

# Le contexte socioéconomique régionale et la santé

- L'état de santé d'une personne est bien davantage influencé par les caractéristiques personnelles et par la vie que mène cette personne que par le milieu dans lequel elle vit.
- L'autoévaluation d'un état de santé passable ou mauvais était fortement liée à l'âge, au sexe, au statut socioéconomique (tel que mesuré par le niveau de scolarité et le revenu du ménage), à l'usage du tabac, à l'obésité des personnes<sup>1</sup> et au fait de ne pas faire souvent de l'exercice.
- Le contexte socio-économique régional était faiblement associé à l'autoévaluation d'un état de santé passable ou mauvais.

## Résumé

### Objectif

Déterminer l'influence du contexte socioéconomique de la région socio-sanitaire sur l'état de santé que les Canadiens ont déclaré.

### Source de données

Les données sur les personnes sont tirées du premier cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001. Les caractéristiques sociales, démographiques et économiques de la région socio-sanitaire proviennent du Recensement de 1996 (les questionnaires abrégés et complets), de la Base canadienne de données sur l'état civil, de même que des divisions de la démographie et de la géographie de Statistique Canada.

### Techniques d'analyse

On s'est servi de la régression logistique à niveaux multiples pour modéliser l'état de santé passable ou mauvais.

### Principaux résultats

Au niveau de la personne, la perception d'un état de santé passable ou mauvais a été fortement associée à l'âge, au sexe, au statut socioéconomique (tel que mesuré selon le niveau de scolarité et le revenu du ménage), à l'usage du tabac, à l'obésité, et au fait de ne pas faire souvent de l'exercice. Dans l'ensemble, les facteurs liés à la personne expliquaient en grande partie les différences entre les régions socio-sanitaires pour ce qui est de la déclaration d'un état de santé passable ou mauvais. Une influence supplémentaire du contexte socioéconomique régional sur l'autoévaluation d'un état de santé passable ou mauvais a été constaté, mais celle-ci était légère.

### Conclusion

La présente étude canadienne n'a pas montré que le milieu social influait de manière aussi forte sur l'état de santé des personnes que ne le montrent d'autres études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il se peut que l'existence de certains programmes du gouvernement fédéral et des provinces, tel le régime de soins de santé universel, le régime d'assurance-emploi et le régime de sécurité de la vieillesse soit l'une des hypothèses expliquant les principaux résultats de cette étude.

### Mots-clés

État de santé, autoévaluation de l'état de santé, contexte socioéconomique, études à niveaux multiples, facteurs de risque pour la santé.

### Auteurs

Stéphane Tremblay (613-951-4765; stephane.tremblay@statcan.ca) est analyste principal dans le Groupe d'analyse et de mesure de la santé. Nancy A. Ross (613-398-4307; nancy.ross@mcgill.ca) est professeure adjointe au Département de géographie à l'Université McGill et une collaboratrice du Groupe d'analyse et de mesure de la santé. Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; jean-marie.berthelot@statcan.ca) est le gestionnaire du Groupe d'analyse et de mesure de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Stéphane Tremblay, Nancy A. Ross et Jean-Marie Berthelot

Dans la présente analyse, on a étudié l'influence du milieu social de la région sur l'état de santé que les Canadiens ont déclaré. Par milieu social, on peut entendre entre autres le milieu physique, le milieu culturel, les groupes sociaux, les institutions et les politiques gouvernementales<sup>1,2</sup>. (Dans la présente analyse, le milieu social ou le contexte social correspond au profil socioéconomique et démographique d'une région socio-sanitaire selon les données du Recensement.) On sait que les facteurs de risque liés à la personne, comme l'âge, le revenu de la famille et l'usage du tabac influent sur la santé des personnes, mais il se peut aussi que le milieu social ait une incidence indépendamment des facteurs personnels. Si c'est le cas, les politiques gouvernementales pourraient s'attarder aux conditions sociales des diverses régions pour que soit améliorée la santé de la population dans son ensemble<sup>3</sup>.

## Méthodologie

### Source des données

Les données de la présente analyse proviennent du premier cycle (cycle 1.1) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), de 2000-2001. Les déterminants sociaux, démographiques et économiques de la santé pour chaque région socio-sanitaire (voir en annexe) sont tirés de quatre sources de données de Statistique Canada : le Recensement de 1996 (les questionnaires abrégés et complets), la Base canadienne de données sur l'état civil, ainsi que la Division de la démographie et la Division de la géographie de Statistique Canada. Des 118 336 répondants à l'ESCC âgés de 18 ans et plus provenant des 136 régions socio-sanitaires, 53 ont été exclus de l'échantillon analytique parce qu'ils n'avaient pas indiqué leur évaluation de leur état de santé. Des variables dichotomiques ont été créées pour chaque variable explicative qui renfermait des données manquantes, pour conserver le plus grand nombre de répondants dans l'analyse et pour contrôler les biais éventuels attribuables à la non-réponse.

Au tableau A en annexe, on trouve les 136 régions socio-sanitaires, ainsi que le nombre de répondants (de 296 à 2 495) et la population de 1996 (de 18 000 à 2,5 millions) dans chacune de ces régions.

### Techniques d'analyse

On s'est servi du logiciel statistique (MlwiN)<sup>4</sup> pour ajuster les modèles logistiques de santé passable ou mauvaise, un état de santé dichotomique. La fonction logit a permis de modéliser la relation entre l'état de santé et diverses variables explicatives. Comme le logiciel MlwiN ne calcule pas la « déviance » des modèles (ce qui représente le manque d'ajustement entre le modèle et les données) de régression logistique, les inférences sur l'adéquation des modèles ne peuvent pas être produites. Au niveau des individus, on a utilisé une pondération normalisée, et dans le cas de la région socio-sanitaire, des coefficients de pondération égaux, car l'ESCC n'échantillonne pas les régions socio-sanitaires.

Trois modèles ont été conçus de manière incrémentielle. Ainsi, on a pu étudier simultanément i) personnes qui vivaient dans j) régions socio-sanitaires. Le premier modèle, que l'on appelle habituellement le modèle « vide » ou « nul » a été ajusté sans variable explicative. Le modèle vide a permis de quantifier les différences entre les régions socio-sanitaires pour ce qui est du pourcentage de personnes jugeant avoir une santé passable ou mauvaise.

Grâce au deuxième modèle, appelé le modèle « individuel », qui comprenait diverses caractéristiques au niveau des individus, l'association entre une santé passable ou mauvaise et ces caractéristiques a pu être quantifiée. On s'est également servi de ce modèle pour déterminer s'il y avait toujours des différences significatives entre les régions socio-sanitaires. En plus de l'âge et du sexe de chaque personne, ce deuxième modèle comportait des caractéristiques sociodémographiques, comme le revenu et le niveau de scolarité, les facteurs de risque communs liés à la santé, comme l'usage du tabac, l'obésité et l'activité physique (voir *Définitions* en annexe). Pour chaque caractéristique personnelle, des variables binaires, soit « 0 » ou « 1 », ont été créées pour caractériser chacune des catégories autres que la catégorie de référence.

Parce que les différences entre les régions socio-sanitaires étaient toujours significatives après l'inclusion des caractéristiques personnelles, on a créé un troisième modèle appelé le modèle « final », qui comprenait toutes les variables explicatives au niveau de la personne ainsi que quatre facteurs synthétiques au niveau de la région socio-sanitaire. Ce modèle a permis d'étudier l'importance du contexte socioéconomique de la région socio-sanitaire dans l'évaluation d'une santé passable ou mauvaise en parallèle avec les variables au niveau de la personne.

Les quatre facteurs synthétiques indépendants et normalisés, c.-à-d. moyenne 0 et écart-type 1, ont été calculés au niveau de la région socio-sanitaire à partir de 21 variables, principalement des variables démographiques et socioéconomiques tirées du recensement, et susceptibles d'être liées aux variations de l'autoévaluation d'une santé passable ou mauvaise. Ces facteurs ont été établis dans le contexte de l'analyse en composantes principales, une méthode statistique utilisée pour réduire le nombre de variables à analyser. Ces quatre facteurs synthétiques - « éloignée », « prospère », « cosmopolite », et « désavantagée » - représentaient chacun un sous-ensemble distinct des variables initiales; cette méthode a également été employée par Mayer et coll.<sup>5</sup> (voir la section *Définitions* en annexe).

Toutes les estimations découlant de la modélisation à niveaux multiples ont fait l'objet d'un test du chi carré avec un niveau de signification de  $p < 5\%$ .

### Limites

Pour mener des activités de recherche dans ce domaine, il faut le plus souvent avoir une compréhension théorique de la santé comme fonction des caractéristiques personnelles et des caractéristiques du milieu social. Les personnes qui interagissent avec leur milieu « s'imprègnent », dans une certaine mesure, de ce milieu social qui influe sur leur santé<sup>6</sup>. Les subtilités de l'interaction ne font toutefois pas l'objet de la présente analyse. Tant que les mécanismes théoriques exacts de l'influence du milieu sur la santé ne seront pas mieux connus, il sera difficile d'établir des modèles efficaces pour les étudier.

Même en disposant de modèles statistiques à niveaux multiples qui portent sur les relations entre le milieu social et la santé, la complexité demeure inexplicable. Par exemple, le fait qu'une personne fasse usage de tabac peut dépendre du degré selon lequel le contexte social est plus ou moins tolérant envers l'usage du tabac, et peut dépendre notamment de l'application de règlements restrictifs. Pour ce faire, il faudrait que davantage d'études utilisant les données de l'ESCC portent sur l'influence des cultures et des normes sur les comportements des individus.

Parce qu'il s'agit ici d'une analyse transversale, il n'est pas possible d'étudier la causalité pour expliquer les relations qu'il existe entre les variables explicatives et l'état de santé des personnes. De plus, certaines caractéristiques importantes du milieu social susceptibles d'être liées à la santé dans les régions socio-sanitaires n'ont pas été mesurées, par exemple, la qualité des relations sociales au sein d'une collectivité (social capital) ou les politiques en matière de santé publique.

L'échelle utilisée pour le contexte social dans la présente analyse, la région socio-sanitaire, comporte à la fois des avantages et des inconvénients. Bien que les politiques en matière de santé publique et de soins de santé soient, dans une certaine mesure, déterminées à cette échelle dans certaines provinces, les villes et les quartiers d'une même région socio-sanitaire ne partagent pas toutes les mêmes caractéristiques socio-spatiales de la région socio-sanitaire correspondante. Par conséquent, il est très probable que l'hétérogénéité du milieu social au sein des régions socio-sanitaires soit plus importante que celle entre les régions socio-sanitaires. Une étude des répercussions sur la santé des différences entre le milieu social des quartiers sur le déclin dans les plus grandes villes au Canada et celui des banlieues mieux nanties des mêmes villes pourrait donner des résultats nettement différents de ceux que nous avons obtenus dans la présente analyse. Des activités de recherche sont d'ailleurs en cours afin d'établir l'échelle géographique qui conviendrait le mieux pour mener des études à niveaux multiples sur l'état de santé.

Diverses données établissent un lien entre la santé et les caractéristiques du milieu social. Par exemple, au XIX<sup>e</sup> siècle, Durkheim a déclaré que les taux de suicide différaient d'un endroit à l'autre et, étonnamment, demeuraient constants au fil du temps, même si la composition de la population dans ces divers endroits se modifiait<sup>2,7</sup>. À l'époque moderne, les milieux défavorisés ont été invariablement associés à un niveau de scolarité et à un rendement scolaires faibles, ainsi qu'à des problèmes de comportement et des problèmes d'ordre émotionnel chez les enfants<sup>8,9</sup>.

Certaines études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni semblent indiquer que les caractéristiques personnelles et les caractéristiques des milieux sociaux dans lesquels les gens vivent et travaillent peuvent influencer sur la santé de ceux-ci. Un récent examen a signalé que 23 études sur 25 (dont les modèles d'études et les unités géographiques d'analyse variaient considérablement) avaient montré qu'il existait au moins une relation modérée entre le milieu social et l'état de santé des personnes, indépendamment des caractéristiques personnelles<sup>10</sup>. Bien que cela laisse fortement supposer qu'il existe un lien entre le milieu social et l'état de santé, une telle relation n'a jamais été clairement montrée en ce qui concerne le Canada.

Récemment, trois études canadiennes portant sur les effets du milieu social sur l'état de santé (en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse) différaient tant à l'égard des méthodes employées que des résultats obtenus. Dans l'une de ces études, on a montré qu'il y avait une faible association entre le milieu social et l'état de santé : en fait, les effets variaient selon le type de résultat mesuré et la délimitation spatiale des régions<sup>11</sup>. La deuxième étude a révélé d'importantes différences dans l'état de santé au niveau local mais non à l'échelle régionale, après avoir tenu compte des caractéristiques des individus<sup>12</sup>. La troisième étude n'a révélé aucune association, au niveau du quartier, entre le contexte social et le risque de décès<sup>13</sup>. Au Canada, les indicateurs sur les résultats en matière de santé, notamment la mortalité, l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité et l'autoévaluation de l'état de santé, différaient considérablement à l'échelle régionale<sup>5,14</sup> (voir également l'étude précédente dans la même série, intitulée *La santé dans les collectivités canadiennes*, de Shields et Tremblay). On n'a toutefois pas encore déterminé dans quelle mesure la variation régionale est attribuable à la composition de la population dans chacune des régions socio-sanitaires plutôt qu'au contexte social.

Il faudrait analyser de manière plus approfondie les relations qu'il existe entre les milieux sociaux des régions socio-sanitaires et la santé des Canadiens — après avoir tenu compte explicitement des caractéristiques personnelles. L'analyse de régression logistique à niveaux multiples permet d'obtenir des estimations de la probabilité que les Canadiens déclarent une santé passable ou mauvaise en raison des caractéristiques sociodémographiques de leur région socio-sanitaire, d'une part, et de leur propre situation socio-économique et de leur profil de risques liés à la santé d'autre part. Autrement dit, grâce à ce type d'analyse, on obtient simultanément une description des relations du milieu social des régions socio-sanitaires et des conditions de vie de chaque personne avec l'état de santé des personnes. L'analyse permet d'examiner les effets attribuables à

## Études à niveaux multiples sur la santé

Le but des études contextuelles ou à niveaux multiples sur la santé est d'expliquer l'état de santé des personnes influencées simultanément par leurs caractéristiques personnelles et leur milieu de vie. On s'est d'abord servi des modèles à niveau multiples dans le domaine de l'éducation parce qu'on voulait déterminer dans quelle mesure les caractéristiques de l'école ou de la salle de classe ajoutaient au rendement scolaire indépendamment des caractéristiques personnelles des élèves. Ces modèles, que l'on appelle aussi modèles hiérarchiques ou modèles à effets aléatoires, sont devenus de plus en plus populaires dans le domaine de la recherche sur la santé, ce qui coïncide avec l'intérêt accru des épidémiologistes pour les études reliées aux contextes sociaux<sup>18</sup>.

Les avantages statistiques des modèles à niveaux multiples par rapport aux modèles statistiques conventionnels sont présentés en détail ailleurs<sup>19,20</sup>. Brièvement, précisons que les personnes qui vivent dans la même région socio-sanitaire partagent une culture, un milieu, des comportements par rapport à la santé, ont accès à des services de soins de santé similaires et connaissent des expériences semblables à ce chapitre. Par conséquent, les personnes qui vivent dans la même région socio-sanitaire ont tendance à se ressembler plus que les personnes qui vivent dans différentes régions. L'objectif principal des études à niveaux multiples est de dissocier les ressemblances pour mieux comprendre l'effet de ces influences communes. Ces ressemblances au sein des régions posent des problèmes analytiques dans le cas des analyses statistiques conventionnelles. Les modèles à niveaux multiples sont précisément conçus pour étudier des personnes « semblables » qui vivent dans des endroits « semblables ».

la région géographique en plus des caractéristiques des personnes qui y habitent (voir *Méthodologie et Limites*).

### État de santé général des personnes

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001 (ESCC) (tableau 1), 22,8 % de la population canadienne âgée de 18 ans et plus fait un usage quotidien du tabac, 14,3 % est obèse, 21,3 % s'adonne à une activité physique moins de quatre fois par mois et 12,8 % déclare avoir une santé passable ou mauvaise (voir *Définitions* en annexe). La proportion des personnes qui se sont dites en mauvaise santé ou passablement en santé selon la région socio-sanitaire varie du

pourcentage le plus faible, soit 6,8 % à Headwaters Regional Health Authority en Alberta, au pourcentage le plus élevé, soit 22,3 % dans la région 5 (Campbellton) au Nouveau-Brunswick et à Parkland au Manitoba (voir le tableau A en annexe).

### Qui a une santé passable ou mauvaise?

En général, les Canadiens déclaraient un état de santé passable ou mauvais suivant des tendances évidentes selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Le tableau 2 montre les proportions de personnes qui estiment avoir une santé passable ou mauvaise en fonction d'une série de facteurs personnels pris séparément. Le tableau 3 présente les cotes relatives de se déclarer en mauvaise santé

Tableau 1  
Caractéristiques déclarées en pourcentage du total des Canadiens âgés de 18 ans et plus

	Pourcentage
<b>Autoévaluation de la santé</b>	
Passable/mauvaise	12,8
Excellente/très bonne/bonne	87,2
<b>Caractéristiques</b>	
<b>Âge</b>	
18 à 29	21,2
30 à 44†	32,0
45 à 64	31,2
65 ans et plus	15,6
<b>Sexe</b>	
Femmes†	51,0
Hommes	49,0
<b>Niveau de scolarité</b>	
Pas de diplôme d'études secondaires	22,4
Diplôme d'études secondaires	20,2
Études postsecondaires†	8,7
Diplôme d'études postsecondaires	47,7
<b>Catégorie de revenu‡</b>	
Inférieure	3,5
Moyenne-inférieure	6,8
Moyenne	19,8
Moyenne-supérieure†	32,0
Supérieure	27,7
<b>Usage du tabac</b>	
Ne fume pas†	72,7
Fume quotidiennement	22,8
Fume occasionnellement	4,4
<b>Obésité‡</b>	
Obèse	14,3
Non-obèse†	83,0
<b>Activité physique</b>	
Exercice peu fréquent	21,3
Exercice fréquent†	71,0

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

**Nota :** Dans ce tableau, des variables identifiant les données manquantes pour certains enregistrements sont incluses de manière à conserver ces personnes dans les analyses et à contrôler les biais éventuels attribuables aux données manquantes.

† Catégorie servant à illustrer le groupe de référence dans les modèles.

‡ Voir les définitions qui figurent dans l'annexe.

Tableau 2  
Proportion des Canadiens âgés de 18 ans et plus dont la santé est jugée passable ou mauvaise

Caractéristiques	Proportion
	%
<b>Âge</b>	
18 à 29	5,1
30 à 44†	7,3
45 à 64	15,1
65 ans et plus	29,7
<b>Sexe</b>	
Femmes†	13,5
Hommes	12,0
<b>Niveau de scolarité</b>	
Pas de diplôme d'études secondaires	25,8
Diplôme d'études secondaires	10,9
Études postsecondaires†	9,3
Diplôme d'études postsecondaires	7,9
Données manquantes	18,6
<b>Catégorie de revenu‡</b>	
Inférieure	27,6
Moyenne-inférieure	26,6
Moyenne	18,3
Moyenne-supérieure†	10,2
Supérieure	5,7
Données manquantes	15,2
<b>Usage du tabac</b>	
Ne fume pas†	12,0
Fume quotidiennement	15,8
Fume occasionnellement	8,8
<b>Obésité‡</b>	
Obèse	20,7
Non-obèse†	11,4
Données manquantes	13,0
<b>Activité physique</b>	
Exercice peu fréquent	22,8
Exercice fréquent†	9,3
Données manquantes	16,9

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

**Nota :** Dans ce tableau, des variables identifiant les données manquantes pour certains enregistrements sont incluses de manière à conserver ces personnes dans les analyses et à contrôler les biais éventuels attribuables aux données manquantes.

† Catégorie servant à illustrer le groupe de référence dans les modèles.

‡ Voir les définitions qui figurent dans l'annexe.

ou passablement en santé, pour chacun des facteurs personnels corrigé pour tous les autres.

Les Canadiens âgés ont déclaré plus souvent que les jeunes Canadiens avoir une santé passable ou mauvaise. Par ailleurs, on observe que les personnes âgées de plus de 45 ans déclarent en beaucoup plus grande proportion avoir une santé passable ou mauvaise, comparativement aux personnes plus

jeunes qu'elles. Selon les probabilités, par rapport aux personnes appartenant au groupe d'âge de référence (âgées de 30 à 44 ans), les Canadiens âgés de 45 à 64 ans étaient deux fois plus susceptibles de déclarer avoir une santé passable ou mauvaise, tandis que les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient près de quatre fois plus susceptibles de le faire.

Bien que les femmes aient déclaré plus souvent que les hommes avoir une santé passable ou mauvaise, une fois les autres facteurs (p. ex., l'âge) pris en compte, elles sont légèrement moins susceptibles que les hommes de juger leur santé passable ou mauvaise (tableau 3). Moins les personnes sont scolarisées et moins le revenu de leur ménage est élevé, plus il est probable qu'elles se disent en mauvaise santé ou passablement en santé. Quant au niveau de scolarité et au revenu, moins ils étaient élevés et plus les probabilités étaient grandes que les personnes déclarent avoir une santé passable ou mauvaise (à l'exception des personnes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires, tel qu'indiqué au tableau 3). En outre, les personnes dans la catégorie de revenu inférieure avaient cinq fois plus de chance de déclarer avoir une santé passable ou mauvaise que les personnes se situant dans la catégorie de revenu supérieure (après le contrôle d'autres facteurs comme l'âge et le sexe, tableau 3). Comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui font usage du tabac tous les jours, qui sont obèses ou qui font peu souvent de l'exercice ont déclaré plus souvent que les autres avoir une santé passable ou mauvaise. Les fumeurs quotidiens étaient 1,5 fois plus susceptibles que les non-fumeurs de se dire en mauvaise santé ou passablement en santé. Les personnes obèses étaient aussi beaucoup plus susceptibles que les personnes non obèses de déclarer avoir une santé passable ou mauvaise. De même, les personnes qui faisaient rarement de l'exercice étaient deux fois plus susceptibles que les personnes qui en faisaient plus fréquemment de déclarer avoir une santé passable ou mauvaise. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus précédemment dans le contexte d'autres études canadiennes<sup>15,16</sup>.

### Quelle est l'incidence du contexte socioéconomique sur la santé?

Pour étudier le rôle du contexte socioéconomique, une série de 21 variables démographiques et socioéconomiques a été construite pour 136 régions socio-sanitaires au Canada, d'après les données du Recensement de 1996 et de la Division de la géographie de Statistique Canada (voir *Définitions* en annexe). Comme plusieurs de ces variables étaient

Tableau 3

**Rapports de cotes ajustés pour la santé passable ou mauvaise selon les caractéristiques personnelles et les caractéristiques de la région socio-sanitaire comparativement à la catégorie de référence**

Caractéristiques	Modèle individuel		Modèle final	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Âge</b>				
18 à 29	0,67	0,63 - 0,72	0,67	0,63 - 0,72
30 à 44†	1,00	...	1,00	...
45 à 64	2,16	2,05 - 2,27	2,16	2,05 - 2,27
65 ans et plus	3,85	3,63 - 4,07	3,84	3,63 - 4,06
<b>Sexe</b>				
Femmes‡	1,00	...	1,00	...
Hommes	1,06	1,02 - 1,10	1,06	1,02 - 1,10
<b>Niveau de scolarité</b>				
Pas de diplôme				
d'études secondaires	1,44	1,34 - 1,56	1,45	1,34 - 1,57
Diplôme d'études secondaires	0,90	0,83 - 0,98	0,90	0,83 - 0,98
Études postsecondaires†	1,00	...	1,00	...
Diplôme d'études postsecondaires	0,80	0,74 - 0,87	0,80	0,74 - 0,87
<b>Catégorie de revenu‡</b>				
Inférieure	3,07	2,82 - 3,34	3,07	2,83 - 3,34
Moyenne-inférieure	2,38	2,23 - 2,54	2,38	2,23 - 2,54
Moyenne	1,53	1,45 - 1,60	1,53	1,45 - 1,61
Moyenne-supérieure†	1,00	...	1,00	...
Supérieure	0,65	0,61 - 0,70	0,65	0,61 - 0,69
<b>Usage du tabac</b>				
Ne fume pas†	1,00	...	1,00	...
Fume quotidiennement	1,53	1,46 - 1,60	1,53	1,46 - 1,60
Fume occasionnellement	1,10*	0,99 - 1,22	1,10*	0,99 - 1,22
<b>Obésité</b>				
Obèse	1,74	1,66 - 1,82	1,74	1,67 - 1,82
Non-obèse†	1,00	...	1,00	...
<b>Activité physique</b>				
Exercice peu fréquent	2,10	2,01 - 2,19	2,10	2,02 - 2,19
Exercice fréquent†	1,00	...	1,00	...
<b>Facteur synthétique§</b>				
Éloignée			0,96*	0,92 - 1,01
Prospère			1,06	1,01 - 1,10
Cosmopolite			1,00*	0,96 - 1,04
Désavantagée			1,04*	1,00 - 1,08

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

† Catégorie servant à illustrer le groupe de référence dans les modèles.

‡ Voir les définitions qui figurent dans l'annexe.

§ Les cotes varient quand le facteur est accru d'un écart-type.

\* Valeur qui ne s'écarte pas de manière significative de celle du groupe de référence.

... N'ayant pas lieu de figurer.

fortement corrélées entre-elles, une analyse factorielle a permis de réduire ce nombre à quelques facteurs sommaires ou synthétiques du milieu social. L'analyse a permis de ramener le nombre de ces facteurs à quatre. Ils correspondent aux catégories et descriptions sommaires suivantes : « éloignée » — correspondant au degré d'éloignement par rapport aux grands centres urbains; « prospère » — correspondant au degré de prospérité économique; « cosmopolite » — correspondant au degré d'urbanisation et de diversité ethnique; « désavantagée » — correspondant au degré de désavantage social et économique.

Les cotes, figurant dans la colonne de droite du tableau 3, comprennent à la fois les variables au niveau de la personne et les quatre facteurs synthétiques à l'échelle de la région socio-sanitaire. Une fois pris en compte les effets de la composition de la population et les facteurs de risque sur la santé des personnes, les quatre facteurs synthétiques n'avaient en général aucune incidence significative. On observe un lien relativement faible à l'égard d'un des facteurs du milieu social, le facteur « prospère ». Dans ce cas, la cote est multipliée par 1,06 pour chaque augmentation d'un écart-type de la moyenne. Cette relation faible mais significative va à l'encontre des données épidémiologiques qui établissent un lien entre une grande prospérité économique et une meilleure santé<sup>17</sup>, et mérite d'être étudiée plus en profondeur.

Cette faible association s'est caractérisée par une réduction des différences dans les proportions des personnes qui jugent leur santé passable ou mauvaise comparativement à la moyenne nationale, une fois les caractéristiques des individus prises en compte (voir *Méthodologie*).

Pour replacer ces résultats en contexte, il ne faut pas oublier que dans l'ensemble, l'étendue non corrigée des proportions par région socio-sanitaire des personnes qui se disent en mauvaise santé ou passablement en santé s'élevait à 15,5 %. Cette étendue est représentée sous forme graphique sur la carte 1 et dans la colonne « non corrigé » au tableau A en annexe.

Sur la carte, les régions socio-sanitaires en rouge comptent une proportion supérieure de personnes qui déclarent une santé passable ou mauvaise et les régions socio-sanitaires en bleu sont celles dont la proportion est inférieure. En outre, plus la couleur est foncée, plus l'écart est grand entre la moyenne nationale et la proportion des personnes qui se disent en mauvaise santé ou passablement en santé dans la région en cause.

Ces chiffres « non corrigés » peuvent toutefois être trompeurs. Prenons, par exemple, la caractéristique de l'âge : on sait que les personnes âgées sont plus susceptibles que les autres de juger leur santé passable ou mauvaise; or certaines régions se composent de populations plus vieilles ou plus jeunes que la moyenne nationale. En tenant compte de ces différences dans la composition de la population des régions, on obtient une étendue légèrement plus petite qui correspond à 14,4 %, comme il est indiqué sur la carte 2 et dans la colonne des « taux normalisés selon âge » au tableau A en annexe.

À la troisième étape, on a tenu compte des effets des caractéristiques sociodémographiques au niveau de l'individu et des facteurs de risque liés à la santé (voir la colonne de gauche du tableau 3). Résultat : l'étendue, d'une région socio-sanitaire à l'autre au Canada, a diminué de plus du tiers, s'établissant à 9,2 %. L'inclusion des quatre variables synthétiques du milieu social (le passage du modèle « individuel » au modèle « final » au tableau 3) n'a pas influé de manière significative sur l'étendue des proportions estimées.

En passant de la carte 1 à la carte 2, on ne voit pas beaucoup de changements, sauf dans le Nunavut et à Swift Current en Saskatchewan. Cela est conforme à l'observation ci-dessus selon laquelle les taux normalisés selon âge n'ont réduit que légèrement l'étendue des proportions des personnes qui déclarent avoir une santé passable ou mauvaise, passant de 15,5 % à 14,4 %. Cependant, si on compare les cartes 2 et 3, on observe une baisse plus substantielle des fluctuations entre les régions socio-sanitaires. Par exemple, les régions socio-sanitaires où l'on constate les plus fortes diminutions quant aux proportions de déclaration de santé passable ou mauvaise sont situées dans les territoires, les régions nordiques des Prairies et, dans une certaine mesure, dans les provinces de l'Atlantique. La région de North Shore, en Colombie-Britannique, est la seule où l'on constate une augmentation importante. Le taux normalisé selon l'âge, de santé passable ou mauvaise pour cette région était le plus faible; toutefois, ce taux aurait été près de celui de la moyenne nationale si les caractéristiques ayant trait au revenu et au niveau de scolarité ainsi que les facteurs de risque liés à la santé des habitants de cette région avaient été les mêmes que pour le reste du pays (voir le tableau A en annexe).

Avant tout, les éléments de comparaison entre les cartes, qui sont exposés en détail au tableau A en annexe, laissent entendre qu'une grande portion des fluctuations interrégionales observées dans l'autoévaluation de l'état de santé peut être attribuable à la diversité de la composition des personnes qui

vivent dans chacune de ces régions pour ce qui est de leurs caractéristiques socioéconomiques (revenu et niveau de scolarité) et des facteurs de risque liés à la santé (usage du tabac, obésité et activité physique). Il n'en demeure pas moins que la carte 3 et la dernière colonne au tableau A en annexe montrent toujours des variations.

Dans l'ensemble, ces constatations laissent supposer que ce sont les facteurs personnels qui expliquent en grande partie les différences entre les régions socio-sanitaires pour ce qui est de la proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise. En comparaison, l'influence des facteurs du milieu social (lesquels sont définis en annexe) sur les personnes qui se disent en mauvaise santé ou passablement en santé était relativement faible.

### Conclusion

Ces résultats laissent entendre que les caractéristiques personnelles sont fortement associées à l'autoévaluation d'une santé passable ou mauvaise alors que le contexte social de la région y compterait pour peu.

De nombreuses hypothèses peuvent expliquer l'influence relativement faible du contexte social des régions socio-sanitaires sur les différences observées dans l'état de santé des personnes. Il se peut très bien qu'un certain nombre de programmes fédéraux et provinciaux, comme le régime de soins de santé universel, le régime d'assurance-emploi, le régime de la sécurité de la vieillesse, conçus pour remédier aux disparités sociales, atténuent les effets du contexte social de la région. Il se peut aussi que l'unité géographique utilisée dans l'analyse, la région socio-sanitaire, ne soit pas l'unité qui convienne le mieux pour représenter les expériences des personnes dans le contexte social. Par exemple, des régions socio-sanitaires métropolitaines, comme Toronto et Montréal, comportent différentes structures sociales, de sorte que pour la plupart des personnes, une unité géographique plus petite comme un « quartier » conviendrait mieux. Les différences entre les régions socio-sanitaires peuvent également être attribuables à des variables régionales autres que le contexte social, tel qu'on l'a mesuré dans la présente analyse. Le capital social est un concept qui renvoie à la qualité globale des relations sociales au sein d'une collectivité. On estime que ce concept permet d'expliquer grandement la fluctuation de l'état de santé entre les secteurs géographiques<sup>16,21</sup>.

Il est intéressant de souligner que dans le contexte d'une analyse approfondie (dont les données ne sont pas présentées), on a examiné plusieurs

caractéristiques du régime de soins de santé, en particulier le nombre de lits dans les hôpitaux, d'omnipraticiens, de spécialistes et de médecins par habitant. Aucune de ces variables n'a été statistiquement significative dans le contexte d'une analyse de régression à niveaux multiples. Autrement dit, il ne semble pas que la disponibilité de ce type de services de soins de santé explique les fluctuations d'une région à l'autre ou influe sur les différences observées dans l'état de santé des personnes.

Les études canadiennes n'ont pas montré que le milieu social influait sur l'état de santé des personnes aussi fortement que ne l'ont fait les études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni. Cette constatation s'explique peut-être par le fait que les politiques sociales et les politiques en matière de santé qu'applique déjà le Canada aient permis d'atténuer avec une certaine efficacité les inégalités sur le plan de la santé, du moins à l'échelle régionale. Il n'en demeure pas moins que, conformément à de nombreuses autres études, la présente analyse soutient l'importance fondamentale des conditions socioéconomiques des personnes et des principaux facteurs de risque liés à la santé pour rendre compte des variations dans l'état de santé des personnes. Et même si l'influence des facteurs liés à la région socio-sanitaire était faible, bon nombre des stratégies qui portent sur ces vastes déterminants de la santé seraient plus efficaces au niveau de la région socio-sanitaire<sup>22,23</sup>.

### Remerciements

Les auteurs voudraient remercier Maria Glieca pour la création des cartes et Kathy White pour son aide à la révision.

## Références

- Barnett E, Casper M. A definition of "social environment" [letter]. *American Journal of Public Health* 2001; 91: 465.
- Yen IH, Syme SL. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health* 1999; 20: 287-308.
- MacIntyre S, Maclver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy* 1993; 22: 213-34.
- Goldstein H, Rasbash J, Plewis I, et al. *A user's guide to MLwiN*. London, UK: Multi-level Models Project, Institute of Education, University of London, 1998.
- Mayer F, Ross NA, Berthelot J-M, Wilkins R. Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 49-60, (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue): 53-66.
- Taylor SE, Repetti RL. Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology* 1997; 48: 411-47.
- Schwartz S, Diez-Roux R. Commentary: causes of incidence and causes of cases—a Durkheimian perspective on Rose. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 435-9.
- Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighbourhoods they live in: the effects of neighbourhood residence on child outcomes. *Psychological Bulletin* 2000; 126: 309-38.
- Tremblay S, Ross NA, Berthelot J-M. Facteurs qui influent sur le rendement des élèves de 3e année en Ontario: une analyse à niveaux multiples. *Revue trimestrielle de l'éducation*, 7(4), 2001, p. 27-39, (Statistique Canada, no 81-003 au catalogue).
- Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55: 111-22.
- Boyle MH, Willms JD. Place effects for areas defined by administrative boundaries. *American Journal of Epidemiology* 1999; 149: 577-85.
- Pampalon R, Duncan C, Subramanian SV, Jones K. Geographies of health perception in Quebec: a multilevel perspective. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 1483-90.
- Veugelers PJ, Yip AM, Kephart G. Proximate and contextual socioeconomic determinants of mortality: multilevel approaches in a setting with universal health care coverage. *American Journal of Epidemiology* 2001; 154: 725-32.
- Statistique Canada. *Indicateurs de la santé*, 2002, (Statistique Canada, no 82-221-XIE au catalogue). Disponible au site <http://www.statcan.ca>. Accès le 8 mai, 2002.
- Shields M, Shoostari S. Déterminants de l'autoévaluation de la santé. *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63, (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
- Ross NA. Appartenance à la collectivité et santé. *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 35-42, (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
- Evans R, Barer M, et al. *Why Are Some people Healthy and Others Not?* New York: Aldine deGruyter, 1994.
- Diez-Roux A-V. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 216-22.
- Aitkin MA, Longford NT. Statistical modeling issues in school effectiveness studies. *Journal of the Royal Statistical Society A* 1986; 149: 1-43.
- Goldstein H. *Multilevel statistical models*. London: Kendall's Library of Statistics 3, 1995.
- Kawachi I. Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. In *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways*. Adler NE, Marmot M, McEwen BS, Stewart J, Eds.: Annals of the New York Academy of Sciences Volume 896, New York, 1999.
- Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14: 32-8.
- Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55: 452-4.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38(1): 21-37.
- Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25(2): 259-65.
- Brazier JE, Harper R, Jones NMB, et al. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal* 1992; 305: 160-4.



## Annexe

Tableau A  
Proportion de Canadiens âgés de 18 ans ou plus jugeant leur santé passable ou mauvaise

Région socio-sanitaire		Taille		Proportion des personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise		
		Échantillon	Population de 1996 (en milliers)	Taux non corrigé (%)	Taux normalisé selon l'âge (%)	Taux corrigé selon les caractéristiques personnelles (%)
Code	Nom					
1001	TN-Health and Community Services St John's Region	804	187	12,6	13,0	12,0
1002	TN-Health and Community Services Eastern Region	707	125	14,3	14,5	9,9
1003	TN-Health and Community Services Central Region	604	113	14,3	13,7	10,5
1004	TN-Health and Community Services Western Region	549	93	13,5	13,4	10,1
1005	TN-GreTNell Regional Health Services Board	296	18	13,5	13,9	10,6
1006	TN-Health Labrador Corporation	437	26	12,1	14,5	11,3
1101	ÎPÉ-Urban	1 294	63	13,6	13,5	13,1
1102	ÎPÉ-Rural	2 081	72	12,8	12,4	11,3
1201	NÉ-Zone 1 (Yarmouth/South Shore)	865	128	19,3	17,7	14,6
1202	NÉ-Zone 2 (Kentville)	657	83	15,6	14,7	14,1
1203	NÉ-Zone 3 (Truro)	701	106	17,4	16,6	14,3
1204	NÉ-Zone 4 (New Glasgow)	604	100	16,6	15,6	13,4
1205	NÉ-Zone 5 (Cape Breton)	728	143	17,8	16,2	13,1
1206	NÉ-Zone 6 (Halifax)	1 182	371	12,8	13,4	14,0
1301	NB-Region 1 (Moncton)	893	183	17,0	16,7	14,8
1302	NB-Region 2 (Saint John)	801	178	14,5	14,1	13,1
1303	NB-Region 3 (Fredericton)	798	165	16,2	16,2	13,4
1304	NB-Region 4 (Edmunston)	507	55	21,9	21,5	17,7
1305	NB-Region 5 (Campbellton)	436	33	22,3	21,6	16,1
1306	NB-Region 6 (Bathurst)	606	89	18,0	18,0	13,2
1307	NB-Region 7 (Miramichi)	438	50	20,1	19,5	15,1
2401	QC-Région du Bas-Saint-Laurent	1 025	209	13,8	13,1	10,1
2402	QC-Région du Saguenay - Lac-Saint-Jean	1 005	291	9,7	9,9	9,9
2403	QC-Région de Québec	1 552	645	9,5	9,2	8,9
2404	QC-Région de la Mauricie-Centre-du-Québec	1 488	484	12,2	11,6	10,5
2405	QC-Région de l'Estrie	1 054	283	12,1	11,7	10,1
2406	QC-Région de Montréal-Centre	2 495	1808	12,3	11,9	10,8
2407	QC-Région de l'Outaouais	1 061	313	15,8	16,3	14,1
2408	QC-Région de l'Abitibi-Témiscaminque	1 107	157	13,8	14,3	11,9
2409	QC-Région de la Côte-Nord	977	105	13,4	13,6	12,4
2410	QC-Région du Nord-du-Québec	611	19	8,4	11,1	11,3
2411	QC-Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 081	107	15,3	14,4	11,0
2412	QC-Région de la Chaudière-Appalaches	1 289	387	11,0	10,9	9,7
2413	QC-Région de Laval	965	336	10,5	10,3	11,4
2414	QC-Région de Lanaudière	1 341	382	11,7	11,8	11,2
2415	QC-Région des Laurentides	1 282	441	9,5	9,5	10,0
2416	QC-Région de la Montérégie	2 216	1287	11,8	11,9	10,4
3526	ON-Algoma	731	130	19,3	18,2	15,5
3527	ON-Brant	689	123	12,5	12,4	13,2
3530	ON-Durham	1 236	473	11,9	12,6	15,5
3531	ON-Elgin-St Thomas	671	81	12,2	12,0	12,5
3533	ON-Bruce-Grey-Owen Sound	782	158	15,3	13,8	13,4
3534	ON-Haldimand-Norfolk	642	106	17,1	16,7	14,7
3535	ON-Haliburton	883	162	14,4	13,1	12,9
3536	ON-Halton	1 148	350	8,9	9,0	12,0
3537	ON-Hamilton-Wentworth	1 176	482	16,0	15,7	15,8
3538	ON-Hastings and Prince Edward	831	157	13,5	12,8	12,3
3539	ON-Huron	480	62	13,5	12,3	13,2
3540	ON-Kent-Chatham	951	113	12,4	12,0	11,7
3541	ON-Kingston	852	181	12,2	11,6	13,0
3542	ON-Lambton	773	133	15,7	15,3	14,5

Région socio-sanitaire		Taille		Proportion des personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise		
		Échantillon	Population de 1996 (en milliers)	Taux non corrigé (%)	Taux normalisé selon l'âge (%)	Taux corrigé selon les caractéristiques personnelles (%)
Code	Nom					
3543	ON-Leeds	821	160	13,7	12,9	13,5
3544	ON-Middlesex-London	1 149	404	10,9	11,1	12,2
3545	ON-Muskoka-Parry Sound	710	81	14,7	12,6	12,4
3546	ON-Niagara	1 149	415	13,4	12,4	13,4
3547	ON-North Bay	903	96	17,2	16,6	15,4
3549	ON-Northwestern	650	84	14,4	13,9	14,6
3551	ON-Ottawa Carleton	1 728	743	11,6	12,0	14,4
3552	ON-Oxford	638	100	10,1	9,8	11,9
3553	ON-Peel	1 655	882	10,3	11,5	13,8
3554	ON-Perth	654	74	12,0	11,6	12,3
3555	ON-Peterborough	801	127	14,1	12,6	14,2
3556	ON-Porcupine	696	100	19,5	19,7	16,7
3557	ON-Renfrew	650	101	18,0	17,1	15,2
3558	ON-Eastern Ontario	881	192	13,2	13,0	12,8
3560	ON-Simcoe	1183	340	13,8	13,4	14,3
3561	ON-Sudbury	889	208	17,8	17,4	16,0
3562	ON-Thunder Bay	859	167	16,0	15,8	15,9
3563	ON-Timiskaming	460	40	18,1	16,9	15,1
3565	ON-Waterloo	1 177	418	12,5	13,2	13,4
3566	ON-Wellington-Dufferin-Guelph	1 041	224	9,9	10,2	11,5
3568	ON-Windsor-Essex	1 128	361	16,2	16,5	16,4
3570	ON-York	1 509	612	10,5	11,2	13,4
3595	ON-City of Toronto	2 295	2463	13,4	13,4	14,9
4610	MB-Winnipeg	1 878	640	12,9	12,7	12,0
4615	MB-Brandon	612	47	14,0	13,6	13,0
4620	MB-North Eastman	458	38	14,3	13,0	14,4
4625	MB-South Eastman	669	52	12,1	12,8	12,0
4630	MB-Interlake	667	75	14,5	13,3	13,0
4640	MB-Central	743	95	11,8	11,2	11,2
4650	MB-Marquette	571	38	12,7	10,0	10,1
4655	MB-South Westman	487	35	12,0	10,7	9,7
4660	MB-Parkland	556	44	22,3	19,1	14,2
4670	MB-Norman	491	24	15,2	16,2	13,7
4680	MB-Burntwood+Churchill	434	46	9,8	16,3	12,1
4701	SK-Weyburn (A) Service Area	537	59	14,4	12,6	11,9
4702	SK-Moose Jaw (B) Service Area	678	59	12,5	11,2	11,6
4703	SK-Swift Current (C) Service Area	432	47	10,1	8,7	9,7
4704	SK-Regina (D) Service Area	1 039	246	13,4	13,1	12,7
4705	SK-Yorkton (E) Service Area	559	62	21,1	17,0	14,2
4706	SK-Saskatoon (F) Service Area	1 140	279	12,6	12,7	13,1
4707	SK-Rosetown (G) Service Area	445	48	12,4	11,7	10,6
4708	SK-Melfort (H) Service Area	691	44	15,6	13,5	10,8
4709	SK-Prince Albert (I) Service Area	585	76	15,4	14,1	11,6
4710	SK-North Battleford (J) Service Area	660	68	13,6	13,1	12,5
4711	SK-Northern Health Services Branch (K) Svc Area	379	32	13,1	16,3	13,2
4801	AB-Chinook Regional Health Authority	808	145	13,2	13,6	12,9
4802	AB-Palliser Regional Health Authority	652	87	10,5	10,3	10,8
4803	AB-Headwaters Regional Health Authority	618	71	6,8	7,5	9,5
4804	AB-Calgary Regional Health Authority	1 856	845	9,3	10,0	11,3
4805	AB-Regional Health Authority #5	558	53	10,3	10,2	12,0
4806	AB-David Thompson Regional Health Authority	856	181	12,5	13,2	13,9
4807	AB-East Central Regional Health Authority	701	104	12,7	12,0	11,2
4808	AB-Westview Regional Health Authority	562	89	11,7	12,7	13,2
4809	AB-Crossroads Regional Health Authority	537	39	13,9	14,4	12,2
4810	AB-Capital Health Authority	1 891	783	12,0	12,7	13,8
4811	AB-Aspen Regional Health Authority	692	88	14,6	14,8	12,8
4812	AB-Lakeland Regional Health Authority	708	108	12,0	12,4	11,9
4813	AB-Mistahia Regional Health Authority	711	86	11,8	13,0	12,3

Région socio-sanitaire		Taille		Proportion des personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise		
		Échantillon	Population de 1996 (en milliers)	Taux non corrigé (%)	Taux normalisé selon l'âge (%)	Taux corrigé selon les caractéristiques personnelles (%)
4814	AB-Peace Regional Health Authority	383	21	13,5	15,3	12,7
4815	AB-Keeweenaw Regional Health Authority	496	24	16,4	19,3	16,5
4816	AB-Northern Lights Regional Health Authority	530	37	8,4	13,7	13,4
4817	AB-Northwestern Regional Health Authority	308	18	16,8	18,3	13,5
5901	CB-East Kootenay	583	79	13,3	12,9	13,2
5902	CB-West Kootenay-Boundary	642	82	18,5	17,3	16,3
5903	CB-North Okanagan	822	114	12,3	11,4	11,5
5904	CB-South Okanagan Similkameen	955	221	15,4	13,8	14,7
5905	CB-Thompson	873	130	14,8	14,7	15,0
5906	CB-Fraser Valley	995	231	15,1	14,9	15,3
5907	CB-South Fraser Valley	1 272	543	12,9	13,2	15,6
5908	CB-Simon Fraser	1 057	303	12,0	12,2	14,6
5909	CB-Coast Garibaldi	593	73	11,0	10,7	12,6
5910	CB-Central Vancouver Island	960	233	13,4	12,0	13,0
5911	CB-Upper Island / Central Coast	669	119	12,2	11,8	14,5
5912	CB-Cariboo	611	73	15,8	16,2	15,1
5913	CB-North West	567	90	11,2	12,0	13,4
5914	CB-Peace Liard	533	65	10,9	12,6	13,2
5915	CB-Northern Interior	798	129	12,3	14,5	14,6
5916	CB-Vancouver	1 200	546	13,9	14,3	15,9
5917	CB-Burnaby	791	187	13,3	13,7	15,4
5918	CB-North Shore	767	177	6,9	7,2	11,1
5919	CB-Richmond	731	155	14,2	14,4	15,4
5920	CB-Capital	1 113	332	13,3	12,2	14,2
6001	Yukon	722	32	10,7	11,5	13,8
6101	Territoires du Nord-Ouest	865	42	14,2	18,1	13,7
6201	Nunavut	578	26	11,8	17,0	8,5
<b>Canada</b>						
<b>Total</b>		<b>118 283</b>	<b>29 653</b>	<b>12,8</b>	<b>12,8</b>	<b>12,8</b>
<b>Minimum</b>		<b>296</b>	<b>18</b>	<b>6,8</b>	<b>7,2</b>	<b>8,5</b>
<b>Maximum</b>		<b>2 495</b>	<b>2 463</b>	<b>22,3</b>	<b>21,6</b>	<b>17,7</b>
<b>Étendue</b>		<b>2 199</b>	<b>2 445</b>	<b>15,5</b>	<b>14,4</b>	<b>9,2</b>

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

## Définitions:

### Niveau de la personne

**Santé passable ou mauvaise :** La variable de l'état de santé est établie d'après la question suivante de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui mesure l'autoévaluation de l'état de santé : « De façon générale, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? ». Les réponses ont été catégorisées en deux groupes : passable ou mauvaise, d'une part, et excellente, très bonne, ou bonne, d'autre part. L'autoévaluation de la santé est reconnue comme étant un concept très simple à gérer; il s'agit également d'une mesure fiable et valide de la santé et sa capacité prédictive est relativement bonne<sup>24-26</sup>.

**Groupe de référence :** Dans les études à niveaux multiples, les effets sont habituellement présentés sous forme de probabilités ou d'écart par rapport à un groupe de référence. Dans la présente analyse, le groupe de référence correspond à la catégorie médiane de chaque variable étudiée. Les personnes appartenant au groupe de référence étaient des personnes d'âge moyen (âgées de 30 à 44 ans), des femmes appartenant à la catégorie de revenu moyenne-supérieure ayant fait des études postsecondaires, qui ne fumaient pas, qui n'étaient pas obèses et qui faisaient de l'exercice au moins quatre fois par mois.

**Âge :** Les répondants étaient regroupés en fonction de quatre groupes d'âge : 18 à 29 ans, 30 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 ans et plus.

**Scolarité :** Les répondants étaient regroupés selon quatre catégories en fonction du plus haut niveau de scolarité atteint à la fin du premier cycle de l'ESCC : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires, diplôme d'études postsecondaires.

**Revenu du ménage :** Le revenu du ménage a été regroupé en cinq catégories définies selon le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total du ménage de toutes provenances dans les 12 mois précédant l'interview.

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4 5 ou plus	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	10 000 \$ à 14 999 \$ 10 000 \$ à 19 999 \$ 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$ 20 000 \$ à 39 999 \$ 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$ 40 000 \$ à 79 999 \$ 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2 3 ou plus	60 000 \$ et plus 80 000 \$ et plus

**Fumeur quotidien :** Les répondants étaient considérés comme étant des fumeurs quotidiens s'ils avaient déclaré fumer des cigarettes tous les jours.

**Fumeur occasionnel :** Les répondants étaient considérés comme des fumeurs occasionnels s'ils avaient déclaré fumer des cigarettes occasionnellement.

**Obèse :** L'indice de masse corporelle (IMC) est habituellement utilisé pour déterminer si une personne a un poids santé. On calcule l'IMC en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Dans la présente analyse, les personnes qui avaient un IMC de 30 ou plus étaient considérées obèses, conformément à la définition de l'obésité de l'Organisation mondiale de la santé. La mesure de l'obésité est calculée pour la population âgée de 20 ans et plus. Les femmes enceintes ont été exclues du calcul des taux d'obésité.

**Personne faisant peu souvent de l'exercice :** L'activité physique se fonde sur le nombre de fois que les répondants se sont adonnés à des activités physiques de loisirs durant au moins 15 minutes au cours des trois mois qui ont précédé l'interview. La fréquence mensuelle correspond au nombre de fois au cours des trois derniers mois divisé par 3. Les répondants étaient classés comme personnes faisant peu souvent de l'exercice si le nombre de fois par mois qu'ils faisaient de l'exercice équivalait à trois fois ou moins.

## Niveau de la région socio-sanitaire

**Région socio-sanitaire** : En général, les régions socio-sanitaires correspondent aux zones administratives définies par les autorités provinciales aux fins de la prestation locale des services de santé et des services sociaux. Au moment de la conception de l'ESCC, on comptait 139 régions socio-sanitaires au Canada. Toutefois, dans le cadre de l'ESCC, on ne recueille pas de données pour deux d'entre elles : la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James et la région du Nunavik, toutes deux dans la province de Québec. Par ailleurs, deux régions socio-sanitaires (Burntwood et Churchill, au Manitoba) ont été fusionnées compte tenu de la faible population de Churchill. Le fichier analytique renferme 136 régions socio-sanitaires.

**Facteurs synthétiques** : Les facteurs synthétiques « éloignée », « prospère », « cosmopolite », et « désavantagée » sont des combinaisons linéaires des 21 variables, chacun représentant un sous-ensemble distinct de ces variables. Les signes entre parenthèses indiquent la direction du lien entre le facteur synthétique et les principales variables démographiques et socioéconomiques à partir desquelles elle est composée.

**Éloignée** : Facteur synthétique composé de huit variables correspondant au degré d'éloignement des régions socio-sanitaires par rapport aux grands centres urbains.

**Rapport hommes-femmes (+)** : Nombre total d'hommes dans une région socio-sanitaire particulière en 1996 divisé par le nombre total de femmes.

**Population de moins de 15 (+)** : Proportion de jeunes de moins de 15 ans.

**Inabordabilité du logement (-)** : Proportion de ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu total pour se loger.

**Scolarité des 25-54 ans (-)** : Proportion de la population âgée de 25 à 54 ans ayant un diplôme, un certificat ou un grade postsecondaire.

**Population de 65 ans et plus (-)** : Proportion de la population âgée de 65 ans et plus.

**ZIM (Zone d'influence des régions métropolitaines) (-)** : Proportion de la population qui vit dans une région métropolitaine de recensement (RMR), une agglomération de recensement (AR) ou une collectivité située en-dehors d'une RMR ou d'une AR, mais dont au moins 30 % de la population active occupée se rend dans une RMR ou une AR pour y travailler. Cette variable mesure le

degré d'influence urbaine exercée sur la région socio-sanitaire. Les RMR et les AR sont de grandes zones urbaines auxquelles sont rattachées d'autres régions urbaines et rurales adjacentes présentant un degré important d'intégration économique et sociale avec cette zone urbaine. Les RMR et les AR sont des régions urbaines ayant atteint un certain seuil de population : 100 000 habitants pour les RMR et 10 000 habitants pour les AR.

**Autochtones (+)** : Proportion d'Autochtones vivant dans un secteur géographique donné exprimée en pourcentage de la population totale.

**Nombre de journées sans gel (-)** : Le nombre annuel moyen de journées où la température est supérieure à 5 °C.

**Prospère** : Facteur synthétique composé de cinq variables correspondant au degré de prospérité économique des régions socio-sanitaires.

**Transferts gouvernementaux (-)** : Paiements en vertu de programmes fédéraux, tels que le Supplément de revenu garanti (SIG), la Sécurité de la vieillesse (SV), le Régime de pensions du Canada et le Régime d'assurance-emploi.

**Migration interne (+)** : Proportion de la population qui vivait dans une subdivision de recensement (municipalité) différente au moment du recensement précédent (1991). Sont exclus les Canadiens qui vivent dans des ménages à l'extérieur du Canada, comme les membres des Forces canadiennes et les agents gouvernementaux.

**Variation démographique (+)** : Variation de la taille de la population entre 1995 et 1997 (en pourcentage).

**Chômage (-)** : Nombre total de chômeurs de 15 ans et plus divisé par le nombre total de personnes de 15 ans et plus faisant partie de la population active.

**Revenu moyen (+)** : Moyenne des revenus avant impôt de toute provenance y compris les transferts, de la population de 15 ans et plus.

**Cosmopolite** : Facteur synthétique composé de cinq variables correspondant au degré d'urbanisation et de diversité ethnique des régions socio-sanitaires.

**Immigration récente (+)** : Proportion de personnes qui sont arrivées au Canada entre 1981 et 1996 dans la population totale d'immigrants.

**Densité de population (+)** : Nombre d'habitants par kilomètre carré.

**Taille de la population (+)** : Proportion de la population canadienne qui vit dans une région socio-sanitaire.

**Valeur des logements (+)** : Valeur moyenne prévue des logements occupés par leur propriétaire, non situés sur une exploitation agricole ou dans une réserve, y compris la valeur du terrain, au moment du Recensement de 1996.

**Minorité visible (+)** : Proportion de la population appartenant à un groupe de minorité visible exprimée en pourcentage de la population totale.

**Désavantagée** : Facteur synthétique composé de trois variables correspondant au degré de désavantage social et économique des régions socio-sanitaires.

**Égalité du revenu (-)** : Proportion du total des revenus des ménages imputable à la moitié (50 %) la moins bien nantie des ménages dans une région géographique donnée (autrement dit, la « part médiane » de revenu). Si l'inégalité est totale, la moitié inférieure reçoit 0 % et la moitié supérieure, 100 % de tous les revenus. Si l'égalité est parfaite, la moitié inférieure de la distribution des ménages selon les revenus reçoit 50 % du total des revenus et la valeur de la part médiane de la région géographique considérée est alors de 0,50. Dans cette étendue allant de 0 à 0,50, les valeurs inférieures de la part médiane traduisent une répartition moins uniforme des revenus.

**Familles monoparentales (+)** : Proportion de familles dirigées par un parent seul parmi l'ensemble des familles de recensement vivant en logement privé.

**Logement occupé par le propriétaire (-)** : Proportion de logements privés occupés par leur propriétaire. Les logements visés par les programmes de logements des bandes indiennes et les logements collectifs sont exclus du numérateur et du dénominateur.