



N° 89-613-MIF au catalogue — N° 002

ISSN: 1710-2952

ISBN: 0-662-77300-4

## Document analytique

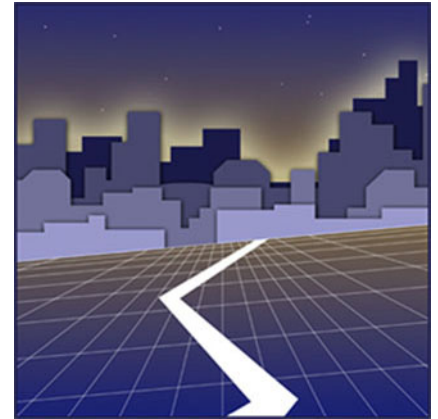
**Tendances et conditions dans les régions  
métropolitaines de recensement**

# **La santé des Canadiens vivant dans les régions métropolitaines de recensement**

par Jason Gilmore

Division de la statistique de la santé  
SC 2600, Immeuble Principal, Ottawa K1A 0T6

Téléphone: 1 800 263-1136



*Toutes les opinions émises par l'auteur de ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Statistique Canada.*



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

## Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à la Division de la statistique de la santé (téléphone : 613-951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Service national de renseignements</b>  | <b>1 800 263-1136</b>       |
| <b>Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants</b> | <b>1 800 363-7629</b>       |
| <b>Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt</b>         | <b>1 800 700-1033</b>       |
| <b>Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt</b>                  | <b>1 800 889-9734</b>       |
| <b>Renseignements par courriel</b>   | <b>infostats@statcan.ca</b> |
| <b>Site Web</b>  | <b>www.statcan.ca</b>       |

## Renseignements sur les commandes et les abonnements

Ce produit est disponible sous forme électronique dans le site Internet de Statistique Canada, gratuitement, sous le n° 89-613-MIF au catalogue. Pour obtenir un exemplaire, visitez notre site Web à [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca) et choisissez la rubrique Produits et services.

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.

### **Tendances et conditions dans les régions métropolitaines de recensement**

Cette série de rapports fournit les informations générales sur les tendances et conditions à propos d'une variété de sujet dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Canada. Les sujets abordés comprennent la démographie, le logement, l'immigration, les autochtones, le faible revenu, les conditions économiques, la santé, le lieu de travail et le mode de déplacement journalier ainsi que la culture. La plupart des rapports couvrent la période 1981 à 2001.

L'objectif visé est de produire des mesures statistiques de la situation et des tendances qui prévalent dans nos grandes villes et dans les quartiers qui les composent. Ces mesures seront disponibles pour la planification urbaine et les évaluations stratégiques des éléments nécessaires à la création d'une ville en santé.

Statistique Canada a mené ce projet en collaboration avec le Secrétariat des villes du Bureau du Conseil privé et avec l'appui financier de 14 autres ministères.

Ce projet a été mené sous la direction de Doug Norris et Garnett Picot à Statistique Canada.



Statistique Canada  
Division de la statistique de la santé

## **Tendances et conditions dans les régions métropolitaines de recensement**

### *La santé des Canadiens vivant dans les régions métropolitaines de recensement*

Jason Gilmore

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2004

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Juillet 2004

N° 89-613-MIF au catalogue, n° 002  
Périodicité : occasionnel

ISSN 1710-2952  
ISBN 0-662-77300-4  
Ottawa

This publication is also available in English (Catalogue No. 89-613-MIE, No. 002).

*Le nom des auteurs est inscrit selon l'ordre alphabétique.*

*Toutes les opinions émises par les auteurs de ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Statistique Canada.*

---

#### **Note de reconnaissance**

*Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.*

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sommaire .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Chapitre 1 – Introduction .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Chapitre 2 – Résultats en matière de santé : variation entre les pays et les RMR .....</b>                              | <b>7</b>  |
| Espérance de vie .....   | 7         |
| Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne .....  | 7         |
| <b>Chapitre 3 – Différences entre les RMR sur le plan des facteurs liés au mode de vie et des problèmes de santé .....</b> | <b>10</b> |
| Usage du tabac .....   | 10        |
| Consommation abusive d'alcool .....  | 10        |
| Inactivité physique .....  | 10        |
| Obésité .....  | 11        |
| Hypertension .....   | 11        |
| <b>Chapitre 4 – Différences entre les RMR sur le plan des facteurs psychosociaux .....</b>                                 | <b>15</b> |
| Dépression .....   | 15        |
| Stress dans la vie quotidienne .....   | 15        |
| <b>Chapitre 5 – Différences entre les RMR sur le plan des facteurs liés au système de santé .....</b>                      | <b>17</b> |
| Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé .....  | 17        |
| Nombre d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants .....   | 17        |
| Nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants .....   | 17        |
| <b>Chapitre 6 – Tendances régionales en matière de santé dans les RMR .....</b>  | <b>20</b> |
| RMR de la région de l'Atlantique .....   | 20        |
| RMR au Québec .....  | 20        |
| RMR en Ontario .....   | 20        |
| Manitoba et Saskatchewan dans la région des Prairies .....   | 21        |
| RMR en Alberta .....   | 21        |
| RMR en Colombie-Britannique .....  | 21        |
| <b>Chapitre 7 – Différences entre RMR sur les plans socioéconomique et sociodémographique .....</b>                        | <b>22</b> |
| <b>Études postsecondaires .....</b>  | <b>22</b> |
| Taux de chômage .....  | 22        |
| Revenu .....   | 22        |
| Population des immigrants .....  | 23        |
| Population autochtone .....  | 23        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Chapitre 8 – Comprendre les différences entre RMR sur le plan des résultats en matière de santé .....</b> | <b>25</b> |
| <b>Chapitre 9 – Conclusion .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>Annexe A : comparaison du Canada et des RMR, certaines caractéristiques .....</b>                         | <b>32</b> |
| <b>Annexe B : incidence des facteurs liés à la santé .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>Annexe C : définitions .....</b>  | <b>35</b> |

## Sommaire

**L**e présent rapport est le deuxième d'une série comprenant des mesures statistiques qui visent à apporter des éclaircissements sur les questions d'importance pour les principaux centres urbains au Canada. Statistique Canada a mené ce projet de concert avec le Secrétariat des villes du Bureau du conseil.

L'objectif visé est la production de mesures statistiques des conditions et des tendances qui prévalent dans nos grandes villes et dans les quartiers qui les composent. Ces mesures seront disponibles aux fins de planification urbaine et d'évaluation stratégique des éléments nécessaires à la création d'une ville en santé.

Le présent rapport dresse le portrait de la santé dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) au Canada principalement à l'aide des données pour 2000-2001 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette enquête fournit une foule de données sur l'état de santé des Canadiens, leur utilisation des services de santé et les facteurs de risque. Nous utilisons également, d'autres données sur la santé et les soins de santé.

### **Espérance de vie et autoévaluation de la santé**

Les Canadiens vivent plus longtemps et, de façon générale, jouissent d'une meilleure santé que les habitants de bon nombre d'autres pays industrialisés. Le Canada s'est classé au cinquième rang sur une liste de 22 pays de l'OCDE et l'espérance de vie y était de 79,4 ans en 2000. Cette espérance de vie était de 2,6 ans supérieure à celle des États-Unis mais de 1,8 an inférieure à celle du pays en tête du peloton, le Japon.

Néanmoins, on observe des différences importantes sur le plan de l'espérance de vie entre les grandes régions métropolitaines au Canada. Parmi les 25 RMR examinées aux fins de la présente étude, l'espérance de vie était la plus élevée à Vancouver (81,1 ans) et la plus faible au Grand Sudbury (76,7 ans). Cette fourchette est presque aussi large que celle observée parmi les pays membres de l'OCDE.

Les RMR diffèrent également de façon importante sur le plan de l'autoévaluation de la santé. Plusieurs RMR dans le Sud et le Nord de l'Ontario avaient une faible proportion d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. Par contre, toutes les RMR au Québec ont affiché des taux d'autoévaluation de la santé égaux ou supérieurs à la moyenne pour le Canada.

### **Comportements influant sur la santé**

Parmi les RMR, Vancouver avait le taux d'usage du tabac le plus faible, moins d'une personne de 12 ans et plus sur six étant un fumeur. Victoria et Toronto ont enregistré des taux d'usage du tabac sensiblement inférieurs à la moyenne pour le Canada. Les taux d'usage du tabac les plus élevés ont été observés au Grand Sudbury et à Trois-Rivières, où les fumeurs représentaient plus de 30 % de la population de 12 ans et plus.

Vancouver et Toronto ont également affiché les taux les plus faibles de prévalence de la consommation abusive d'alcool. On observe que pas moins de 12 % de la population dans ces RMR a déclaré faire une consommation abusive d'alcool, comparativement à environ 15 % dans l'ensemble du Canada et aux taux supérieurs à 20 % enregistrés à Chicoutimi–Jonquière, Thunder Bay, St. John's et le Grand Sudbury.

De toutes les RMR, Vancouver et Victoria ont affiché les taux les plus faibles d'inactivité physique durant les loisirs, moins de 40 % des personnes de 12 ans et plus déclarant être inactives durant leurs loisirs comparativement à environ 50 % pour le Canada dans son ensemble.

### **Problèmes de santé**

Les RMR de Victoria, Vancouver, Québec, Montréal et Toronto ont toutes affiché un taux d'obésité sensiblement inférieur au taux moyen pour le Canada. En moyenne, 15 % des Canadiens de 20 ans à 64 ans étaient considérés comme obèses (d'après leur indice de masse corporelle) tandis que Vancouver et Victoria ont affiché des taux inférieurs dont le plus faible était de 10 %.

En outre, le taux d'hypertension variait considérablement d'une RMR à l'autre. Vancouver était au nombre des RMR affichant un taux faible (10,7 %) tandis que Hamilton était au nombre de celles affichant un taux élevé (15,4 %).

### **Facteurs psychosociaux**

Québec (33 %) et Montréal (28,9 %) ont affiché des taux de stress dans la vie quotidienne plus élevés que la moyenne (26,4 %) pour le Canada. Les taux de dépression variaient quelque peu d'une RMR à l'autre mais n'étaient pas statistiquement différents de la moyenne pour le Canada.

### **Facteurs liés au système de santé**

Le pourcentage d'habitants ayant des besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé variait d'une RMR à l'autre, Windsor affichant le taux plus élevé, soit de 18,7 %. Vancouver, Toronto et Québec ont affiché des taux de besoins de soins de santé perçus comme non satisfaits sensiblement inférieurs à la moyenne pour le Canada.

On observe également d'importantes différences entre le nombre d'omnipraticiens et de médecins de famille parmi les RMR. St. Catharines–Niagara, Windsor et Oshawa ont affiché les plus faibles taux d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants (60 à 61), tandis que Victoria (148) et Sherbrooke (161) avaient les taux d'omnipraticiens / médecins de famille les plus élevés parmi toutes les RMR.

### **Comprendre les différences entre RMR sur le plan des résultats en matière de santé**

Les différences entre les RMR sur le plan des résultats en matière de santé tiennent aux différences sur les plans de la santé et des soins de santé exposée ci-dessus ainsi qu'à la composition socioéconomique et sociodémographique de la RMR. Les données montrent que l'espérance de vie dans la RMR est corrélée négativement aux taux d'usage du tabac, de consommation excessive d'alcool, d'obésité et d'hypertension, et corrélée positivement à la part de la population qui est titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires, au revenu moyen du ménage familial et à la part de la population de la RMR composée de nouveaux immigrants. Cela ne veut pas dire que d'autres facteurs ne sont pas importants, mais seulement que nous n'avons pas observé de corrélation entre eux et l'espérance de vie mesurée au niveau de la RMR au Canada.

# Chapitre 1

## Introduction

Les résultats en matière de santé font souvent ressortir des différences spatiales très frappantes d'un pays à l'autre et dans un même pays, même dans ceux dotés d'un système de soins de santé bien développé. Souvent, ces différents résultats agrégés en matière de santé reflètent les conditions de vie de l'endroit. Le présent rapport vise à donner un aperçu des comportements influant sur la santé qui sont liés au style de vie, des problèmes de santé, des résultats en matière de santé et des préoccupations liées au système de soins de santé offerts aux habitants des régions métropolitaines au Canada.

Le rapport est fondé principalement sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dans le cadre de laquelle on a recueilli des renseignements sur 25 régions métropolitaines de recensement (RMR) pour 2000-2001<sup>1</sup>. Cette enquête fournit une foule de données sur l'état de santé des Canadiens, leur utilisation des soins de santé et les facteurs de risque. Nous utilisons également d'autres données sur la santé et les soins de santé.

Nous examinons les indicateurs de la santé au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR). Une RMR est formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'une grande région urbaine (appelée noyau urbain). Un noyau urbain doit compter au moins 100 000 habitants pour former une région métropolitaine de recensement. Pour être incluses dans la RMR, les autres municipalités adjacentes doivent avoir un degré d'intégration élevé avec la région urbaine centrale, lequel est déterminé par le pourcentage de navetteurs établis d'après les données du recensement sur le lieu de travail. Plus de 60 % de tous les Canadiens habitent dans l'une des 25 RMR examinées dans le présent rapport.

En examinant la santé des habitants des RMR, nous brossons le tableau d'un aspect important du bien-être de la majorité des Canadiens. Nous examinons dans le présent document la santé des Canadiens en utilisant un cadre simple dans lequel les résultats en matière de santé, comme l'espérance de vie, sont liés à des comportements influant sur la santé comme l'usage du tabac, à des caractéristiques de l'état de santé comme le stress, à la disponibilité et à l'utilisation de soins de santé comme le nombre de médecins dans la population, à des caractéristiques individuelles comme le statut d'immigrant et à d'autres indicateurs du bien-être, y compris le revenu et le niveau de scolarité (Annexe B : incidence des facteurs liés à la santé). Dans le présent rapport, nous examinons les différences entre ces mesures dans le contexte des 25 RMR au Canada.

---

1. Comme la géographie utilisée aux fins de l'ESCC est fondée sur celle du Recensement de 1996, les nouvelles données du recensement de géographie de 2001, n'incluent pas les RMR de Kingston et d'Abbotsford dans cette étude.



## Chapitre 2

### Résultats en matière de santé : variation entre les pays et les RMR

#### Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est considérée comme un indicateur important de la santé de la population et l'espérance de vie des Canadiens est l'une des plus élevées au monde. En 2000, le Canada s'est classé avec l'Italie au sixième rang parmi 22 pays industrialisés membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), affichant un taux d'espérance de vie à la naissance de 79,4 ans (tableau 1). Ce taux était de 1,8 an inférieur à celui du Japon, qui s'est classé au premier rang, mais d'au moins 2,5 ans supérieur à celui de pays tels que les États-Unis, l'Irlande et le Danemark.

Les différences sur le plan de la santé entre pays souvent masquent une variation considérable des résultats en matière de santé dans les pays. Au Canada, l'espérance de vie en 2000 allait de 76,7 ans dans le Grand Sudbury à 81,1 ans à Toronto. Cet écart est presque le même que celui observé entre le Japon et l'Irlande.

#### Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne

L'autoévaluation de la santé est considérée comme étant une mesure fiable et valide de la santé dans un pays et un bon prédicteur de résultats tel que la mortalité<sup>2,3,4</sup>. À l'échelle internationale, le Canada a la proportion d'habitants la plus élevée qui évaluent leur santé comme étant au moins bonne parmi 18 pays membres de l'OCDE qui utilisent des définitions similaires de l'autoévaluation de la santé (voir le tableau 2). Toutefois, il faut user de circonspection en comparant l'autoévaluation de la santé à travers les autres pays, car la méthode de cueillette et les tendances culturelles peuvent influencer sur les résultats. Par exemple, les réponses des Japonais aux questions d'autoévaluation de la santé sont biaisées vers une « tendance centrale », les Japonais jugeant leur santé excellente ou très mauvaise beaucoup moins souvent que bonne ou passable.<sup>5</sup>

Comme dans le cas de l'espérance de vie, nous constatons une variation de l'autoévaluation de la santé comme étant bonne d'une RMR à l'autre au Canada (tableau 2). (Comme dans le cas des autres indicateurs tirés de l'ESCC, les données sur l'autoévaluation de la santé comme étant bonne sont présentées après correction pour tenir compte des différences d'âge entre les RMR. (Annexe C : Définitions.) Le Grand Sudbury (83,2 %), Thunder Bay (84,2 %) et Windsor (84,6 %) sont au nombre des RMR qui affichent les proportions les plus faibles d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. En fait, plusieurs RMR dans le Sud et le Nord de l'Ontario ont une plus faible proportion d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. Inversement, Québec (91,6 %) et Chicoutimi–Jonquière (90,6 %) sont au nombre des RMR qui affichent les proportions les plus élevées d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. Toutes les RMR au Québec ont des taux d'autoévaluation de la santé comme étant bonne qui correspondent ou sont supérieurs à la moyenne pour le Canada.

2. Idler, E.L., Breyamini, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38(1): p. 21 à 37.

3. Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Everson, S.A. et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Study. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25(2): p. 259 à 265.

4. Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.M.B. et al. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal* 1992; 305: p. 160 à 164.

5. OCDE. *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003* (2003).

**Tableau 1 : Espérance de vie à la naissance, pays de l'OCDE et RMR au Canada, en ordre descendant, 2000**

| Certains pays de l'OCDE | 2000        | RMR                    | 2000 | Intervalle de confiance de 95% |
|-------------------------|-------------|------------------------|------|--------------------------------|
| Japon                   | 81,2        | Vancouver              | 81,1 | 80,9 - 81,3                    |
| Suisse                  | 79,8        | Toronto                | 81,0 | 80,8 - 81,1                    |
| Islande                 | 79,7        | Victoria               | 80,9 | 80,4 - 81,3                    |
| Suède                   | 79,7        | Calgary                | 80,0 | 79,6 - 80,3                    |
| <b>Canada</b>           | <b>79,4</b> | Edmonton               | 79,8 | 79,5 - 80,1                    |
| Italie                  | 79,4        | Québec                 | 79,8 | 79,4 - 80,1                    |
| Australie               | 79,3        | Kitchener              | 79,7 | 79,2 - 80,1                    |
| Espagne                 | 79,1        | Ottawa–Hull            | 79,5 | 79,2 - 79,8                    |
| France                  | 79,0        | Montréal               | 79,5 | 79,3 - 79,6                    |
| Norvège                 | 78,7        | Hamilton               | 79,4 | 79,0 - 79,7                    |
| Austria                 | 78,3        | Oshawa                 | 79,3 | 78,8 - 79,8                    |
| Nouvelle Zélande        | 78,3        | Saskatoon              | 79,1 | 78,5 - 79,7                    |
| Luxembourg              | 78,1        | Sherbrooke             | 79,1 | 78,3 - 79,8                    |
| Pays-Bas                | 78,0        | Halifax                | 79,1 | 78,6 - 79,5                    |
| Royaume-Uni             | 77,8        | London                 | 78,8 | 78,3 - 79,2                    |
| Belgique                | 77,7        | Windsor                | 78,6 | 78,1 - 79,1                    |
| Finlande                | 77,6        | Trois-Rivières         | 78,6 | 77,8 - 79,3                    |
| Denmark                 | 76,9        | St. Catharines–Niagara | 78,5 | 78,1 - 79,0                    |
| États-Unis              | 76,8        | Saint John             | 78,3 | 77,6 - 79,1                    |
| Irlande                 | 76,7        | Winnipeg               | 78,1 | 77,8 - 78,5                    |
| Portugal                | 76,2        | Regina                 | 78,0 | 77,3 - 78,6                    |
| République tchèque      | 75,1        | Chicoutimi–Jonquière   | 77,7 | 76,9 - 78,4                    |
|                         |             | St. John's             | 77,4 | 76,7 - 78,1                    |
|                         |             | Thunder Bay            | 77,3 | 76,5 - 78,1                    |
|                         |             | Grand Sudbury          | 76,7 | 76,0 - 77,4                    |

Sources: OCDE, Données sur la santé 2003, édition de juin, Statistique Canada, Division de la statistique de la santé (totalisations spéciales).

**Tableau 2 : Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne, certains pays de l'OCDE et RMR au Canada, en ordre ascendant, 2000-2001**

| Certains pays de l'OCDE<br>ayant des définitions similaires | 2001<br>(%) | RMR                    | Corrigé pour l'âge<br>(%) | Intervalle de confiance de 95%<br>(%) |
|---|-------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| États-Unis  | 88,9        | <b>CANADA</b>          | <b>88,0</b>               | 87,7 - 88,2                           |
| <b>Canada</b>   | <b>88,0</b> | Québec                 | 91,6                      | 90,1 - 93,2                           |
| Islande   | 84,6**      | Chicoutimi-Jonquière   | 90,6                      | 88,6 - 92,7                           |
| Australie   | 81,9        | Calgary                | 90,4                      | 88,8 - 91,9                           |
| Pays-Bas  | 77,9        | Trois-Rivières         | 90,4                      | 87,8 - 92,9                           |
| Danemark  | 77,9        | London                 | 90,0                      | 88,5 - 91,6                           |
| Belgique  | 77,2        | Montréal               | 89,3                      | 88,3 - 90,3                           |
| Royaume-Uni   | 74,3        | Sherbrooke             | 89,2                      | 86,9 - 91,5                           |
| Suède   | 73,5        | Toronto                | 88,3                      | 87,3 - 89,2                           |
| Espagne   | 69,8        | St. Catharines-Niagara | 88,2                      | 85,9 - 90,6                           |
| Finlande  | 67,1        | Edmonton               | 88,1                      | 86,6 - 89,7                           |
| Mexique   | 65,2        | Winnipeg               | 88,1                      | 86,7 - 89,5                           |
| République tchèque  | 62,2**      | Victoria               | 88,0                      | 85,8 - 90,3                           |
| Italie  | 60,6        | Ottawa-Hull            | 88,0                      | 86,5 - 89,4                           |
| Pologne   | 46,8        | Saskatoon              | 87,9                      | 85,5 - 90,3                           |
| Hongrie   | 43,2*       | Halifax                | 87,9                      | 86,0 - 89,9                           |
| Japon   | 40,6        | Vancouver              | 87,7                      | 86,8 - 88,6                           |
| Corée   | 36,6        | St. John's             | 87,7                      | 85,4 - 89,9                           |
|   |             | Kitchener              | 87,6                      | 85,7 - 89,5                           |
|   |             | Regina                 | 87,4                      | 84,8 - 90,0                           |
|   |             | Saint John             | 87,3                      | 84,3 - 90,4                           |
|   |             | Hamilton               | 86,8                      | 85,2 - 88,5                           |
|   |             | Oshawa                 | 86,4                      | 84,4 - 88,4                           |
|   |             | Windsor                | 84,6                      | 82,0 - 87,2                           |
|   |             | Thunder Bay            | 84,2                      | 81,5 - 87,0                           |
|   |             | Grand Sudbury          | 83,2                      | 80,4 - 85,9                           |

Note : \* Données de 2000, \*\* données de 2002.

Note : Les tendances culturelles via l'auto déclaration de santé peuvent représenter quelques différences entre les pays. Se servir de la comparaison des données de l'OCDE avec prudence.

Source: Données sur la santé de l'OCDE, 2003

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

## Chapitre 3

### Différences entre RMR sur le plan des facteurs liés au mode de vie et des problèmes de santé

Certains comportements liés au mode de vie peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé et le bien-être. On considère de façon générale que le fait pour une personne de modifier son comportement, soit de son propre chef soit en raison de lois ou de politiques publiques qui limitent ou empêchent les comportements en question, a pour effet d'améliorer les résultats en matière de santé associés aux choix de mode de vie qui comportent des risques. Le comportement de la personne peut également influencer sur des problèmes de santé comme l'obésité et l'hypertension. L'usage du tabac est l'un des comportements les mieux documentés qui sont fortement associés aux résultats en matière de santé. Outre l'usage du tabac, l'Organisation mondiale de la santé a identifié l'hypertension, l'obésité, la consommation abusive d'alcool et l'hypercholestérolémie comme facteurs de risque en ce qui a trait à l'espérance de vie dans les pays développés<sup>6</sup>.

#### Usage du tabac

Comme il a été mentionné ci-dessus, le rôle important joué par l'usage du tabac dans les décès prématurés et les problèmes de santé a été bien documenté. En 2000-2001, les RMR de Vancouver (15,5 %), de Victoria (17,8 %) et de Toronto (19,2 %) ont affiché les taux d'usage du tabac les plus faibles de toutes les régions métropolitaines (figure 1). Les RMR plus petites du Grand Sudbury (31,1 %), de Trois-Rivières (30,4 %) et de Chicoutimi-Jonquière (29,2 %), par contre, ont affiché certains des taux d'usage du tabac les plus élevés de toutes les régions métropolitaines au Canada.

#### Consommation abusive d'alcool

Selon certaines études, les effets liés à la consommation modérée d'une certaine quantité d'alcool peuvent être positifs; selon d'autres études, toutefois, la consommation abusive d'alcool a un effet définitivement négatif. Nous observons des différences entre les RMR quant à la fréquence de la consommation abusive d'alcool (c.-à-d. la consommation de cinq ou six verres en une seule occasion au moins 12 fois sur une année). La proportion de personnes faisant régulièrement une consommation abusive d'alcool était la plus élevée dans le Grand Sudbury (22,8 %), à St. John's (22,5 %), à Thunder Bay (21,1 %) et à Chicoutimi-Jonquière (20,9 %) (figure 2). De façon générale, les RMR qui affichaient les proportions les plus élevées d'habitants faisant une consommation abusive d'alcool étaient situées dans des régions plus petites de l'Ontario et du Québec, dans l'Est du Canada et dans les Prairies. La prévalence de cette activité était la plus faible à Toronto (10,8 %), suivie de Vancouver (12,0 %) et de Montréal (13,5 %), les trois les RMR les plus grandes.

#### Inactivité physique

On considère que l'inactivité physique durant les loisirs a des effets négatifs à court et à long terme sur la santé et le bien-être. On observe d'importantes différences entre les RMR quant à la proportion de personnes de 12 ans et plus qui sont physiquement inactives. En 2000-2001, les RMR comprenant la plus

6. Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Suisse : OMS.

faible proportion de personnes physiquement inactives étaient Victoria (35,5 %), Vancouver (37,7 %) et Thunder Bay (39,8 %) (figure 3). De façon générale, l'inactivité était la moins fréquente dans les RMR à l'ouest de l'Ontario ainsi que dans celles dans le Nord de l'Ontario. Les RMR comprenant la plus forte proportion de personnes physiquement inactives étaient Sherbrooke (60,2 %) et Chicoutimi–Jonquière (60,0 %).

## Obésité

On considère de façon générale que l'obésité (c.-à-d. un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30,0 tel que classifié par l'OMS) est un problème lié au mode de vie qui, dans la plupart des cas, peut être réglé en consommant des aliments plus sains et en faisant plus d'exercice. Malgré cela, des études récentes menées au Canada montrent que l'obésité est un problème croissant au Canada et qu'il peut avoir d'importantes répercussions sur la santé ainsi que sur le système de soins de santé<sup>7,8</sup>.

En 2000-2001, la proportion de personnes obèses de 20 à 64 ans était la plus élevée dans les RMR de Thunder Bay (19,8 %), Windsor (19,3 %) et Saskatoon (19,1 %) (figure 4). Parmi les RMR, les taux d'obésité les plus faibles ont été enregistrés à Victoria (9,8 %), à Sherbrooke (10,0 %), à Vancouver (10,1 %), à Québec (10,4 %) et à Chicoutimi–Jonquière (10,7 %) et ces taux étaient à peu près la moitié de ceux des RMR comprenant la plus forte proportion de personnes obèses.

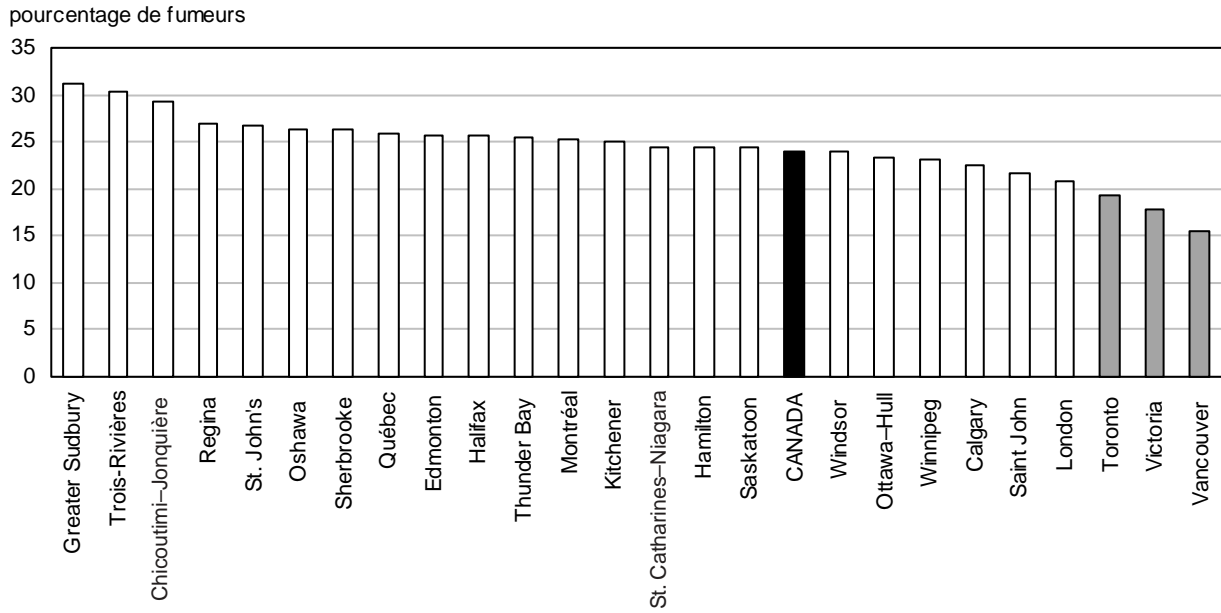
## Hypertension

Même si l'on n'observe pas de variations importantes de la proportion d'habitants, de 12 ans et plus chez lesquels un professionnel de la santé a posé le diagnostic d'hypertension, il convient de souligner certaines différences (figure 5). Par exemple, Saint John (16,3 %), le Grand Sudbury (16,2 %) et Hamilton (15,4 %) étaient au nombre des RMR qui ont affiché les taux d'hypertension les plus élevés tandis que Calgary (9,9 %), Saskatoon (9,9 %) et Vancouver (10,7 %) étaient au nombre de celles qui ont affiché les taux les plus faibles. Un grand nombre de RMR se situaient entre 11 % et 13 % pour ce qui est du diagnostic d'hypertension.

7. Gilmore, J. L'indice de masse corporelle et la santé. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 1999; 11(1) : p. 31 à 43.

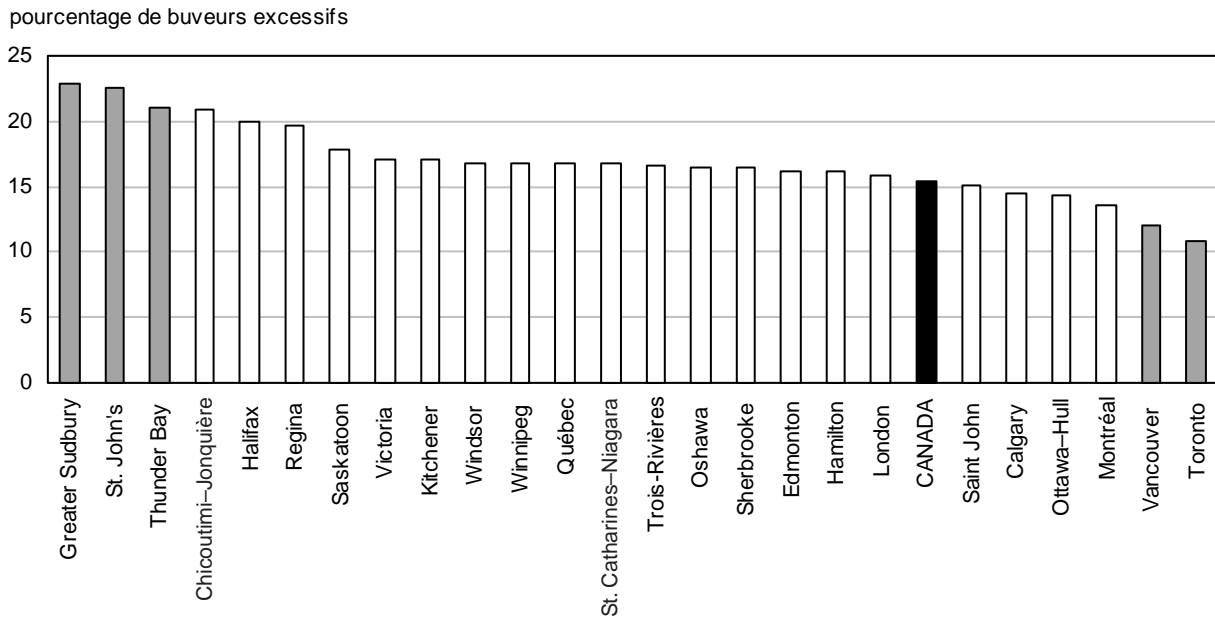
8. Birmingham, C.I., Muller, J.L., Palepu, A. et al. The cost of obesity in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999; 160 : p. 483 à 488.

**Figure 1 : Personnes de 12 ans et plus qui fument, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



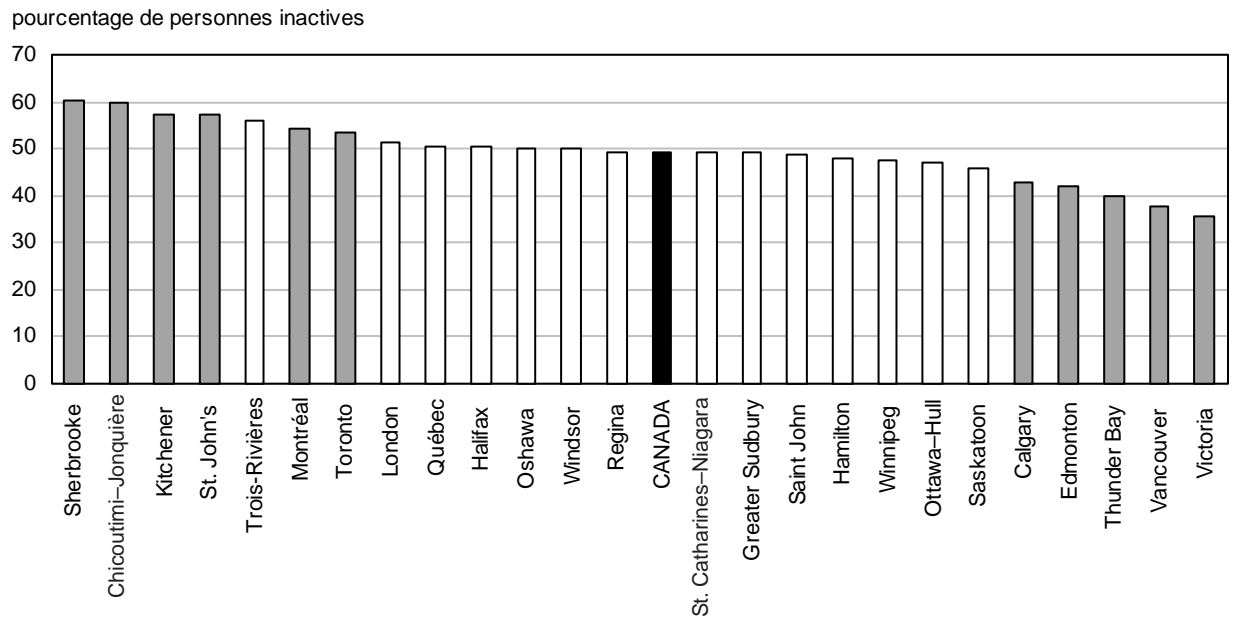
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs qui diffèrent de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

**Figure 2 : Pourcentage de buveurs excessifs de 12 ans et plus, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



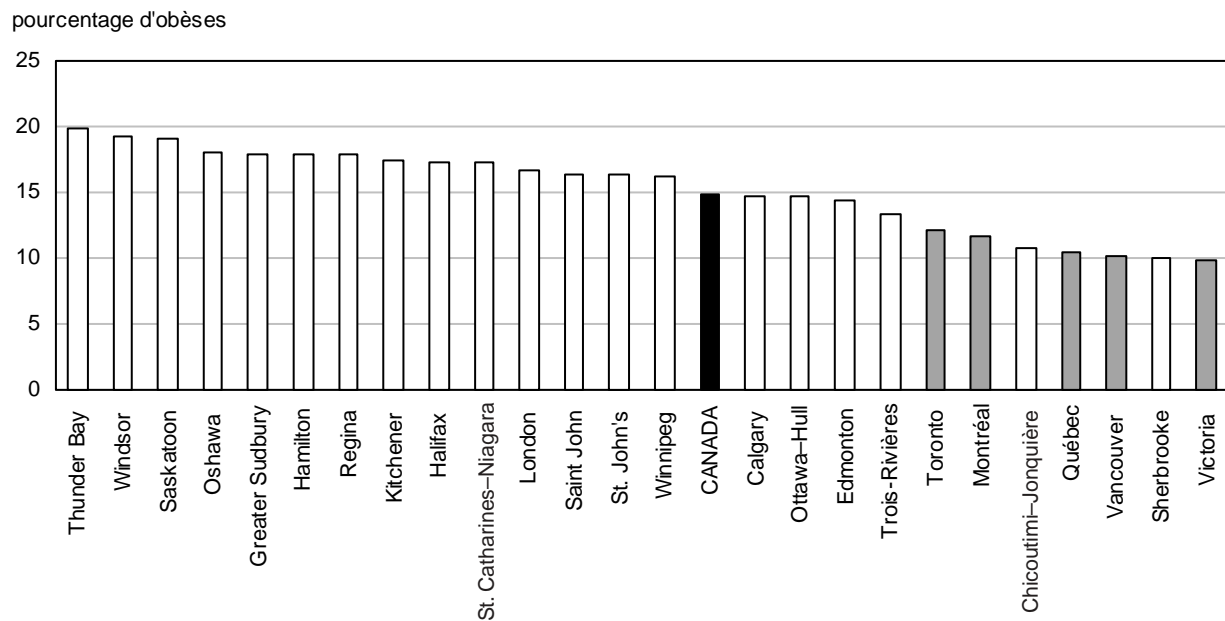
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

**Figure 3 : Pourcentage de personnes de 12 ans et plus physiquement inactives, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



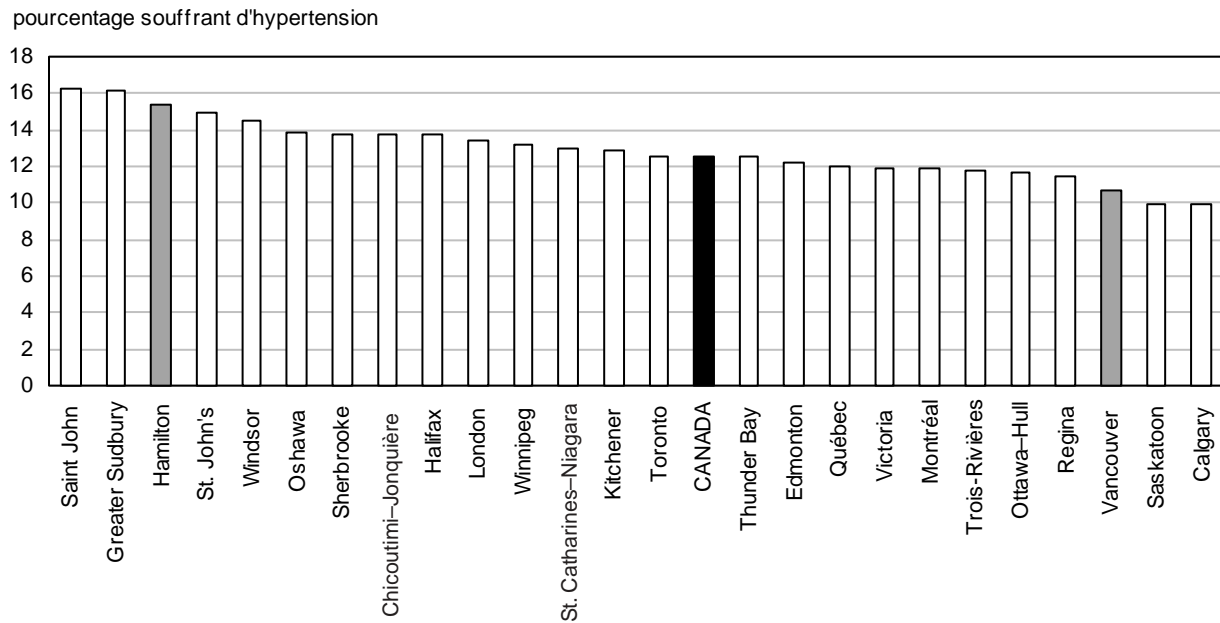
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5%. Les données figurent à l'annexe A.

**Figure 4 : Pourcentage de personnes obèses de 20 à 64 ans, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

**Figure 5 : Pourcentage de personnes de 12 ans et plus souffrant d'hypertension, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.



## Chapitre 4

### Différences entre RMR sur le plan des facteurs psychosociaux

D'après certaines études, il existerait une relation entre les facteurs psychosociaux et les résultats en matière de santé<sup>9,10</sup>. La dépression et le stress dans la vie quotidienne sont au nombre de ces facteurs qu'on peut examiner pour déterminer si cette relation existe dans leur cas.

#### Dépression

Nous n'observons que quelques différences entre RMR pour ce qui est de la prévalence de la dépression. Par exemple, St. John's a affiché un faible taux de prévalence de la dépression (4,9 %) et Victoria, un taux élevé (10,2 %) (figure 6). Toutefois, ni l'un ni l'autre de ces taux n'est significativement différent de la moyenne pour le Canada (7,1 %). La plupart des autres différences relevées entre les RMR n'étaient pas particulièrement significatives statistiquement.

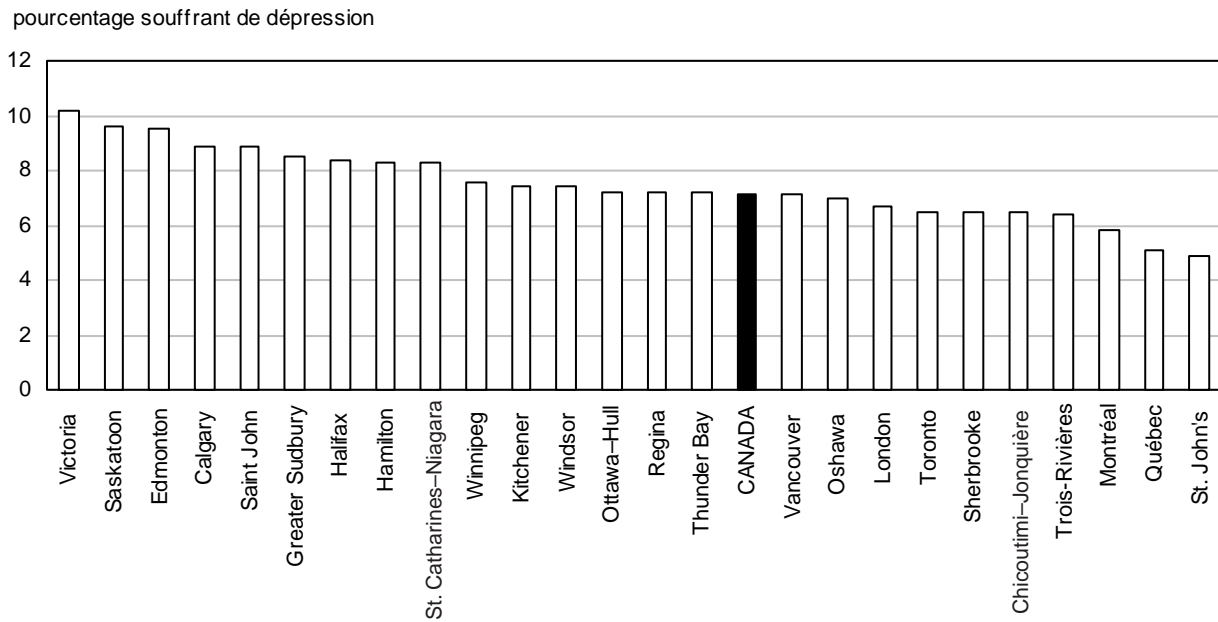
#### Stress dans la vie quotidienne

En ce qui a trait à la prévalence du stress dans la vie quotidienne chez les habitants des RMR, nous observons des différences marquées entre les régions métropolitaines où le niveau de stress dans la vie quotidienne est le plus faible et celles où il est le plus élevé. En 2000-2001, juste au-dessus d'un habitant de St. John's sur six (16,4 %) a déclaré avoir beaucoup de stress dans la vie quotidienne, comparative-ment à près de trois habitants de Québec, sur huit (33,0 %) (figure 7). Les RMR de Halifax et de Vancouver ont également affiché de faibles taux de stress dans la vie quotidienne tandis que certaines autres RMR au Québec et dans le sud de l'Ontario ont affiché des taux élevés.

9. Shields, Margot et Shooshtari, Shahin. Déterminants de l'autoévaluation de la santé. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2001; 13 (1) : p. 35 à 53.

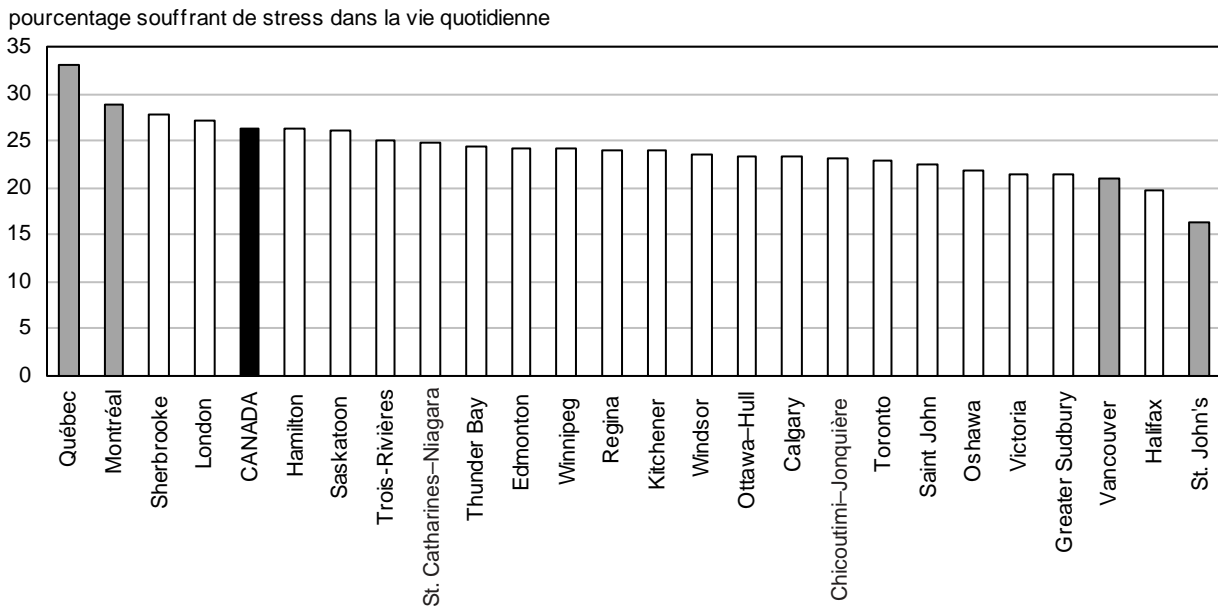
10. Shields, Margot. Stress, santé et bienfaits du soutien social. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2004; 15 (1) : p. 9 à 38.

**Figure 6 : Pourcentage de personnes de 12 ans et plus souffrant de dépression, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indique des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

**Figure 7 : Pourcentage de personnes de 18 ans et plus souffrant de stress dans la vie quotidienne, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indique des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

## Chapitre 5

### Différences entre RMR sur le plan des facteurs liés au système de santé

Dans certaines études récentes, les auteurs ont tâché de cerner les liens éventuels entre les caractéristiques du système de santé et la santé de la population<sup>11,12</sup>. Les trois variables du système de santé examinées ici sont les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé, le nombre d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

#### Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé

Nous constatons une assez grande variation entre RMR en ce qui a trait à la perception de leurs habitants d'avoir eu un besoin de soins de santé non satisfait durant l'année écoulée (que ce soit à cause de leurs propres choix ou d'un problème perçu avec le système de soins de santé lui-même). Les habitants de Québec étaient les moins susceptibles de déclarer avoir eu un besoin de soins de santé non satisfait durant l'année écoulée (7,6 %), tandis que les habitants de Windsor (18,7 %) et de Thunder Bay (17,1 %) étaient parmi ceux les plus susceptibles de déclarer un besoin de soins de santé non satisfait (figure 8).

#### Nombre de médecins pour 100 000 habitants / nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants

On considère en général que la présence de nombreux omnipraticiens et médecins de famille dans une région assure aux habitants un meilleur accès à ces services, ce qui leur permet de mieux éviter des résultats négatifs en matière de santé, d'obtenir un bon diagnostic ou de recevoir le traitement approprié pour une maladie existante. Le nombre d'omnipraticiens et médecins de famille pour 100 000 habitants varie fortement d'une RMR à l'autre; en 2001, St. Catharines–Niagara, Windsor et Oshawa avaient les taux les plus faibles d'omnipraticiens et médecins de famille pour 100 000 habitants (entre 60 et 61) tandis que Victoria (148) et Sherbrooke (161) avaient les taux les plus élevés parmi toutes les RMR (tableau 3).

Les tendances sont similaires en ce qui a trait au nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Kitchener (56 pour 100 000 habitants) suivie de St. Catharines–Niagara (60) ont affiché les taux les plus faibles de médecins spécialistes de toutes les RMR. Sherbrooke (216 pour 100 000 habitants) a affiché le taux le plus élevé de médecins spécialistes, suivie de loin par London (191).

Quelques résultats et non tous se trouvant dans les RMR sont surtout influencés par la présence des écoles de médecine. Par exemple, Sherbrooke, Québec et London ont tous des écoles de médecine, et ce qui explique partiellement la présence proportionnelle élevée d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants travaillant dans ces régions. Toutefois, Victoria qui contient aussi une haute proportion d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants n'a pas d'écoles de médecine.

11. Johansen, Helen et coll. Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; 13(2) : p. 35 à 47.

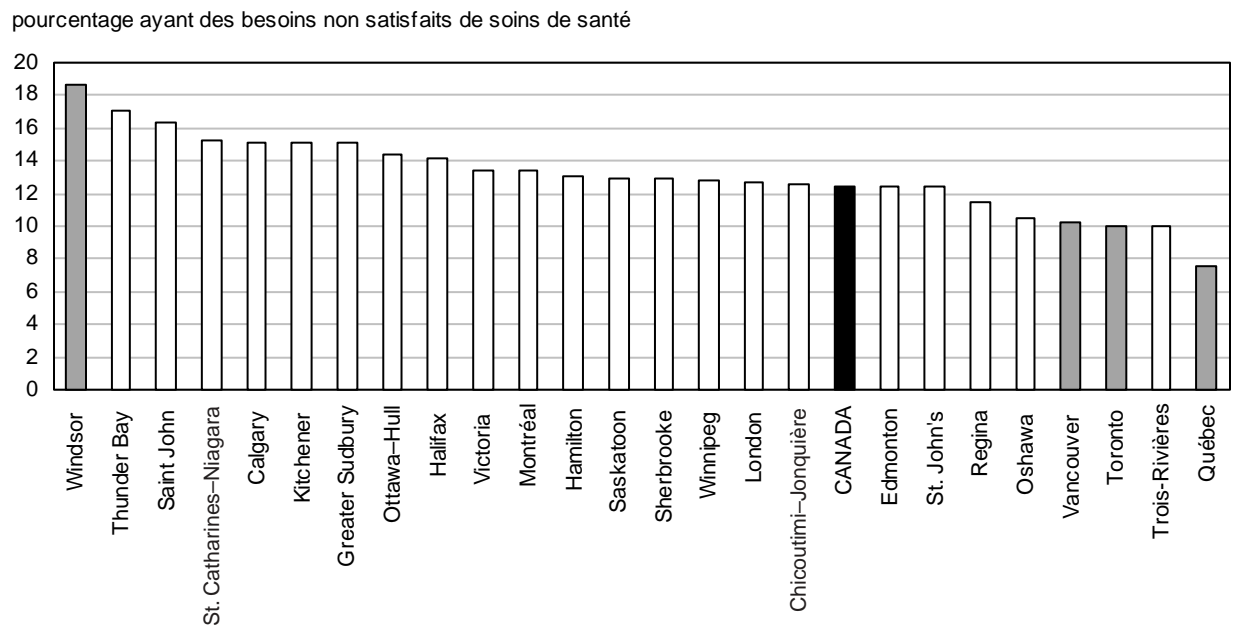
12. Sanmartin, Claudia et coll. Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; 13(3) : p. 15 à 22.

**Tableau 3: Nombre d'omnipraticiens / médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 habitants, selon la RMR, en ordre ascendant, 2001**

| RMR                    | Taux d'omnipraticiens /<br>médecins de famille | RMR                    | Taux de médecins<br>spécialistes |
|------------------------|--|------------------------|----------------------------------|
| <b>Canada</b>          | <b>95,0</b>                                    | <b>Canada</b>          | <b>93,0</b>                      |
| St. Catharines–Niagara | 60,0   | Kitchener              | 55,6                             |
| Windsor                | 60,5   | St. Catharines–Niagara | 59,5                             |
| Oshawa                 | 61,3   | Oshawa                 | 61,3                             |
| Kitchener              | 75,5   | Windsor                | 73,0                             |
| Greater Sudbury        | 82,3   | Chicoutimi–Jonquière   | 79,4                             |
| Hamilton               | 84,9   | Thunder Bay            | 92,3                             |
| Thunder Bay            | 88,3   | Regina                 | 93,4                             |
| Calgary                | 90,3   | Greater Sudbury        | 100,2                            |
| Toronto                | 90,6   | Saint John             | 108,5                            |
| Edmonton               | 94,7   | Calgary                | 109,5                            |
| Winnipeg               | 94,9   | Toronto                | 110,8                            |
| London                 | 97,3   | Trois-Rivières         | 115,9                            |
| Chicoutimi–Jonquière   | 97,7   | Vancouver              | 116,4                            |
| Trois-Rivières         | 98,2   | Edmonton               | 116,8                            |
| Saint John             | 99,1   | Victoria               | 122,0                            |
| Montréal               | 104,3  | Winnipeg               | 135,5                            |
| Vancouver              | 108,2  | Montréal               | 137,1                            |
| Ottawa–Hull            | 111,7  | Ottawa–Hull            | 139,6                            |
| Saskatoon              | 116,3  | Hamilton               | 140,5                            |
| Regina                 | 120,1  | Saskatoon              | 154,4                            |
| Halifax                | 124,2  | St. John's             | 161,2                            |
| St. John's             | 127,7  | Québec                 | 180,1                            |
| Québec                 | 142,7  | Halifax                | 183,2                            |
| Victoria               | 148,1  | London                 | 191,4                            |
| Sherbrooke             | 160,7  | Sherbrooke             | 216,3                            |

Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données médicales Southam.

**Figure 8: Pourcentage de personnes de 12 ans et plus ayant des besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

## Chapitre 6

### Tendances régionales en matière de santé dans les RMR

**N**ous observons certaines tendances régionales en matière de santé dans les RMR. Certaines de ces tendances sont plus éminentes que d'autres mais toutes méritent d'être examinées.

#### RMR de la région de l'Atlantique

Les RMR dans la région de l'Atlantique se ressemblent à certains égards. En particulier, dans toutes trois l'espérance de vie est inférieure à la moyenne pour le Canada. Toutes trois ont affiché une proportion de personnes souffrant d'hypertension supérieure à la moyenne pour le Canada et une proportion de personnes souffrant de stress dans la vie quotidienne inférieure à la moyenne pour le Canada. En outre, Halifax et St. John's ont enregistré une proportion de fumeurs et de buveurs excessifs supérieure à la moyenne pour le Canada.

#### RMR au Québec

À Montréal et à Québec, l'espérance de vie était à peu près égale à la moyenne pour le Canada, mais dans les autres trois RMR, elle était inférieure à la moyenne nationale. Comparativement aux taux nationaux, toutes les RMR avaient une forte proportion de personnes qui évaluaient leur santé comme étant bonne, mais des taux d'usage du tabac et d'inactivité physique plus élevés. La plupart des RMR au Québec avaient une proportion inférieure à la moyenne de personnes obèses et souffrant de dépression mais une proportion supérieure à la moyenne de personnes souffrant de stress dans la vie quotidienne.

#### RMR en Ontario

Nous observons certaines différences importantes sur le plan de la santé entre les RMR dans le Sud et celles dans le Nord de l'Ontario. Dans la plupart des RMR dans le Sud et l'Est de l'Ontario, l'espérance de vie et la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne étaient élevées mais dans les deux RMR dans le Nord de l'Ontario (le Grand Sudbury et Thunder Bay), les proportions étaient inférieures à la moyenne. Le taux de consommation abusive d'alcool était plus élevé dans ces deux régions métropolitaines comparativement au taux moyen pour le Canada et à celui affiché par la plupart des autres RMR en Ontario; toutefois, le taux d'inactivité physique dans ces deux RMR était plus faible que celui dans la plupart des RMR dans le Sud de l'Ontario et que le taux national. La plupart des RMR en Ontario semblent afficher un taux d'obésité élevé, sauf Toronto et Ottawa–Hull. Les taux d'omnipraticiens/médecins de famille semblent être faibles dans la plupart des RMR en Ontario comparativement au taux pour le Canada et à ceux dans d'autres RMR à l'extérieur de l'Ontario. Toutefois, les taux de médecins spécialistes pour 100 000 habitants à London, Hamilton et Ottawa–Hull était supérieur au taux national.

## **Manitoba et Saskatchewan dans la région des Prairies**

Dans les trois RMR de la région des Prairies, soit Winnipeg, Regina et Saskatoon, l'espérance de vie est inférieure à la moyenne pour le Canada (mais d'un an seulement) et la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne correspond à peu près au taux national. La proportion d'habitants de ces RMR qui font une consommation abusive d'alcool est légèrement plus élevée que la moyenne nationale, de même que la proportion de personnes obèses. Regina et Saskatoon ont des taux d'omnipraticiens/médecins de famille pour 100 000 habitants grandement au-dessus à la moyenne pour le Canada tandis que Winnipeg et Saskatoon ont des taux de médecins spécialistes pour 100 000 habitants bien au-dessus du taux national.

## **RMR en Alberta**

Dans les RMR de Calgary et d'Edmonton en Alberta, l'espérance de vie est supérieure à la moyenne nationale. Les taux d'inactivité physique durant les loisirs sont inférieurs aux taux pour le Canada tandis que la prévalence de la dépression est légèrement plus élevée que la moyenne nationale. Les taux d'omnipraticiens/médecins de famille pour 100 000 habitants dans ces deux RMR sont inférieurs à la moyenne nationale, tandis que les taux de médecins spécialistes pour 100 000 habitants sont supérieurs.

## **RMR en Colombie-Britannique**

Les deux RMR de la Colombie-Britannique, soit Vancouver et Victoria, sont parmi celles au Canada où l'espérance de vie est la plus élevée et la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne est égale à la moyenne nationale. Comparativement aux chiffres nationaux, ces deux RMR ont des taux plus faibles d'usage du tabac, d'inactivité physique et d'obésité. Dans l'une et l'autre, le taux d'omnipraticiens/médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 habitants est relativement élevé.

## Chapitre 7

### Différences entre RMR sur les plans socioéconomique et sociodémographique

Les conditions socioéconomiques influent sur les résultats en matière de santé. Les indicateurs traditionnels des conditions socioéconomiques comprennent la scolarité, le revenu et le chômage. La composition démographique peut également jouer un rôle sur le plan de la santé de la population. Selon des recherches antérieures menées au Canada, par exemple, l'immigration a une forte incidence positive sur la santé de la population, particulièrement lorsqu'il s'agit de nouveaux immigrants<sup>13,14</sup>. La population autochtone et la structure par âge globale ont également été mentionnées comme facteurs ayant une incidence sur l'état de santé général d'une population.

#### Études postsecondaires

Au niveau individuel, les Canadiens ayant fait des études postsecondaires jouissent de façon générale, d'une meilleure santé que les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur. Le nombre d'habitants de ces RMR qui sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires varie fortement, ce qui peut être attribuable en partie aux possibilités d'emploi (ou à l'absence de telles possibilités) associées à leur domaine d'études postsecondaires. Autrement dit, s'il y a de bonnes possibilités de travail dans une RMR, les Canadiens peuvent déménager dans cette RMR ou y rester; inversement, s'il n'y a pas d'emploi dans leur domaine d'études dans une RMR, ils sont moins susceptibles d'y rester. En 2001, 45 % des habitants d'Ottawa–Hull de 25 à 54 ans étaient diplômés d'un établissement d'enseignement postsecondaire, le pourcentage le plus élevé de toutes les RMR. Ottawa–Hull est suivie de Toronto, Victoria, Calgary, Halifax et Vancouver, où environ 40 % des habitants sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (voir le tableau 4). Au bas de l'échelle, 28 % des habitants de 25 à 54 ans de St. Catharines–Niagara avaient obtenu un diplôme d'un établissement d'enseignement postsecondaire, suivie du Grand Sudbury (28,5 %), de Chicoutimi–Jonquière et de Saint John (toutes deux à 29,3 %).

#### Taux de chômage

Comme dans le cas des titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, les taux de chômage chez les personnes de 15 ans et plus varient d'une région métropolitaine à l'autre. En 2001, ces taux allaient de 4,5 % à Calgary à 11,2 % à Chicoutimi–Jonquière.

#### Revenu

Même si, de façon générale, il y a d'assez fortes associations entre la scolarité et le revenu, il est intéressant de signaler certaines différences entre RMR fondées sur diverses mesures du revenu. Comme le montre le tableau 4, le revenu familial moyen est élevé dans de nombreuses RMR en Ontario mais faible dans de nombreuses RMR au Québec.

13. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E. L'espérance de vie selon le statut d'immigrant. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1996; 8(3) : p. 29 à 38.

14. Pérez, C. État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. *Supplément aux Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; 13 : p. 89 à 100.



Certains chercheurs ont établi des liens entre l'inégalité du revenu et la santé dans les villes. Comme l'ont montré d'autres études menées au Canada, la part moyenne du revenu (voir l'Annexe C : définitions) ne varie pas beaucoup d'une région infraprovinciale à l'autre au Canada, surtout comparativement aux villes aux États-Unis<sup>15</sup>. Néanmoins, il vaut la peine de souligner que les habitants d'Oshawa avaient une part médiane du revenu plus élevée (24,8 %) comparativement aux habitants de Toronto (20,2 %) et de Trois-Rivières (20,6 %). La plupart des autres RMR avaient à peu près les mêmes parts médianes du revenu.

### **Population des immigrants**

Comme il a été mentionné plus haut, une forte proportion d'immigrants (particulièrement de nouveaux immigrants) peut avoir une incidence positive importante sur la santé d'une collectivité. Toronto a de loin la plus forte proportion d'immigrants de toutes les RMR, avec 43,7 % de citoyens étant nés à l'extérieur du Canada (voir le tableau 4). Vient ensuite Vancouver, où 37,5 % de citoyens sur huit sont nés ailleurs. La proportion d'immigrants baisse rapidement ensuite, Hamilton se classant au troisième rang avec 23,6 %. On trouve les proportions les plus faibles dans certaines RMR au Québec à l'extérieur de Montréal, comme Chicoutimi–Jonquière (0,9 %), Trois-Rivières (1,5 %) et la ville de Québec (2,9 %), ainsi que St. John's (2,9 % également).

### **Population autochtone**

Selon certaines études infranationales menées récemment au Canada<sup>16,17,18,19</sup>, la population autochtone a une mauvaise santé en ce qui a trait aux résultats en matière de santé tels que l'espérance de vie et l'autoévaluation de la santé comme étant mauvaise. Toutefois, comme la plupart de la population autochtone vit dans des régions rurales ou dans des régions urbaines situées à l'extérieur de grandes villes<sup>20</sup>, les résultats de ces études récentes ne sont peut-être pas tout à fait pertinents pour la présente analyse. En 2001, Regina (9,1 %), Winnipeg (8,4 %) et Saskatoon (8,3 %) affichaient les proportions les plus élevées d'Autochtones parmi toutes les RMR; les 11 autres RMR avaient une population autochtone de 1 % ou moins. Il reste à déterminer, toutefois, la mesure dans laquelle l'espérance de vie dans les trois régions des Prairies, qui dans chacune est inférieure à la moyenne nationale, est attribuable à une population autochtone relativement importante.

15. Ross, N., Wolfson, M., Berthelot, J.-M. L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1999; 11(3) : 85-91.

16. Shields, M. et Tremblay, S. La santé dans les collectivités canadiennes. *Supplément aux Rapports sur santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; 13 : p. 9-32.

17. Gilmore, J., Wannell, B. Espérance de vie. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1999; 11(3) : p. 9 à 24.

18. Tjepkema, Michael. "The health of the off-reserve Aboriginal population". Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Supplement to Health Reports*, 13: 73-88.

19. Allard, Yvon, Wilkins, Russell et Berthelot, Jean-Marie. Mortalité prématurée dans les régions socio-sanitaires à forte population autochtone. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2004; 15(1) : p. 51 à 62.

20. Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, Recensement de 2001*. Série analyses, n° 96F0030XIF001007 au catalogue, janvier 2003.

**Tableau 4 : Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques, selon la RMR, en ordre descendant d'espérance de vie**

|                        | Titulaires<br>d'un diplôme<br>d'études<br>post-<br>secondaires,<br>25 à 54 ans<br>2001 | Taux de<br>chômage,<br>2001 | Part<br>médiane<br>du revenu,<br>2001<br>(données<br>de 2000) | Revenu<br>familial<br>moyen du<br>ménage,<br>2001<br>(données<br>de 2000) | Populatio<br>des immi-<br>grants, 2001 | Population<br>autochtone,<br>2001 |
|------------------------|--|-----------------------------|---|---|--|-----------------------------------|
|                        | %  | %                           | \$  | %   | %                                      | %                                 |
| Vancouver              | 39,6   | 6,6                         | 23,7  | 70,196  | 37,5                                   | 1,9                               |
| Toronto                | 40,2   | 6,3                         | 20,2  | 81,245  | 43,7                                   | 0,4                               |
| Victoria               | 40,1   | 8,1                         | 22,4  | 66,594  | 18,8                                   | 2,8                               |
| Calgary                | 39,9   | 4,5                         | 21,7  | 81,999  | 20,9                                   | 2,3                               |
| Edmonton               | 34,2   | 4,9                         | 22,5  | 70,308  | 17,8                                   | 4,4                               |
| Québec                 | 39,0   | 7,8                         | 22,1  | 61,733  | 2,9                                    | 0,6                               |
| Kitchener              | 32,6   | 6,2                         | 23,0  | 73,159  | 22,1                                   | 0,8                               |
| Ottawa–Hull            | 45,0   | 6,3                         | 21,9  | 80,849  | 17,6                                   | 1,3                               |
| Montréal               | 36,7   | 8,2                         | 22,0  | 64,461  | 18,4                                   | 0,3                               |
| Hamilton               | 33,8   | 6,1                         | 21,3  | 73,364  | 23,6                                   | 1,1                               |
| Oshawa                 | 31,8   | 5,6                         | 24,8  | 75,212  | 15,7                                   | 1,0                               |
| Saskatoon              | 34,3   | 6,2                         | 21,6  | 62,898  | 7,6                                    | 9,1                               |
| Sherbrooke             | 32,1   | 9,7                         | 21,4  | 55,746  | 4,6                                    | 0,2                               |
| Halifax                | 39,8   | 7,0                         | 21,9  | 64,913  | 6,9                                    | 1,0                               |
| London                 | 35,5   | 6,4                         | 21,4  | 69,463  | 18,8                                   | 1,3                               |
| Windsor                | 30,9   | 6,7                         | 21,1  | 75,122  | 22,3                                   | 1,3                               |
| Trois-Rivières         | 34,9   | 7,8                         | 20,6  | 54,409  | 1,5                                    | 0,5                               |
| St. Catharines–Niagara | 28,0   | 6,3                         | 22,4  | 63,748  | 17,8                                   | 1,3                               |
| Saint John             | 29,3   | 9,5                         | 21,4  | 58,558  | 3,8                                    | 0,8                               |
| Winnipeg               | 32,8   | 5,1                         | 22,0  | 64,422  | 10,3                                   | 8,4                               |
| Regina                 | 31,9   | 5,5                         | 22,3  | 66,663  | 7,4                                    | 8,3                               |
| Chicoutimi–Jonquière   | 29,3   | 11,2                        | 22,2  | 56,057  | 0,9                                    | 0,8                               |
| St. John's             | 33,1   | 9,1                         | 21,7  | 61,167  | 2,9                                    | 0,7                               |
| Thunder Bay            | 31,1   | 8,0                         | 21,9  | 66,759  | 11,1                                   | 6,8                               |
| GrandSudbury           | 28,5   | 8,7                         | 21,0  | 63,973  | 7,0                                    | 4,8                               |

Sources : Statistique Canada – Recensement (2001), Enquête sur la population active (2002).

## Chapitre 8

### Comprendre les différences entre RMR sur le plan des résultats en matière de santé

Dans les sections précédentes, nous avons examiné les différences entre les RMR sur le plan des résultats en matière de santé et des écarts dans l'état de santé. Dans la présente section, nous examinons la relation entre les résultats en matière de santé et les caractéristiques de l'état de santé afin de mieux comprendre pourquoi les RMR diffèrent sur le plan des résultats en matière de santé. Notre analyse est forcément limitée, puisque les données ne portent que sur 25 RMR. Le tableau 5 montre les corrélations par paires entre les résultats en matière de santé (espérance de vie et autoévaluation de la santé) et les caractéristiques liées à la santé.

Dans la plupart des cas, la relation entre les comportements influant sur la santé et l'état de santé sont ceux auxquels on pourrait s'attendre, une plus faible incidence d'usage du tabac, de consommation abusive d'alcool, d'obésité et d'hypertension étant lié à une espérance de vie plus élevée. Parmi ces facteurs, seules l'obésité et l'hypertension étaient liées à une autoévaluation de la santé comme étant moins bonne. Parmi les facteurs psychosociaux, ni la dépression ni le stress dans la vie quotidienne n'étaient liés à une plus faible espérance de vie au niveau de la RMR. La relation positive inattendue entre le stress dans la vie quotidienne et l'autoévaluation de la santé est attribuable, nous le montrons, à une seule observation aberrante. Cette dernière éliminée, la corrélation n'est plus significativement différente de zéro.

L'espérance de vie était positivement associée à la part de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, au revenu moyen du ménage et à la part de la population composée d'immigrants. Les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé étaient liés de façon significative à des taux d'évaluation de la santé positivement moins bonne. La présence d'omnipraticiens/médecins de famille et de médecins spécialistes était positivement associée à une bonne autoévaluation de la santé, mais n'a aucune corrélation avec l'espérance de vie. Aucune corrélation n'a été observée entre les caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques et l'autoévaluation de la santé. Bien entendu, cela ne veut pas dire que ces facteurs non corrélés ne sont pas associés à la santé, mais plutôt que la présente analyse limitée n'a pas révélé de lien significatif. Les diagrammes de dispersion montrant la relation entre l'espérance de vie et les variables corrélées de façon significative à l'espérance de vie sont présentés aux figures 9 à 15.

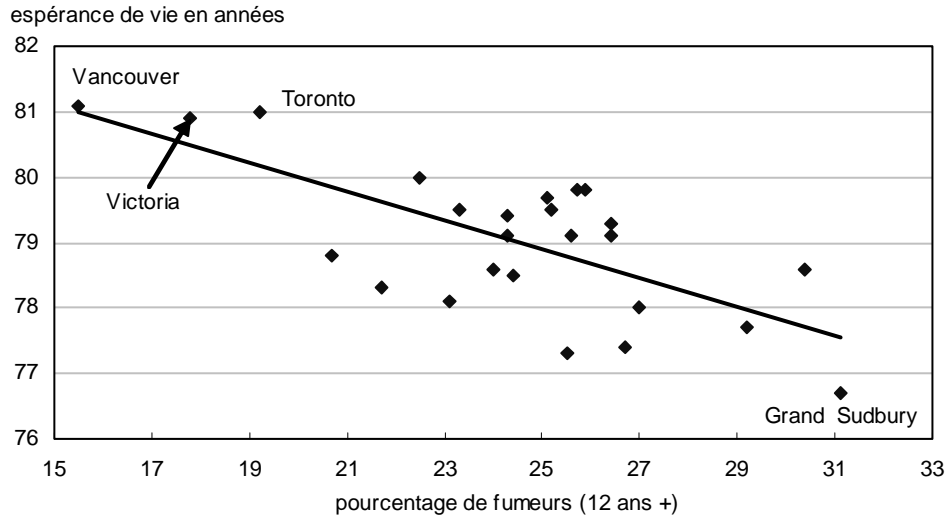
**Tableau 5: Corrélations par paires entre les résultats en matière de santé et les caractéristiques de l'état de santé**

|  | Espérance<br>de vie | Proportion de la population qui évalue<br>la santé comme étant bonne ou moins bonne |
|--|---------------------|---|
| Comportements influants sur la santé                                 |                     |   |
| Usage du tabac (12 ans +)  | -0.710**            | -0.084  |
| Consommation abusive d'alcool (12 ans +)                             | -0.808**            | -0.350  |
| Inactivité physique (12 ans +)                                       | -0.344              | 0.291   |
| États de santé   |                     |   |
| Obésité (IMC>30,0) (20 à 64 ans)                                     | -0.523**            | -0.637**  |
| Hypertension (12 ans +)  | -0.520**            | -0.444*   |
| Facteurs psychosociaux   |                     |   |
| Dépression (12 ans +)  | 0.165               | -0.306  |
| Stress dans la vie quotidienne (18 ans +)                            | 0.163               | 0.438*  |
| Caractéristiques du système de santé                                 |                     |   |
| Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé (12 ans +)     | -0.365              | -0.565**  |
| Nombre d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants | 0.179               | 0.417*  |
| Nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants               | 0.108               | 0.402*  |
| Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques             |                     |   |
| Titulaires de diplôme d'études postsecondaires, 25 à 54 ans, 2001    | 0.711**             | 0.394   |
| Taux de chômage, 2001  | -0.267              | 0.051   |
| Part médiane du revenu, 2001 (données de 2000)                       | 0.230               | -0.028  |
| Revenu familial moyen du ménage, 2001 (donnée de 2000)               | 0.493*              | -0.212  |
| Population des immigrants, 2001                                      | 0.695**             | -0.129  |
| Population autochtone, 2001  | -0.308              | -0.343  |

\* Indique que la corrélation est significativement différente de zéro au niveau de 5 %.

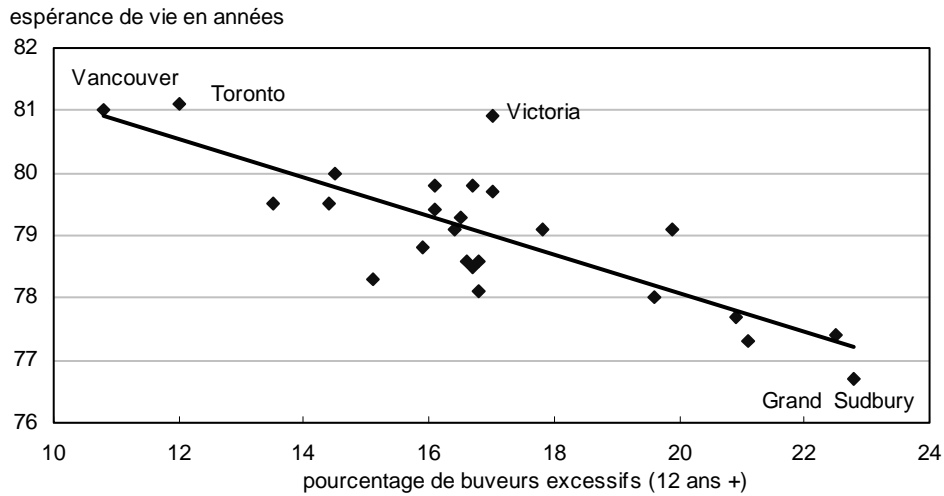
\*\* Indique que la corrélation est significativement différente de zéro au niveau de 5 %, basée sur 25 observations.

**Figure 9 : Espérance de vie et usage du tabac**



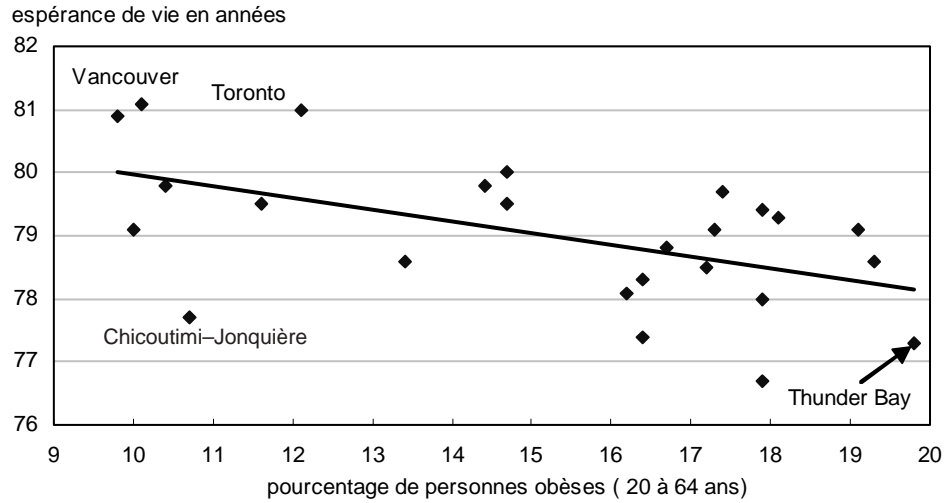
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

**Figure 10 : Espérance de vie et consommation abusive d'alcool**



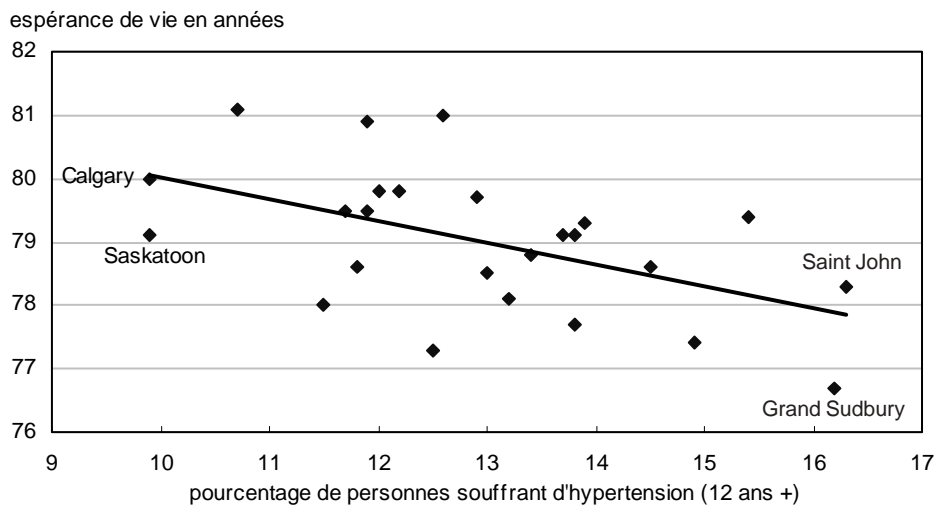
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

**Figure 11 : Espérance de vie et obésité**



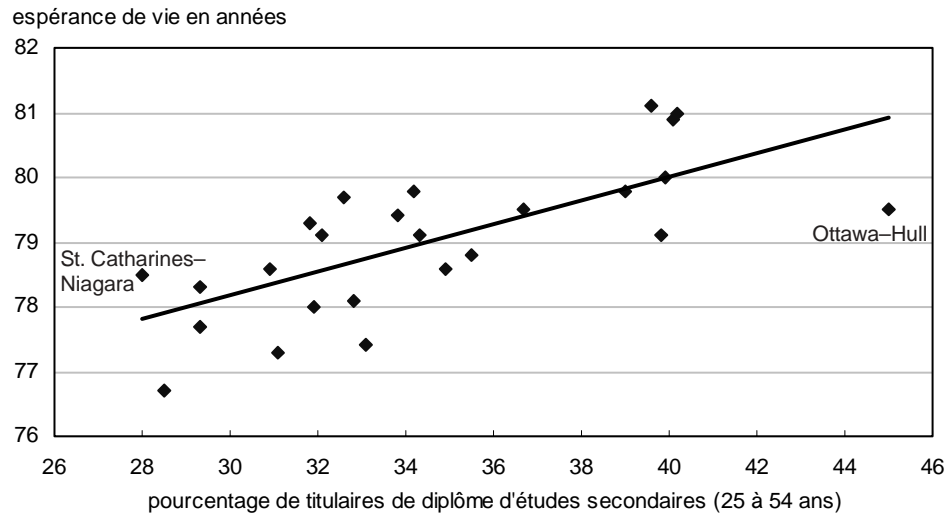
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

**Figure 12 : Espérance de vie et hypertension**



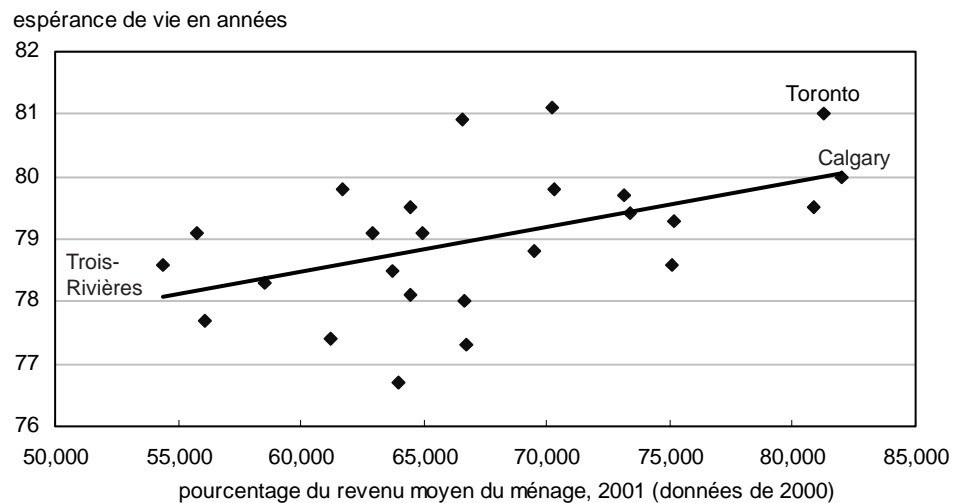
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

**Figure 13 : Espérance de vie et pourcentage de titulaires d'un diplôme d'études secondaires**



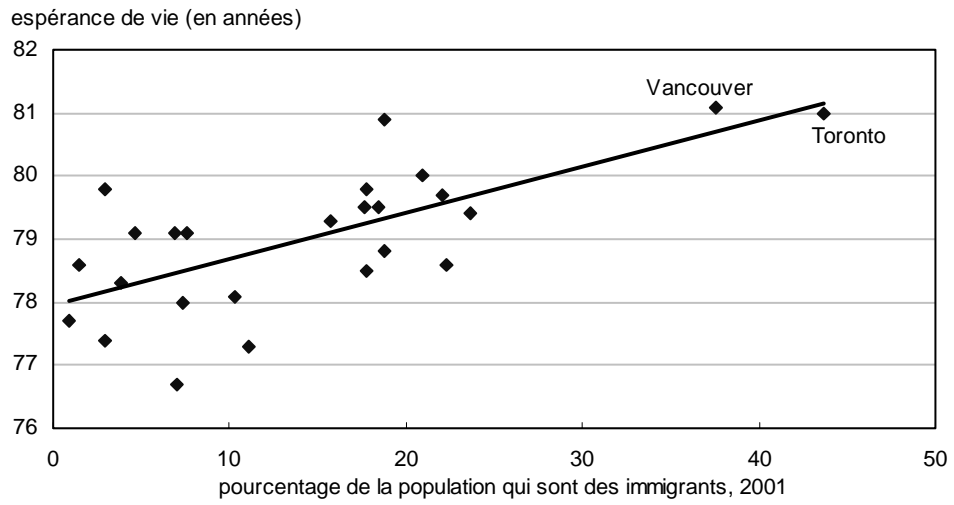
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Recensement de 2001, le taux standardisé selon l'âge.

**Figure 14 : Espérance de vie et revenu moyen du ménage**



Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Recensement de 2001.

**Figure 15 : Espérance de vie et la proportion de la population immigrante**



Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Recensement de 2001.



## Chapitre 9

### Conclusion

**D**ans le présent rapport, nous nous sommes fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 ainsi que sur certaines autres sources de données pour fournir un aperçu de la santé au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR). Les conclusions reflètent la diversité des problèmes de santé dans les régions métropolitaines du Canada.

Deux principales conclusions se dégagent de la présente analyse. En premier lieu, nous constatons qu'il y a des différences sensibles entre les RMR sur le plan des résultats en matière de santé tels que l'espérance de vie et l'autoévaluation de la santé comme étant bonne ou excellente. Il est bien connu que les pays diffèrent grandement quant à l'espérance de vie de leurs habitants; la présente étude montre que les régions métropolitaines au Canada diffèrent tout autant à cet égard. La fourchette de l'espérance de vie est presque aussi large dans les RMR au Canada que dans les 22 pays membres de l'OCDE.

La deuxième conclusion qui se dégage est que bon nombre des grandes régions urbaines au Canada diffèrent sur les plans du mode de vie et des comportements liés à la santé, des problèmes de santé et des besoins/de la disponibilité de soins de santé. Nous examinons plusieurs indicateurs de la santé et le système de santé et constatons qu'ils varient d'une RMR à l'autre. Intéressants en soi, ces indicateurs peuvent également être utilisés aux fins d'études futures, pour permettre de mieux comprendre les différences entre les résultats en matière de santé dans les RMR au Canada.

Le présent rapport comprend une analyse de base du lien entre certains indicateurs de la santé et les résultats en matière de santé au niveau de la RMR qui permet de mieux comprendre ces différences importantes sur le plan des résultats en matière de santé entre les RMR. Les données montrent une corrélation négative entre l'espérance de vie et le taux d'usage du tabac, de consommation abusive d'alcool, d'obésité et d'hypertension, et une corrélation positive entre l'espérance de vie et la part de la population de la RMR que représentent les titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, le revenu familial moyen du ménage et la part de la population que représentent les nouveaux immigrants. Il importe de souligner que cela ne veut pas dire que d'autres facteurs ne sont pas des déterminants importants de la santé, mais seulement que nous n'avons pas constaté de corrélation entre eux et l'espérance de vie mesurée au niveau de la RMR au Canada.

## Annexe A: Comparaison du Canada et des RMR, certaines caractéristiques

|                        | Résultats en matière de santé |  | Facteurs liés au mode de vie |  |                                | Problèmes de santé              |                         | Facteurs psychosociaux |   | Système de santé                                    |
|------------------------|-------------------------------|--|------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------------|---|---|
|                        | Espérance de vie (années)     | Auto-évaluation de la santé (12 ans +) | Usage du tabac (12 ans +)    | Consommation abusive d'alcool (12 ans +) | Inactivité physique (12 ans +) | Obésité (IMC3 0,0 (20 à 64 ans) | Hypertension (12 ans +) | Dépression (12 ans +)  | Stress dans la vie quotidienne (18 ans +) | Besoins non satisfaits de soins de santé (12 ans +) |
|                        | (years)                       | %                                      | %                            | %  | %                              | %                               | %                       | %                      | %   | %   |
| <b>CANADA</b>          | <b>79,4</b>                   | <b>88,0</b>                            | <b>24,0</b>                  | <b>15,4</b>                              | <b>49,1</b>                    | <b>14,9</b>                     | <b>12,6</b>             | <b>7,1</b>             | <b>26,4</b>                               | <b>12,5</b>   |
| Vancouver              | 81,1 †                        | 87,8                                   | 15,5 †                       | 12,0 †                                   | 37,7 †                         | 10,1 †                          | 10,7 †                  | 7,1                    | 21,1 †                                    | 10,3 †  |
| Toronto                | 81,0 †                        | 88,3                                   | 19,2 †                       | 10,8 †                                   | 53,3 ↓                         | 12,1 †                          | 12,6                    | 6,5                    | 23,0                                      | 10,0 †  |
| Victoria               | 80,9 †                        | 88,0                                   | 17,8 †                       | 17,0                                     | 35,5 †                         | 9,8 †                           | 11,9                    | 10,2                   | 21,5                                      | 13,4  |
| Calgary                | 80,0                          | 90,4                                   | 22,5                         | 14,5                                     | 42,8 †                         | 14,7                            | 9,9                     | 8,9                    | 23,3                                      | 15,1  |
| Edmonton               | 79,8                          | 88,1                                   | 25,7                         | 16,1                                     | 41,8 †                         | 14,4                            | 12,2                    | 9,5                    | 24,2                                      | 12,5  |
| Québec                 | 79,8                          | 91,6 †                                 | 25,9                         | 16,7                                     | 50,5                           | 10,4 †                          | 12,0                    | 5,1                    | 33,0 ↓                                    | 7,6 †   |
| Kitchener              | 79,7                          | 87,6                                   | 25,1                         | 17,0                                     | 57,3 ↓                         | 17,4                            | 12,9                    | 7,4                    | 23,9                                      | 15,1  |
| Ottawa–Hull            | 79,5                          | 88,0                                   | 23,3                         | 14,4                                     | 47,0                           | 14,7                            | 11,7                    | 7,2                    | 23,4                                      | 14,4  |
| Montréal               | 79,5                          | 89,3                                   | 25,2                         | 13,5                                     | 54,3 ↓                         | 11,6 †                          | 11,9                    | 5,8                    | 28,9 ↓                                    | 13,4  |
| Hamilton               | 79,4                          | 86,9                                   | 24,3                         | 16,1                                     | 47,9                           | 17,9                            | 15,4 ↓                  | 8,3                    | 26,2                                      | 13,0  |
| Oshawa                 | 79,3                          | 86,4                                   | 26,4                         | 16,5                                     | 50,1                           | 18,1                            | 13,9                    | 7,0                    | 21,9                                      | 10,5  |
| Saskatoon              | 79,1                          | 87,9                                   | 24,3                         | 17,8                                     | 45,9                           | 19,1                            | 9,9                     | 9,6                    | 26,0                                      | 12,9  |
| Sherbrooke             | 79,1                          | 89,2                                   | 26,4                         | 16,4                                     | 60,2 ↓                         | 10,0                            | 13,8                    | 6,5                    | 27,8                                      | 12,9  |
| Halifax                | 79,1                          | 87,9                                   | 25,6                         | 19,9                                     | 50,5                           | 17,3                            | 13,7                    | 8,4                    | 19,7                                      | 14,1  |
| London                 | 78,8                          | 90,0                                   | 20,7                         | 15,9                                     | 51,4                           | 16,7                            | 13,4                    | 6,7                    | 27,2                                      | 12,7  |
| Windsor                | 78,6                          | 84,6                                   | 24,0                         | 16,8                                     | 49,9                           | 19,3                            | 14,5                    | 7,4                    | 23,5                                      | 18,7 ↓  |
| Trois-Rivières         | 78,6                          | 90,4                                   | 30,4                         | 16,6                                     | 55,8                           | 13,4                            | 11,8                    | 6,4                    | 25,0                                      | 10,0  |
| St. Catharines–Niagara | 78,5 ↓                        | 88,2                                   | 24,4                         | 16,7                                     | 49,1                           | 17,2                            | 13,0                    | 8,3                    | 24,9                                      | 15,2  |
| Saint John             | 78,3 ↓                        | 87,5                                   | 21,7                         | 15,1                                     | 48,6                           | 16,4                            | 16,3                    | 8,9                    | 22,4                                      | 16,4  |
| Winnipeg               | 78,1 ↓                        | 88,1                                   | 23,1                         | 16,8                                     | 47,6                           | 16,2                            | 13,2                    | 7,6                    | 24,1                                      | 12,8  |
| Regina                 | 78,0 ↓                        | 87,8                                   | 27,0                         | 19,6                                     | 49,2                           | 17,9                            | 11,5                    | 7,2                    | 24,0                                      | 11,5  |
| Chicoutimi–Jonquière   | 77,7 ↓                        | 90,6                                   | 29,2                         | 20,9                                     | 60,0 ↓                         | 10,7                            | 13,8                    | 6,5                    | 23,2                                      | 12,6  |
| St. John's             | 77,4 ↓                        | 87,7                                   | 26,7                         | 22,5 ↓                                   | 57,3 ↓                         | 16,4                            | 14,9                    | 4,9                    | 16,4 †                                    | 12,4  |
| Thunder Bay            | 77,3 ↓                        | 84,2                                   | 25,5                         | 21,1 ↓                                   | 39,8 †                         | 19,8                            | 12,5                    | 7,2                    | 24,5                                      | 17,1  |
| Greater Sudbury        | 76,7 ↓                        | 83,2                                   | 31,1                         | 22,8 ↓                                   | 49,1                           | 17,9                            | 16,2                    | 8,5                    | 21,4                                      | 15,1  |

Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001).

Nota : L'ordre des RMR est fondé sur l'espérance de vie, en ordre descendant. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

† Indique que l'estimation est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada.

↓ Indique que l'estimation est significativement pire que l'estimation pour le Canada.

## Annexe B

### Incidence des facteurs liés à la santé

Comment pourrions-nous expliquer les différences sur le plan des résultats en matière de santé entre les RMR au Canada? Ces différences reflètent-elles des différences socioéconomiques sous-jacentes ou des différences dans la prestation des soins de santé dans ces régions?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le cadre de son *Projet Villes-Santé*, a recommandé d'examiner la santé des villes dans un cadre prévoyant, entre autres, un examen de la démographie, de l'état de santé, des conditions socioéconomiques, de l'inégalité et des politiques et services de santé publiques (voir la figure ci-dessous)<sup>21</sup>. Les circonstances sociales et économiques ont été largement reconnues comme éléments clés de la santé d'une population dans les études publiées<sup>2,22,23,24</sup>. Ces études ainsi que d'autres reconnaissent également que certains comportements qui posent un risque pour la santé et même certaines caractéristiques du système de santé peuvent jouer sur le plan de la santé d'une collectivité.

En prenant appui sur les études qui portent sur les répercussions de ces facteurs liés à la santé sur les résultats en matière de santé (au niveau national et infranational), nous examinons dans la présente étude comment les RMR au Canada diffèrent en ce qui a trait à ces divers facteurs. Notre examen porte sur les facteurs suivants :

les **caractéristiques socioéconomiques** comprennent la proportion de la population de 25 à 54 ans titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires, le taux de chômage pour la proportion de la population de 15 ans et plus, le revenu familial moyen et la part médiane du revenu.

les **caractéristiques sociodémographiques** comprennent la proportion d'immigrants et la population autochtone.

le **mode de vie et les problèmes de santé** comprennent l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool, l'hypertension diagnostiquée, l'inactivité physique durant les loisirs et la proportion de la population de 20 à 64 ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 (classification de l'obésité selon l'OMS).

les **facteurs psychosociaux** comprennent la dépression et un niveau élevé de stress dans la vie quotidienne chez les personnes de 18 ans et plus.

les **caractéristiques du système de santé** comprennent les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé, le nombre d'omnipraticiens/médecins de famille pour 100 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

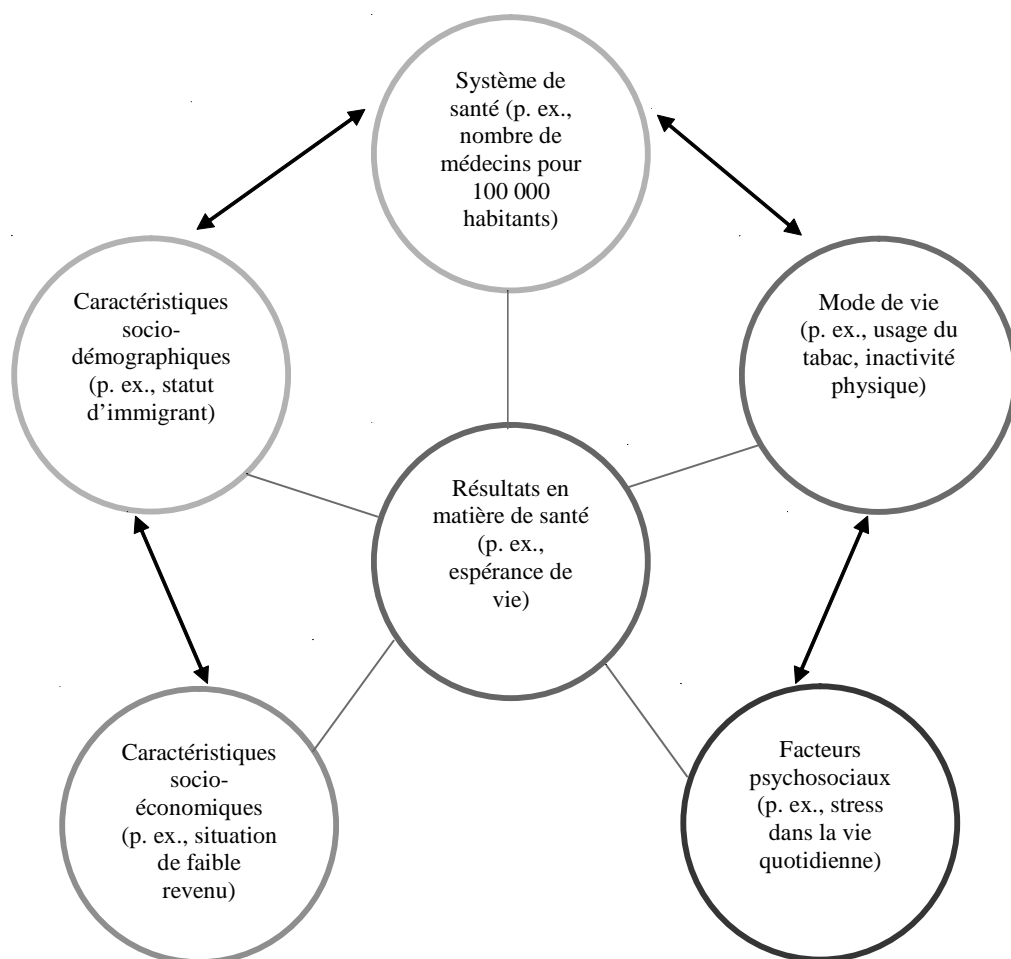
21. OMS, projet VillesSanté. Groupe de travail sur les profils et les indicateurs de la santé des villes. *City Health Profiles – how to report on health in your city*. Copenhague. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (document ICP/HSIT/94/01 PB 02).

22. Wilkinson, Richard et Marmot, Michael (dir.), 2003. Déterminants sociaux de la santé : les faits, OMS (Bureau régional pour l'Europe), 1998.

23. Wunsch et coll., « Différences de mortalité selon les catégories socioéconomiques : Une approche biographique ». *Revue européenne de démographie*, 12 : p. 167 à 185 (1996).

24. Van Oers, J.A. et Reelick, N.F., « Quantitative indicators for a healthy city ». *International Journal of Epidemiology and Community Health*. 46 : p. 293 à 296 (1992).

Figure B1 : Un cadre simple d'évaluation de la santé des villes



## Annexe C

### Définitions

**Espérance de vie (2001) :** Le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance, selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue (Statistique de l'état civil, totalisations spéciales).

**Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne (2000-2001) :** Proportion de personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant bon, très bon ou excellent. Dans la présente étude, le terme « autoévaluation de la santé comme étant bonne » est interchangeable avec le terme « autoévaluation de la santé comme étant bonne ou très bonne ». (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – ESCC).

**Usage du tabac (2000-2001) :** Proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion (ESCC).

**Consommation abusive d'alcool (2000-2001) :** Proportion de personnes de 12 ans et plus qui consommaient de l'alcool au moment de l'enquête et qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois au cours des 12 mois précédents (ESCC).

**Inactivité physique (2000-2001) :** Proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être physiquement inactives, d'après leurs réponses aux questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques durant leurs loisirs (ESCC).

**Autodéclaration d'obésité (2000-2001) :** Indice de masse corporelle (IMC) équivalent ou supérieur à 30,0, calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Chez les personnes de 20 à 64 ans (ESCC).

**Hypertension (2000-2001) :** Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (ESCC).

**Stress dans la vie quotidienne (2000-2001) :** Proportion de personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré un niveau de stress dans la vie quotidienne « assez intense » (ESCC).

**Dépression (2000-2001) :** Personnes de 12 ans et plus présentant des symptômes de dépression, d'après leurs réponses à une série de questions visant à établir la possibilité d'un « épisode dépressif majeur » survenu durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête (ESCC).

**Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé (2000-2001) :** Proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir eu, au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, le sentiment d'avoir eu besoin de soins de santé mais ne pas les avoir reçus (ESCC).

**Médecins spécialistes (2001) :** Nombre de médecins de famille et d'omnipraticiens ou de médecins spécialistes exerçant dans une région géographique donnée, pour 100 000 habitants. Les données ne font

pas de différence entre les médecins qui travaillent à temps plein et ceux qui travaillent à temps partiel ou entre les médecins qui font de la recherche et les praticiens (Base de données médicales Southam).

**Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (2001) :** Proportion de personnes de 25 à 54 ans titulaires d'un certificat ou d'un diplôme d'études postsecondaires (Recensement).

**Taux de chômage (2001) :** Proportion de la population active de 15 ans et plus qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence. La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient occupées et celles qui étaient chômeuses, mais étaient capables de travailler durant la période de référence et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines (Enquête sur la population active).

**Revenu familial moyen du ménage (données de 2001, 2000) :** Le revenu moyen (avant impôt et après transferts) d'un ménage avec famille de recensement, personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré un revenu (Recensement).

**Part médiane du revenu (données de 2001, 2000) :** Proportion du total des revenus (en provenance de toutes les sources, avant impôt et après transferts) qui revient à la moitié inférieure des ménages lorsque ceux-ci sont répartis selon le revenu. Si la proportion est de 50 %, il n'existe pas d'inégalité. (Recensement, totalisations spéciales).

**Immigrants (2001) :** Proportion de personnes nées à l'extérieur du Canada qui n'étaient pas citoyens canadiens au moment de leur naissance (Recensement).

**Autochtones (2001) :** Proportion de la population ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, et/ou ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit tel que défini par la Loi sur les Indiens et/ou ayant déclaré appartenir à une bande indienne ou à une Première nation. (Recensement)

**Note sur les données de l'enquête :** Toutes les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2000-2001), y compris celles sur l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool, l'autoévaluation de la santé, l'activité physique, l'obésité, l'hypertension, la dépression et le stress dans la vie quotidienne, sont présentées ici après avoir été corrigées pour tenir compte de l'âge. Autrement dit, toutes les différences entre les RMR en ce qui a trait à la structure par âge ont été rajustées comme si la structure par âge de la population dans toutes les RMR était la même que celle de la population canadienne dans son ensemble. Nous avons procédé à des calculs pour les données non corrigées et corrigées selon l'âge et le niveau de scolarité, mais nous avons observé très peu de différences entre les résultats et les taux normalisés selon l'âge. Par conséquent, nous ne présentons pas ici les données non corrigées et celles corrigées pour l'âge et le niveau de scolarité.

En outre, la géographie utilisée aux fins de l'ESCC est fondée sur celle du Recensement de 1996. Ainsi, nous n'avons utilisé aux fins de la présente analyse que 25 RMR, même si elles étaient 27 au début de 2001 (les deux autres étaient Kingston (ON) et Abbotsford (C.-B.)).

Comme les données du recensement sont fondées sur la géographie de 2001, les limites géographiques des 25 RMR de 1996 peuvent être légèrement différentes de celles des 25 RMR respectives de 2001.