaire pendant ses loisirs, selon le groupe de revenu.....	16
Figure 6 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui fume, selon le groupe de revenu.....	16
Figure 7 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui excède les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, selon le groupe de revenu	17
Figure 8 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui a une consommation abusive d'alcool, selon le groupe de revenu	17
Figure 9 : Pourcentage de la population d'Ottawa ayant indiqué n'avoir aucun médecin de famille attiré, selon le groupe de revenu	18
Figure 10 : Taux d'hospitalisations toutes causes confondues, étalonné selon l'âge, à Ottawa (à l'exclusion des naissances, des mortinaissances et des hospitalisations attribuables à des troubles de santé mentale), selon le quintile socioéconomique du quartier.....	19
Figure 11 : Nombre de décès prématurés à Ottawa par 100 000 habitants, selon le quintile socioéconomique.....	20
Figure 12 : Prévalence du diabète dans la population de 20 ans ou plus, selon l'indice socioéconomique du quartier (données de 2011), en pourcentage.....	21
Figure 13 : Pourcentage d'enfants de la maternelle et du jardin d'enfants considérés comme vulnérables dans au moins un des domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, selon l'indice socioéconomique du quartier, 2014 et 2015 (cycle 4).....	22
Figure 14 : Classification des quartiers (définis dans l'Étude de quartiers d'Ottawa) selon le quintile du statut socioéconomique, du premier quintile (le plus avantage) au cinquième quintile (le plus défavorisé).....	25
Figure 15 : Calcul des catégories de revenu.....	26

Sommaire

Ottawa est généralement perçue comme une ville aisée, offrant des avantages non négligeables en matière de revenu, d'éducation et d'emploi. Toutefois, ce ne sont pas tous les quartiers et tous les résidents de la ville qui bénéficient de ces privilèges, et, à cause des diverses circonstances sociales et économiques, l'état de santé des communautés et des individus varie.

Le présent rapport illustre les différences d'état de santé en montrant les liens entre les revenus ou les avantages socioéconomiques des quartiers et 13 indicateurs de la santé. On remarque ainsi que les personnes à faible revenu et celles qui habitent les quartiers plus défavorisés sont plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats pour 9 de ces 13 indicateurs que celles qui ont un revenu supérieur ou habitent dans les quartiers les plus avantagés.

Si l'on répartit la population en trois groupes selon le revenu total des ménages, on remarque que les personnes appartenant au groupe à faible revenu :

- sont plus de deux fois plus susceptibles d'indiquer avoir une santé **générale** mauvaise ou passable que celles du groupe au revenu supérieur (16 % contre 6 %);
- sont plus de trois fois plus susceptibles d'indiquer avoir une santé **mentale** mauvaise ou passable que celles au revenu supérieur (13 % contre 4 %);
- sont deux fois plus susceptibles d'indiquer être atteintes de deux **troubles chroniques** ou plus que celles au revenu supérieur (19 % contre 9 %);
- ont des taux de **surpoids ou d'obésité** qui ne diffèrent pas de manière significative de celles des autres groupes;
- sont plus susceptibles d'être **sédentaires** pendant leurs loisirs que celles au revenu supérieur (49 % contre 34 %);
- sont plus susceptibles de **fumer** que celles au revenu supérieur (24 % contre 12 %);
- sont moins susceptibles de dépasser les **Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada** (pour prévenir les maladies chroniques) que celles au revenu supérieur (21 % contre 39 %);
- sont moins susceptibles d'indiquer avoir une **consommation abusive d'alcool** que celles au revenu supérieur (15 % contre 27 %);
- sont aussi nombreuses à ne pas avoir de médecin de famille que celles des autres groupes de revenu.

Si l'on répartit les quartiers de la ville d'Ottawa en cinq groupes selon leur avantage socioéconomique, on observe que dans les quartiers défavorisés :

- le nombre d'**hospitalisations** est plus élevé que dans le quartier le plus avantagé (6 500 contre 5 400 pour 100 000 habitants);
- le nombre de **décès prématurés** (avant 75 ans) est plus élevé que dans le quartier le plus avantagé (542 contre 280 pour 100 000 habitants);

- la prévalence du **diabète** est plus élevée que dans le quartier le plus avantagé (8 % contre 5 %);
- le pourcentage d'enfants susceptibles d'avoir des **difficultés à l'école** est plus élevé que dans les quartiers les plus avantagés (39 % contre 21 %).

Comme en témoignent les données contenues dans le présent rapport, il est nécessaire de lutter contre les inégalités en matière de santé à Ottawa pour continuer d'améliorer la santé de la population en général tout en s'efforçant collectivement de réduire l'iniquité pour les populations désavantagées.

Santé publique Ottawa (SPO) entend collaborer avec ses partenaires en vue d'établir un plan d'action commun, d'améliorer la cohérence des efforts en cours et de favoriser l'innovation afin d'accroître l'incidence collective sur l'équité en santé. Déterminé à améliorer l'équité, SPO désire créer des possibilités équitables pour la santé de la population en adoptant les mesures décrites dans le présent rapport.

Introduction

Ottawa est généralement perçue comme une ville aisée, offrant des avantages non négligeables en matière de revenu, d'éducation et d'emploi. Toutefois, ce ne sont pas tous les quartiers et tous les résidents de la ville qui bénéficient de ces privilèges, et, à cause des diverses circonstances sociales et économiques, l'état de santé des communautés et des individus varie.

La santé commence, bien avant la maladie, là où l'on vit, étudie, travaille et joue. En d'autres mots, notre capacité à préserver notre santé dépend grandement de déterminants sociaux de la santé comme le revenu, l'emploi, le logement, l'instruction, le développement durant la petite enfance et l'inclusion sociale¹. Bien que nous ayons la responsabilité personnelle de prendre soin de notre santé, cette dernière dépasse nos choix de vie et notre accès à des soins de santé de qualité².

Un des objectifs fondamentaux de SPO, qui est de lutter contre les inégalités en matière de santé, s'inscrit dans sa vision selon laquelle toutes les communautés et tous les résidents d'Ottawa doivent être en santé, en sécurité et activement engagés dans leur bien-être, et s'appuie sur les principes fondateurs de promotion des possibilités équitables d'amélioration de la santé, sur la prise de décisions fondées sur des données probantes et sur le dévouement à l'excellence et à l'amélioration de la qualité³. Le présent rapport appuie la discussion sur l'équité en santé à Ottawa en évaluant les liens entre l'état de santé de la population de la ville et les déterminants sociaux de la santé, en particulier le revenu. Ce processus permettra d'étayer les mesures de SPO visant à assurer une distribution équitable de la santé à Ottawa.

Les déterminants sociaux de la santé à Ottawa

Comparativement à l'Ontario et au reste du Canada, Ottawa est relativement privilégiée pour ce qui est du revenu moyen des ménages et du pourcentage de résidents à faible revenu (ces derniers représentent environ 12 % à Ottawa, contre 14 % en Ontario⁴). La population de la ville est instruite : 75 % des résidents sont titulaires d'un certificat ou diplôme d'études postsecondaires ou d'un baccalauréat, contre 65 % dans tout l'Ontario (Statistique Canada, 2013). Le taux de chômage à Ottawa se chiffre à 6,3 % de la main-d'œuvre^a, un taux semblable à celui de l'Ontario (6,8 %). Tout comme en Ontario (14,7 %), ce taux est cependant plus de deux fois plus élevé chez les 15 à 24 ans d'Ottawa (15,1 %)⁵. Environ le dixième des ménages d'Ottawa (11,2 %) vivent dans des logements qui nécessitent des réparations majeures ou qui ne comptent pas assez de chambres pour la taille et la composition du ménage, ou ne sont pas en mesure de trouver un autre logement dans la ville pour moins de 30 % de leur revenu avant impôts. On considère que ces personnes ont des besoins impérieux de logement⁶. En Ontario, 13,4 % des ménages sont dans cette situation⁶.

^a Par « main-d'œuvre », on entend les personnes qui occupent actuellement un emploi ou qui sont sans emploi, mais qui étaient en mesure de travailler pendant la semaine de référence et qui avaient cherché un emploi dans les quatre semaines précédentes. Statistique Canada. *Tableau 109-5337 – Taux de chômage, Canada, provinces, régions sociosanitaires (limites de 2015) et groupes de régions homologues, annuel (pourcent)*, CANSIM (base de données), données consultées le 12 septembre 2016.

Méthodologie

Le présent rapport porte sur les liens entre l'état de santé et le revenu pour 13 indicateurs de la santé.

Le revenu a été choisi comme déterminant social de la santé de comparaison parce qu'il s'agit d'une des causes fondamentales de problèmes de santé relatifs à l'équité¹, et possiblement du déterminant le plus important parce qu'il façonne les conditions générales de vie (notamment la capacité à vivre dans un logement abordable, adéquat et convenable), qu'il affecte la santé psychologique et influe sur les comportements liés à la santé⁷. De plus, il est possible de mesurer ou de déduire le revenu en vue de classer les indicateurs de la santé et les comportements en fonction de la richesse. Les indicateurs analysés ont été choisis parce qu'ils illustrent les inégalités en matière de santé dans une publication récente d'une autre municipalité, ainsi que selon l'accessibilité des données pertinentes⁸. L'[annexe 1](#) explique en détail chacune de ces mesures.

Deux méthodes d'analyse ont été employées ici. D'abord, neuf indicateurs de la santé ont été analysés à partir de données déclarées par les répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les quatre autres indicateurs ont été évalués par l'association des données administratives aux secteurs de la ville correspondants. Les données en question n'étant pas assorties de renseignements sur le revenu, il a été nécessaire de procéder par quartier. Les méthodes d'analyse employées sont décrites plus en détail ci-dessous.

Revenu autodéclaré et état de santé

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête ponctuelle visant à recueillir de l'information sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne⁹. À partir de cette enquête, nous avons choisi le revenu du ménage total comme mesure du statut socioéconomique.

Nous avons réparti les ménages en trois groupes selon leur revenu total avant impôt, tout en veillant à ce que les données suffisent pour estimer le lien entre le revenu et les indicateurs de l'état de santé et les déterminants de la santé. De plus amples renseignements sur la répartition des ménages figurent à l'annexe 2.

Les données de quatre années de l'ESCC ont été combinées (de 2011 à 2014) afin d'assurer la fiabilité des estimations. Lorsqu'une estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage, une mention a été ajoutée; dans certains cas, la variabilité était trop élevée et l'estimation a simplement été supprimée^b. Les données ont été étalonnées à partir de la population d'Ottawa de 2011 pour compenser l'effet des différences d'âge d'une catégorie de revenu à l'autre.

^b Les mesures dont le coefficient de variation est égal ou supérieur à 16,6 ont été assorties de la mention « interpréter avec prudence », et celles dont le coefficient de variation était supérieur à 33,3 ont été supprimées.

Voici les neuf mesures choisies dans l'ESCC aux fins d'analyse :

- État de santé général autoévalué mauvais ou passable (12 ans ou plus);
- État de santé mentale autoévalué mauvais ou passable (12 ans ou plus);
- Signalement de deux maladies chroniques ou plus (20 ans ou plus);
- Sédentarité pendant les loisirs (12 ans ou plus);
- Tabagisme actuel (12 ans ou plus);
- Surpoids et obésité (18 ans ou plus);
- Dépassement des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (19 ans ou plus);
- Consommation abusive d'alcool (19 ans ou plus);
- Médecin de famille attiré.

Indicateurs géographiques de l'avantage socioéconomique et état de santé

Cette méthode consiste à associer des données administratives, par exemple les dossiers créés lors d'hospitalisations, à des mesures de statut socioéconomique dérivées de l'Étude de quartiers d'Ottawa (ÉQO).

Aux fins de l'ÉQO, le territoire de la ville d'Ottawa est divisé en 103 quartiers, qui sont ensuite répartis en cinq groupes (quintiles), selon :

- le pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu après impôts;
- le taux de chômage de la population du quartier;
- le pourcentage des résidents de 24 à 65 ans sans diplôme d'études secondaires;
- le pourcentage de familles monoparentales;
- le revenu moyen des ménages après impôts.

Les quartiers appartenant au premier quintile sont les plus privilégiés, et ceux du cinquième quintile, les plus défavorisés.

Aux fins du présent rapport, les données provenant de bases de données administratives (comme les hospitalisations) ont été associées aux quartiers de l'ÉQO selon les codes postaux. Lorsqu'un code postal donné pouvait appartenir à plus d'un quartier, les données ont été associées à un des quartiers possibles en fonction du poids statistique de la population de chacun. Lorsqu'une estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage, une mention a été ajoutée; si la variabilité était trop élevée, l'estimation a simplement été supprimée.

La comparaison porte sur les indicateurs de la santé suivants :

- **Hospitalisations – toutes causes et tous groupes d’âge confondus** – Cette estimation se fonde sur les données d’hospitalisation de 2014 et 2015 et exclut les naissances, mortinaissances et visites à l’hôpital principalement attribuables à un problème de santé mentale. Ces dernières ont été exclues parce qu’elles sont majoritairement consignées dans une autre base de données que les hospitalisations pour d’autres causes (p. ex. blessures, maladies chroniques), et que ces deux sources ne peuvent être combinées.
- **Prévalence du diabète** chez les personnes de 20 ans ou plus – Cette estimation est basée sur la population de 2012. Voir l’[annexe 1](#) pour en savoir plus sur la formule de calcul employée. La population d’Ottawa de 2011 a servi de population type pour tenir compte des différences de la taille des groupes d’âge d’un quartier à l’autre.
- **Mortalité prématurée** – Cette estimation comprend les décès de personnes de moins de 75 ans, toutes causes confondues. Cette donnée n’étant pas influencée par les différences entre les groupes d’âge des différents quartiers, elle n’a pas été ajustée selon l’âge. L’estimation combine les données de 2010 et de 2011.
- **Vulnérabilité à l’entrée à l’école** – Il s’agit du pourcentage d’enfants de la maternelle et du jardin d’enfants dont le résultat à l’Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) montre une vulnérabilité dans au moins un domaine du développement. L’IMDPE mesure la santé développementale des enfants à l’entrée à l’école dans cinq domaines du développement précoce de l’enfant qui sont de bons facteurs de prédiction de la santé, de l’instruction et des résultats sociaux à l’âge adulte^c. Les enfants jugés vulnérables dans au moins un des domaines analysés par l’IMDPE sont plus à risque d’éprouver des difficultés d’apprentissage à l’école¹⁰.

Toutes les analyses ont été menées dans le logiciel Stata 14.1¹¹. Les différences entre les groupes ont été évaluées par un test du chi carré, suivi d’un test post-hoc de Wald adapté en cas de différence significative entre les groupes. Le seuil de signification statistique employé est de 0,05.

Limites

Analyse des données autodéclarées

L'ESCC recueille des données autodéclarées, qui peuvent être influencées par un biais de déclaration. Par exemple, une comparaison des mesures quantitatives de l'activité physique et de la quantité d'activité physique autodéclarée a montré que les gens tendent à surestimer leur pratique¹². Afin de disposer de données suffisantes aux fins d'analyse, SPO a combiné les données de plusieurs années; les résultats ainsi obtenus ne sauraient donc représenter l'état de la population à un moment donné. Les données sur le tabagisme présentées dans le présent rapport, par exemple, ne représentent donc pas le taux de tabagisme actuel à Ottawa.

De plus, l'utilisation du revenu total des ménages comme principal déterminant social de la santé aux fins de l'analyse des inégalités pourrait masquer l'influence des autres déterminants, comme l'instruction. Le revenu demeure néanmoins un moteur fondamental des inégalités en matière de santé.

Analyse à l'échelle des quartiers

L'association des données sur la santé aux différents secteurs géographiques de la ville s'appuie sur un processus d'estimation de la vraisemblance fondé sur une pondération. Certains ensembles de données ont donc pu être associés au mauvais quartier.

Les quartiers sont souvent diversifiés; des secteurs démunis peuvent côtoyer des voisinages très avantagés dans le même quartier. Par conséquent, l'indice socioéconomique d'un quartier ne représente pas bien tous les résidents de ce quartier, et les résidents ne présentent pas nécessairement les caractéristiques de leur quartier.

Résultats

Groupes formés selon le revenu autodéclaré et état de santé

Le tableau 1 ci-dessous présente certaines caractéristiques de base des trois groupes de revenus décrits dans la méthodologie, du revenu le plus faible au plus élevé.

Tableau 1 : Profil sociodémographique des trois groupes de revenu employés pour l'analyse. (Intervalle de confiance [IC] de 95 % entre parenthèses)

Mesures du profil	Faible revenu	Revenu moyen	Revenu supérieur
Nombre de résidents	266 800	266 700	264 600
Revenu moyen des ménages avant impôts	34 450 \$ (32 400 \$ – 36 500 \$)	85 100 \$ (82 450 \$ – 87 770 \$)	167 400 \$ (161 860 \$ – 172 980 \$)
Pourcentage de locataires	55,9 % (50,3 % – 61,4 %)	23,2 % (18,9 % – 28,1 %)	8,1 % (5,9 % – 10,9 %)
Immigrants dans les 10 dernières années	14,7 % (10,9 % – 19,6 %)	4,5 % (2,8 % – 7,1 %)*	2,7 % (1,6 % – 4,7 %)*

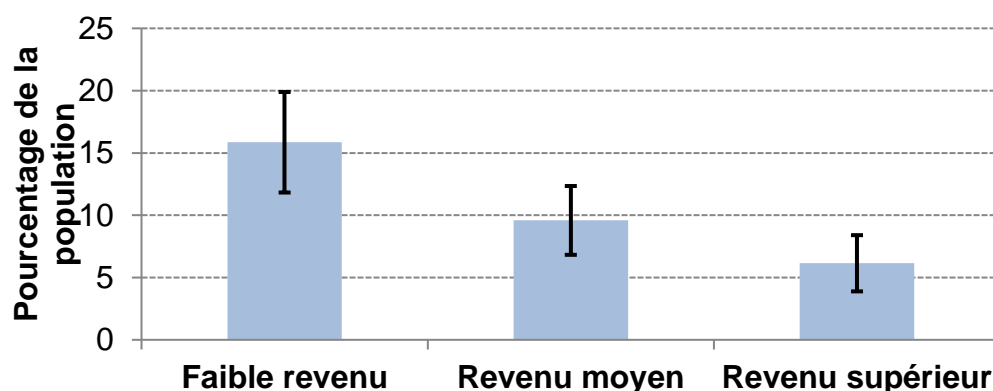
* Interpréter avec prudence; grande variabilité de l'échantillon.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

Indicateurs clés de la santé et liens avec le revenu

État de santé général autoévalué mauvais ou passable – Cette mesure est fortement corrélée au revenu (figure 1). Les membres du groupe à faible revenu sont plus de deux fois plus nombreuses à indiquer avoir un état de santé général mauvais ou passable que ceux du groupe au revenu supérieur, et ceux ayant un revenu moyen sont considérablement plus susceptibles de déclarer un état de santé général mauvais ou passable que ceux ayant un revenu supérieur.

Figure 1 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé général passable ou mauvais, selon le groupe de revenu

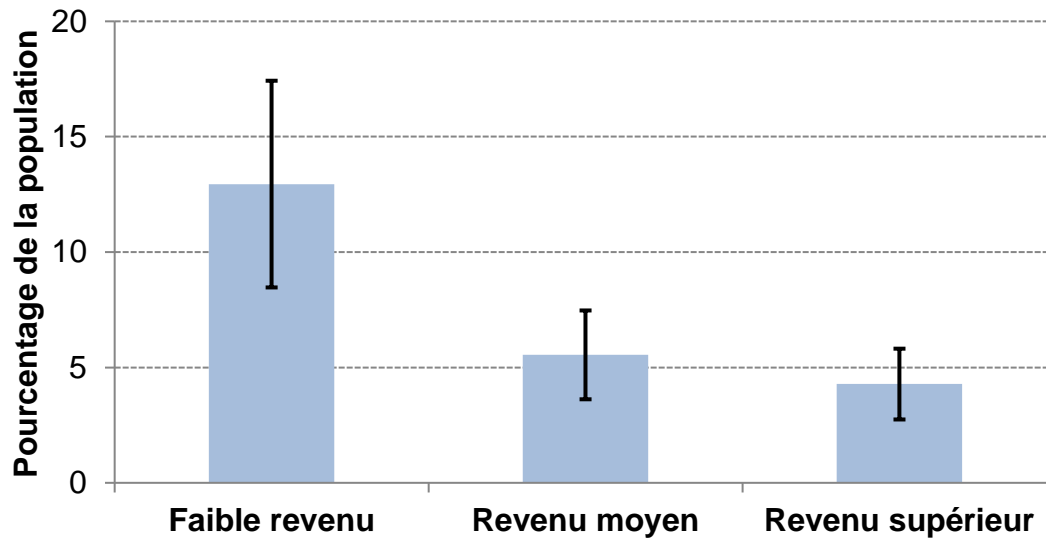


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 1](#)

État de santé mentale autoévalué – Bien que la variation entre les groupes ne soit pas la même que pour la santé générale, cette mesure est tout de même fortement corrélée au revenu (figure 2). Les personnes appartenant au groupe au faible revenu sont plus de deux fois plus susceptibles de déclarer un état de santé mentale passable ou mauvais que celles du groupe de revenu supérieur. Aucune différence statistiquement significative ne s’observe toutefois entre les groupes au revenu moyen et supérieur.

Figure 2 : Pourcentage de la population d’Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé mentale passable ou mauvais, selon le groupe de revenu

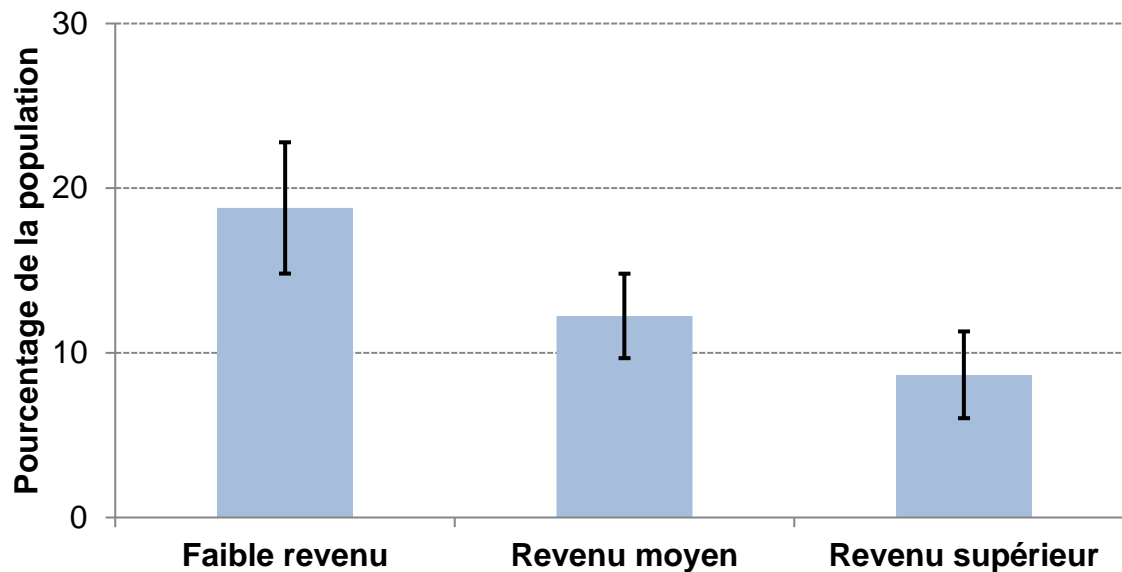


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 2](#)

Prévalence de maladies chroniques – Pour cet indicateur, on observe une progression continue entre les groupes de revenu. Les personnes appartenant au groupe au revenu faible sont plus susceptibles de déclarer avoir deux maladies chroniques ou plus que celles des deux autres groupes (figure 3), et celles ayant un revenu moyen sont aussi plus à risque que celles ayant un revenu supérieur.

Figure 3 : Pourcentage de la population d’Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir deux maladies chroniques ou plus, selon le groupe de revenu

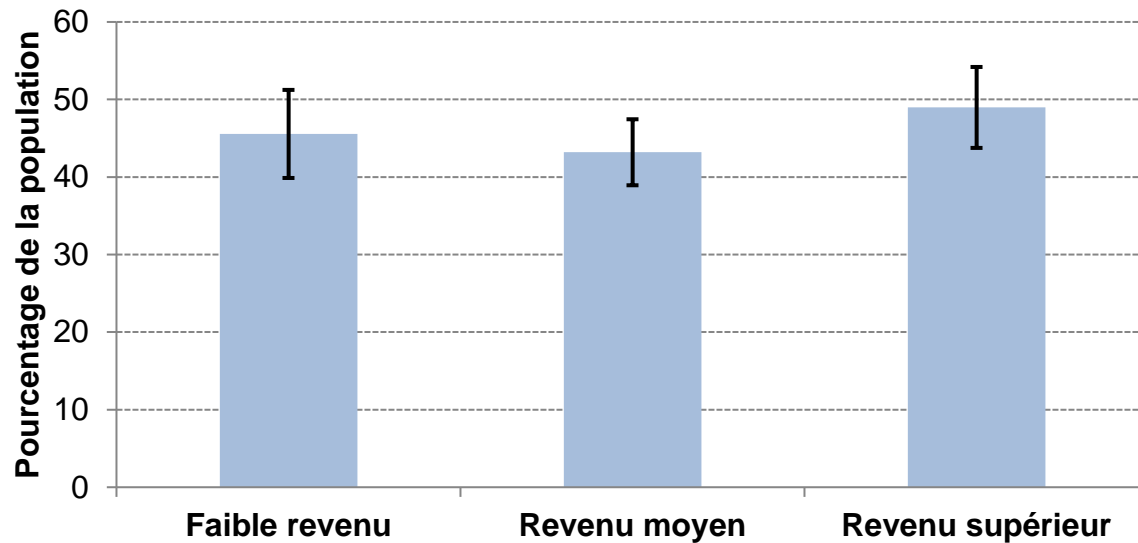


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 3](#)

Surpoids et obésité (figure 4) – Il n’y a aucune différence statistiquement significative entre les groupes de revenus en ce qui concerne le surpoids et l’obésité autodéclarés.

Figure 4 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 18 ans ou plus en surpoids ou obèse, selon le groupe de revenu

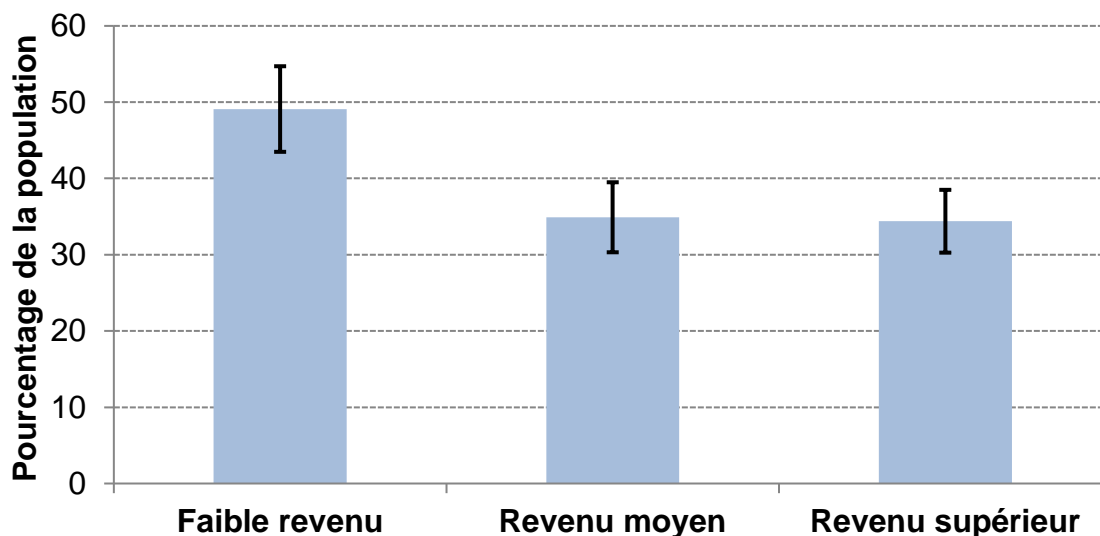


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 4](#)

Sédentarité pendant les loisirs – Les personnes appartenant au groupe au revenu faible sont plus susceptibles d'être sédentaires pendant leurs loisirs que celles des deux autres groupes (figure 5). On n'observe cependant aucune différence statistiquement significative entre le groupe au revenu moyen et le groupe au revenu supérieur.

Figure 5 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 12 ans ou plus qui est sédentaire pendant ses loisirs, selon le groupe de revenu

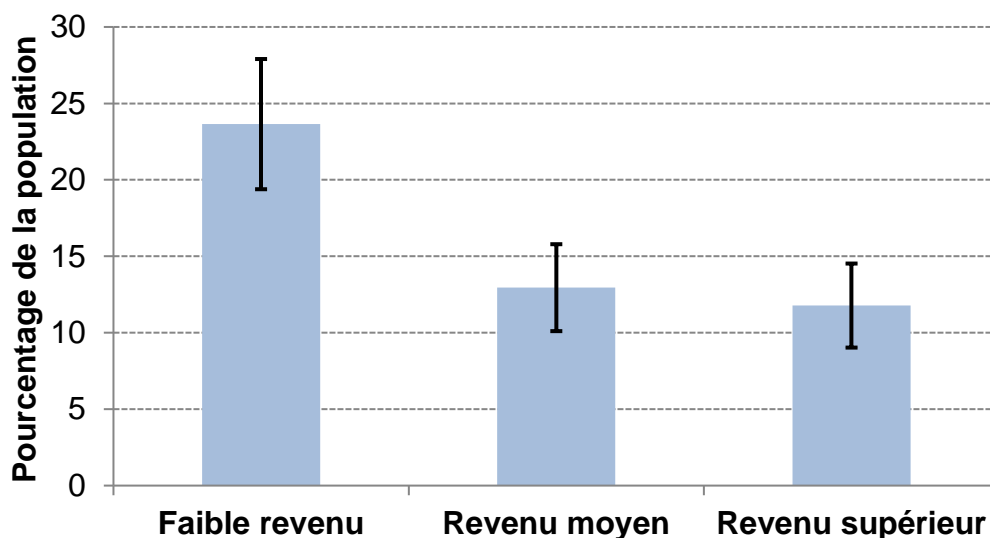


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 5](#)

Tabagisme actuel – Les membres du groupe au revenu faible sont plus susceptibles de fumer que ceux des deux autres groupes (figure 6). Aucune différence statistiquement significative ne s'observe toutefois entre le groupe au revenu moyen et le groupe au revenu supérieur.

Figure 6 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui fume, selon le groupe de revenu

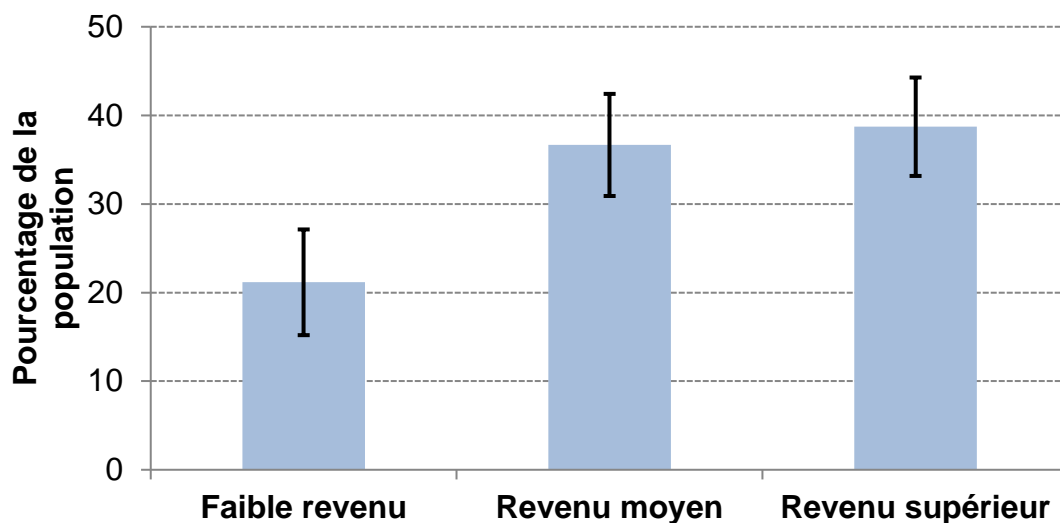


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 6](#)

Consommation d'alcool – Les personnes appartenant aux groupes au revenu plus élevé déclarent plus souvent avoir une consommation d'alcool à risque élevé que celles ayant un faible revenu. En effet, les personnes âgées de 19 ans ou plus ayant un revenu moyen ou supérieur sont plus susceptibles d'excéder les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (Butt et coll. 2011; figure 7) et d'avoir une consommation abusive d'alcool (figure 8) que celles ayant un revenu faible. De plus amples renseignements sur ces indicateurs figurent à l'annexe 2.

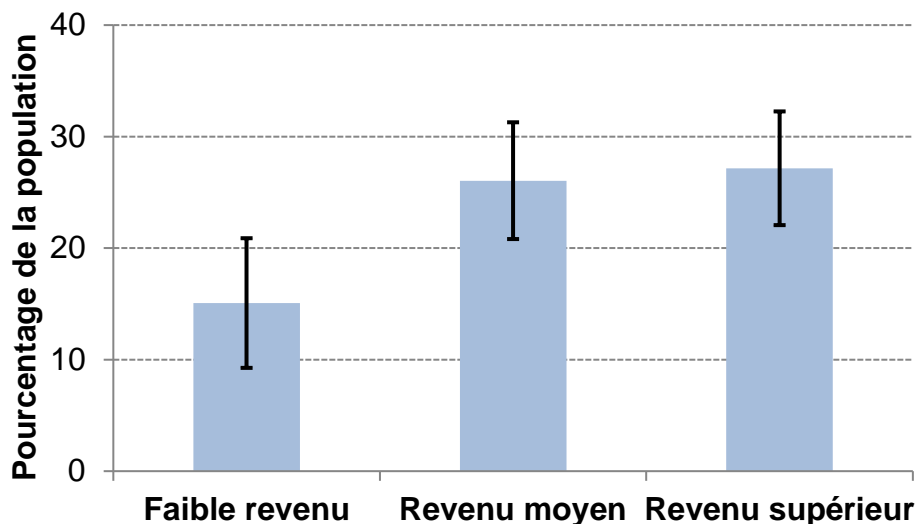
Figure 7 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui excède les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, selon le groupe de revenu



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 7](#)

Figure 8 : Pourcentage de la population d'Ottawa de 19 ans ou plus qui a une consommation abusive d'alcool, selon le groupe de revenu

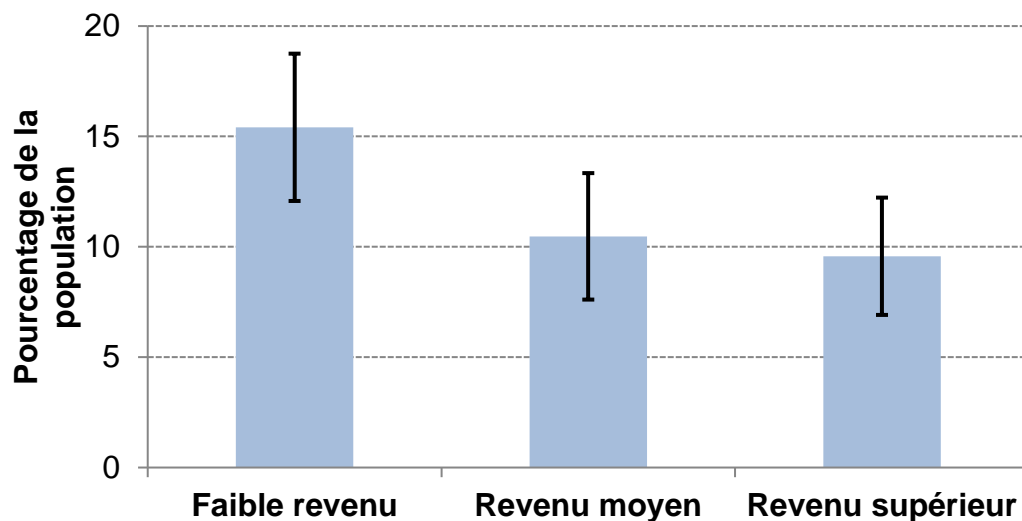


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Table de données pour la figure 8](#)

Accès à un médecin de famille – Bien que la figure 9 semble montrer une différence entre le pourcentage de personnes des différents groupes de revenu qui n'ont pas de médecin de famille attiré, cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,15$).

Figure 9 : Pourcentage de la population d'Ottawa ayant indiqué n'avoir aucun médecin de famille attiré, selon le groupe de revenu



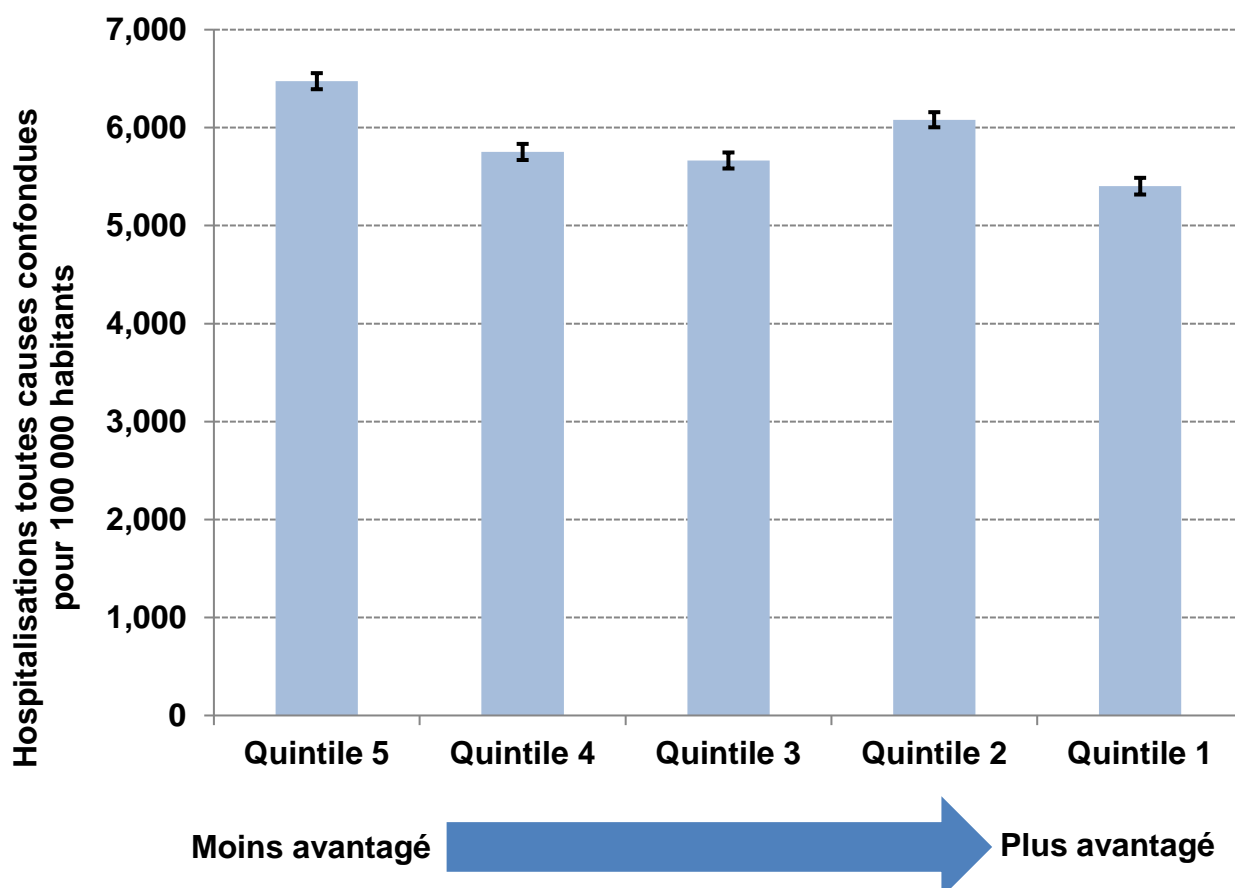
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l'Ontario. Statistique Canada.

[Tableau de données pour la figure 9](#)

Mesure de l'avantage socioéconomique à l'échelle des quartiers et état de santé

Hospitalisations – Les personnes habitant les quartiers les plus défavorisés (cinquième quintile) ont un taux plus élevé d'hospitalisations toutes causes confondues que celles des quartiers les plus privilégiés (premier quintile) [figure 10]. On n'observe pas une progression continue du premier au cinquième quintile, puisque les résidents des secteurs du deuxième quintile ont un taux d'hospitalisations plus élevé que ceux des secteurs du troisième et du quatrième quintile.

Figure 10 : Taux d'hospitalisations toutes causes confondues, étalonné selon l'âge, à Ottawa (à l'exclusion des naissances, des mortinaissances et des hospitalisations attribuables à des troubles de santé mentale), selon le quintile socioéconomique du quartier

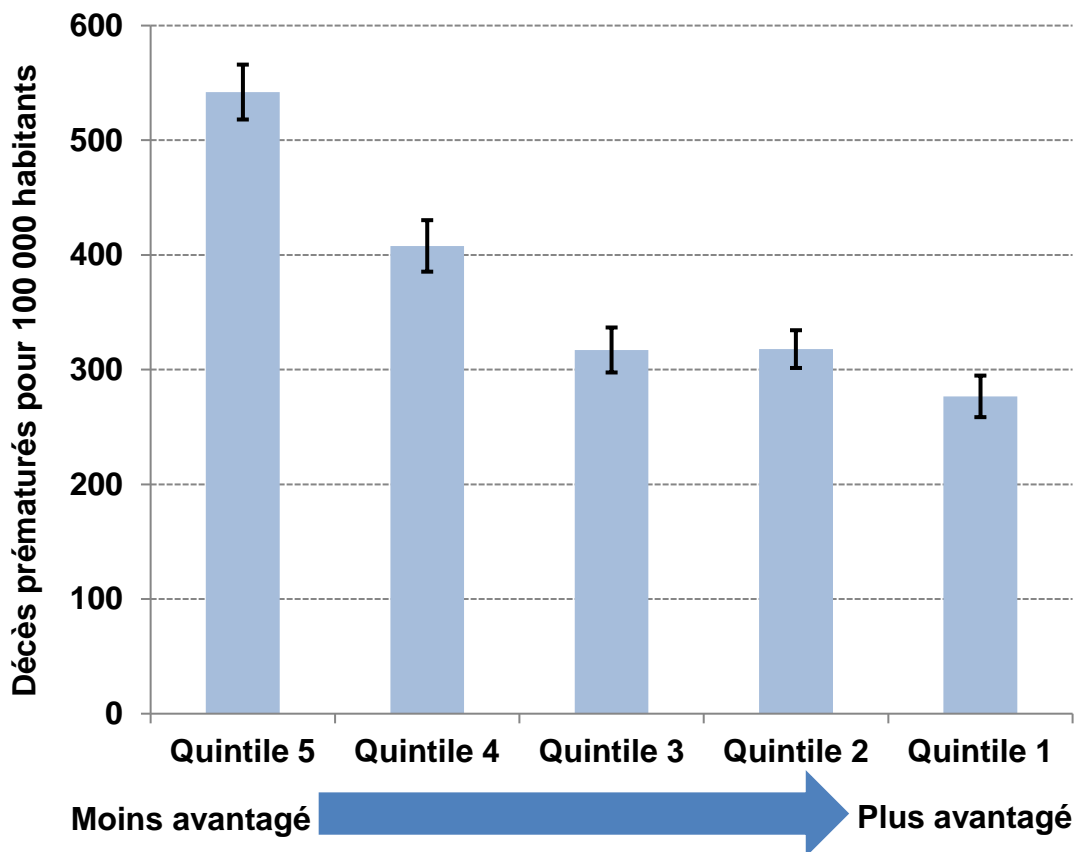


Source : *Inpatient Discharges, 2014-2015*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario. Données extraites le 19 septembre 2016.

[Tableau de données pour la figure 10](#)

Mortalité prématurée – L'analyse montre une corrélation manifeste entre le statut socioéconomique et la mortalité prématurée. Les habitants des quartiers du cinquième quintile (le moins avantageé) ont un taux de mortalité prématurée plus élevée que ceux des quartiers du premier quintile (figure 11). On n'observe aucune différence statistiquement significative entre les deuxième et troisième quintiles; leur taux de mortalité prématurée est néanmoins plus élevé que celui du premier quintile. Pour sa part, le quatrième quintile a un taux de mortalité prématurée supérieur à celui des deuxième et troisième quintiles, mais inférieur à celui du cinquième quintile.

Figure 11 : Nombre de décès prématurés à Ottawa par 100 000 habitants, selon le quintile socioéconomique

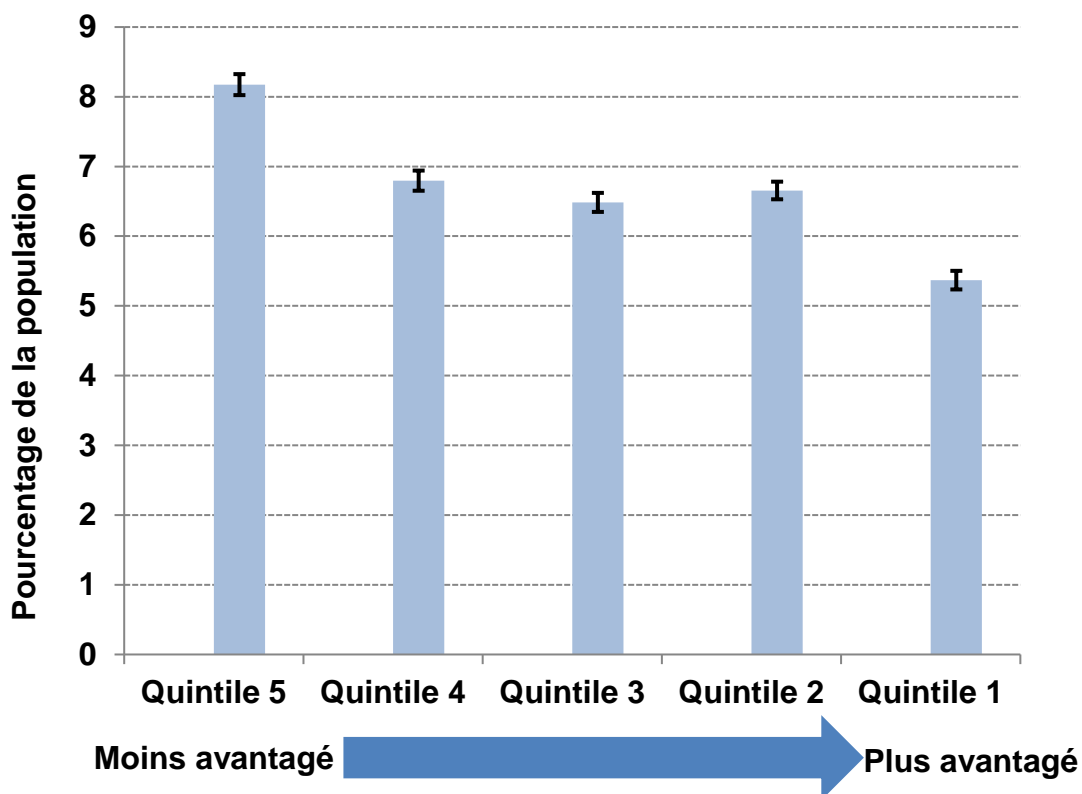


Source : *Ontario Mortality Data 2010-2011*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 19 août 2016.

[Tableau de données pour la figure 11](#)

Diabète – La prévalence du diabète est la plus élevée dans les quartiers les plus défavorisés (cinquième quintile) et la plus faible dans les quartiers les plus privilégiés (figure 12). Toutefois, on n’observe pas de progression continue entre le premier et le cinquième quintile. En effet, bien que leur taux soit plus élevé que le premier quintile et plus faible que le cinquième quintile, les deuxième et troisième quintiles ne présentent aucune différence statistiquement significative entre eux. En outre, le taux de diabète chez les habitants des quartiers du quatrième quintile n’est pas significativement différent de celui du deuxième quintile, bien qu’il soit plus élevé que celui des premier et troisième quintiles et plus faible que celui du cinquième quintile.

Figure 12 : Prévalence du diabète dans la population de 20 ans ou plus, selon l’indice socioéconomique du quartier (données de 2011), en pourcentage

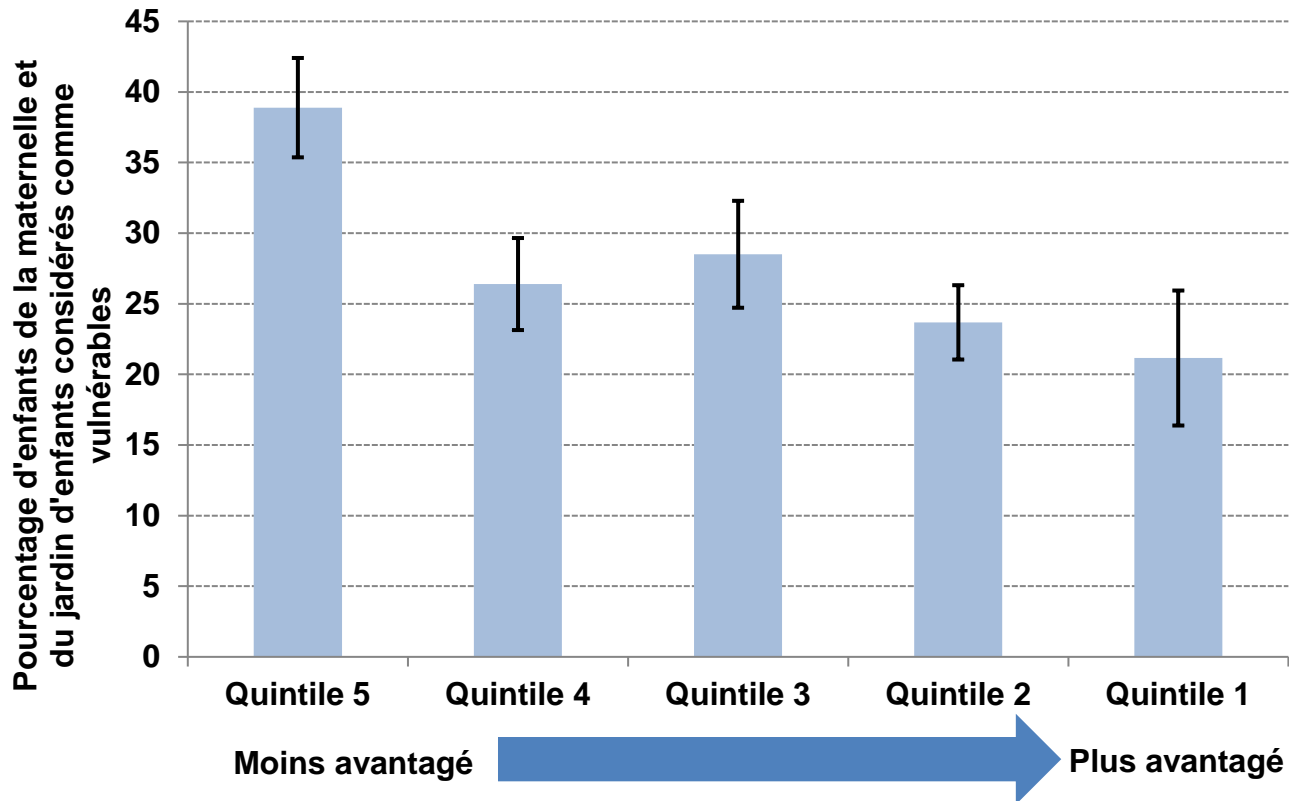


Sources : Numérateur – Données combinées : *Ambulatory Emergency, 2010-2014*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 23 août 2016, et *Medical Services, 2010-2014*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 23 août 2016. Dénominateur – Habitants des quartiers définis dans l’Étude de quartiers d’Ottawa âgés de 20 ans ou plus d’après le recensement de 2011.

[Tableau de données pour la figure 12](#)

Vulnérabilité à l'entrée à l'école – La figure 13 montre que la différence entre les quartiers les plus désavantagés et les plus avantagés est de plus de 15 points de pourcentage en ce qui concerne la proportion d'enfants de la maternelle et du jardin d'enfants qui sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à l'école¹³. On évalue la vulnérabilité à partir de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, qui analyse la santé développementale des enfants à leur entrée à l'école¹⁰.

Figure 13 : Pourcentage d'enfants de la maternelle et du jardin d'enfants considérés comme vulnérables dans au moins un des domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, selon l'indice socioéconomique du quartier, 2014 et 2015 (cycle 4)



Source : Adapté de C. Millar, A. Lafrenière, J. Lebreton et C. de Quimper (2016). *Nos enfants, leur histoire... un aperçu de la santé développementale au début du cheminement scolaire à Ottawa, 2005-2015*. Coordonnatrices de l'analyse des données, Centre de ressources pour parents, Ottawa (Ontario), 49 p. et 4 p. (annexes).

[Tableau de données pour la figure 13](#)

Analyse

Le présent rapport présente les liens entre la santé des résidents d'Ottawa et leur statut socioéconomique. Les données présentées montrent qu'à Ottawa, le statut socioéconomique d'une personne est fortement corrélé à son risque de mortalité et de maladie et, outre quelques exceptions, aux risques pour sa santé et à ses comportements.

Ainsi, les personnes appartenant aux groupes dont les revenus sont les plus faibles ont une prévalence plus élevée du diabète, sont plus sujettes à se faire hospitaliser et sont plus à risque de mourir avant 75 ans. De plus, elles sont plus susceptibles d'indiquer que leur état de santé générale ou mentale est passable ou mauvais et d'être atteintes de deux maladies chroniques ou plus. Le tabagisme est plus courant chez les personnes au revenu faible, qui sont aussi plus souvent sédentaires dans leurs loisirs. Pour leur part, les personnes ayant les revenus les plus élevés sont plus susceptibles de dépasser les directives de consommation d'alcool à faible risque ou d'avoir une consommation excessive d'alcool. Cependant, on n'observe aucune différence selon les revenus pour ce qui est du surpoids ou de l'obésité, ni pour le fait de ne pas avoir de médecin de famille.

Certains indicateurs de la santé montrent une progression continue : l'état de santé des gens s'améliore au même rythme que le statut socioéconomique. Cette progression n'est toutefois pas continue pour d'autres indicateurs. Cela dit, pour les indicateurs qui ne présentent pas une progression continue, l'état de santé des personnes les plus désavantagées d'un point de vue socioéconomique est considérablement moins bon que celui du reste de la population.

Rappelons que les analyses de données comme celles présentées ici ne montrent qu'un aspect du cheminement de la collectivité et des individus vers la santé. La difficulté d'étudier l'équité en matière de santé à l'échelle d'une population ou d'un programme réside partiellement dans la rareté des données de qualité sur tous les déterminants de la santé et leur interaction. Pour obtenir un portrait plus complet de la santé et de ses déterminants sociaux, il est donc essentiel de nouer des partenariats avec d'autres secteurs. Pour les organisations en cause, une meilleure collecte de données sur les variables liées aux déterminants sociaux de la santé facilitera le processus visant à cerner les lacunes en matière d'équité et à les réduire.

Santé publique Ottawa utilise le [modèle des rôles de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé](#) du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Ce modèle présente les cinq grands rôles pratiques des autorités de santé publique¹⁴. [Document 5 : Rôles de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé.] Ces rôles sont définis comme suit :

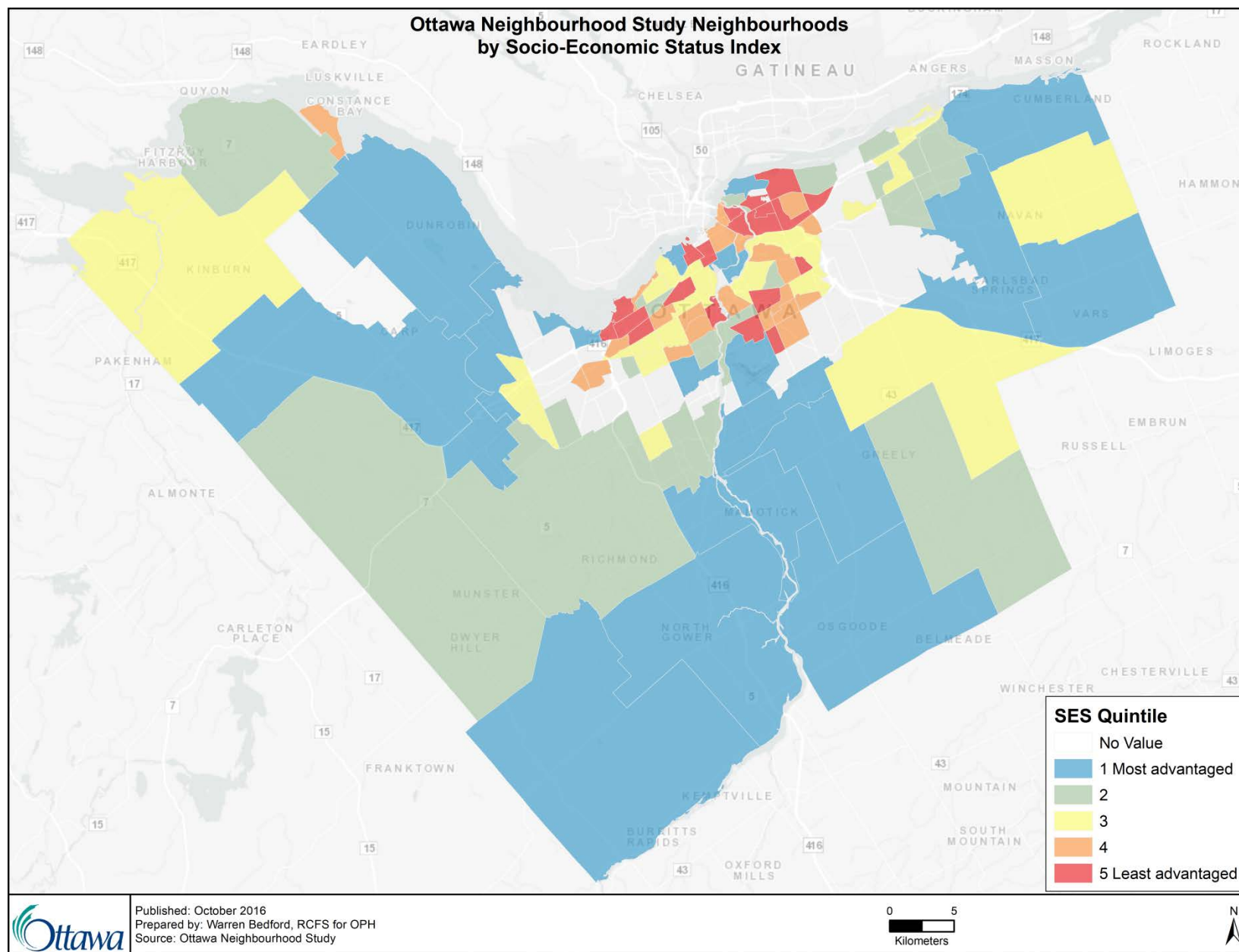
1. **Évaluer et faire rapport** sur la présence et l'incidence des iniquités en santé et les stratégies efficaces pour les atténuer.
2. **Modifier et orienter** les interventions et les services afin d'atténuer les iniquités, tout en tenant compte des besoins particuliers des populations marginalisées.
3. **Conclure des partenariats avec d'autres secteurs** afin de déterminer des moyens d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées.

4. **Participer à l'élaboration des politiques** – c'est-à-dire diriger l'analyse et l'élaboration des politiques et la revendication pour des améliorations en matière de déterminants et d'iniquités en santé, et collaborer avec d'autres organismes à cet effet.
5. **Renforcer la capacité organisationnelle et systémique** – c'est-à-dire les activités de renforcement en lien avec les politiques, structures, procédures et pratiques organisationnelles (ou systémiques) qui sont nécessaires pour faciliter et appuyer les actions des autorités de santé publique qui visent les inégalités en matière de santé et pour gérer les changements nécessaires¹⁵.

Comme en témoignent les données contenues dans le présent rapport, il est nécessaire de lutter contre les inégalités en matière de santé à Ottawa pour continuer d'améliorer la santé de la population en général tout en s'efforçant collectivement de réduire l'iniquité pour les populations désavantagées.

Santé publique Ottawa (SPO) entend collaborer avec ses partenaires en vue d'établir un plan d'action commun, d'améliorer la cohérence des efforts en cours et de favoriser l'innovation afin d'accroître l'incidence collective sur l'équité en santé¹⁶. Déterminé à améliorer l'équité, SPO désire créer des possibilités équitables pour la santé de la population en adoptant les mesures décrites dans le présent rapport.

Figure 14 : Classification des quartiers (définis dans l'Étude de quartiers d'Ottawa) selon le quintile du statut socioéconomique, du premier quintile (le plus avantageé) au cinquième quintile (le plus défavorisé)



Annexe 1 : Méthodologie et mesures

Méthodologie

Mesure du revenu autodéclaré

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Il s'agit du revenu du ménage toutes sources confondues, avant impôts, déclaré dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et déterminé à partir de la variable INC_3. Pour chaque répondant, cette mesure du revenu est divisée par le seuil de faible revenu pour un ménage de taille équivalente (selon le tableau 15). Le résultat est ensuite divisé par le ratio le plus élevé à Ottawa, pour arriver à une valeur située entre 0 et 1. Les répondants sont ensuite répartis en trois groupes (terciles) qui comprennent chacun 33,3 % de la population pondérée estimée à partir des réponses et des poids bootstrap de l'ESCC. La figure 15 montre ce calcul.

Figure 15 : Calcul des catégories de revenu

$$\frac{\left(\frac{inc_3}{LICO}\right)}{\left(\frac{inc_3}{LICO}\right)_{ottawa\ maximum}} \xrightarrow{\text{Tertiles}} \text{Income Categories}$$

Tableau 2 : Seuils de faible revenu avant impôts selon la taille du ménage pour les centres de population de plus de 500 000 habitants

Taille du ménage	Seuil de faible revenu avant impôts
1 personne	24 328 \$
2 personnes	30 286 \$
3 personnes	37 234 \$
4 personnes	45 206 \$
5 personnes	51 272 \$
6 personnes	57 826 \$
7 personnes ou plus	64 381 \$

Source : Statistique Canada. *Tableau 206-0094 – Seuil de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et de la famille en dollars courants, annuel, CANSIM (base de données), données consultées le 12 septembre 2016.*

Étalonnage selon l'âge

La plupart des mesures ont été étalonnées selon l'âge au moyen de la méthode de la population-type. Pour annuler les effets des différences dans la distribution des âges au sein des groupes comparés, on a employé la population d'Ottawa de 2011 comme population de référence.

Comparaisons des quartiers

Pour les comparaisons entre les quartiers, les données administratives sur les résidents du territoire de SPO ont été associées aux quartiers correspondants (d'après les délimitations fournies dans l'Étude de quartiers d'Ottawa) à partir d'un dossier d'attribution pondéré selon la population. Lorsqu'un code postal pouvait appartenir à deux quartiers différents, la pondération a permis de veiller à ce que le nombre adéquat de ménages soit assigné à chaque quartier en fonction de la proportion de la population du quartier où se trouve le code postal en question.

Indicateurs

État de santé général autoévalué mauvais ou passable (12 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Proportion des résidents âgés de 12 ans ou plus qui ont répondu « passable » ou « mauvaise » à la question : « En général, diriez-vous que votre santé générale est “excellente”, “très bonne”, “bonne”, “passable” ou “mauvaise”? »

État de santé mentale autoévalué mauvais ou passable (12 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Proportion des résidents âgés de 12 ans ou plus qui ont répondu « passable » ou « mauvaise » à la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est “excellente”, “très bonne”, “bonne”, “passable” ou “mauvaise”? »

Signalement de deux maladies chroniques ou plus (20 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Proportion des résidents âgés de 20 ans ou plus qui ont indiqué être atteints de deux des maladies suivantes ou plus :

- Bronchite chronique, emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO);
- Asthme;
- Arthrite, à l'exclusion de la fibromyalgie;
- Maladie cardiaque;
- Cancer;
- Maladie d'Alzheimer ou autre démence;
- Accident vasculaire cérébral;
- Diabète de type 1 ou de type 2, à l'exclusion du diabète gestationnel;
- Trouble de l'humeur : dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie ou trouble anxieux comme une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique.

La liste de maladies ci-dessus s'appuie sur les travaux de Roberts et coll., 2015¹⁷.



Sédentarité pendant les loisirs (12 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Pourcentage de la population considérée comme sédentaire pendant ses loisirs d'après l'énergie dépensée chaque jour (kcal/kg/jour) au total, calculée à partir de la fréquence et de la durée autodéclarées de chaque séance d'activité physique et de l'équivalent métabolique (MET) de l'activité exprimé sous forme de multiple du taux métabolique au repos. Par exemple, une activité de quatre MET exige quatre fois la quantité d'énergie dépensée au repos. L'équivalent métabolique attribué à chacune des activités accomplies par le répondant représente l'intensité la plus faible de l'activité en question, les gens ayant tendance à surestimer l'intensité, la fréquence et la durée de leurs activités¹². Cette façon de faire s'inspire de celle de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Tabagisme actuel (12 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Pourcentage des résidents qui ont déclaré être actuellement fumeurs (c'est-à-dire qui fument chaque jour ou à l'occasion), peu importe le nombre de cigarettes fumées dans leur vie. Précisons toutefois que certaines définitions exigent qu'une personne ait fumé au moins 100 cigarettes (environ quatre paquets) pour être considérée comme une fumeuse actuelle.

Surpoids et obésité (18 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Cet indicateur combine les catégories de surpoids et d'obésité pour les répondants adultes de 18 ans ou plus (à l'exception des femmes enceintes), d'après leur indice de masse corporelle (IMC). Les catégories d'IMC sont tirées du système de classification du poids recommandé par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), utilisé largement dans le monde.

Dépassement des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (19 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Proportion de personnes qui dépassent les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies¹⁸ :

- Hommes buvant plus de 15 consommations au total par semaine ou plus de 3 consommations dans la même journée, buvant plus de 5 jours par semaine ou ayant bu 5 consommations ou plus à 2 occasions ou plus dans la dernière année;
- Femmes buvant plus de 10 consommations au total par semaine ou plus de 2 consommations dans la même journée, buvant plus de 5 jours par semaine ou ayant bu 4 consommations ou plus à 2 occasions ou plus dans la dernière année.



Consommation abusive d'alcool (19 ans ou plus)

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Hommes buvant plus de cinq consommations ou femmes buvant quatre consommations ou plus par occasion une fois par mois ou plus.

Pourcentage de la population d'Ottawa n'ayant pas de médecin de famille

Données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2012-2014

Pourcentage de répondants ayant répondu « non » à la question « Avez-vous un médecin régulier? ».

Hospitalisations (tous âges)

Source : *Inpatient Discharges 2014-2015*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 19 septembre 2016.

Numérateur : Cette estimation se fonde sur les données d'hospitalisation de 2014 et 2015 et exclut les naissances, mortinaissances et visites à l'hôpital principalement attribuables à un problème de santé mentale. Ces dernières ont été exclues parce qu'elles sont majoritairement consignées dans une autre base de données que les hospitalisations pour d'autres causes (p. ex. blessures, maladies chroniques), et que ces deux sources ne peuvent être combinées.

Dénominateur : Population des quartiers définis dans l'ÉCO d'après le recensement de 2011.

Mortalité prématurée

Source : *Ontario Mortality Data 2010-2011*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 19 août 2016.

Numérateur : Décès toutes causes confondues chez des personnes de moins de 75 ans, pour 100 000 habitants, par année.

Dénominateur : Population des quartiers définis dans l'ÉCO d'après le recensement de 2011.

Prévalence du diabète

Source : Données combinées provenant de *Ambulatory Emergency, 2010-2014*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 23 août 2016, et de *Medical Services, 2010-2014*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 23 août 2016.

Numérateur : Cet indicateur a été mesuré au moyen de la méthode de l'Institut de recherche en services de santé pour estimer la prévalence du diabète dans la population¹⁹. L'année 2012 est l'année de référence pour le présent rapport. Les personnes de plus de 20 ans étaient considérées comme diabétiques si :

- elles avaient été hospitalisées en raison du diabète en 2012 (code CIM-10CA de E100 à E149);

- elles avaient consulté un fournisseur de soins primaires à cause du diabète, selon le dossier médical, et le code de diagnostic reçu était 250, *Diabète avec complications non précisées* ou 248, *Diabète avec complications oculaires* en 2012, et avaient effectué une autre visite à un fournisseur de soins primaires ou avaient été hospitalisées à cause du diabète dans les deux années précédentes ou suivantes.

Les occurrences de visites à un fournisseur de soins primaires et d'hospitalisations ont été liées au moyen des numéros de carte d'assurance maladie cryptés dans les données.

Dénominateur : Population âgée de 20 ans ou plus des quartiers définis dans l'ÉQO d'après le recensement de 2011.

Instrument de mesure du développement de la petite enfance (maternelle et jardin d'enfants)

Données : Instrument de mesure du développement de la petite enfance, 2014-2015 (cycle 4).

L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) mesure la santé développementale des enfants à l'entrée à l'école dans cinq domaines du développement précoce de l'enfant qui sont de bons facteurs de prédiction de la santé, de l'instruction et des résultats sociaux à l'âge adulte¹⁰ :

- Santé physique et bien-être;
- Compétences sociales;
- Maturité affective;
- Développement linguistique et cognitif;
- Aptitudes à communiquer et connaissances générales.

Les enfants qui sont vulnérables dans un ou plusieurs de ces domaines sont plus à risque d'avoir des difficultés d'apprentissage à l'école que les autres¹⁰.

Annexe 1 : Tableaux de données

Tableau 3 : Données de la figure 1 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé général passable ou mauvais, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	État de santé général passable ou mauvais	IC 95 %
Faible revenu	15,9 %	4,0 %
Revenu moyen	9,6 %	2,8 %
Revenu supérieur	6,1 %	2,3 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 4 : Données de la figure 2 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 12 ans ou plus ayant déclaré avoir un état de santé mentale passable ou mauvais, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	État de santé mentale passable ou mauvais	IC 95 %
Faible revenu	12,9 %	4,5 %
Revenu moyen	5,5 %	1,9 %
Revenu supérieur	4,3 %	1,5 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 5 : Données de la figure 3 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 20 ans ou plus ayant déclaré avoir deux maladies chroniques ou plus, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Deux maladies chroniques ou plus	IC 95 %
Faible revenu	18,8 %	4,0 %
Revenu moyen	12,2 %	2,6 %
Revenu supérieur	8,7 %	2,6 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 6 : Données de la figure 4 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 18 ans ou plus en surpoids ou obèse, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Surpoids ou obésité	IC 95 %
Faible revenu	45,6 %	5,7 %
Revenu moyen	43,2 %	4,3 %
Revenu supérieur	49,0 %	5,2 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 7 : Données de la figure 5 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 12 ans ou plus qui est sédentaire pendant ses loisirs, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Sédentaire pendant les loisirs	IC 95 %
Faible revenu	49,1 %	5,6 %
Revenu moyen	34,9 %	4,6 %
Revenu supérieur	34,4 %	4,1 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 8 : Données de la figure 6 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 19 ans ou plus qui fume, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Fumeurs actuels	IC 95 %
Faible revenu	23,6 %	4,3 %
Revenu moyen	12,9 %	2,8 %
Revenu supérieur	11,8 %	2,7 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 9 : Données de la figure 7 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 19 ans ou plus qui excède les Directives de consommation d’alcool à faible risque du Canada, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Excède les Directives de consommation d’alcool à faible risque du Canada	IC 95 %
Faible revenu	21,2 %	6,0 %
Revenu moyen	14,4 %	5,8 %
Revenu supérieur	38,7 %	5,6 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 10 : Données de la figure 8 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 19 ans ou plus qui a une consommation abusive d’alcool, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Consommation abusive d’alcool	IC 95 %
Faible revenu	15,1 %	5,8 %
Revenu moyen	26,0 %	5,2 %
Revenu supérieur	27,2 %	5,1 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Tableau 11 : Données de la figure 9 – Pourcentage de la population d’Ottawa de 12 ans ou plus ayant indiqué n’avoir aucun médecin de famille attiré, selon le groupe de revenu

Catégorie de revenu	Aucun médecin de famille	IC 95 %
Faible revenu	15,4 %	3,3 %
Revenu moyen	10,5 %	2,9 %
Revenu supérieur	9,6 %	2,7 %

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données combinées de 2011 à 2014. Fichier de partage de l’Ontario. Statistique Canada.

Le dénominateur des indicateurs suivants est la population des quartiers définis dans l’ÉQO d’après le recensement de 2011.

Tableau 12 : Données de la figure 10 – Taux d’hospitalisations toutes causes confondues, étalonné selon l’âge, à Ottawa (à l’exclusion des naissances, des mortinaissances et des hospitalisations attribuables à des troubles de santé mentale), selon le quintile socioéconomique du quartier

Catégorie de revenu	Hospitalisations par 100 000 habitants	IC 95 %
Quintile 5 (moins avantage)	6 474,2	82,1
Quintile 4	5 751,9	82,1
Quintile 3	5 664,6	81,8
Quintile 2	6 080,8	77,2
Quintile 1 (plus avantage)	5 402,6	85,2

Source : *Inpatient Discharges 2014-2015*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 19 septembre 2016.

Tableau 13 : Données de la figure 11 – Nombre de décès prématurés à Ottawa par 100 000 habitants, selon le quintile socioéconomique

Catégorie de revenu	Décès prématurés par 100 000 habitants	IC 95 %
Quintile 5 (moins avantageé)	542,0	23,9
Quintile 4	407,9	22,5
Quintile 3	317,1	19,6
Quintile 2	317,9	16,5
Quintile 1 (plus avantageé)	276,7	18,1

Source : *Ontario Mortality Data 2010-2011*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 19 août 2016.

Tableau 14 : Données de la figure 12 – Prévalence du diabète dans la population de 20 ans ou plus, selon l'indice socioéconomique du quartier (données de 2011), en pourcentage

Catégorie de revenu	Prévalence du diabète	IC 95 %
Quintile 5 (moins avantageé)	8,2 %	0,2 %
Quintile 4	6,8 %	0,1 %
Quintile 3	6,5 %	0,1 %
Quintile 2	6,7 %	0,1 %
Quintile 1 (plus avantageé)	5,4 %	0,1 %

Sources : Numérateur – Données combinées provenant de *Ambulatory Emergency 2010-2014*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 23 août 2016, et de *Medical Services 2010-2014*, savoirSANTÉ ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, données extraites le 23 août 2016.

Tableau 15 : Données de la figure 13 – Pourcentage d'enfants de la maternelle et du jardin d'enfants considérés comme vulnérables dans au moins un des domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, selon l'indice socioéconomique du quartier, 2014 et 2015 (cycle 4)

Catégorie de revenu	Pourcentage d'enfants ayant un résultat faible à l'IMDPE dans au moins un domaine	IC 95 %
Quintile 5 (moins avantageé)	38,9 %	3,5 %
Quintile 4	26,4 %	3,3 %
Quintile 3	28,5 %	3,8 %
Quintile 2	23,7 %	2,6 %
Quintile 1 (plus avantageé)	21,2 %	4,8 %

Source : Adapté de C. Millar, A. Lafrenière, J. Lebreton et C. de Quimper (2016). *Nos enfants, leur histoire... un aperçu de la santé développementale au début du cheminement scolaire à Ottawa, 2005-2015*. Coordonnatrices de l'analyse des données, Centre de ressources pour parents, Ottawa (Ontario), 49 p. et 4 p. (annexes).

Références

1. BRAVEMAN, P., et L. GOTTLIEB. 2014. « The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes », *Public Health Reports*, vol. 129 (supplément 2).
2. ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. 2010. *A new way to talk about the social determinants of health*. Sur Internet : <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2010/rwjf63023>.
3. SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA. 2014. *Faire d'Ottawa une ville plus saine – Plan stratégique de Santé publique Ottawa 2015-2018*. Sur Internet : http://documents.ottawa.ca/sites/documents.ottawa.ca/files/documents/oph_strat_plan_2015_fr.pdf.
4. SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA. 2014. *État de santé de la population d'Ottawa, 2014*, Ottawa (Ontario). Sur Internet : <http://documents.ottawa.ca/fr/document/%C3%A9tat-de-sant%C3%A9-de-la-population-d%E2%80%99ottawa-2014>.
5. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 109-5337 – Taux de chômage, Canada, provinces, régions sociosanitaires (limites de 2015) et groupes de régions homologues, annuel (pourcent)*, CANSIM (base de données), consulté le 2 septembre 2016.
6. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. 2016. *Ménages éprouvant des besoins impérieux de logement*, Ottawa (Ontario) [consulté le 2 septembre 2016]. Sur Internet : http://cmhc.beyond2020.com/HiCOMain_FR.html.
7. MIKKONEN, J., et D. RAPHAEL. 2010. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto (Ontario), York University School of Health Policy and Management. Sur Internet : <http://www.thecanadianfacts.org/>.
8. TORONTO PUBLIC HEALTH. 2015. *The Unequal City 2015: Income and Health Inequities in Toronto – Technical Report*. Sur Internet : www.toronto.ca/legdocs/mmis/2015/hl/bgrd/backgroundfile-79096.pdf.
9. STATISTIQUE CANADA. 24 juin 2016. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)*, (consulté le 2 septembre 2016). Sur Internet : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226.
10. OFFORD CENTRE EDI. 2016. *How to interpret EDI results*, (consulté le 2 septembre 2016). Sur Internet : <https://edi.offordcentre.com/researchers/how-to-interpret-edi-results/>.
11. STATA CORP LP. 2015. *Stata Statistical Software [logiciel informatique]*, version 14, College Station (Texas, É.-U.).
12. GARRIGUET, D., et R. C. COLLEY. 2014. « Une comparaison de l'activité physique durant les loisirs autodéclarée et de l'activité physique modérée à vigoureuse mesurée chez les adolescents et les adultes », *Rapports sur la santé*, vol. 25, n° 7, p. 3 à 11.
13. MILLAR, C., A. LAFRENIÈRE, J. LEBRETON et C. DE QUIMPER. 2016. *Nos enfants, leur histoire... un aperçu de la santé développementale au début du cheminement scolaire à Ottawa, 2005-2015*. Coordonnatrices de l'analyse des données, Centre de ressources pour parents, Ottawa (Ontario).
14. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ. 2013. *Parlons-en : le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé*. Sur Internet : http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf.
15. ANTONELLO, D., B. COHEN, M. J. LE BER et coll. 2016. *Develop and test indicators of Ontario local public health agency work to address the social determinants of health to reduce health inequities Phase 2 Report: A case study approach to pilot test indicators*.
16. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ. 2016. *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*, Antigonish (Nouvelle-Écosse), Université St. Francis Xavier.

17. ROBERTS, K. C., D. P. RAO, T. L. BENNETT, L. LOUKINE et G. C. JAYARAMAN. Août 2015. « Prevalence and patterns of chronic disease multi-morbidity and associated determinants in Canada », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, vol. 35, n° 6.
18. BUTT, P., D. BEIRNESS, L. GLIKSMAN, C. PARADIS et T. STOCKWELL. 2011. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa (Ontario). Sur Internet : <<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>>.
19. BOOTH, G. L., J.Y. POLSKY, P. GOZDYRA, K. CAUCH-DUDEK, T. KIRAN, B. R. SHAH, L. L. LIPSCOMBE et R. H. GLAZIER. 2012. *Regional measures of diabetes burden in Ontario*, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto (Ontario).