

La santé dans les collectivités canadiennes

- Les personnes qui vivent dans les grandes régions métropolitaines et les grands centres urbains sont celles dont l'espérance de vie ainsi que l'espérance de vie sans incapacité sont les plus longues au Canada.
- Les personnes qui vivent dans les collectivités éloignées du Nord sont celles dont la santé est la moins bonne. Dans ces collectivités, les taux d'usage du tabac, d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont supérieurs à la moyenne nationale. Par contre, les résidents de ces collectivités sont moins susceptibles que ceux d'autres collectivités de se dire exposés à un stress intense.
- Au niveau de la région socio-sanitaire, des taux élevés d'usage quotidien du tabac et de consommation abusive d'alcool sont associés à une plus courte espérance de vie.
- Au niveau de la région socio-sanitaire, des taux élevés d'obésité, d'usage quotidien du tabac et de dépression sont associés à une moins longue espérance de vie sans incapacité.

Résumé

Objectifs

Le présent article examine la santé de la population canadienne à l'échelle de la collectivité. Les 139 régions socio-sanitaires du Canada sont réunies en 10 « groupes de régions homologues » ayant des profils sociodémographiques comparables. L'analyse compare ces groupes ainsi que les régions au sein de ces groupes en considérant certains indicateurs de la santé et la prévalence de certains facteurs de risque.

Sources des données

Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population du Canada de 1996 et de la Base canadienne de données sur l'état civil. Les estimations de la prévalence des facteurs de risque sont basées sur les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001.

Techniques d'analyse

L'estimation de l'espérance de vie repose sur la méthode utilisée par Chiang pour produire les tables de survie abrégées. L'espérance de vie sans incapacité a été calculée selon la méthode de Sullivan. Les estimations de la prévalence de l'état de santé autoévalué et des facteurs de risque sont calculées d'après les données de l'ESCC. L'analyse de régression est utilisée pour étudier l'association entre les indicateurs de la santé et les facteurs de risque au niveau de la région socio-sanitaire.

Principaux résultats

Les facteurs sociodémographiques et les facteurs de risque tels que l'usage du tabac et l'obésité jouent un rôle essentiel dans l'explication des écarts observés entre les collectivités au chapitre de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité.

Mots-clés

Espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, indicateurs de l'état de santé, comportement ayant un effet sur la santé, comparaisons géographiques, région socio-sanitaire, groupe de régions homologues.

Auteurs

Margot Shields (613-951-4177; margot.shields@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé et Stéphane Tremblay (613-951-4765; stephane.tremblay@statcan.ca), à la Division des études sociales et économiques, à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Margot Shields et Stéphane Tremblay

Comparativement aux habitants de la plupart des pays, les Canadiens sont en très bonne santé. L'espérance de vie observée au Canada compte parmi les plus élevées du monde, et ce, depuis plusieurs décennies¹. Cependant, l'état de santé n'est nullement le même dans toutes les collectivités canadiennes. L'espérance de vie, qui est un indicateur important de la santé d'une population, varie considérablement d'une région à l'autre, allant d'un creux de 65,4 années pour la région du Nunavik, au Québec, à un sommet de 81,2 années pour Richmond, en Colombie-Britannique. Ces écarts sont dus, dans une certaine mesure, à des différences sociodémographiques entre les collectivités, puisque l'espérance de vie au sein d'une collectivité dépend de facteurs tels que le taux de chômage, la proportion de personnes ayant fait des études postsecondaires et la proportion d'Autochtones².

Méthodologie

Sources des données

Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) sont calculées d'après les données sur la mortalité extraites de la Base canadienne de données sur l'état civil pour la période allant de 1995 à 1997. Les chiffres de population au 1er juillet 1996, corrigés pour le sous-dénombrement net au recensement, ont été fournis par la Division de la démographie de Statistique Canada. Les nombres de personnes vivant dans des logements privés et dans des logements collectifs proviennent du Recensement de la population de 1996. Les estimations concernant les limitations majeures des activités proviennent de l'échantillon du 1/5 qui a répondu au questionnaire détaillé du Recensement de 1996.

Les estimations de la prévalence de l'état de santé autoévalué et des facteurs de risque sont fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (voir l'annexe).

Techniques d'analyse

Le programme utilisé pour calculer l'espérance de vie est basé sur la méthode utilisée par Chiang pour produire les tables de survie abrégées³. Les tables abrégées de survie sont produites par ventilation des chiffres de population et des taux de mortalité par tranche d'âge de cinq ans (plutôt que par année d'âge). Comme le nombre d'événements par âge varie plus dans les petites régions et dans celles qui sont peu peuplées que dans les autres, les tables de survie abrégées sont celles qui sont les mieux adaptées à l'analyse au niveau infraprovincial (région socio-sanitaire). La méthode de Chiang a été choisie parce qu'elle est assez facile à adapter au niveau de détail de la région socio-sanitaire et qu'elle inclut un calcul de l'erreur-type (ici, tenant compte de la variation du nombre de décès dans une région socio-sanitaire donnée d'une année à l'autre).

Les estimations de l'EVSI ont été calculées selon la méthode de Sullivan⁴. Cette méthode se fonde sur la prévalence de l'incapacité au sein de la population selon le groupe âge-sexe. Le calcul de l'erreur-type de l'EVSI et, par conséquent, les bornes supérieure et inférieure des intervalles de confiance des estimations, se fondent sur la méthode de Mathers⁵, laquelle tient compte des fluctuations naturelles des taux de mortalité et de la variabilité d'échantillonnage.

Toutes les estimations produites d'après les données de l'ESCC ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population cible appropriée aux niveaux de la région socio-sanitaire et du groupe de régions homologues. Les intervalles de confiance des estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été calculés au moyen de la formule établie pour l'échantillonnage aléatoire simple en y intégrant une estimation de l'effet du plan de sondage égale à 2 pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC. Lors de la comparaison d'une estimation pour une région socio-sanitaire à l'estimation correspondante pour le groupe de régions homologues, on a considéré que le résultat pour la région socio-sanitaire était significativement meilleur (✓) ou pire (x) que celui obtenu pour le groupe de régions homologues si l'intervalle de confiance de 95 % de l'estimation pour la région socio-sanitaire ne chevauchait pas l'intervalle de confiance de 95 % de l'estimation pour le groupe de régions homologues. Dans ces comparaisons, l'estimation pour le groupe de régions homologues se fonde sur tous les enregistrements existants pour le groupe de régions homologues (c.-à-d. y compris les enregistrements pour la région socio-sanitaire qui fait l'objet de la comparaison).

La structure par âge de la population varie selon la région socio-sanitaire et selon le groupe de régions homologues. Par conséquent, toutes les estimations calculées au niveau de la région socio-sanitaire et du groupe de régions homologues basées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population canadienne.

Dans le présent article, les proportions de personnes dont la santé est passable ou mauvaise, ainsi que les estimations de la prévalence des facteurs de risque, sont fondées sur des données individuelles autodéclarées provenant de l'ESCC. Afin d'étudier et de comparer l'état de santé au niveau de la collectivité, ces données ont été agrégées au niveau de la région socio-sanitaire. Par contre, l'espérance de vie et l'EVSI ont été calculées d'après des données sur la mortalité et sur les limitations des activités obtenues pour les résidents de ces régions socio-sanitaires. Ces indicateurs s'appliquent aux régions socio-sanitaires et non aux résidents individuels de ces régions. Dans l'analyse de régression portant sur les liens entre les estimations de la prévalence des facteurs de risque et les indicateurs de la santé, l'unité d'analyse est la région socio-sanitaire. Par conséquent, les associations observées entre l'état de santé autoévalué et les facteurs de risque au niveau de la région socio-sanitaire ne sont pas nécessairement représentatives des associations qui existent au niveau individuel. Dans le prochain article, « Le contexte socio-économique régional et la santé », on examinera l'état de santé autoévalué au niveau individuel en fonction des facteurs de risque liés à la santé au niveau individuel, ainsi qu'en fonction des caractéristiques de la région socio-sanitaire.

Limites

La comparaison des mesures de l'état de santé selon la région socio-sanitaire revient à étudier les indicateurs de la santé de la population à un niveau de détail beaucoup plus fin qu'il n'avait été possible de le faire jusqu'à présent dans le contexte canadien. Cependant, ces comparaisons pourraient masquer des fluctuations importantes à l'intérieur des régions socio-sanitaires. Par exemple, même si les indicateurs de la santé observés pour les résidents de Vancouver se comparent favorablement aux moyennes canadiennes, ils ne peuvent être interprétés comme signifiant que les résidents du cœur du centre-ville de Vancouver ont une santé supérieure à la moyenne.

La grande taille des échantillons au niveau du groupe de régions homologues a permis de déceler des écarts significatifs entre groupes pour les indicateurs de la santé, même si l'ampleur des écarts n'est pas important. Au niveau de la région socio-sanitaire, les écarts entre estimations doivent être plus importants pour être considérés comme statistiquement significatifs à cause de la plus petite taille des échantillons.

En grande partie, la création des groupes de régions homologues a permis de comparer les indicateurs de la santé obtenus pour les régions ayant des profils sociodémographiques comparables. Cependant, même au sein d'un groupe de régions homologues particulier, la variabilité des facteurs sociodémographiques est forte. Cette variabilité pourrait expliquer partiellement ce pourquoi les résultats observés sont meilleurs pour certaines régions socio-sanitaires que pour d'autres au sein d'un groupe de régions homologues.

La catégorisation des régions socio-sanitaires en groupes de régions homologues peut se faire selon diverses méthodes, en fonction de diverses variables. Le choix d'autres méthodes et variables pourrait modifier la composition des groupes de régions homologues, ainsi que l'interprétation de l'analyse. Diverses approches ont été examinées⁶ et celle utilisée reflète un consensus réalisé par un groupe d'experts en matière de santé.

Dans la présente analyse, la prévalence de l'obésité se fonde sur la population de 20 ans et plus. Or, l'autodéclaration inexacte de la taille est courante chez les personnes âgées, car nombre d'entre elles ont une taille de moindre importance en vieillissant⁷. Les personnes dans cette situation mentionnent souvent la taille qu'elles avaient quand elles étaient plus jeunes. Par conséquent, l'indice de masse corporelle calculé pour les personnes âgées pourrait être sous-estimé.

Comme l'association positive entre le statut socioéconomique et la santé est l'une des observations les plus répandues et les plus persistantes qui se dégagent des travaux de recherche sur la santé, les comparaisons entre collectivités sont plus utiles si elles portent sur des entités dont les caractéristiques socio-économiques sont similaires. Par conséquent, tel qu'il l'a été décrit dans un rapport diffusé antérieurement, Statistique Canada a élaboré un algorithme en vue de regrouper les 139 régions socio-sanitaires du Canada en « groupes de régions homologues »⁶. Un groupe de régions homologues comprend des régions socio-sanitaires dont les profils sociodémographiques sont comparables. L'établissement de ces profils se fonde sur les données du Recensement de la population de 1996. On a délibérément évité d'utiliser les variables ayant trait à la santé pour regrouper les régions socio-sanitaires en groupes de régions homologues. Partant des profils sociodémographiques, l'analyse de classification et l'analyse discriminante ont servi à créer des groupes de régions homologues, puis à déterminer quelles variables exercent la plus forte influence sur le regroupement des régions socio-sanitaires en ces groupes de régions homologues.

Les régions socio-sanitaires visées par le présent rapport ont été définies par les ministères provinciaux de la Santé. En tout, le Canada compte 139 de ces régions (*voir la carte*). La comparaison d'indicateurs de la santé, comme l'espérance de vie, la prévalence de l'usage du tabac et celle de l'obésité, au niveau de la région socio-sanitaire fournit des renseignements précieux aux administrateurs chargés d'élaborer et de surveiller des programmes coordonnés visant à améliorer la santé dans leur collectivité.

L'objectif du présent article est de procéder à des comparaisons inter et intra-groupes d'indicateurs de la santé importants, à savoir l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité (EVS) et l'état de santé autoévalué, qui sont tous trois des indicateurs pertinents de la santé de la population (*voir Définitions*). Étant donné la façon dont les groupes de régions homologues ont été délimités, on s'attendait à ce que ces comparaisons révèlent des différences concernant les divers indicateurs. Les mesures de l'état de santé devraient, en principe, être meilleures pour les groupes de régions homologues pour lesquels les indicateurs de statut socioéconomique sont plus favorables. Cependant, il est encore plus important de déterminer les circonstances dans lesquelles certaines régions socio-sanitaires se distinguent de leurs homologues. Par conséquent, l'analyse met l'accent sur les régions

socio-sanitaires pour lesquelles les indicateurs de l'état de santé sont significativement meilleurs ou pires que ceux observés pour le groupe de régions homologues dans son ensemble. Un deuxième objectif de l'article est de déterminer les raisons pour lesquelles les résidents de certaines régions socio-sanitaires ou de certains groupes de régions homologues sont en meilleure santé que ceux d'autres régions ou groupes. Aussi, l'analyse fait une comparaison inter et intra-groupes de la prévalence estimée des facteurs de risque reconnus comme des déterminants importants de la santé. Les facteurs de risque étudiés incluent ceux liés au mode de vie (usage du tabac, exercice, consommation abusive d'alcool et obésité), ainsi que les facteurs psychosociaux (niveau de stress et dépression). Comme pour les indicateurs de l'état de santé, il était à prévoir que les estimations de la prévalence des facteurs de risque soient comparables pour les régions socio-sanitaires appartenant à un groupe particulier de régions homologues, étant donné l'association entre les facteurs de risque et les caractéristiques sociodémographiques. De nouveau, l'analyse met l'accent sur les cas où l'estimation de la prévalence d'un facteur de risque pour une région socio-sanitaire particulière est significativement meilleure ou pire que celle obtenue pour l'ensemble du groupe de régions homologues auquel appartient cette région.

Liens entre les indicateurs de l'état de santé, les comportements ayant un effet sur la santé et les facteurs psychosociaux

Une foule de travaux de recherche ont établi l'effet considérable de certains aspects du mode de vie et de certains facteurs psychosociaux sur la mortalité et sur la morbidité. L'usage du tabac est la plus importante cause évitable de décès. Au Canada, en 1996, environ 45 000 décès ont été imputés à l'usage du tabac⁸, et le cinquième des décès attribuables aux trois principales causes de décès, c'est-à-dire le cancer, la maladie cardiaque, et l'accident vasculaire cérébral, ont été imputés à la consommation de cigarettes. En outre, certaines études commencent à indiquer que l'usage du tabac est une cause importante d'incapacité. Par exemple, selon l'une de ces études, la probabilité de présenter une limitation des activités est de 30 % à 50 % plus forte pour les grands fumeurs que pour les personnes qui n'ont jamais fumé⁹. Une autre étude, réalisée auprès de personnes âgées, révèle que la cote exprimant la possibilité de regagner son autonomie physique (autrement dit de ne plus avoir besoin de l'aide d'une autre personne pour vaquer aux activités de la vie quotidienne à cause d'un problème de santé de longue

Définitions

En général, les régions socio-sanitaires correspondent à des régions administratives établies par les autorités provinciales aux fins de la prestation locale de services de santé et de services sociaux. Au moment de la conception de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), il existait 139 régions socio-sanitaires au Canada. Pour les besoins de la présente analyse, les régions socio-sanitaires de Burntwood et de Churchill, au Manitoba, ont été regroupées à cause de la faible population de Churchill. Des données n'ont été recueillies dans le cadre de l'ESCC ni pour la région du Nunavik ni pour la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui appartiennent toutes deux au groupe de régions homologues C. Par conséquent, l'estimation du pourcentage de la population dont la santé est passable ou mauvaise et les estimations de la prévalence des facteurs de risque ne sont pas disponibles pour ces régions socio-sanitaires. Les estimations calculées pour le groupe de régions homologues C se fondent sur les chiffres obtenus pour les autres régions du groupe, pour lesquelles les données ont été recueillies lors de l'ESCC.

Les groupes de régions homologues sont des groupes de régions socio-sanitaires ayant des caractéristiques socioéconomiques comparables. Chaque région socio-sanitaire du Canada a été répartie dans l'un des 10 groupes de régions homologues⁶.

Par *espérance de vie*, on entend l'espérance de vie à la naissance, c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre à partir du jour de sa naissance. Elle est calculée d'après les statistiques sur la mortalité (par tranche d'âge de cinq ans) au moment de la naissance. Dans le présent article, l'espérance de vie à la naissance se fonde sur les chiffres de mortalité pour la période allant de 1995 à 1997 et est considérée comme étant l'espérance de vie en 1996.

L'*espérance de vie sans incapacité* (EVS_I) tient compte de l'information sur les taux de mortalité, la prévalence des limitations majeures des activités et la proportion de la population qui réside en établissement de santé. L'EVS_I représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans limitation des activités et hors d'un établissement de santé¹⁰.

La proportion de personnes ayant une *santé passable ou mauvaise* a été déterminée d'après les réponses à une question portant sur leur état de santé autoévalué : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Les estimations de la proportion de personnes dont la santé est passable ou mauvaise au niveau de la région socio-sanitaire sont calculées pour la population de 12 ans et plus.

Les personnes considérées comme *fumant quotidiennement* sont celles qui ont déclaré au moment de l'enquête qu'elles fumaient des cigarettes tous les jours. Le taux d'usage quotidien du tabac au niveau de la région socio-sanitaire est calculé pour la population de 12 ans et plus.

L'*indice de masse corporelle* (IMC) est utilisé couramment pour déterminer si le poids d'une personne se situe dans une fourchette de poids sains. Pour le calculer, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Dans la

présente analyse, on a considéré comme étant obèses les personnes dont l'IMC était égal ou supérieur à 30, définition de l'obésité appuyée par l'Organisation mondiale de la santé. Les taux d'obésité au niveau de la région socio-sanitaire sont calculés à l'endroit de la population de 20 ans et plus sans toutefois tenir compte des femmes enceintes.

L'évaluation de l'activité physique se fonde sur le nombre de fois, au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête, où la personne interrogée s'est adonnée durant ses loisirs à une activité physique ayant duré au moins 15 minutes. La fréquence mensuelle correspond au nombre de fois enregistré pour les trois derniers mois divisé par trois. On a considéré comme étant des *personnes faisant de l'exercice peu fréquemment* celles pour lesquelles le nombre de fois par mois était égal ou inférieur à trois. La prévalence de l'exercice peu fréquent au niveau de la région socio-sanitaire est calculée pour la population de 12 ans et plus.

Pour déterminer les cas de consommation abusive d'alcool, on a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer le nombre de fois qu'ils avaient consommé au moins cinq verres d'alcool en une occasion au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui ont répondu une fois par mois ou plus souvent ont été classées dans la catégorie des *buveurs excessifs*. Les taux de consommation abusive d'alcool au niveau de la région socio-sanitaire sont calculés pour la population de 18 ans et plus.

Pour mesurer le niveau de stress, on a demandé aux participants à l'enquête de répondre à la question : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées ne sont pas stressantes du tout? Ne sont pas très stressantes? Sont un peu stressantes? Sont assez stressantes? Sont extrêmement stressantes? » Les personnes qui ont répondu « Sont assez stressantes » ou « Sont extrêmement stressantes » ont été considérées comme étant exposées à un *stress intense*. Au niveau de la région socio-sanitaire, la proportion de personnes soumises à un stress intense est calculée pour la population de 18 ans et plus.

Conformément à la méthode de Kessler¹¹, le questionnaire de l'ESCC comprend, pour déterminer si une personne a vécu un épisode dépressif majeur (EDM), un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview*. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*¹². Pour chaque personne interrogée, les réponses à ces questions ont été cotées en fonction d'une échelle et la somme de ces cotes a été transformée en une probabilité estimative de diagnostic d'épisode dépressif majeur. On a considéré comme étant *déprimée* toute personne pour laquelle la probabilité était égale ou supérieure à 0,9 (autrement dit, toute personne pour laquelle la certitude d'un diagnostic positif était d'au moins 90 %). Les estimations de la prévalence de la dépression au niveau de la région socio-sanitaire sont calculées pour la population de 12 ans et plus.

Les définitions des variables du recensement utilisées pour regrouper les régions socio-sanitaires en groupes de régions homologues figurent au tableau A en annexe.

durée) est plus faible pour celles qui fument que pour les autres¹³.

Plusieurs études montrent qu'il existe une association positive entre l'exercice physique et la santé. L'exercice régulier améliore la résistance et la capacité aérobie, même chez les adultes souffrant d'une maladie chronique¹⁴. Même un niveau modéré d'exercice régulier réduit le risque d'une maladie

cardiaque ultérieure¹⁵. Cependant, il est moins évident de savoir si l'exercice améliore l'état fonctionnel et prévient l'incapacité chez les personnes âgées^{13,14,16}.

Outre ses conséquences personnelles et sociales indésirables, l'abus d'alcool est un déterminant important du décès prématuré qui joue un rôle dans les décès causés par la maladie cardio-vasculaire, le cancer et les accidents^{17,18}. Même si l'on corrige les

Liens entre les indicateurs de la santé et les facteurs de risque au niveau de la région socio-sanitaire

Pour examiner le lien entre les indicateurs de la santé et les facteurs de risque au niveau de la région socio-sanitaire, on a calculé trois séries de modèles de régression linéaire multiple. Dans chaque modèle, la variable dépendante était l'estimation de l'un des trois indicateurs de la santé au niveau de la région socio-sanitaire (espérance de vie, espérance de vie sans incapacité [EVSI] ou pourcentage de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise). Au moyen de la première série de modèles de régression, on a examiné ces indicateurs de la santé uniquement en fonction des variables sociodémographiques. Les variables utilisées dans les régressions étaient celles ayant le plus grand pouvoir discriminatoire au moment où l'on a formé les groupes de régions homologues (proportion d'Autochtones, proportion de membres des minorités visibles, taux de chômage, taille de la population et pourcentage de personnes de 65 ans et plus), ainsi que le revenu moyen et le nombre moyen d'années de scolarité.

Pour les modèles subséquents, la prévalence de chaque facteur de risque (c.-à-d. le taux d'usage quotidien du tabac, le taux d'obésité, le taux d'exercice peu fréquent, le taux de consommation abusive d'alcool, le taux d'exposition à un stress intense et le taux de dépression) a été introduite séparément (de façon distincte) dans chaque modèle pour déterminer si elle est associée de façon significative à chaque mesure de l'état de santé, en tenant compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques. Le tableau qui figure dans la colonne de droite indique quels facteurs de risque sont significatifs. La capacité qu'a chaque facteur de risque d'expliquer les écarts observés pour les trois indicateurs de la santé étudiés est quantifiée d'après la variation de la statistique R^2 (la statistique R^2 indique la part de la variance qui est expliquée par l'effet combiné de toutes les variables explicatives).

L'espérance de vie au niveau de la région socio-sanitaire est négativement associée aux taux d'usage quotidien du tabac et de consommation abusive d'alcool.

L'EVSI est associée négativement aux taux d'usage quotidien du tabac, d'obésité, de consommation abusive d'alcool et de dépression au niveau de la région socio-sanitaire. L'ajout du taux d'usage quotidien du tabac, du taux d'obésité et du taux de dépression dans les modèles est celui qui a produit l'augmentation la plus importante de la valeur de R^2 . Le fait que l'EVSI soit associée positivement à l'exercice peu fréquent est un résultat inattendu. L'association est

positive entre la proportion de personnes qui jugent leur santé passable ou mauvaise, d'une part, et la prévalence de l'usage du tabac, de l'obésité et de la dépression, d'autre part.

Résultats des régressions linéaires multiples établissant le lien entre l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité et une santé passable ou mauvaise au niveau de la région socio-sanitaire et certains facteurs de risque

Variables de contrôle	Espérance de vie	Espérance de vie sans incapacité	Santé passable ou mauvaise	R^2		
				-----	-----	-----
Facteurs sociodémographiques uniquement	0,56	0,32	0,25			
Facteurs sociodémographiques et :	-----augmentation du R^2 -----					
Prévalence de l'usage quotidien du tabac	0,08 Nég**	0,06 Nég**	0,04 Pos*			
Prévalence de l'obésité	0,01	0,05 Nég**	0,10 Pos**			
Prévalence de l'exercice peu fréquent	0	0,03 Pos*	0			
Prévalence de la consommation abusive d'alcool	0,01 Nég*	0,03 Nég*	0,01			
Prévalence de l'exposition à un stress intense	0	0	0,01			
Prévalence de la dépression	0	0,08 Nég**	0,09 Pos**			

Nota : Le modèle de départ, ne tenant compte que de l'effet des variables sociodémographiques, est fondé sur l'observation de 136 des 139 régions socio-sanitaires. Les régions socio-sanitaires de Burntwood et Churchill, au Manitoba, ont été regroupées en une seule région étant donné la petite taille de la population de Churchill. La région du Nunavik et la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas été incluses dans l'analyse parce qu'aucune donnée n'est recueillie pour ces régions dans le cadre de l'ESCC et que l'on ne dispose donc pas d'estimation de la prévalence des facteurs de risque. Les modèles subséquents sont tous fondés sur les mêmes observations, à une exception près. Le modèle dans lequel est incluse la prévalence de la dépression est fondé sur deux observations de moins, puisque les questions sur la dépression n'ont pas été posées dans deux régions socio-sanitaires (Northern Health Services Branch, en Saskatchewan et Brant Public Health Unit, en Ontario).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Tableau 1
Caractéristiques principales des 10 groupes de régions socio-sanitaires homologues

Groupe de régions homologues	Nombre de régions socio-sanitaires	% de la population canadienne	Caractéristiques principales
A	5	17,4	<ul style="list-style-type: none"> • Régions métropolitaines, telles que Toronto, Montréal et Vancouver • Taille moyenne de la population supérieure à un million d'habitants • Forte proportion (32,0 %) de membres des minorités visibles • Faible proportion (0,6 %) d'Autochtones • Nombre moyen élevé d'années de scolarité (13,9 années) • Répartition du revenu fortement inégale (part moyenne = 18,8 %)
B	8	16,5	<ul style="list-style-type: none"> • Grands centres urbains dont la densité de population est assez forte • Taille moyenne de la population supérieure à 500 000 habitants • Forte proportion (20,0 %) de membres des minorités visibles • Faible proportion (1,5 %) d'Autochtones • Nombre moyen élevé d'années de scolarité (13,9 années)
C	6	0,4	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions socio-sanitaires du Nord • Forte proportion (75,5 %) d'Autochtones • Taux de chômage élevé (17,2 %) • Faible densité de population (3,9 habitants par kilomètre carré) • Faible proportion (0,9 %) de membres des minorités visibles • Nombre moyen faible d'années de scolarité (10,6 années)
D	9	2,6	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions socio-sanitaire de l'Est • Taux de chômage élevé (27,7 %) • Faible proportion (0,5 %) de membres des minorités visibles • Faible proportion (9,1 %) de personnes migrant entre municipalités • Revenu personnel moyen faible (légèrement supérieur à 18 000 \$)
E	13	2,8	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions socio-sanitaires rurales des Prairies • Forte proportion (16,5 %) de personnes de 65 ans et plus • Faible proportion (1,1 %) de membres des minorités visibles • Revenu personnel moyen faible (légèrement supérieur à 20 000 \$)
F	13	2,2	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions socio-sanitaires du Nord • Forte proportion (17,2 %) d'Autochtones • Très faible densité de population (0,5 habitant par kilomètre carré) • Faible inégalité de la répartition du revenu (part médiane = 23,6 %) • Forte proportion (22,8 %) de personnes migrant entre municipalités
G	21	5,5	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement les régions socio-sanitaires rurales des Prairies • Faible taux de chômage (7,1 %) • Faible proportion de familles monoparentales (10,4 %) • Faible proportion (13,8 %) de personnes à faible revenu
H	22	23,2	<ul style="list-style-type: none"> • Régions socio-sanitaires situées principalement au Québec et dans les provinces limitrophes • Faible taux de croissance de la population (0,6 %) • Taux de chômage élevé à moyen (11,2 %) • Proportion moyenne de familles monoparentales (14,9 %)
I	34	23,5	<ul style="list-style-type: none"> • Régions socio-sanitaires situées principalement en Ontario • Forte proportion de personnes faisant la navette entre leur domicile et un centre urbain avoisinant (85,9 %) • Proportion moyenne à forte (13,5 %) de personnes de 65 ans et plus
J	8	5,9	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement des régions socio-sanitaires infra-métropolitaines • Forte croissance de la population (4,3 %) • Faible taux de chômage (7,5 %) • Forte proportion (24,0 %) de personnes migrant entre municipalités • Faible proportion d'enfants vivant dans un ménage à faible revenu (13,9 %) • Faible inégalité de la répartition du revenu (part médiane = 24,4 %) • Nombre moyen élevé d'années de scolarité (13,5 années)

Source des données : Recensement du Canada de 1996

Nota : En tout, on s'est servi de 24 variables sociodémographiques en plus des principales caractéristiques géographiques pour définir les 10 groupes de régions socio-sanitaires homologues. Dans le présent tableau, les résultats sont présentés pour 15 de ces variables. Ces dernières ont été choisies afin de mettre en relief les écarts entre les groupes de régions homologues parce que leur variation d'un groupe à l'autre est forte et que les résultats sont faciles à interpréter. La liste complète des 24 variables utilisées pour définir les groupes de régions homologues, la définition de chacune de ces variables et les estimations calculées pour chaque variable selon le groupe de régions homologues figurent au tableau A en annexe.

données pour tenir compte de l'effet de l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool demeure un facteur indépendant de risque de décès par maladie cardiaque¹⁷.

Diverses études indiquent que l'obésité est un important facteur de risque de problèmes de santé chroniques, dont le diabète, l'arthrite, l'hypertension, la maladie cardiaque, le cancer du côlon et du rectum et les problèmes respiratoires¹⁹⁻²¹. Certains travaux révèlent aussi que l'obésité est un déterminant important de l'incapacité²⁰.

Les personnes qui sont exposées à un stress personnel intense courent également un plus grand risque de présenter certaines maladies, peut-être à cause de l'effet indésirable du stress sur le système immunitaire^{22,23}. D'après l'analyse longitudinale de données recueillies au Canada, le stress est un prédicteur de problèmes de santé chroniques comme la migraine, les ulcères, l'arthrite, les maladies respiratoires et les maux de dos²⁴. Toujours selon la même analyse, le stress est également associé à une moins bonne autoévaluation de l'état de santé.

La dépression, qui, selon les estimations, touche environ 6 % de la population canadienne, est un trouble mental assez répandu²⁵. Outre ses effets dévastateurs sur la santé psychique, la dépression semble être un corrélat important de l'incapacité physique chez les personnes âgées^{26,27}.

La plupart des études susmentionnées portaient sur les déterminants de la santé au niveau individuel. Aujourd'hui, pour la première fois, il est possible, pour l'ensemble du Canada, de comparer la prévalence de divers états de santé et de divers facteurs de risque au niveau communautaire (région socio-sanitaire), grâce à la grande taille de l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. Les données de l'ESCC révèlent qu'il existe, au niveau de la région socio-sanitaire, une association entre l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et la proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise, d'une part, et plusieurs facteurs de risque considérés dans la présente analyse, d'autre part (voir *Liens entre les indicateurs de la santé et les facteurs de risque au niveau de la région socio-sanitaire*). Ces associations persistent même si l'on tient compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques de la région socio-sanitaire. Dans ces conditions, lorsque l'on compare les différences concernant les indicateurs de la santé entre groupes de régions socio-sanitaires homologues ou à l'intérieur de ces groupes, il est essentiel d'examiner la variation de la prévalence des facteurs de risque pour comprendre et interpréter les résultats.

Groupes de régions socio-sanitaires homologues au Canada

En tout, 10 groupes de régions homologues ont été créés pour l'ensemble du Canada, lesquels comptent de 5 à 34 régions socio-sanitaires. Les variables qui ont joué le rôle le plus important dans la répartition des régions socio-sanitaires entre les groupes de régions homologues sont les proportions d'Autochtones et de membres des minorités visibles, le taux de chômage, la taille de la population, la proportion de personnes de 65 ans et plus et l'inégalité du revenu. Pour une description plus détaillée de la composition de chaque groupe de régions homologues, consulter le tableau 1 et le tableau A en annexe.

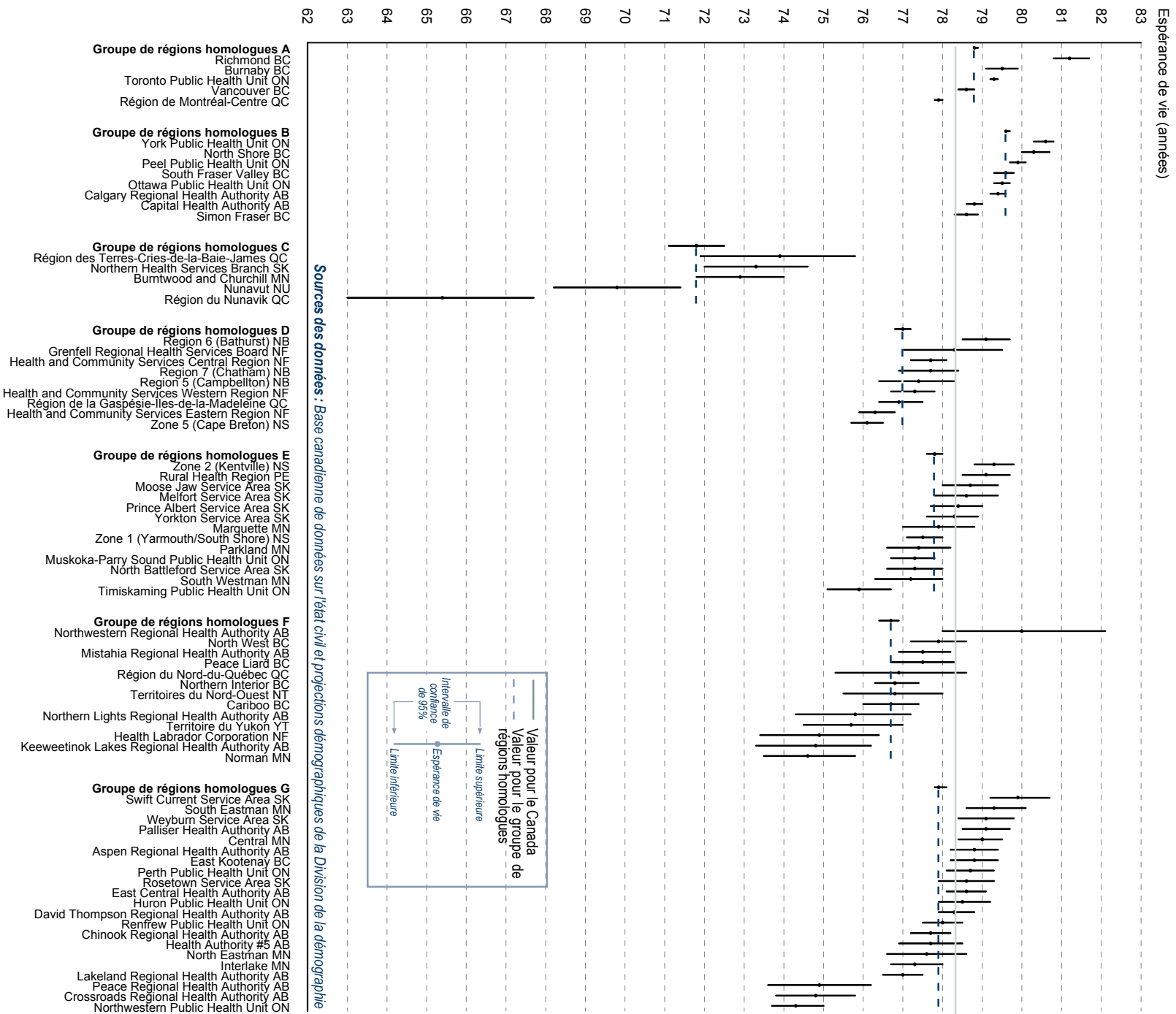
Naturellement, l'estimation de l'espérance de vie varie considérablement d'un groupe de régions homologues à l'autre (tableau 2). Toutefois, souvent, l'étendue des estimations pour les régions socio-sanitaires d'un groupe de régions homologues particulier est également importante (graphique 1). Même de faibles différences entre les espérances de vie peuvent être importantes. Par exemple, l'éradication du cancer du poumon augmenterait l'espérance de vie de 0,9 année²⁸, un progrès important étant donné que le cancer du poumon est la cause principale de décès dus au cancer chez les hommes et chez les femmes au Canada²⁹.

Groupe de régions homologues A

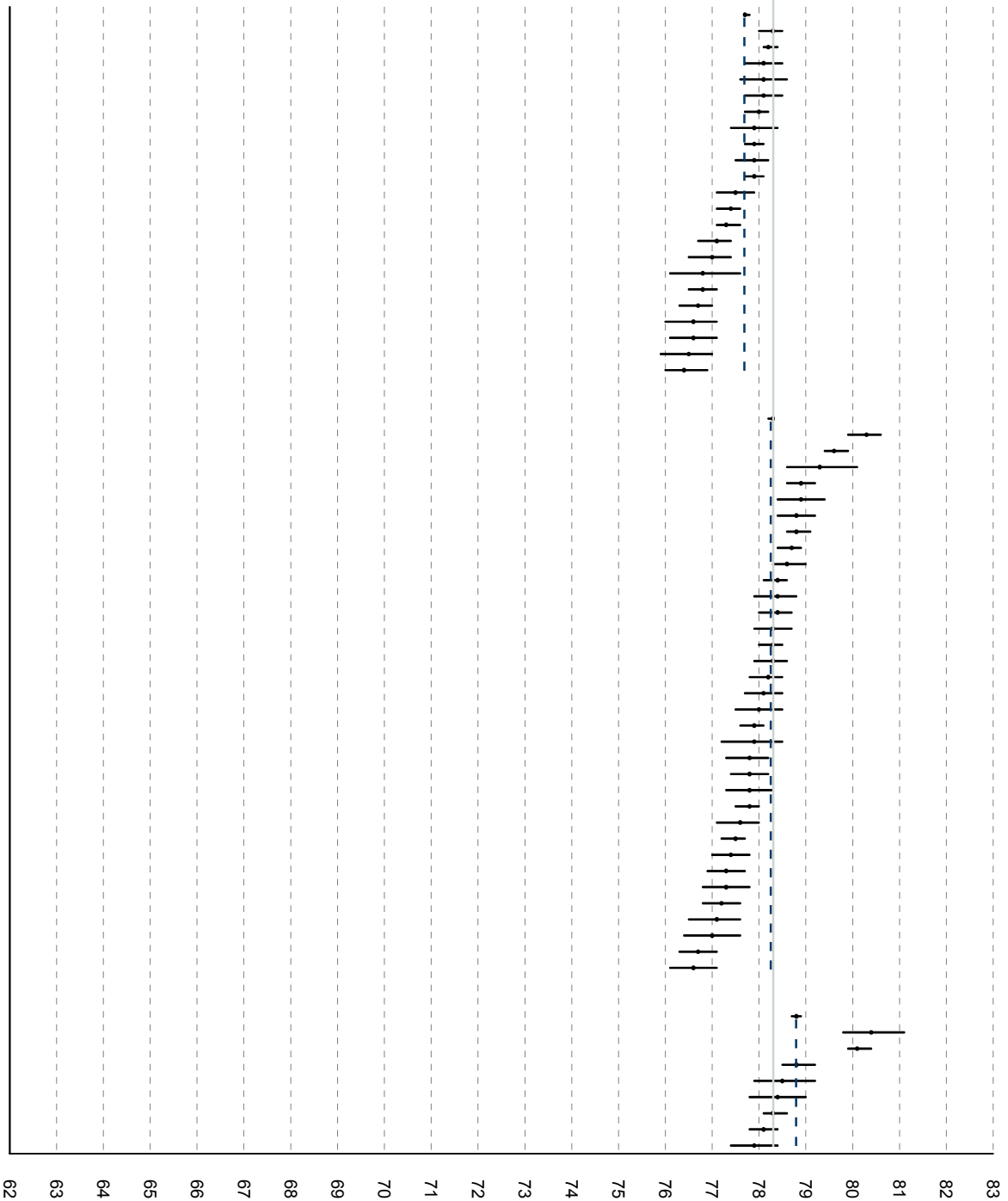
Plus de 90 % de la population des régions socio-sanitaires faisant partie du groupe de régions homologues A est établie dans de grandes villes (Toronto, Montréal et Vancouver). Le groupe de régions homologues A est caractérisé par une forte proportion de membres des minorités visibles et de personnes ayant atteint un niveau élevé de scolarité.

Les personnes qui vivent dans les régions socio-sanitaires du groupe A comptent parmi celles dont la santé est la plus florissante au Canada (tableau 3). L'espérance de vie de ces personnes est supérieure de 6 mois à la moyenne nationale et l'EVSI, supérieure d'une année complète. Ces personnes ont tendance à adopter des comportements plus sains que le Canadien moyen. La proportion de personnes qui fument tous les jours est inférieure de 4 points de pourcentage à la moyenne nationale (18 % contre 22 %). Le groupe de régions homologues A est, parmi les 10 groupes de régions homologues, celui dont les taux d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont les plus faibles. Cependant, les résultats ne sont pas aussi bons lorsqu'il s'agit de l'exercice : 27 % des résidents des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues A font de l'exercice peu

Graphique 1
 Espérance de vie à la naissance selon le groupe de régions homologues et selon la région socio-santitaire, 1996



Espérance de vie (années)



- Groupe de régions homologues H**
- Région de la Chaudière-Appalaches QC
 - Région de la Montérégie QC
 - Health and Community Services St. John's Region NF
 - Zone 4 (New Glasgow) NS
 - Région du Bas-Saint-Laurent QC
 - Hamilton Public Health Unit ON
 - Zone 3 (Truro) NS
 - Région de Québec QC
 - Région de l'Estrie QC
 - Winnipeg MN
 - Region 2 (Saint John) NB
 - Région de la Mauricie et Centre-du-Québec QC
 - Région des Laurentides QC
 - Région de l'Outaouais QC
 - Algoma Public Health Unit ON
 - Region 4 (Edmunston) NB
 - Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean QC
 - Sudbury Public Health Unit ON
 - Région de la Côte-Nord QC
 - North Bay Public Health Unit ON
 - Porcupine Public Health Unit ON
 - Région de l'Abitibi-Témiscamingue QC

- Groupe de régions homologues I**
- South Okanagan Similkameen BC
 - Capital BC
 - Brandon MN
 - Saskatoon Service Area SK
 - North Okanagan BC
 - Region 1 (Moncton) NB
 - Waterloo Public Health Unit ON
 - Région de Laval QC
 - Fraser Valley BC
 - Middlesex-London Public Health Unit ON
 - Peterborough Public Health Unit ON
 - Central Vancouver Island BC
 - Lambton Public Health Unit ON
 - Niagara Public Health Unit ON
 - Regina Service Area SK
 - Haliburton-Kawartha-Pine Ridge PHU ON
 - Kingston-Frontenac-Lennox and Addington PHU ON
 - Oxford Public Health Unit ON
 - Zone 6 (Halifax) NS
 - West Kootenay-Boundary BC
 - Region 3 (Fredericton) NB
 - Bruce-Grey-Owen Sound Public Health Unit ON
 - Haldimand-Norfolk Public Health Unit ON
 - Windsor-Essex Public Health Unit ON
 - Brant Public Health Unit ON
 - Région de Lanaudière QC
 - Hastings and Prince Edward Public Health Unit ON
 - Eastern Ontario Public Health Unit ON
 - Thompson, British Columbia BC
 - Leeds-Grenville-Lanark Public Health Unit ON
 - Elgin-St Thomas Public Health Unit ON
 - Urban Health Region PE
 - Thunder Bay Public Health Unit ON
 - Kent-Chatham Public Health Unit ON

- Groupe de régions homologues J**
- Westview Regional Health Authority AB
 - Halton Public Health Unit ON
 - Wellington-Dufferin-Guelph Public Health Unit ON
 - Headwaters Health Authority AB
 - Coast Garibaldi BC
 - Durham Public Health Unit ON
 - Simcoe Public Health Unit ON
 - Upper Island/Central Coast BC

Tableau 2
Comparaison entre le Canada et les groupes de régions homologues, certaines caractéristiques

Groupe de régions homologues	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC	Nombre de régions socio-sanitaires	Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux	
	milliers	%			Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
Canada	25 802	100,0	131 535	139	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7
B	4 609	17,9	13 152	8	79,6	✓ 69,5	11	✓ 18	✓ 14	✓ 19	✓ 15	27	8
A	4 564	17,7	8 229	5	78,8	✓ 69,6	12	✓ 18	✓ 11	× 27	✓ 12	26	6
J	1 568	6,1	7 866	8	78,8	✓ 68,8	11	✓ 22	16	✓ 17	× 18	24	8
I	6 001	23,3	34 622	34	78,3	× 67,6	12	× 23	× 17	✓ 19	× 18	26	8
G	1 355	5,3	14 385	21	77,9	× 67,5	12	× 23	× 20	✓ 20	× 20	24	8
E	672	2,6	10 535	13	77,8	× 67,0	14	× 26	× 22	22	× 19	22	7
H	5 843	22,6	26 371	22	77,7	× 68,8	12	× 25	× 15	× 24	× 17	29	7
D	624	2,4	6 123	9	77,0	× 66,5	15	× 26	× 21	× 28	× 20	19	6
F	515	2,0	8 615	13	76,7	× 66,7	13	× 25	× 19	✓ 18	× 21	22	8
C	52	0,2	1 637	6	71,8	× 62,7	15	× 39	× 26	× 27	× 22	19	5

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

✓ Indique que l'estimation pour le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

× Indique que l'estimation pour le groupe de régions homologues est significativement moins bonne que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

fréquemment, alors que la proportion est de 22 % pour l'ensemble du Canada. Les chiffres ayant trait à la santé mentale sont positifs pour ce groupe de régions homologues. La prévalence de la dépression y est significativement inférieure à la prévalence nationale.

Richmond, en Colombie-Britannique, se distingue en tant que région socio-sanitaire exceptionnelle à l'intérieur d'un groupe de régions homologues exceptionnel. Les résidents de Richmond jouissent de l'espérance de vie la plus élevée au Canada, soit 81,2 années (2,4 années de plus que celle observée pour le groupe de régions homologues A dans son ensemble et 2,9 années de plus que celle observée pour l'ensemble du Canada). L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) y est aussi la meilleure au pays, soit 72,8 années (3,2 années de plus que le chiffre observé pour l'ensemble du groupe de régions homologues A et 4,2 années de plus que celui observé pour l'ensemble du Canada). Les résidents de Richmond ont un mode de vie très sain. Le taux d'usage du tabac (9 %) et le taux d'obésité (6 %) sont les plus faibles au Canada. Les résidents de Richmond sont aussi moins susceptibles que les autres Canadiens d'être classés dans la catégorie des

personnes qui font de l'exercice peu fréquemment : la proportion de personnes qui font peu d'exercice est de 18 % pour Richmond et de 27 % pour l'ensemble du groupe de régions homologues A.

La région de Montréal-Centre est la région du groupe de régions homologues A pour laquelle l'espérance de vie est la plus faible, soit 77,9 années (0,9 année de moins que la valeur globale pour le groupe A). De surcroît, il s'agit de la seule région socio-sanitaire faisant partie du groupe pour laquelle l'espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale. Montréal connaît aussi les taux d'usage quotidien du tabac, d'obésité, de consommation abusive d'alcool et de stress intense les plus élevés observés pour le groupe de régions homologues A. Néanmoins, l'EVSI calculée pour cette région se compare favorablement à celle enregistrée pour le groupe de régions homologues A dans son ensemble (70,3 contre 69,6 années).

Bien que le taux global de personnes qui font de l'exercice peu fréquemment observé pour le groupe de régions homologues A soit moins bon que le taux national, ce résultat n'est pas uniforme pour toutes les régions socio-sanitaires qui constituent le groupe.

Tableau 3
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues A, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux								
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %							
														H C	H C	H C	H C	H C	H C	H C
					milliers	%														
Canada	25 802		131 535																	
GROUPE A	4 564	100,0	8 229	78,8	√	69,6	√	12	18	√	11	√	27	×	12	√	26	6	√	
BC Richmond	144	3,2	828	81,2	√√	72,8	√√	13	9	√√	6	√√	18	√	10	√	24	5	√	
BC Burnaby	172	3,8	871	79,5	√√	69,6	√	13	13	√√	8	√	16	√√	8	√√	25	7		
ON Toronto Public Health Unit	2 177	47,7	2 524	79,3	√√	69,0	×	√	12	17	√	11	√	29	×	10	√	24	6	
BC Vancouver	501	11,0	1 285	78,6		68,9	×	√	13	14	√√	9	√	18	√√	14		21	√√	8
QC Région de Montréal-Centre	1 569	34,4	2 721	77,9	×	70,3	√√	11	21	×	12	√	29	×	15		31	×	×	6

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

En fait, pour deux de ces régions (Burnaby et Vancouver), toutes deux situées en Colombie-Britannique, le taux de personnes qui font de l'exercice peu fréquemment est meilleur (plus faible) que le taux national. Par contre, le taux de 29 % enregistré pour Toronto et la région de Montréal-Centre est nettement moins bon, étant supérieur de 7 points de pourcentage à la moyenne nationale.

Groupe de régions homologues B

Le groupe de régions homologues B comprend les grands centres urbains du Canada. La population moyenne des régions socio-sanitaires que compte ce groupe est supérieure à 500 000 habitants. Comme les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues A, celles du groupe B ont une forte proportion de membres des minorités visibles et leurs résidents ont tendance à avoir atteint un niveau élevé de scolarité.

Le groupe de régions homologues B présente l'espérance de vie la plus élevée au Canada, soit 79,6 années (tableau 4). Dans sept des huit régions socio-sanitaires qui forment le groupe, l'espérance de vie est significativement supérieure à la moyenne nationale. Les résidents des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues B peuvent s'attendre à vivre 1,3 année de plus que le Canadien moyen. L'EVSI est également supérieure à la moyenne nationale et la proportion de personnes qui disent leur santé passable ou mauvaise est inférieure à la moyenne nationale. Le groupe de régions homologues B se trouve dans une situation favorable par rapport au Canada dans son ensemble en ce qui concerne divers aspects du mode de vie. Il obtient, ex aequo avec le groupe A, le taux le plus faible d'usage quotidien du tabac. En outre, les taux d'obésité, d'exercice peu fréquent et de consommation abusive d'alcool sont tous inférieurs aux valeurs nationales correspondantes.

Tableau 4
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues B, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC†		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux	
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
Canada	25 802		131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7	
GROUPE B	4 609	100,0	13 152	79,6	69,5	11	18	14	19	15	27	8	
ON York Public Health Unit	635	13,8	1 732	80,6 √√	71,1 √√	11	18 √	12 √	20	13 √	29	7	
BC North Shore	161	3,5	842	80,3 √√	72,5 √√	7 √√	10 √√	7 √√	10 √√	18	30	6	
ON Peel Public Health Unit	858	18,6	1 837	79,9 √	70,1 √√	11	16 √	14	26 × ×	13 √	28	7	
BC South Fraser Valley	503	10,9	1 437	79,6 √	69,7 √	13	13 √√	15	15 √√	14	21 √√	9	
ON Ottawa Public Health Unit	664	14,4	1 936	79,5 √	69,2 × √	11	17 √	14	17 √	16	25	8	
AB Calgary Regional Health Authority	810	17,6	2 092	79,4 √	69,1 × √	10 √	20	14	19	16	26	9	
AB Capital Health Authority	700	15,2	2 111	78,8 × √	68,0 × ×	12	23 ×	15	17 √	18	28	10 ×	
BC Simon Fraser	279	6,1	1 165	78,6 ×	68,6 ×	12	16 √	13	18 √	11 √√	27	6	

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

Les indicateurs de l'état de santé sont nettement meilleurs pour deux des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues B, à savoir York en Ontario et North Shore en Colombie-Britannique, que pour les autres. Pour ces deux régions, l'espérance de vie et l'EVSI sont meilleures que celles observées pour le groupe dans son ensemble. En outre, North Shore compte la proportion la plus faible au Canada de résidents jugeant leur santé passable ou mauvaise (7 %). Dans cette région, l'évaluation supérieure à la moyenne de l'état de santé va de pair avec des comportements favorables à la santé. En effet, les taux d'usage quotidien du tabac, d'obésité et d'exercice peu fréquent sont plus faibles à North Shore que pour l'ensemble du groupe de régions homologues B. Par contre, il n'en n'est pas de même de la région de York. Bien qu'ils soient supérieurs aux taux nationaux correspondants, les taux de comportements ayant un effet sur la santé observés pour York ne sont pas meilleurs que pour le groupe B dans son ensemble.

Groupe de régions homologues C

Le groupe de régions homologues C comprend les régions socio-sanitaires du Grand Nord du Canada. Ce groupe de régions homologues a pour caractéristiques sociodémographiques une forte proportion d'Autochtones, un taux élevé de chômage et un faible niveau de scolarité.

L'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) enregistrées pour le groupe de régions homologues C sont les plus faibles au Canada (tableau 5). Ces deux mesures sont inférieures à la moyenne nationale pour toutes les régions socio-sanitaires qui constituent le groupe. Dans la région du Nunavik, au Québec, l'espérance de vie est inférieure à la valeur globale observée pour le groupe de régions homologues C et, à 65,4 années, est la plus faible observée au Canada, soit 13 années de moins que la moyenne nationale. L'EVSI calculée pour la région du Nunavik, soit 61 années, est aussi la plus faible observée au Canada.

Tableau 5
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues C, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux	
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
Canada	25 802	100,0	131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7	
GROUPE C	52	100,0	1 637	71,8	62,7	15	39	26	27	22	19	5	
QC Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James	...	...	...	73,9	65,9	...	...	...	...	...	...	...
SK Northern Health Services Branch	16	30,7	424	73,3	62,5	15	33	22	22	24	22	...	
MN Burntwood et Churchill	16	31,5	506	72,9	62,4	15	35	26	27	24	19	6	
NU Nunavut	19	37,8	707	69,8	62,9	16	48	28	30	18	16	4	
QC Région du Nunavik	...	...	...	65,4	61,0	...	...	...	...	...	...	...

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Les estimations pour le groupe de régions homologues C fondées sur les données de l'ESCC n'incluent ni la région du Nunavik ni la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, puisque la collecte des données de l'ESCC n'a pas eu lieu dans ces régions socio-sanitaires.

Les questions sur la dépression n'ont pas été posées pour la Northern Health Services Branch, en Saskatchewan.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies. ... N'ayant pas lieu de figurer.

La prévalence de l'usage quotidien du tabac observée pour le groupe de régions homologues C (39 %) est la plus élevée au Canada, dépassant de 17 points de pourcentage la moyenne nationale. Les taux de prévalence de l'obésité et de la consommation abusive d'alcool sont également les plus élevés observés au Canada. Un résident sur quatre des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues C est obèse, alors que le rapport est de 1 sur 7 pour l'ensemble du Canada. En outre, 22 % des résidents s'adonnent à une consommation abusive d'alcool au moins une fois par mois, proportion considérablement plus forte que celle enregistrée pour l'ensemble du Canada (16 %). Le taux de personnes qui font de l'exercice peu fréquemment observé pour le groupe de régions homologues C (27 %) est également supérieur à la moyenne nationale (22 %).

En revanche, pour ce qui est des facteurs psychosociaux, la comparaison est à l'avantage du groupe de régions homologues C. La proportion de

la population de ce groupe qui dit être exposée à un niveau de stress intense est inférieure de 7 points de pourcentage à la moyenne nationale (19 % contre 26 %). En général, les personnes qui habitent les régions rurales font état de niveaux de stress plus faibles que les autres (données non présentées). La prévalence de la dépression pour le groupe de régions homologues C (5 %) est la plus faible observée pour les 10 groupes de régions homologues étudiés.

Groupe de régions homologues D

Les régions socio-sanitaires qui forment le groupe de régions homologues D sont situées principalement dans les provinces de l'Est du Canada. Dans ces régions, le taux de chômage est élevé et le revenu personnel moyen, faible. La plupart des résidents ont tendance à vivre dans ces collectivités longtemps, comme en témoigne le faible taux de migration entre municipalités.

Le groupe de régions homologues D tire de l'arrière par rapport au Canada en ce qui a trait à la plupart des indicateurs de la santé étudiés (tableau 6). L'espérance de vie y est inférieure à la moyenne nationale, l'EVSI se classe à l'avant dernier rang parmi les 10 groupes de régions socio-sanitaires homologues, et la proportion de résidents qui jugent leur santé passable ou mauvaise est supérieure à la moyenne nationale. Les résidents des régions socio-sanitaires du groupe D ont tendance à adopter des comportements nuisibles à la santé. Les taux d'usage quotidien du tabac, d'obésité, d'exercice peu fréquent et de consommation abusive d'alcool sont tous significativement plus élevés que les taux nationaux correspondants. À 28 %, le taux de personnes faisant peu fréquemment de l'exercice est le plus élevé observé pour les 10 groupes de régions

homologues. À l'instar du groupe de régions homologues C, le groupe de régions homologues D est mieux classé que les autres en ce qui concerne les facteurs psychosociaux. Le groupe obtient le deuxième taux de dépression, en commençant par le plus faible, observé pour les 10 groupes de régions homologues et enregistre, ex aequo avec le groupe de régions homologues C, le taux de stress le plus faible.

La région de Bathurst, au Nouveau-Brunswick (région 6) est la région socio-sanitaire du groupe D pour laquelle l'espérance de vie est la plus grande, étant supérieure de deux années à la moyenne pour le groupe. Cette région socio-sanitaire est la seule du groupe de régions homologues D où l'espérance de vie est supérieure à la moyenne nationale. Toutefois, la prévalence des comportements ayant un effet sur

Tableau 6
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues D, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé			Facteurs psychosociaux		
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
					milliers	%	H C	H C	H C	H C	H C	H C	H C
Canada	25 802		131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7	
GROUPE D	624	100,0	6 123	77,0	66,5	15	26	21	28	20	19	6	
NB Région 6 (Bathurst)	75	12,1	681	79,1	67,1	17	20	17	31	18	23	6	
NF Grenfell Regional Health Services Board	14	2,2	335	78,3	70,8	14	25	27	33	21	15	5	
NF Health and Community Services Central Region	90	14,5	711	77,7	69,2	13	25	27	29	21	11	5	
NB Région 7 (Chatham)	41	6,6	481	77,7	65,9	18	27	25	35	16	19	5	
NB Région 5 (Campbellton)	27	4,3	478	77,4	63,4	20	29	22	24	20	25	6	
NF Health and Community Services Western Region	75	12,0	623	77,3	67,8	13	28	18	31	20	17	5	
QC Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	85	13,7	1 184	76,9	68,8	13	31	15	23	15	21	6	
NF Health and Community Services Eastern Region	104	16,6	810	76,3	67,0	13	25	23	28	23	14	4	
NS Zone 5 (Cap-Breton)	112	18,0	820	76,1	61,8	15	26	23	27	25	25	10	

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

la santé observée pour Bathurst ne diffère pas de façon significative de celles obtenues pour le groupe de régions homologues D dans son ensemble.

Au sein du groupe D, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, au Québec, se distingue des autres pour ce qui est des comportements ayant un effet sur la santé. Les résidents de cette région socio-sanitaire sont moins susceptibles d'être obèses, moins susceptibles de faire peu fréquemment de l'exercice et moins susceptibles de s'adonner à une consommation abusive d'alcool que ceux du groupe de régions homologues D dans son ensemble. L'EVSI des résidents de la Gaspésie est supérieure à celle observée pour le groupe D dans son ensemble, mais leur espérance de vie est à peu près la même.

La région socio-sanitaire du groupe de régions homologues D pour laquelle l'espérance de vie est la plus faible est celle du cap Breton en Nouvelle-Écosse (zone 5). L'espérance de vie au cap Breton est inférieure de 0,9 année à celle observée pour le groupe de régions homologues D dans son ensemble et de 2,2 années à la moyenne nationale. En outre, l'EVSI est très faible dans cette région, s'établissant à 61,8 années, soit 4,7 années de moins que pour le groupe de régions homologues D dans son ensemble et 6,8 années de moins que la moyenne nationale. Si l'on compare l'EVSI à l'espérance de vie, on constate que les résidents du cap Breton peuvent s'attendre à vivre 14,3 années en ayant une incapacité, période la plus longue observée pour toutes les régions socio-sanitaires du Canada. Pourtant, la situation quant aux aspects du mode de vie qui ont un effet sur la santé ne semble pas particulièrement mauvaise au Cap-Breton. La prévalence des comportements qui influent sur la santé n'y diffère pas significativement de celle observée pour le groupe de régions homologues D dans son ensemble. Par contre, les résultats ne sont pas très bons en ce qui a trait aux facteurs psychosociaux. Des neuf régions socio-sanitaires qui forment le groupe D, le Cap-Breton est celle qui présente les taux de stress et de dépression les plus élevés.

Groupe de régions homologues E

Le groupe de régions homologues E est formé en grande partie de régions socio-sanitaires rurales situées principalement dans les provinces des Prairies. Ce groupe de régions homologues est celui qui compte la proportion la plus forte de personnes de 65 ans et plus. Le revenu moyen y est faible.

L'espérance de vie des résidents des régions qui forment le groupe E est inférieure de six mois à la moyenne nationale (tableau 7). L'EVSI est également

inférieure à la moyenne nationale et une proportion supérieure à la moyenne de résidents disent leur santé passable ou mauvaise. Ces mesures inférieures à la moyenne de l'état de santé sont conjuguées à certains aspects du mode de vie nuisibles à la santé. Le taux d'obésité enregistré pour le groupe E (22 %) est le deuxième pire taux parmi ceux observés pour les 10 groupes de régions homologues; la prévalence de l'obésité est significativement supérieure à la moyenne nationale pour 9 des 13 régions socio-sanitaires du groupe. Celles de l'usage du tabac et de la consommation abusive d'alcool sont également supérieures à la moyenne nationale. Inversement, la proportion de personnes faisant état d'un niveau élevé de stress est inférieure à la moyenne nationale.

La région de Kentville en Nouvelle-Écosse (zone 2) est, de toutes les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues, celle où l'espérance de vie est la plus élevée (79,3 années). Parallèlement, l'EVSI (66,0 années) y est inférieure à la moyenne observée pour l'ensemble du groupe E. Regroupées, ces mesures signifient que les résidents de Kentville peuvent s'attendre à vivre 13,3 années en souffrant d'une incapacité, de sorte que cette région socio-sanitaire se classe, au niveau national, à la troisième place par ordre décroissant de nombre prévu d'années de vie en souffrant d'une incapacité.

La région socio-sanitaire rurale de l'Île-du-Prince-Édouard vient en deuxième place parmi les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues E en ce qui a trait à l'espérance de vie. L'EVSI y est aussi plus élevée que pour le groupe E dans son ensemble. Pour ce qui est des comportements ayant une incidence sur la santé, les taux observés pour la région socio-sanitaire rurale de l'Île-du-Prince-Édouard sont à peu près équivalents aux taux enregistrés pour le groupe E dans son ensemble. Par contre, le taux de prévalence du stress, soit 18 %, est significativement plus faible que celui observé pour le groupe E dans son ensemble (22 %).

Timiskaming, en Ontario, est la région socio-sanitaire du groupe de régions homologues E où l'espérance de vie ainsi que l'EVSI sont les plus faibles. Dans cette région, l'espérance de vie est inférieure de 1,9 année à celle observée pour le groupe de régions homologues E dans son ensemble et l'EVSI, inférieure de 3,7 années. Le taux d'usage quotidien du tabac observé pour Timiskaming, soit 33 %, est le taux le plus élevé pour les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues E et le cinquième, en commençant par le plus élevé, au niveau national. Par contre, les résultats sont positifs pour Timiskaming en ce qui a trait à l'exercice : le taux de personnes faisant de l'exercice peu fréquemment

Tableau 7
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues E, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC†		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux							
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %						
														HC	HC	HC	HC	HC	HC
					milliers	%	milliers	%	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC			
Canada	25 802		131 535																
GROUPE E	672	100,0	10 535	77,8	67,0	14	26	22	22	19	22	19	22	22	√	7			
NS Zone 2 (Kentville)	70	10,5	711	79,3	66,0	14	24	20	19	17	25	9							
PEI Rural Health Region	62	9,2	2 262	79,1	68,8	12	24	21	24	16	18	5	√						
SK Moose Jaw Service Area	47	6,9	758	78,7	68,2	11	23	19	27	20	23	4							
SK Melfort Service Area	35	5,2	758	78,6	69,3	12	22	21	24	17	19	5							
SK Prince Albert Service Area	56	8,4	658	78,4	67,2	13	29	26	19	20	22	6							
SK Yorkton Service Area	49	7,3	633	78,3	68,5	16	26	24	29	16	28	6							
MN Marquette	30	4,4	637	77,9	69,3	10	18	22	26	19	25	6							
NS Zone 1 (Yarmouth/South Shore)	108	16,1	956	77,5	65,4	16	29	27	24	21	21	9							
MN Parkland	34	5,0	614	77,4	67,7	18	21	25	18	24	18	4							
ON Muskoka-Parry Sound Public Health Unit	72	10,7	763	77,3	66,0	12	27	16	15	19	27	6							
SK North Battleford Service Area	49	7,2	730	77,3	66,9	13	31	21	21	21	22	7							
MN South Westman	29	4,3	550	77,2	69,3	10	17	17	25	17	19	6							
ON Timiskaming Public Health Unit	32	4,7	505	75,9	63,3	15	33	18	14	18	23	9							

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

est le plus faible observé pour toutes les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues E.

Groupe de régions homologues F

Le groupe de régions homologues F englobe nombre de collectivités du Nord du Canada, situées principalement dans l'Ouest du pays. Environ le sixième de la population des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues F est autochtone.

L'espérance de vie observée pour le groupe de régions homologues F est la deuxième en commençant par la plus faible parmi les 10 groupes de régions homologues (tableau 8). Elle est significativement inférieure à la moyenne nationale pour 9 des 13 régions socio-sanitaires qui forment le groupe. L'EVS est également significativement

inférieure à la moyenne nationale pour 11 de ces régions. Les résultats du groupe de régions homologues F ne sont pas très bons en ce qui concerne les comportements liés à la santé. Les taux d'usage quotidien du tabac, d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont tous supérieurs à la moyenne nationale. Cependant, il n'en n'est pas de même pour l'exercice. Le taux de personnes faisant peu fréquemment de l'exercice est significativement inférieur à la moyenne nationale et est le deuxième, en commençant par le plus faible, parmi les 10 groupes de régions homologues.

En ce qui concerne l'espérance de vie, la Northwestern Regional Health Authority, en Alberta, et Norman, au Manitoba, sont les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues F

Tableau 8
 Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues F, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux	
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
					milliers	%	milliers	%	H C	H C	H C	H C	H C
Canada	25 802		131 535		78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7
GROUPE F	515	100,0	8 615		76,7	66,7	13	25	19	18	21	22	8
AB Northwestern Regional Health Authority	10	2,0	341		80,0	67,7	18	21	34	25	14	23	7
BC North West	62	12,1	650		77,9	67,1	11	22	20	13	19	16	7
AB Mistahia Regional Health Authority	73	14,2	799		77,5	66,6	12	26	18	20	18	29	10
BC Peace Liard	51	9,9	611		77,5	67,4	12	22	18	17	23	22	7
QC Région du Nord-du-Québec	14	2,8	655		76,9	68,7	11	28	17	19	18	21	4
BC Northern Interior	104	20,3	859		76,8	66,8	14	25	15	16	20	22	10
NT Territoires du Nord-Ouest	32	6,3	1 001		76,8	67,0	17	35	27	32	29	24	9
BC Cariboo	60	11,6	673		76,7	66,5	15	21	16	13	21	24	11
AB Northern Lights Regional Health Authority	33	6,4	605		75,8	66,3	13	28	19	23	23	23	6
YT Territoire du Yukon	25	4,8	809		75,7	66,9	11	26	17	16	23	19	9
NF Health Labrador Corporation	20	3,9	499		74,9	66,3	13	32	24	23	26	13	5
AB Keeweenok Lakes Regional Health Authority	16	3,0	556		74,8	64,4	19	32	22	24	18	24	8
MN Norman	15	2,9	557		74,6	65,1	16	21	27	12	30	15	8

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

auxquelles on associe respectivement les meilleures et les pires résultats. Les résidents de Northwestern peuvent s'attendre à vivre 3,3 années de plus que la moyenne calculée pour le groupe F dans son ensemble et 5,4 années de plus que les résidents de Norman. La consommation abusive d'alcool est inversement corrélée à l'espérance de vie : la Northwestern Regional Health Authority a le taux le plus faible de consommation abusive d'alcool observé pour le groupe F (14 %), tandis que Norman a le taux le plus élevé (30 %) (il s'agit aussi du taux le plus élevé de consommation abusive d'alcool pour l'ensemble du Canada). Dans chacune de ces régions,

la prévalence de l'obésité est supérieure à la moyenne observée pour le groupe de régions homologues F. Le résultat n'est pas surprenant pour Norman, étant donné la faible espérance de vie dans cette région. Par contre, le taux très élevé d'obésité enregistré pour la Northwestern Regional Health Authority (le taux le plus élevé au Canada) est surprenant, étant donné l'espérance de vie élevée dans cette région socio-sanitaire.

La région du Nord-du-Québec est la région du groupe F pour laquelle l'EVSI est la plus élevée, ses résidents pouvant s'attendre à vivre sans incapacité deux années de plus que la moyenne pour le groupe

de régions homologues F dans son ensemble. L'autre mesure qui vaut la peine d'être mentionnée pour cette région est le taux de dépression (4 %), qui est significativement plus faible que celui observé pour le groupe F dans son ensemble et le deuxième, en commençant par le plus faible, enregistré au Canada.

Parmi les régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues F, c'est dans les Territoires du Nord-Ouest que l'on observe les pires taux quant aux comportements nuisibles à la santé. Cette région du groupe est celle pour laquelle les taux d'usage quotidien du tabac et d'exercice peu fréquent sont les plus élevés; en outre, les taux d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont tous deux supérieurs au taux global pour le groupe. Cependant, il n'en n'est pas de même des trois indicateurs de la santé. En ce qui concerne l'espérance de vie, l'EVSI et la proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise, les résultats pour les Territoires du Nord-Ouest sont comparables à ceux observés pour l'ensemble du groupe de régions homologues F. Cette situation pourrait tenir en partie à la situation économique des Territoires du Nord-Ouest comparativement aux autres régions du groupe F. Le revenu moyen des résidents y est plus élevé que le revenu moyen calculé pour l'ensemble du groupe de régions homologues F (données non présentées). À noter toutefois que les résultats des Territoires du Nord-Ouest sont inférieurs aux résultats nationaux pour les trois indicateurs de la santé.

Groupe de régions homologues G

Comme le groupe de régions homologues E, le groupe de régions homologues G est formé principalement de régions socio-sanitaires rurales situées dans les provinces des Prairies. Il est caractérisé par un faible taux de chômage et une faible proportion de personnes dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu (voir les définitions au tableau A en annexe).

L'espérance de vie et l'EVSI observées pour le groupe de régions homologues G sont l'une et l'autre légèrement inférieures à la moyenne nationale, mais à l'intérieur du groupe, les chiffres varient considérablement (tableau 9). Pour 3 des 21 régions socio-sanitaires qui forment le groupe, l'espérance de vie est significativement plus grande que la moyenne nationale, tandis que pour 6 de ces régions, elle est significativement inférieure à cette moyenne. Pour 3 des 21 régions socio-sanitaires, l'EVSI est significativement supérieure à celle observée pour le Canada dans son ensemble, et pour 9 de ces régions, elle est significativement inférieure. La proportion de résidents qui fument la cigarette tous les jours est

légèrement supérieure au taux national. Les taux d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont, quant à eux, un peu plus élevés que la moyenne. Pour 9 des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues G, le taux d'obésité est significativement plus élevé que le taux national, tandis que pour 7 régions, le taux de consommation abusive d'alcool est supérieur à la moyenne nationale. Le taux de personnes qui font peu fréquemment de l'exercice est un peu meilleur pour le groupe de régions homologues G que pour le Canada dans son ensemble.

La Swift Current Service Area, en Saskatchewan, est la région socio-sanitaire du groupe où l'espérance de vie est la plus élevée, surpassant de deux années la valeur globale calculée pour le groupe. Swift Current est aussi la région du groupe où l'EVSI est la plus grande et la seule région du groupe pour laquelle la proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise est significativement inférieure à la moyenne nationale.

Trois régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues G ont un taux de dépression particulièrement faible : 4 % pour South Eastman, au Manitoba, 3 % pour la Weyburn Service Area, en Saskatchewan et 5 % pour la Central Region, au Manitoba. Ces taux sont tous significativement plus faibles que celui de 8 % associé au groupe de régions homologues G dans son ensemble. La comparaison de ces trois régions socio-sanitaires au reste du groupe de régions homologues G est positive pour plusieurs autres mesures. L'espérance de vie et l'EVSI des résidents de chacune de ces trois régions sont supérieures à la moyenne pour le groupe. South Eastman et Central présentent les taux de consommation abusive d'alcool les plus faibles pour le groupe G (11 % et 12 %, respectivement). Ces régions socio-sanitaires sont les deux seules du groupe de régions homologues G pour lesquelles le taux de consommation abusive d'alcool est inférieur à la moyenne nationale (16 %) et considérablement plus faible que le taux global observé pour le groupe de régions homologues G (20 %). En outre, les taux d'usage quotidien du tabac observés pour ces deux régions socio-sanitaires (18 % et 17 %, respectivement) sont également nettement plus faibles que les 23 % observés pour le groupe de régions homologues G dans son ensemble.

Groupe de régions homologues H

La moitié des 22 régions socio-sanitaires qui constituent le groupe de régions homologues H sont situées au Québec et la plupart des autres, dans les provinces limitrophes. Le groupe de régions homologues H est caractérisé par une faible

Tableau 9
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues G, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux	
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
					milliers	%	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC
Canada	25 802		131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7	
GROUPE G	1 355	100,0	14 385	77,9	67,5	12	23	20	20	20	24	8	
SK Swift Current Service Area	38	2,8	492	79,9 √√	70,8 √√	8 √	22	20	19	22	24	6	
MN South Eastman	43	3,2	749	79,3 √√	69,3 √	12	18 √	19	29 x x	11 √√	20 √	4 √√	
SK Weyburn Service Area	46	3,4	605	79,1 √	69,4 √√	12	23	20	25	20	23	3 √√	
AB Palliser Health Authority	78	5,7	726	79,1 √√	68,7 √	10	24	17	19	18	23	7	
MN Central	76	5,6	827	79,0 √	68,9 √	10	17 √√	19	28 x x	12 √√	25	5 √√	
AB Aspen Regional Health Authority	74	5,5	761	78,8 √	67,7 x	14	26	20 x	22	24 x	22	7	
BC East Kootenay	69	5,1	645	78,8 √	68,3	12	23	19	13 √√	23 x	23	9	
ON Perth Public Health Unit	63	4,6	722	78,7	68,6 √	11	20	14 √	23	19	18 √√	6	
SK Rosetown Service Area	39	2,9	506	78,6	70,4 √√	11	23	21	25	22	26	9	
AB East Central Health Authority	86	6,3	802	78,6	68,2	11	29 x x	22 x	24	23 x	26	10	
ON Huron Public Health Unit	51	3,8	520	78,5	68,2	12	17 √	18	13 √√	21	26	6	
AB David Thompson Regional Health Authority	163	12,0	973	78,3	67,2 x	12	24	20 x	18 √	22 x	25	11 x	
ON Renfrew Public Health Unit	83	6,1	722	78,0	65,5 x x	17 x x	25	21 x	14 √√	15	26	6	
AB Chinook Regional Health Authority	121	8,9	890	77,7 x	67,4 x	13	22	20 x	21	16	27	10	
AB Health Authority #5	43	3,2	623	77,7	68,1	10	24	17	22	17	22	5	
MN North Eastman	30	2,2	522	77,6	68,3	12	19	22 x	20	20	24	6	
MN Interlake	61	4,5	762	77,3 x	67,4 x	12	24	26 x x	20	26 x x	29	6	
AB Lakeland Regional Health Authority	85	6,2	814	77,0 x x	66,0 x x	12	26 x	20 x	18	18	23	9	
AB Peace Regional Health Authority	18	1,3	433	74,9 x x	63,8 x x	15	26	18	19	23 x	24	8	
AB Crossroads Regional Health Authority	34	2,5	581	74,8 x x	64,3 x x	14	25	20	18	21	25	8	
ON Northwestern Public Health Unit	56	4,1	710	74,3 x x	63,9 x x	13	23	21 x	17 √	22 x	23	8	

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, x indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, x indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

croissance de la population et un taux de chômage élevé à moyen.

L'espérance de vie est inférieure de 0,6 année à la moyenne nationale pour le groupe de régions homologues H dans son ensemble et significativement inférieure à cette moyenne pour 16 des 22 régions socio-sanitaires qui constituent le groupe (tableau 10). Cependant, l'EVSI est légèrement supérieure à la moyenne nationale, peut-être en partie à cause du grand nombre de régions socio-sanitaires du groupe

qui sont situées au Québec. Huit des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues H, toutes situées au Québec, sont caractérisées par une EVSI significativement supérieure à la moyenne nationale. En général, les valeurs de l'EVSI observées au Québec sont les plus élevées du pays et 11 des 18 régions socio-sanitaires du Québec se classent dans le quartile supérieur de régions socio-sanitaires du Canada en ce qui a trait à l'EVSI¹⁰. Ce résultat pourrait être dû en partie au fait que la prévalence de l'arthrite,

Tableau 10
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues H, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†]		Taille de l'échantillon de l'ESCC		Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé			Facteurs psychosociaux		
					Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
Canada	25 802		131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7	
GROUPE H	5 843	100,0	26 371	77,7	68,8	12	25	15	24	17	29	7	
QC Région de la Chaudière-Appalaches	331	5,7	1 427	78,3	70,2	10	21	13	31	15	32	5	
QC Région de la Montérégie	1114	19,1	2 461	78,2	71,1	11	25	13	24	16	31	6	
NF Health and Community Services St. John's Region	158	2,7	892	78,1	68,2	12	24	17	27	24	18	5	
NS Zone 4 (New Glasgow)	83	1,4	691	78,1	66,1	15	20	22	21	24	22	6	
QC Région du Bas-Saint-Laurent	175	3,0	1 127	78,1	69,4	12	25	12	30	11	30	5	
ON Hamilton Public Health Unit	424	7,2	1 326	78,0	66,6	15	23	19	18	16	30	9	
NS Zone 3 (Truro)	89	1,5	801	77,9	65,6	16	25	21	19	18	23	12	
QC Région de Québec	556	9,5	1 653	77,9	70,8	9	23	10	23	17	36	6	
QC Région de l'Estrie	244	4,2	1 180	77,9	68,9	11	26	12	27	16	28	6	
MN Winnipeg	536	9,2	2 070	77,9	68,0	12	21	16	25	18	27	8	
NB Région 2 (Saint John)	149	2,6	915	77,5	66,3	13	20	19	22	17	26	9	
QC Région de la Mauricie et Centre-du-Québec	408	7,0	1 622	77,4	69,4	11	28	14	24	17	25	7	
QC Région des Laurentides	395	6,8	1 440	77,3	70,0	9	27	12	22	15	32	7	
QC Région de l'Outaouais	268	4,6	1 185	77,1	68,3	16	34	15	24	15	26	7	
ON Algoma Public Health Unit	105	1,8	812	77,0	64,9	17	27	21	20	22	26	9	
NB Région 4 (Edmunston)	46	0,8	583	76,8	64,7	20	24	19	28	16	31	8	
QC Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	242	4,1	1 122	76,8	69,3	9	28	12	28	20	25	6	
ON Sudbury Public Health Unit	166	2,8	979	76,7	64,2	17	28	18	21	23	23	8	
QC Région de la Côte-Nord	78	1,3	1 098	76,6	69,7	13	31	19	23	21	19	6	
ON North Bay Public Health Unit	78	1,3	979	76,6	63,6	15	24	19	19	20	24	9	
ON Porcupine Public Health Unit	75	1,3	755	76,5	64,1	18	25	24	20	22	25	6	
QC Région de l'Abitibi-Témiscamingue	124	2,1	1 253	76,4	67,7	13	28	13	19	21	28	5	

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

qui est une cause principale de limitation des activités et d'incapacité, est assez faible dans cette province. D'après les données de l'ESCC, des 10 provinces, le Québec est celle pour laquelle le taux de prévalence de l'arthrite est le plus faible (11 %), étant inférieur de 4 points de pourcentage à la moyenne nationale (15 %).

Le taux global d'usage du tabac pour le groupe de régions homologues H est supérieur au taux national (25 % contre 22 %) et le taux d'usage du tabac pour 10 des 22 régions socio-sanitaires du groupe est significativement supérieur à cette moyenne. Aucune région socio-sanitaire du groupe H ne présente un taux d'usage du tabac significativement inférieur au

taux national. La proportion de résidents des régions socio-sanitaires du groupe H déclarant être exposés à un stress intense est la plus forte observée pour les 10 groupes de régions homologues.

En ce qui concerne l'espérance de vie, les deux valeurs extrêmes pour le groupe H s'observent au Québec. Les résidents de la région de la Chaudière-Appalaches jouissent de l'espérance de vie la plus grande, soit de 78,3 années, valeur égale à la moyenne nationale. Ceux de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ont, quant à eux, la plus faible espérance de vie, inférieure de 1,9 année à celle des résidents de la Région de la Chaudière-Appalaches. Curieusement, cette dernière région est celle où le taux de personnes faisant peu fréquemment de l'exercice est le plus élevé pour le groupe de régions homologues H (31 %), tandis que l'Abitibi-Témiscamingue est celle où le taux est le plus faible (19 %). Bien que les taux d'usage du tabac et de consommation abusive d'alcool enregistrés pour l'Abitibi-Témiscamingue ne diffèrent pas de façon significative de ceux observés pour le groupe H dans son ensemble, ils sont significativement plus élevés que les taux nationaux.

La région socio-sanitaire de Truro, en Nouvelle-Écosse (zone 3), est la seule région socio-sanitaire du groupe de régions homologues H pour laquelle la prévalence de la dépression est supérieure à la moyenne nationale. Le taux est le deuxième, en commençant par le plus élevé, observé au Canada (12 %). Le taux d'obésité propre à Truro surpasse de 6 points de pourcentage le taux global du groupe de régions homologues H (21 % contre 15 %) et l'EVSI dans cette région est inférieure de 3,2 années à celle observée dans l'ensemble du groupe. Cependant, les résultats sont à l'avantage des résidents de Truro en ce qui a trait au stress. En effet, dans cette région, la prévalence du stress est inférieure de 6 points de pourcentage au taux enregistré pour le groupe de régions homologues H (23 % contre 29 %).

Groupe de régions homologues I

Le groupe de régions homologues I est formé, en majeure partie, de petits centres urbains et des régions avoisinantes. Un peu plus de la moitié des régions socio-sanitaires de ce groupe sont situées en Ontario. Une forte proportion de résidents font la navette entre leur domicile et un centre urbain avoisinant pour se rendre au travail. Parmi les 10 groupes de régions socio-sanitaires homologues, le groupe I occupe la troisième place en ce qui a trait à la proportion de résidents de 65 ans et plus.

L'espérance de vie pour le groupe I est de 78,3 années, chiffre qui coïncide exactement avec la moyenne nationale (tableau 11). L'EVSI y est inférieure d'un an à la moyenne nationale, et 26 des 34 régions socio-sanitaires du groupe ont une EVSI significativement inférieure à la moyenne nationale. Les taux d'usage du tabac, d'obésité et de consommation abusive d'alcool sont tous légèrement plus élevés que les taux nationaux correspondants. En ce qui concerne l'exercice, la comparaison du groupe de régions homologues I à l'ensemble du Canada est favorable. Le taux de personnes qui font peu fréquemment de l'exercice est inférieur à la moyenne nationale pour 15 des régions socio-sanitaires du groupe.

Les deux régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues I auxquelles on associe l'espérance de vie la plus élevée, c'est-à-dire South Okanagan Similkameen et Capital, sont toutes deux situées en Colombie-Britannique. South Okanagan Similkameen se classe parmi les cinq premières régions socio-sanitaires du Canada en ce qui a trait à l'espérance de vie (80,3 années). Dans ces deux régions, l'EVSI est significativement supérieure à la moyenne observée pour le groupe de régions homologues I. En outre, elle est supérieure à la moyenne nationale. Ce résultat est contraire à la tendance générale observée pour le groupe de régions homologues I, pour lequel, dans l'ensemble, l'EVSI est inférieure à la moyenne nationale. La grande espérance de vie et l'EVSI observées dans les deux régions socio-sanitaires susmentionnées sont associées à des comportements ayant un effet sur la santé supérieur à la moyenne, particulièrement dans le cas de Capital. Pour ces deux régions, le taux de personnes faisant de l'exercice peu fréquemment est inférieur au taux global observé pour le groupe de régions homologues I. En outre, Capital présente le taux d'obésité le plus faible et, ex aequo avec South Okanagan, en Colombie-Britannique, le taux d'usage quotidien du tabac le plus faible pour le groupe de régions homologues I.

La région de Laval, au Québec, est la région socio-sanitaire du groupe I où l'EVSI est la meilleure et occupe le troisième rang sur le plan national. Les taux d'obésité, de consommation abusive d'alcool et de dépression observés dans Laval se comparent tous favorablement au taux moyen observé dans le groupe de régions homologues I.

Kent-Chatham Public Health Unit, en Ontario, est la région socio-sanitaire du groupe de régions homologues I où l'espérance de vie et l'EVSI sont les plus faibles. Le taux de consommation abusive d'alcool

Tableau 11
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues I, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC [†] milliers Taille de l'échantillon de l'ESCC			Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux									
				Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %								
													HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC
Canada	25 802		131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7								
GROUPE I	6 001	100,0	34 622	78,3	67,6	x	12	23	x	17	x	19	√	18	x	26	8	x		
BC South Okanagan Similkameen	196	3,3	1 063	80,3	√√	69,1	√√	13	22	13	13	√√	20	23	10	x				
BC Capital	283	4,7	1 225	79,6	√√	69,5	√√	12	16	√√	10	√√	9	√√	18	24	10	x		
MN Brandon	39	0,7	676	79,3	√√	67,8		13	21	18	18		25	x x	22	6				
SK Saskatoon Service Area	232	3,9	1 274	78,9	√√	68,3	√	12	22	19	x	22	19	27	10					
BC North Okanagan	99	1,7	890	78,9	√	67,4	x	11	16	√√	14	17	√	14	23	7				
NB Région 1 (Moncton)	158	2,6	985	78,8	√	68,1	x	16	x	25	22	x x	21	21	x	23	11	x		
ON Waterloo Public Health Unit	378	6,3	1 304	78,8	√√	68,6	√	12	22	17	24	x	18	26	7					
QC Région de Laval	297	5,0	1 045	78,7	√	72,0	√√	10	22	13	√	28	x x	9	√√	32	x x	5	√√	
BC Fraser Valley	196	3,3	1 125	78,6		67,4	x	14	21	16		15	√√	18	30	12	x x			
ON Middlesex-London Public Health Unit	349	5,8	1 282	78,4		67,0	x x	10	18	√	16		19	18	30	6				
ON Peterborough Public Health Unit	109	1,8	842	78,4		66,9	x x	12	19	15	11	√√	21	x	24	5	√			
BC Central Vancouver Island	203	3,4	1 077	78,4		67,5	x	11	24	15	14	√√	22	x	26	9				
ON Lambton Public Health Unit	109	1,8	866	78,3		67,7	x	14	24	20	x	20	24	x x	23	6				
ON Niagara Public Health Unit	362	6,0	1 275	78,3		67,3	x x	12	22	17		19	18	27	8					
SK Regina Service Area	199	3,3	1 171	78,3		68,4	√	13	24	18		21	21	x	28	7				
ON Haliburton-Kawartha-Pine Ridge Public Health Unit	145	2,4	967	78,2		67,2	x	12	24	17		14	√√	19	24	9				
ON Kingston-Frontenac-Lennox and Addington Public Health Unit	149	2,5	938	78,1		66,8	x x	11	21	16		16	√	17	28	9				
ON Oxford Public Health Unit	86	1,4	713	78,0		67,0	x x	9	√	23	22	x x	15	√√	17	25	7			
NS Zone 6 (Halifax)	325	5,4	1 340	77,9	x x	66,8	x x	12	22	19		20	21	x	22	√√	8			
BC West Kootenay-Boundary	71	1,2	705	77,9		66,8	x x	17	x x	22	15	14	√√	20	26	13	x x			
NB Région 3 (Fredericton)	137	2,3	873	77,8	x	66,8	x x	15	25	21	x	26	x	14	√	19	√√	6		
ON Bruce-Grey-Owen Sound Public Health Unit	134	2,2	860	77,8	x	67,2	x	13	22	17		29	x x	21	x	22	6			
ON Haldimand-Norfolk Public Health Unit	93	1,6	723	77,8		66,8	x x	16	x	26	19		19	19	21	√	8			
ON Windsor-Essex Public Health Unit	325	5,4	1 250	77,8	x x	66,6	x x	15	x	22	19	x	23	17	26	8				
ON Brant Public Health Unit	106	1,8	756	77,6	x x	65,9	x x	13	26	18		16	√	16	29	...				
QC Région de Lanaudière	331	5,5	1 494	77,5	x x	69,8	√√	11	29	x x	14	21		12	√√	28	7			
ON Hastings and Prince Edward Public Health Unit	133	2,2	889	77,4	x x	65,5	x x	12	25		17		23	20	28	6				
ON Eastern Ontario Public Health Unit	163	2,7	982	77,3	x x	65,6	x x	12	29	x x	21	x	16	√	18	26	6			
BC Thompson British Columbia	110	1,8	982	77,3	x x	66,2	x x	14	21		15		17	√	21	x	26	7		
ON Leeds-Grenville-Lanark Public Health Unit	138	2,3	901	77,2	x x	66,5	x x	12	26	x	20	x	17	√	21	x	26	9		
ON Elgin-St Thomas Public Health Unit	70	1,2	742	77,1	x x	65,7	x x	11	25		16		24	x	15	23	7			
PE Urban Health Region	54	0,9	1 389	77,0	x x	66,3	x x	13	26	x	15		24	x	19	√√	7			
ON Thunder Bay Public Health Unit	130	2,2	959	76,7	x x	65,5	x x	15	24		19	x	16	√	22	x	26	7		
ON Kent-Chatham Public Health Unit	93	1,6	1 059	76,6	x x	64,9	x x	11	25		20	x	23	22	x x	23	6			

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Les questions sur la dépression n'ont pas été posées pour la Brant Public Health Unit en Ontario.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, x indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, x indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies. ... N'ayant pas lieu de figurer.

est élevé à Kent-Chatham; à 23 %, il excède de 5 points de pourcentage le taux observé pour le groupe de régions homologues I dans son ensemble et de 7 points de pourcentage, le taux national.

Groupe de régions homologues J

Le groupe de régions homologues J comprend principalement des régions socio-sanitaires inframétropolitaines où le taux de croissance démographique est élevé. Par conséquent, une proportion assez forte de résidents de ces régions vivaient dans une municipalité différente cinq ans plus tôt. Le taux de chômage est faible dans l'ensemble pour le groupe de régions homologues J, et le niveau moyen de scolarité, élevé.

Le groupe de régions homologues J occupe, ex aequo avec le groupe de régions homologues A, le deuxième rang parmi les 10 groupes de régions homologues en ce qui a trait à la longueur de l'espérance de vie, celle-ci y étant supérieure de

6 mois à la moyenne nationale (tableau 12). Les estimations de l'EVSI et de la proportion de la population dont la santé est passable ou mauvaise sont toutes deux un peu meilleures que la moyenne nationale. En ce qui concerne les comportements ayant un effet sur la santé, les estimations sont comparables aux moyennes nationales, sauf pour l'exercice, pour lequel le résultat est meilleur pour le groupe de régions homologues J. Ce groupe a le taux de personnes faisant peu fréquemment de l'exercice le plus faible parmi les 10 groupes de régions homologues. Le taux de personnes faisant peu fréquemment de l'exercice est meilleur que la moyenne nationale pour 7 des 8 régions socio-sanitaires formant le groupe J.

Upper Island/Central Coast, en Colombie-Britannique, est la région socio-sanitaire du groupe de régions homologues J pour laquelle l'espérance de vie est la plus faible. L'EVSI y est aussi plus faible que celle observée pour le groupe J dans son

Tableau 12
Comparaison des régions socio-sanitaires du groupe de régions homologues J, certaines caractéristiques

	Population visée par l'ESCC†			Mesures de l'état de santé			Comportements liés à la santé				Facteurs psychosociaux	
				Espérance de vie (années)	Espérance de vie sans incapacité (années)	Santé passable ou mauvaise (12 ans et plus) %	Usage quotidien du tabac (12 ans et plus) %	Obésité (20 ans et plus) %	Exercice peu fréquent (12 ans et plus) %	Consommation abusive d'alcool (18 ans et plus) %	Stress intense (18 ans et plus) %	Dépression (12 ans et plus) %
				milliers	%	l'échantillon de l'ESCC	H	C	H	H	C	H	C	H	C
Canada	25 802		131 535	78,3	68,6	12	22	15	22	16	26	7
GROUPE J	1 568	100,0	7 866	78,8	68,8	11	22	16	17	18	24	8
AB Westview Regional Health Authority	77	4,9	648	80,4	68,1	12	24	20	14	13	22	9
ON Halton Public Health Unit	321	20,5	1 257	80,1	71,1	9	19	15	18	20	26	8
ON Wellington-Dufferin-Guelph Public Health Unit	204	13,0	1 170	78,8	69,4	9	21	18	17	16	28	7
AB Headwaters Health Authority	63	4,0	701	78,5	69,5	7	22	16	15	21	23	8
BC Coast Garibaldi	63	4,0	623	78,4	68,2	10	16	13	10	22	24	8
ON Durham Public Health Unit	428	27,3	1 383	78,3	68,1	12	23	16	19	15	24	7
ON Simcoe Public Health Unit	317	20,2	1 338	78,1	67,2	13	25	18	17	20	23	9
BC Upper Island/Central Coast	95	6,1	746	77,9	67,9	11	18	14	10	20	22	12

Sources des données : Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité sont fondées sur les données du Recensement de la population de 1996, les données de la Base canadienne de données sur l'état civil et les projections démographiques de la Division de la démographie. Les autres estimations, les chiffres de population et les tailles d'échantillon sont fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 (voir l'annexe).

Nota : Les régions socio-sanitaires sont présentées selon l'ordre décroissant d'espérance de vie. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

Dans la colonne H, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement meilleure que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, √ indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

Dans la colonne H, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire est significativement moins bonne que l'estimation pour le groupe de régions homologues; dans la colonne C, × indique que l'estimation pour la région socio-sanitaire et (ou) le groupe de régions homologues est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada dans son ensemble.

† Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre à la population totale. Les pourcentages ont été calculés en utilisant des données non arrondies.

ensemble. En outre, cette région socio-sanitaire présente une forte prévalence de la dépression qui, à 12 %, excède de 5 points de pourcentage la moyenne nationale et est une des prévalences de la dépression les plus élevées au Canada.

Mot de la fin

Au Canada, la plupart des programmes de santé publique sont administrés à l'échelon municipal ou communautaire. Durant les années 1990, la plupart des gouvernements provinciaux ont eu tendance à déléguer la responsabilité des services de santé à des régions infraprovinciales. L'objectif était d'offrir des services et des programmes de santé mieux adaptés aux besoins locaux³⁰. La question de savoir si cette régionalisation des responsabilités a donné lieu ou non à une amélioration des services communautaires n'a pas encore été examinée adéquatement. Davantage de renseignements et d'analyses sont nécessaires au niveau communautaire pour faire ce genre d'évaluation.

Les comparaisons des indicateurs de la santé au niveau du groupe de régions homologues montrent clairement qu'il existe un lien entre les facteurs sociodémographiques et l'état de santé. Les personnes qui vivent dans les grandes régions métropolitaines et les grands centres urbains, où le niveau de scolarité est élevé (p. ex., groupes de régions homologues A et B), sont celles qui jouissent des plus longues espérance de vie et EVSI au Canada. À l'autre extrémité de l'échelle, les personnes qui vivent dans les collectivités éloignées du Nord, où le niveau de scolarité est faible et où une forte proportion de la population est autochtone (p. ex., groupes de régions homologues C et F), ont l'espérance de vie et l'EVSI les plus courtes.

Les liens entre les indicateurs de la santé et les facteurs de risque sont évidents. Une espérance de vie ou une EVSI particulièrement longue ou particulièrement courte au sein d'un groupe de régions homologues va souvent de pair avec une prévalence faible ou forte de divers facteurs de risque. Par exemple, les collectivités telles que Richmond, en Colombie-Britannique (groupe de régions homologues A et North Shore, en Colombie-

Britannique (groupe de régions homologues B), qui se distinguent au sein de leur groupe de régions homologues respectif par le fait que l'espérance de vie et l'EVSI y sont longues, sont aussi caractérisées par une faible prévalence des facteurs de risque. En revanche, Norman, au Manitoba (groupe de régions homologues F) et Montréal (groupe de régions homologues A) sont caractérisées par une espérance de vie plus courte que celle observée pour les autres régions socio-sanitaires de leur groupe de régions homologues respectif et une prévalence plus forte des facteurs de risque importants.

En général, une longue espérance de vie est associée à de faibles taux d'usage quotidien du tabac et de consommation abusive d'alcool (voir *Liens entre les indicateurs de la santé et les facteurs de risque au niveau de la région socio-sanitaire*). Parmi les facteurs de risque examinés, des taux élevés d'obésité, de consommation abusive d'alcool et de dépression sont les prédicteurs les plus puissants d'une faible EVSI. Ces liens persistent même si l'on corrige les données pour tenir compte des facteurs sociodémographiques. Parallèlement, la situation qui prévaut dans certaines régions socio-sanitaires semble tenir du paradoxe, notamment là où les mesures de l'état de santé sont relativement favorables et où la prévalence des facteurs de risque est élevée.

Nombre de facteurs ont un effet sur la santé au niveau de la collectivité. La présente analyse est un premier pas vers l'étude de certains de ces facteurs. Cependant, des analyses plus approfondies seront nécessaires afin de comprendre la façon dont les mesures de l'état de santé présentées évolueront, y compris dans les régions socio-sanitaires où la situation est plus paradoxale. L'ESCC est conçue pour recueillir des renseignements sur toute une gamme de questions ayant trait à la santé, lesquelles sont beaucoup plus nombreuses que celles dont fait état la présente analyse. Cette information sera précieuse pour les administrateurs des régions socio-sanitaires, le personnel des ministères provinciaux de la Santé, et les chercheurs qui conçoivent et évaluent les programmes destinés à promouvoir et à améliorer la santé dans leur collectivité.

Références

1. Statistique Canada, « Mortalité – tendances », dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, 12(3), 2001, p. 45-51 (numéro spécial de *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue).
2. J. Gilmore et B. Wannell, « L'espérance de vie », *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 9-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. C.L. Chiang, *The Life Table and Its Applications*, Malabar, Floride, Robert E. Krieger Publishing Company, 1984.
4. D.F. Sullivan, « A single index of mortality and morbidity », *HSMA Health Report*, 86, 1971, p. 347-354.
5. C. Mathers, « *Health Expectancies in Australia, 1981 and 1988* », Australian Government Publishing Service, 1991.
6. L. MacNabb, « Groupes de régions homologues », disponible à : <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIF/01201/about.htm#peer>, site consulté le 5 avril 2002.
7. A. Kuskowska-Wolk, P. Karlsson, M. Stolt *et al.*, « The predictive validity of body mass index based on self-reported weight and height », *International Journal of Obesity*, 13(4), 1989, p. 441-453.
8. E.M. Makomaski Illing et M.J. Kaiserman, « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1994 and 1996 », *Chronic Diseases in Canada*, 20(3), 1999, p. 111-117.
9. R.G. Rogers, C.B. Nam et R.A. Hummer, « Activity limitation and cigarette smoking in the United States: implications for health expectancies », publié sous la direction de C. Mathers, J. McCallum et J.-M. Robine, *Advances in health expectancies: proceedings of the 7th meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1994, p. 337-344.
10. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, « Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 49-60 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey », *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.
12. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third rev. ed., Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.
13. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 35-48 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
14. D.M. Buchner, S.A. Beresford, E.B. Larson *et al.*, « Effects of physical activity on health status in older adults. II. Intervention studies », *Annual Review of Public Health*, 13, 1992, p. 469-488.
15. J. Chen et W.J. Millar, « Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique », *Rapports sur la santé*, 12(4), 2001, p. 23-32, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
16. J.J. Keysor et A.M. Jette, « Have we oversold the benefit of late-life exercise? », *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(7), 2001, p. M412-M423.
17. A. Rosengren, L. Wilhelmsen et H. Wedel, « Separate and combined effects of smoking and alcohol abuse in middle-aged men », *Acta Medica Scandinavica*, 223(2), 1988, p. 111-118.
18. I. Rossow et A. Amundsen, « Alcohol abuse and mortality: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts », *Social Science and Medicine*, 44(2), 1997, p. 261-267.
19. Statistique Canada, « La santé : à prendre ou à laisser! », dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, 12(3), 2001, p. 11-21, (numéro spécial de *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue).
20. T.L. Visscher et J.C. Seidell, « The public health impact of obesity », *Annual Review of Public Health*, 22, 2001, p. 355-375.
21. R.T. Jung, « Obesity as a disease », *British Medical Bulletin*, 53(2), 1997, p. 307-321.
22. S. Cohen et T.B. Herbert, « Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
23. S. Cohen, D.A. Tyrrell et A.P. Smith, « Psychological stress and susceptibility to the common cold », *The New England Journal of Medicine*, 325(9), 1991, p. 606-612.
24. Statistique Canada, « Stress et bien-être », dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, 12(3), 2001, p. 23-36 (numéro spécial de *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue).
25. M.P. Beaudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
26. E.J. Lenze, J.C. Rogers, L.M. Martire, *et al.*, « The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for further research » *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 2001, p. 113-135.
27. M.L. Bruce, « Depression and disability in late life: directions for future research », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 2001, p. 102-112.
28. Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada, totalisations non publiées, avril 2002.
29. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2001*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2001.
30. HEALNet Regionalization Research Centre, University of Saskatchewan, *What is Regionalization?*, disponible à : <http://www.regionalization.org>, site consulté le 21 mai 2001.

Annexe

Tableau A

Prévalence des caractéristiques sociodémographiques et classement relatif de ces caractéristiques au niveau du groupe de régions homologues

Rang	Autochtones		Minorités visibles		Taux de chômage		Population en 1996		Population ≥ 65		Inégalité des revenus	
	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	milliers	Groupe	%	Groupe	%
1	C	75,5	A	32,0	D	27,7	I	6 973	E	16,5	J	24,4
2	F	17,2	B	20,2	C	17,2	H	6 883	A	13,6	F	23,6
3	E	7,5	J	5,7	F	11,4	A	5 159	I	13,5	G	23,5
4	G	6,8	I	4,5	A	11,3	B	4 887	G	12,9	B	23,2
5	I	2,5	F	3,5	H	11,2	J	1 739	D	12,1	I	22,9
6	H	2,1	H	3,1	E	10,5	G	1 642	H	11,8	E	22,8
7	D	2,1	G	1,8	I	9,4	E	830	J	10,6	D	22,4
8	J	1,8	E	1,1	B	7,8	D	770	B	9,3	C	22,2
9	B	1,5	C	0,9	J	7,5	F	663	F	5,8	H	22,1
10	A	0,6	D	0,5	G	7,1	C	125	C	3,1	A	18,8
Canada		2,9		11,2		10,2		29 670		12,1		22,2

Rang	Mobilité des migrants internes		Population < 15		Valeur moyenne des logements		Densité de population		Abordabilité du logement		Logement occupé par le propriétaire	
	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	milliers \$	Groupe	No./km ²	Groupe	%	Groupe	%
1	J	24,0	C	35,8	A	236	A	2 936,6	A	35,7	D	79,3
2	F	22,8	F	25,7	B	206	B	331,4	B	27,3	E	76,8
3	G	20,5	G	23,1	J	179	I	93,8	I	25,1	G	76,0
4	I	18,4	J	22,3	I	136	H	84,5	J	25,0	J	74,3
5	B	18,0	B	21,4	F	111	J	83,7	H	24,4	I	69,3
6	C	16,1	E	21,0	G	99	D	7,3	D	19,7	F	69,0
7	E	15,9	I	20,4	H	97	G	5,0	E	18,4	B	67,4
8	H	15,8	H	19,8	C	89	E	5,0	F	18,0	H	64,9
9	A	11,9	D	19,2	E	76	C	3,9	G	17,7	A	43,2
10	D	9,1	A	16,7	D	60	F	0,5	C	13,5	C	38,2
Canada		16,8		20,2		152		167,7		26,2		64,4

Rang	Scolarité moyenne		Emploi		Chômage de longue durée		Transferts gouvernementaux		Rapport hommes-femmes		Revenu moyen	
	Groupe	En années	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	%	Groupe		Groupe	milliers \$
1	A	13,9	G	82,3	D	6,9	D	29,8	C	1,08	B	29,1
2	B	13,9	J	82,0	C	5,7	E	21,6	F	1,08	J	29,0
3	J	13,5	B	81,0	A	5,1	C	18,6	G	1,02	F	27,2
4	I	13,1	I	78,2	H	3,8	H	16,3	J	1,00	A	25,8
5	H	12,8	E	76,8	I	2,9	I	15,1	E	1,00	I	24,7
6	G	12,6	F	76,7	B	2,5	G	14,9	D	0,99	H	23,3
7	F	12,5	H	74,5	J	2,4	A	13,7	B	0,99	G	23,1
8	E	12,3	A	72,9	F	2,3	J	10,8	H	0,98	C	20,1
9	D	11,5	C	65,1	E	2,2	F	10,4	I	0,98	E	20,1
10	C	10,6	D	55,4	G	1,6	B	9,5	A	0,94	D	18,2
Canada		13,2		76,6		3,4		14,4		0,98		25,2

Rang	Enfants dans les familles à faible revenu		Croissance		Faible revenu		Familles monoparentales		ZIM		Immigration récente	
	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	%	Groupe	%
1	A	37,7	B	4,4	A	30,4	C	20,4	A	100,0	A	52,6
2	D	28,4	J	4,3	D	22,4	A	18,8	B	100,0	B	45,9
3	E	22,0	F	4,1	H	20,0	H	14,9	J	89,4	H	38,4
4	C	22,0	C	4,1	B	18,0	D	14,9	I	85,9	C	37,8
5	H	21,9	A	2,0	E	17,5	I	13,8	H	80,8	D	31,1
6	B	21,2	I	1,9	C	17,2	F	13,7	F	59,6	F	28,5
7	I	19,7	G	1,7	I	16,2	B	13,4	G	38,9	I	27,7
8	G	16,8	H	0,6	G	13,8	J	12,0	D	32,9	J	25,1
9	F	15,2	E	0,3	F	12,7	E	11,8	E	25,8	G	24,4
10	J	13,9	D	-2,1	J	11,6	G	10,4	C	10,8	E	20,5
Canada		23,3		2,1		19,6		14,6		83,1		37,1

Source des données : Recensement de la population du Canada de 1996

Nota : Toutes les estimations au niveau du groupe de régions homologues sont fondées sur la moyenne pondérée des résultats pour les régions socio-sanitaires constituant le groupe. Le poids attribué à chaque région socio-sanitaire est égal au chiffre de population de 1996 de la région socio-sanitaire divisé par la population totale du groupe de régions homologues. Pareillement, l'estimation pour le Canada est fondée sur la moyenne pondérée de toutes les régions socio-sanitaires du pays, en prenant pour référence la population de 1996. Seules font exception les estimations de la densité de population qui sont fondées sur des moyennes non pondérées.

Définitions :

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

Minorité visible : Proportion de la population appartenant à un groupe des minorités visibles exprimée en pourcentage de la population totale.

Taux de chômage : Nombre total de personnes de 15 ans et plus n'ayant pas d'emploi divisé par le nombre total de personnes de 15 ans et plus faisant partie de la population active.

Population de 1996 : Estimation du nombre total de personnes vivant dans la région socio-sanitaire en 1996.

Population ≥ 65 : Proportion de la population âgée de 65 ans et plus.

Inégalité des revenus : Proportion du total des revenus des ménages imputable à la moitié (50 %) la moins bien nantie des ménages dans une région géographique particulière (autrement dit, la « part médiane » des revenus). Si l'inégalité est totale, la moitié inférieure de la distribution des ménages selon les revenus ne reçoit rien (part médiane nulle) et la moitié supérieure reçoit la totalité des 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 50 %. Dans cette fourchette allant de 0 % à 50 %, la répartition des revenus est d'autant plus uniforme que la valeur de la part médiane est élevée.

Mobilité des migrants internes : Proportion de personnes qui vivaient dans une subdivision de recensement (municipalité) différente au moment du recensement précédent (1991). Sont exclus les Canadiens qui vivaient à l'extérieur du Canada, comme les membres des Forces canadiennes et les fonctionnaires.

Population < 15 : Proportion de la population de moins de 15 ans.

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

Densité de population : Nombre d'habitants par kilomètre carré.

Abordabilité du logement : Proportion de ménages qui dépensent au moins 30 % de leur revenu total pour se loger.

Logements occupés par le propriétaire : Proportion de logements privés habités par leur propriétaire. Les logements visés par les programmes de logement des bandes indiennes et les logements collectifs sont exclus du numérateur ainsi que du dénominateur.

Scolarité moyenne : Nombre moyen d'années d'études (primaires, secondaires, universitaires et non universitaires) calculé pour la population de 25 à 54 ans.

Emploi : Nombre de personnes de 25 à 54 ans ayant un emploi divisé par le nombre total de personnes de 25 à 54 ans.

Chômage de longue durée : Proportion de la population active de 15 ans et plus qui n'a eu aucun emploi durant l'année courante ou l'année précédente.

Transferts gouvernementaux : Proportion du total des revenus provenant de programmes gouvernementaux, tels que le Supplément de revenu garanti, la Sécurité de la vieillesse, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, ou l'Assurance-emploi.

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

Revenu moyen : Moyenne des revenus en provenance de toutes les sources, avant transferts et après impôt, de la population de 15 ans et plus.

Enfants dans les familles à faible revenu : Proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant dans une famille économique dont le revenu de 1995 était inférieur au seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Les données n'ont pas été produites pour les familles économiques ni les personnes hors familles économiques habitant les Territoires ou les réserves indiennes.

Croissance : Variation de la taille de la population de 1995 à 1997.

Faible revenu : Proportion de personnes dans les familles économiques et de personnes hors famille économique dont le revenu de 1995 était inférieur au seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada. Le seuil de faible revenu correspond au niveau de revenu où une personne doit consacrer une part disproportionnée de son revenu pour se nourrir, se loger et se vêtir. Le SFR est calculé d'après la taille de la famille et le degré d'urbanisation. Les seuils sont mis à jour chaque année afin de tenir compte des variations de l'indice des prix à la consommation. Les données n'ont pas été produites pour les familles économiques ni les personnes hors familles économiques des Territoires ou des réserves indiennes.

Familles monoparentales : Proportion de familles monoparentales parmi les familles de recensement occupant un logement privé.

ZIM (zone d'influence des régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement) : Proportion de la population qui vit dans les régions métropolitaines de recensement (RMR), les agglomérations de recensement (AR), ainsi que les collectivités non incluses dans les RMR/AR dont au moins 30 % de la population active occupée se rend dans une RMR/AR pour travailler. La mesure est utilisée pour décrire le degré d'influence urbaine exercée sur la région socio-sanitaire. Les RMR et AR sont de grandes zones urbaines auxquelles se rattachent des régions urbaines et rurales adjacentes dont l'intégration économique et sociale à la zone urbaine est forte. Les RMR et les AR sont des zones urbaines qui entourent des centres urbains dont la population a atteint un certain seuil : 100 000 habitants pour les RMR et 10 000 habitants pour les AR.

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

Annexe

Nombre d'analyses présentées dans ce supplément aux *Rapports sur la santé* se fondent sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. La collecte des données du cycle 1.1 de l'ESCC a débuté en septembre 2000 et s'est étendue sur une période de 14 mois. Le champ d'observation de l'ESCC comprend la population à domicile de 12 ans et plus des 10 provinces et des 3 territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

Le cycle 1.1 de l'ESCC a été conçu pour recueillir des renseignements au niveau de la région socio-sanitaire¹. Pour des raisons administratives, chaque province est divisée en régions socio-sanitaires (RSS) et chaque territoire est considéré comme une RSS unique. Pour les besoins de la collecte des données de l'ESCC, les régions socio-sanitaires de Burntwood et de Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées, à cause de la petite taille de la population de Churchill. En outre, les données n'ont pas été recueillies pour deux régions socio-sanitaires éloignées, à savoir la région du Nunavik et la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, toutes deux situées au Québec.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la

population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. On a commencé par dresser la liste des logements, puis on a sélectionné un échantillon de logements d'après cette liste. La majeure partie (83 %) des ménages provenaient de la base aréolaire, et des personnes ont été sélectionnées au hasard dans les ménages ainsi sélectionnés pour participer à une interview sur place. Dans certaines RSS, on a aussi utilisé la méthode de composition aléatoire (CA) et (ou) une liste de numéros de téléphone. Les personnes faisant partie des bases de sondage téléphonique, qui représentaient les 17 % restants de l'échantillon, ont été interviewées par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, on a sélectionné au hasard une personne; dans les autres, on a sélectionné au hasard deux personnes. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphoniques, on a sélectionné au hasard une personne. Le taux de réponse a été de 84,7 %. Pour le cycle 1.1, l'échantillon de répondants comptait 131 535 personnes. En tout, 6,3 % d'interviews ont été réalisées par procuration.

Références

- 1 Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).