



Revenu et santé

Vers l'égalité en matière de santé en Ontario

Faisons en sorte que notre système soit en meilleure santé

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les personnes en Ontario.

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario, notamment l'examen de la santé générale de la population ontarienne, la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent

chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Pour dire vrai, dans certains cas, il est difficile d'évaluer la qualité des soins, et il arrive parfois que nous ne sachions pas en quoi consistent les meilleurs soins. Un dernier point, mais non le moindre : certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

Surveillance du rendement et production de rapports en la matière

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario améliore le système de santé en produisant un rapport sur son rendement. Non seulement nos rapports publics fournissent à la population ontarienne les renseignements dont elle a besoin pour comprendre son système de santé, mais ils entraînent aussi des améliorations directes. Nos rapports publics comprennent : *À la hauteur*, notre rapport annuel sur le rendement du système de santé, des rapports thématiques qui approfondissent des sujets ciblés et des rapports en ligne sur des indicateurs du système de santé.

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Pour en apprendre *Qualité des services de santé Ontario*, visitez le site Web <http://www.hqontario.ca/>.

ISBN 978-1-4606-7633-2 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-7634-9 (PDF)

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario.

Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario.
Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016.

Sur la couverture : De gauche à droite, Jennifer, Louise, George et Jean, qui ont généreusement partagé leurs expériences avec nous pour les histoires tout au long de ce rapport. (Photo de couverture par James Hodgins et Roger Yip)

Table des matières

Préambule	2
-----------	---

Résumé	4
--------	---

Introduction	6
--------------	---

Histoire de George	7
--------------------	---

1. La santé de la population de l'Ontario	11
--	----

Histoire de Jennifer	12
----------------------	----

2. La prévention et les soins	17
-------------------------------	----

Histoire de Jean	18
------------------	----

3. Incidence de l'iniquité	26
----------------------------	----

Histoire de Louise	27
--------------------	----

4. Prochaines étapes	31
----------------------	----

Notes sur les méthodes	34
------------------------	----

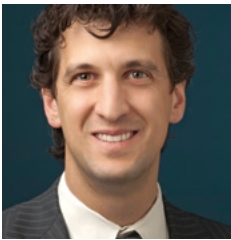
Remerciements	37
---------------	----

Références	38
------------	----



Photo de Jean prise par Roger Yip,
voir l'histoire de Jean à la page 18.

Préambule



Dr Joshua Tepper
Président et chef
de la direction



Dr Jeff Turnbull
Chef, Qualité clinique

Notre santé est intimement liée à notre vie économique état, et les deux sont fortement influencés par des facteurs sociaux facteurs qui sont hors de notre contrôle. Ces facteurs, connu en tant que déterminants sociaux de la santé, y compris notre l'appartenance ethnique, le sexe, le statut d'immigration, et si nous vivre dans une zone rurale ou urbaine. Les gens de l'Ontario sont une population généralement en bonne santé, avec accès à soins de santé de qualité, qui mènent relativement longues vies par rapport aux autres pays développés. Mais, comme cela est le cas dans l'ensemble du Canada et dans d'autres pays, quand vous regardez au-delà des moyennes, il devient vite clair que tout ne va pas bien pour certains les gens qui ont besoin d'aide maintenant.

Dans le *Revenu et la santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario*, nous regardons les connexions entre le revenu des personnes en Ontario et leurs soins de santé et de la santé. Pour illustrer simplement la puissance de ces connexions sont, imaginez si l'inégalité des revenus est une maladie traitable. S'il y a ont été un nouveau médicament sur le marché qui pourrait augmenter L'espérance de vie de deux

ans pour un cinquième de la personnes en Ontario. Ce médicament serait un sauvetage superproduction. Maintenant, pensez à un traitement qui pourrait réduire le taux de tabagisme pour un cinquième de la personnes dans la province de 22% à l' ensemble taux provincial de 18 %. Ce programme serait être salué comme un succès incroyable, sauver des milliers de vies après seulement quelques années. Ou quoi s'il y avait un nouveau médicament qui a donné lieu à une réduction du nombre de visites à l' urgence département pour une maladie mentale ou une dépendance par 50.000 visites par an pour un cinquième de la population dans le Province? Il serait remarquable.

Ces spéculations sonnent exagéré, mais ils représentent en fait des opportunités réelles qui existent pour tous les habitants de l'Ontario en ce qui concerne l'inégalité des revenus.

Dans ce rapport, nous utilisons un ensemble d'indicateurs qui mesurer les risques pour la santé, les soins de santé et la santé les résultats, et à travers ces indicateurs, nous voyons le lien entre le revenu et la santé – revenu comment

impacts de la santé, et la façon dont les impacts sanitaires des revenus. Les résultats révèlent une formidable opportunité de rendre la vie meilleure – et plus – pour tout le monde en Ontario. Les bonnes nouvelles sont que les inégalités en matière de santé peut être fixé.

Les pauvres de l'Ontario paient pour leur faible revenu avec leur santé. Les histoires tout au long de ce rapport de George, Jennifer, Jean et Louise illustrent avec force les liens entre la santé et les revenus – comment, quand leur revenu améliore, améliore leur santé ; et comment, lorsque leur santé améliore, leur revenu améliore.

Nous sommes heureux de présenter le *Revenu et la santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario* premier rapport public de santé de qualité en Ontario axé sur l'équité en santé.

Elle se fonde sur un travail très important réalisé en 2011, lorsqu'une promesse a été faite par le Canada, ainsi que les autres membres de l'Organisation mondiale de la Santé, à réduire les inégalités de santé en améliorant les déterminants sociaux de la santé. Elle se fonde également sur un récent rapport de l'Institut canadien de l'information sur la santé que l'on trouve l'équité en santé a pas améliorée au Canada au cours des 10 dernières années.

Il est clair que plus de travail peut être fait, et nous espérons Ontario peut fournir un leadership important, en commençant par ce rapport – parce que chaque personne en Ontario mérite la possibilité d'avoir la meilleure santé possible.

Cordialement,



Dr Joshua Tepper
Président et chef
de la direction

Dr Jeff Turnbull
Chef, Qualité clinique

Résumé

Est-ce que tous les Ontariens et toutes les Ontariennes ont les mêmes possibilités d'être en bonne santé? Les personnes ont-elles un accès équitable à des soins de santé de qualité? Qu'arrive-t-il aux personnes si elles n'ont pas la possibilité d'être en santé ou d'avoir accès aux soins de santé? Il y a de nombreuses façons d'examiner si des groupes de personnes donnés en Ontario ont des possibilités équitables et justes d'être en santé et d'avoir accès aux soins de santé. *Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario* se penche sur un aspect en particulier : le revenu. Quelle est la relation entre le revenu après impôt des personnes en Ontario et leur santé, leurs soins de santé et leurs résultats en matière de santé?

La relation entre le revenu et les risques pour la santé et les résultats est bien établie et est confirmée dans le présent rapport. *Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario* montre que plus les personnes sont pauvres, plus elles sont susceptibles de présenter

des risques pour la santé dans leur vie quotidienne, comme ne pas avoir assez de nourriture. Elles sont également moins susceptibles d'avoir accès aux services de santé importants (comme le dépistage du cancer), plus susceptibles d'avoir de multiples affections chroniques qui peuvent conduire à d'autres problèmes de santé (comme le diabète ou une cardiopathie) et plus susceptibles de mourir plus jeunes.

La qualité des soins de santé signifie l'atteinte de meilleurs résultats en matière de santé et de meilleures expériences pour les patients de façon durable. *Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario* révèle de nombreuses possibilités pour améliorer la qualité des soins, ainsi que pour améliorer la santé. De plus, il indique également la voie à prendre afin d'améliorer la production de rapports sur l'équité à l'égard de la santé et des soins de santé.

Nous étudions l'écart entre les personnes les plus pauvres en Ontario et les personnes les plus riches, pour cinq niveaux de revenus.

Plus une personne est pauvre en Ontario, plus elle est susceptible de présenter les principaux risques pour la santé. Voici quelques exemples :

- Le taux d'usage du tabac parmi les personnes les plus pauvres en Ontario est de 22,1 %, comparativement à 14,4 % chez les personnes les plus riches et à 18,2 % pour l'ensemble de l'Ontario.
- Le taux d'inactivité physique de 54,7 % chez les personnes les plus pauvres était nettement plus élevé que le taux chez les personnes les plus riches (32,1 %) et le taux pour l'ensemble de l'Ontario (44,6 %).
- La consommation insuffisante de fruits et de légumes parmi les personnes les plus pauvres en Ontario est de 65,2 %, comparativement à 56,7 % chez les personnes les plus riches et à 60,8 % pour l'ensemble de l'Ontario.

- Les personnes les plus pauvres en Ontario sont presque deux fois plus susceptibles de déclarer avoir des affections chroniques multiples que les personnes les plus riches, soit 23,5 % comparativement à 12,4 %, et à 16,2 % pour l'ensemble de l'Ontario.
- Les taux d'obésité, cependant, étaient semblables pour tous les niveaux de revenu, à 17,0 % pour l'ensemble de l'Ontario.

Plus une personne est pauvre en Ontario, moins elle est susceptible d'obtenir des soins de santé de qualité :

- À peine plus de la moitié (54,3 %) des femmes les plus pauvres en Ontario ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus, comparativement aux deux tiers (66,7 %) des femmes les plus riches et à 61,8 % pour toutes les femmes de la province.
- Près de la moitié (49,7 %) des personnes les plus pauvres en Ontario ont un dépistage du cancer colorectal à faire, comparativement à un peu plus du tiers (34,9 %) des personnes les plus riches et à 41,5 % pour l'ensemble de l'Ontario.

- Près de six sur 10 (58,0 %) des personnes les plus pauvres en Ontario déclarent avoir une assurance incluant les médicaments d'ordonnance, comparativement à près de neuf sur 10 (87,3 %) des personnes les plus riches et à 75,0 % pour l'ensemble de l'Ontario.
- Les personnes les plus pauvres en Ontario se rendent près de deux fois plus souvent aux services des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance que les personnes les plus riches – 104 494 consultations comparativement à 54 457 consultations au cours d'une période de trois ans.

Plus une personne est pauvre en Ontario, plus elle est susceptible d'obtenir de mauvais résultats en matière de santé :

- La moitié (49,4 %) des personnes les plus pauvres en Ontario déclarent leur état de santé comme étant excellent ou très bon, comparativement à près des trois quarts (72,9 %) des personnes les plus riches et à 61,9 % pour l'ensemble de l'Ontario.

- Le taux d'hospitalisation pour les affections qui pourraient être prises en charge à l'extérieur de l'hôpital chez les personnes les plus pauvres en Ontario est presque 2,5 fois plus élevé que les taux des personnes les plus riches : 368 hospitalisations pour 100 000 personnes comparativement à 150 pour 100 000 personnes et, pour l'ensemble de l'Ontario, 233 pour 100 000 personnes.
- Les femmes vivant dans les quartiers les plus pauvres de la province meurent, en moyenne, plus de deux ans plus tôt que les femmes vivant dans les quartiers les plus riches.
- Les hommes qui vivent dans les quartiers les plus pauvres de l'Ontario meurent, en moyenne, cinq ans plus tôt que les hommes vivant dans les quartiers les plus riches.

Outre les différences que nous constatons entre les personnes les plus pauvres en Ontario et les personnes les plus riches, nous remarquons également une tendance constante lorsque les revenus augmentent. À mesure que les revenus augmentent, les risques pour la santé diminuent, la qualité des soins de santé s'accroît et les résultats en matière de santé, comme l'espérance de vie, s'améliorent.

Introduction

Photo de George prise par James Hodgins,
voir l'histoire de George sur la page suivante

Histoire de George : L'art de la guérison

George dit qu'il est devenu sobre dans une fumerie de crack. L'homme de 48 ans avait essayé d'être admis dans une clinique de désintoxication à Sudbury, mais la clinique a refusé de l'admettre parce qu'il s'était déjà bagarré là dans le passé. Alors, il est retourné à sa chambre dans une fumerie de crack délabrée et a demandé à une amie qui vivait de l'autre côté du couloir – une femme qui travaillait comme prostituée pour soutenir sa propre consommation de drogues – de veiller sur lui alors qu'il effectuait son sevrage.

« Je lui ai dit que je payerais ses drogues si elle s'occupait de moi pendant quatre nuits », dit George. « J'ai payé pour toutes les drogues qu'elle voulait et c'est comme ça que j'ai atteint la sobriété. »

George est maintenant abstinent depuis six ans et vit dans un logement pour les Autochtones près de Sudbury. Il reçoit environ 1 000 \$ par mois du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et paie 750 \$ par mois en loyer et 50 \$ pour une carte d'autobus.

Il n'a pas de télévision, d'ordinateur ou de téléphone. Le petit sac de fruits et de légumes donné par la banque alimentaire ne dure que quelques jours, et il survit avec une quantité de nourriture dérisoire. « Ce n'est pas suffisant pour rester en bonne santé », dit George. « C'est très



« Je n'étais pas au courant des soins de santé. Quand vous vivez dans la rue, vous ne pensez pas à ce genre de truc. »



difficile. Impossible de penser à s'acheter de nouveaux vêtements. Il ne me reste que 200 \$ pour des vêtements et de la nourriture et tout le reste. »

Diagnostiqué avec l'hépatite C il y a quelques années, après 20 ans de vie dans la rue, George n'a pas de médecin de famille, mais, parfois, il visite des cliniques sans rendez-vous à Sudbury et il consulte sporadiquement un psychiatre pour son trouble de stress post-traumatique.

Après avoir grandi dans la réserve de Kashechewan dans la Baie James, qui, en 2012, avait un taux de chômage de 87 %, George est devenu un agent dans la Police provinciale de l'Ontario, et avait une fille. Sa fille est morte de la leucémie à sept ans et, peu de temps après, l'ex-femme de George s'est enlevé la vie. George était anéanti.

« J'ai décidé que je ne voulais pas cette vie, mais je ne pouvais pas me tuer, donc je suis allé vivre dans la rue », explique George. « J'ai pris de tout – des

pilules, de l'héroïne, des drogues intraveineuses, de l'alcool... » Il se bagarrait et il est allé en prison pendant deux ans. Sa santé était le dernier de ses soucis.

« À la fin de ma carrière d'alcoolique, comme je l'appelle, j'ai fait des crises convulsives », dit George. « Ils venaient me chercher, me surveillaient pendant une nuit à l'hôpital, puis ils me laissaient partir. Je n'étais pas au courant des soins de santé. Quand vous vivez dans la rue, vous ne pensez pas à ce genre de truc. Vous ne pensez qu'à votre prochain verre ou à votre prochaine dose de drogue. »

Maintenant, George, qui parle couramment le cri et l'ojibwa, est bénévole en tant qu'interprète à l'hôpital de Sudbury où sa fille était soignée. L'hôpital lui donne une petite rétribution pour son temps, mais il en fait don à l'hôpital. Il travaille également à temps partiel à titre d'ouvrier jardinier à l'entretien de terrains d'une loge de guérison près de Parry Sound, mais la fatigue chronique,

les nausées et les ballonnements causés par son hépatite C l'empêchent dernièrement de travailler. Il souffre également d'eczéma grave dont les poussées créent des plaies irritantes et il n'a pas assez d'argent pour payer la crème médicamenteuse nécessaire pour la traiter.

George pense plus à sa santé aujourd'hui, mais ce n'est pas facile. « Parfois, je n'ai même pas le goût de sortir de mon lit », dit-il. « C'est un combat de tous les jours. Si je pense à tous les aspects négatifs de ma vie, je pense à boire et à me droguer. » Mais, George dit qu'il a décidé de se mettre en bonne santé pour une raison : « Pour aider les autres personnes qui vivent dans la rue. »

Dans le cadre d'un projet de film documentaire à l'Université Laurentienne, George a offert des présentations dans les écoles secondaires, les cliniques de lutte contre la toxicomanie et d'autres endroits dans le Nord. Il n'est jamais trop tard pour bien vivre. C'est son message.

« Je me sens tellement bien quand ma mère vient me voir, me serre et me remercie de parler devant des enfants à l'école secondaire », dit George. « Maintenant, ces enfants vont au collège et ils se portent bien. »

Et l'amie qui a aidé George à la fumerie de crack? « Elle a arrêté de consommer six mois plus tard », explique George. « Maintenant, elle ne vit plus dans la rue, elle fait ce qu'elle a à faire et elle a une meilleure vie. Je crois qu'elle est caissière dans un centre commercial à Sudbury. »

En même temps qu'il aide les autres, George apprend à se connaître. Il crée des œuvres d'art autochtones dans le cadre de son processus de guérison. « J'ai dû réapprendre tout, dit George, même à aimer ma propre humanité. »

Dans l'ensemble, la population ontarienne est généralement en meilleure santé, reçoit des soins de santé de meilleure qualité et vit plus longtemps que jamais.[1] Mais ce n'est pas le cas pour tous les gens. Certaines personnes dans la province n'ont pas les mêmes possibilités d'être en aussi bonne santé que les autres, elles ne reçoivent pas des soins de santé aussi efficaces que les autres et elles ont de pires résultats en matière de santé que les autres.

Si toutes les personnes qui vivent en Ontario étaient en mesure d'atteindre leur niveau de santé le plus élevé, ou leur plein potentiel de santé, alors nous atteindrions une équité en matière de santé. L'équité en matière de soins de santé signifie que

toutes les personnes dans la province recevraient des soins de santé d'une qualité élevée qui sont justes et qui leur conviennent, peu importe où elles vivent, ce qu'elles possèdent ou qui elles sont. Il y a de nombreuses façons dont nous pouvons examiner l'équité en matière de santé et l'équité en matière de soins de santé, et un grand nombre de ces façons se recoupent et s'entrecroisent, par exemple, l'âge, le sexe, la géographie, le statut d'Autochtone et le statut d'immigration. Dans le présent rapport, nous nous penchons uniquement sur l'un de ces facteurs : le revenu. Ce rapport ne vise pas à dessiner le portrait complet de l'équité en matière de santé ou de soins de santé en Ontario. Toutefois, il présente des données probantes claires et irréfutables des inégalités

en ce qui a trait à la santé, aux soins de santé et aux résultats en matière de santé entre les différents niveaux de revenu. (Voir page 9 pour plus.)

La rédaction d'un rapport sur les revenus est opportune parce que l'inégalité du revenu est une préoccupation croissante : elle s'est accrue de façon constante au Canada et dans la majorité des autres pays développés au cours des 20 dernières années.[2,3] De 1995 à 2011, le revenu moyen après impôt du quintile supérieur est passé de 101 600 \$ à 139 400 \$, une hausse de 37 %, tandis que, pour le quintile inférieur, le revenu moyen après impôt est passé de 13 400 \$ à 15 100 \$, une hausse de 17 % (tous les montants

sont en dollars indexés de 2011).[4]

L'Ontario a le deuxième taux d'inégalité de revenu le plus élevé parmi les provinces après la Colombie-Britannique, avec les personnes du quintile supérieur selon le revenu ayant un revenu 9,6 fois plus élevé que celui des personnes du quintile inférieur en 2011.[5]

Nous regardons le lien entre les revenus des personnes et la probabilité qu'elles aient suffisamment d'argent pour une alimentation de base, qu'elles aient des affections chroniques multiples, qu'elles aient des risques pour la santé comme l'usage du tabac, qu'elles ne fassent pas assez d'exercice et qu'elles ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes. Puis, nous examinons la prévention des maladies et les soins de santé en fonction du revenu des personnes et, enfin, les résultats en matière de santé, comme l'espérance de vie.

Nous n'incluons dans le présent rapport que des résultats qui sont statistiquement significatifs. Pour obtenir de plus amples renseignements sur nos données et nos méthodes, veuillez consulter l'annexe technique.

Nous avons inclus à différents endroits dans le rapport des histoires personnelles sur la santé et les soins de santé de gens en Ontario, ainsi que sur la façon dont ces gens y voient un lien avec leur revenu. Ces histoires reflètent des points de vue individuels et n'ont pas pour but de représenter les expériences de chacun dans l'ensemble de la province.

Inégalité vs Iniquité

Quelle est la différence entre l'inégalité et l'iniquité en matière de santé?

L'inégalité et l'iniquité sont deux mots qui sont très semblables et qui sont parfois utilisés, à tort, de façon interchangeable. En réalité, ils ont des significations très différentes.

- **L'inégalité en matière santé** signifie les différences sur le plan des expériences ou des résultats entre différentes populations.
- **L'iniquité en matière de santé** signifie une inégalité qui est un préjudice systémique injuste et évitable.

Quelle est la différence entre l'équité en matière de santé et l'équité en matière de soins de santé?

- **L'équité en matière de santé** est la situation idéale où toutes les personnes peuvent atteindre leur plein potentiel de santé et recevoir des soins de qualité élevée qui sont justes et qui conviennent à leurs besoins, peu importe où elles vivent, ce qu'elles possèdent ou qui elles sont.
- **L'équité en matière de soins de santé** est l'aspect de l'équité en matière de santé qui met l'accent sur la capacité du système de santé de fournir des services de soins de santé équitables.

Quels revenus utilisons-nous dans notre rapport?

Le présent rapport porte sur les indicateurs de santé, de soins de santé et de résultats en matière de santé en ce qui a trait au niveau de revenu des personnes. Le revenu est mesuré dans un de deux façons, soit sur la base du revenu des ménages ou le revenu du quartier. Les calculs du revenu sont fondés sur le revenu après impôts, y compris les revenus provenant de sources gouvernementales, comme le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, l'aide sociale, les prestations pour les enfants, l'assurance-emploi et les régimes de retraite. Le revenu des ménages est calculé sur la base de l'enquête réponses et comprend toutes les sources de revenus.

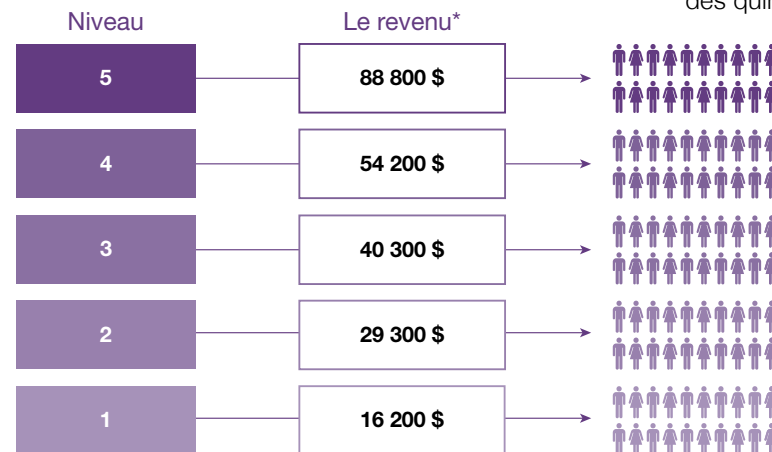
La plupart des indicateurs que nous présentons sur les gens du groupe en Ontario dans l'un des cinq revenus niveaux - ou quintiles - basés soit sur des ménages ou le revenu du quartier.

- Nous incluons dans le rapport cinq niveaux de revenu, du plus pauvre au plus riche.
- La plupart des indicateurs qui sont inclus dans ce rapport regroupent les personnes en Ontario selon leur revenu au moyen de quintiles de revenu, qui représentent cinq niveaux de revenu, en ordre du plus pauvre au plus riche.
- Pour calculer ces cinq niveaux de revenu, la population des adultes en Ontario est mise en ordre selon son revenu, du revenu le plus faible au plus élevé, puis divisée en cinq groupes

égaux, chacun représentant un cinquième de la population. Chaque groupe est un niveau de revenu (ou quintile).

- Le niveau de revenu le plus faible parmi les cinq niveaux représente le quintile inférieur de la population de l'Ontario, tandis que le niveau de revenu le plus élevé représente le quintile supérieur de la population.

- Pour les indicateurs de dépistage du cancer, les niveaux de revenu du quartier sont basés sur ceux qui vivent dans les zones urbaines seulement.
- Deux des indicateurs sont basés sur des données autodéclarées le revenu de l'Enquête sur l'expérience des soins de santé. Pour ceux-ci, les tranches de revenu sont indiquées sur la graphiques et ne sont pas basées sur des quintiles .



13,1 millions
des personnes
vivent en
Ontario.

Remarques : Basé sur le revenu moyen après impôt des ménages par adulte, 2011 dollars canadiens constants . Comme les méthodes et les sources de données varient , les valeurs associé aux niveaux de revenu doit être utilisé uniquement en tant que contexte lors de l'examen des résultats présentés dans le présent rapport.

Les plus pauvres, les plus riches et trois niveaux entre les deux :

Tout au long du rapport, nous comparons les résultats des personnes en Ontario dans le quintile inférieur, le niveau de revenu le plus faible, et les résultats des personnes dans le quintile supérieur, le niveau de revenu le plus élevé. Dans un souci de clarté, nous appelons ces deux groupes « les personnes les plus pauvres en Ontario » et « les personnes les plus riches en Ontario », respectivement. Dans la mesure du possible, nous avons également comparé ces deux niveaux avec les données pour l'ensemble de l'Ontario. Les graphiques indiquent le gradient des écarts entre les cinq niveaux de revenu.

Limitation :

Le revenu de voisinage est une mesure de substitution pour le ménage le revenu. Il attribue un revenu moyen à tout le monde dans un voisinage et ne peut être appliquée à des individus. Cependant , il existe des preuves pour suggérer que le quartier le revenu est une mesure de remplacement raisonnable à utiliser lors de le revenu des ménages ne sont pas disponibles.[6]



1. La santé de la population de l'Ontario

Photo de Jennifer prise par Roger Yip,
voir l'histoire de Jennifer à la page suivante

Histoire de Jennifer : Le fardeau de la dette

C'était la plus belle journée de la vie de Jennifer. Une lettre, qui est arrivée par la poste, l'avisait que ses dettes étudiantes avaient été annulées. Lorsque la résidente de Toronto de 37 ans est devenue admissible au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées en 2009, un psychiatre avait rempli la paperasserie pour demander un allègement de la dette en raison des antécédents de psychose et de troubles de l'humeur de Jennifer. « Pour certaines personnes, c'est le jour de leur mariage, explique Jennifer, mais, pour moi, c'était cette journée-là. »

Jennifer a elle-même payé ses études collégiales et a réussi à amasser un petit revenu avec une série d'emplois à temps partiel peu payants, mais elle était incapable de faire tous ses remboursements de prêts étudiants, ce qui était une énorme source de stress. « Je me faisais harceler par des agents de recouvrement et je ne pouvais pas effectuer les paiements minimums », dit-elle. « C'est une situation horrible. »

Mais, même après l'allègement de sa dette, les problèmes d'argent et de santé de Jennifer ont continué. Elle a dû déménager quelques fois et a fini par se retrouver dans un appartement partagé « totalement horrible ». Et là, elle a plongé dans une dépression et une consommation abusive de marijuana. « Ma consommation représentait une grande partie de mon revenu faible ou inexistant », dit-elle.



« Ne me blâmez pas pour mes problèmes de santé physique. Ce n'est pas de ma faute. Je fais de l'exercice, j'essaie de bien manger. »



Jennifer a fini par accumuler une dette de 5 000 \$ sur sa carte de crédit, même si elle ne pouvait jamais se permettre d'acheter des aliments nutritifs. Des années auparavant, elle avait abandonné un régime végétarien parce qu'elle devait vivre des aliments donnés à la banque alimentaire. « Habituellement, dit-elle, c'était des pâtes blanches, de la sauce aux tomates sucrée, des boîtes de macaroni au fromage, du thon en conserve, des boîtes de haricots et, parfois, des saucisses à hot dog. » Elle a pris un emploi de bénévoles à la banque alimentaire et elle y recevait de la nourriture gratuitement. Elle achetait ensuite de petites quantités de viande et de légumes frais.

Pendant quatre ans, Jennifer a lentement pris du poids, ce qu'elle attribuait à une dose élevée d'antipsychotiques qu'elle prenait pour sa psychose et à une alimentation ne comptant presque aucun élément nutritif. Récemment, elle a reçu un diagnostic de prédiabète. En même temps, Jennifer payait elle-même pour des séances de psychothérapie offertes à un prix réduit par un

étudiant pour surmonter les traumatismes qu'elle a vécus pendant son enfance et lorsqu'elle était une jeune adulte.

Au cours de la dernière année, la vie de Jennifer a commencé à s'améliorer. Elle a reçu un quart supplémentaire à son emploi de soutien par les pairs et elle a obtenu un emploi dans un autre organisme. Subitement, elle travaillait presque à temps plein. Elle a aussi baissé sa dose de médicament et elle a pu adopter une alimentation plus saine. Elle a commencé à faire de l'exercice et a perdu 25 livres en quatre mois. Jennifer fumait également moins de cigarettes puisqu'elle pouvait se payer une thérapie de remplacement de la nicotine.

Mais, elle demeure frustrée contre les gens qui la jugent. « Ne me blâmez pas pour mes problèmes de santé physique », explique Jennifer. « Ce n'est pas de ma faute. Je fais de l'exercice, j'essaie de bien manger. Et si je n'ai pas accès à des aliments sains, ce n'est pas de ma faute. Ce n'est pas non plus ma faute si je prends un médicament qui cause des complications pour la santé. »

Le présent chapitre porte sur six indicateurs de risques pour la santé, y compris certaines affections chroniques qui présentent des risques supplémentaires pour la santé au-delà des affections elles-mêmes :

- le taux d'insécurité alimentaire;
- le taux d'usage du tabac;
- le taux d'inactivité physique;
- le taux de consommation insuffisante de fruits et de légumes;
- le taux d'obésité;
- le taux de certaines affections chroniques.

Les personnes qui présentent certains risques pour la santé, comme l'insécurité alimentaire, l'usage du tabac et l'inactivité physique, sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé, maintenant ou dans le futur. En revanche, si les personnes prennent des mesures pour améliorer leur santé, comme arrêter de fumer, les risques pour leur santé diminuent. De nombreux facteurs sont en cause lorsqu'il s'agit de risques pour la santé. Nous nous penchons sur la relation entre la richesse et la pauvreté et les risques pour la santé.

Risques pour la santé

Des difficultés à acheter de la nourriture

FIGURE 1.1

Pourcentage de la population* qui déclarent ne pas avoir accès à suffisamment de nourriture pour répondre à leurs besoins alimentaires de base†, en Ontario, par niveau de revenu, 2013

Niveau de revenu des ménages

Un faible % est mieux



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013, Institute for Clinical Evaluative Sciences.

†L'âge et le sexe ajusté. **Remarques :** La valeur pour les 3^e, 4^e et 5^e niveaux représente une moyenne des trois proportions; des échantillons de petite taille pour les niveaux de revenu 4 et 5 (72 et 15, respectivement) et des écarts-types relatifs (18,9 et 32, respectivement). *Population de 12 ans et plus.

Les personnes les plus pauvres en Ontario font face à des taux d'insécurité alimentaire plus élevés, ce qui signifie que, souvent, elles ne savent pas si elles seront en mesure de s'acheter suffisamment de nourriture pour satisfaire leurs besoins nutritionnels de base. Les personnes qui vivent avec de l'insécurité alimentaire ont tendance à déclarer être en moins bonne santé, y compris des troubles physiques ou mentaux de longue durée.[7,8. La recherche montre aussi que la nourriture l'insécurité est associée à une plus grande utilisation des services de santé.[9]

Plus d'un quart (27,5 %) des personnes les plus pauvres en Ontario ont déclaré vivre avec de l'insécurité alimentaire, comparativement à moins de 3 % des personnes les plus riches et 10 % dans le deuxième groupe de personnes les plus pauvres en Ontario (figure 1.1), et 8,6% des personnes à travers la province.

Usage du tabac, inactivité physique, consommation insuffisante de fruits et de légumes et obésité

Plus une personne est pauvre en Ontario, moins elle est susceptible d'avoir des possibilités d'améliorer sa santé. Plus une personne est pauvre en Ontario, plus elle est susceptible de fumer, d'être inactive et d'avoir une alimentation malsaine.

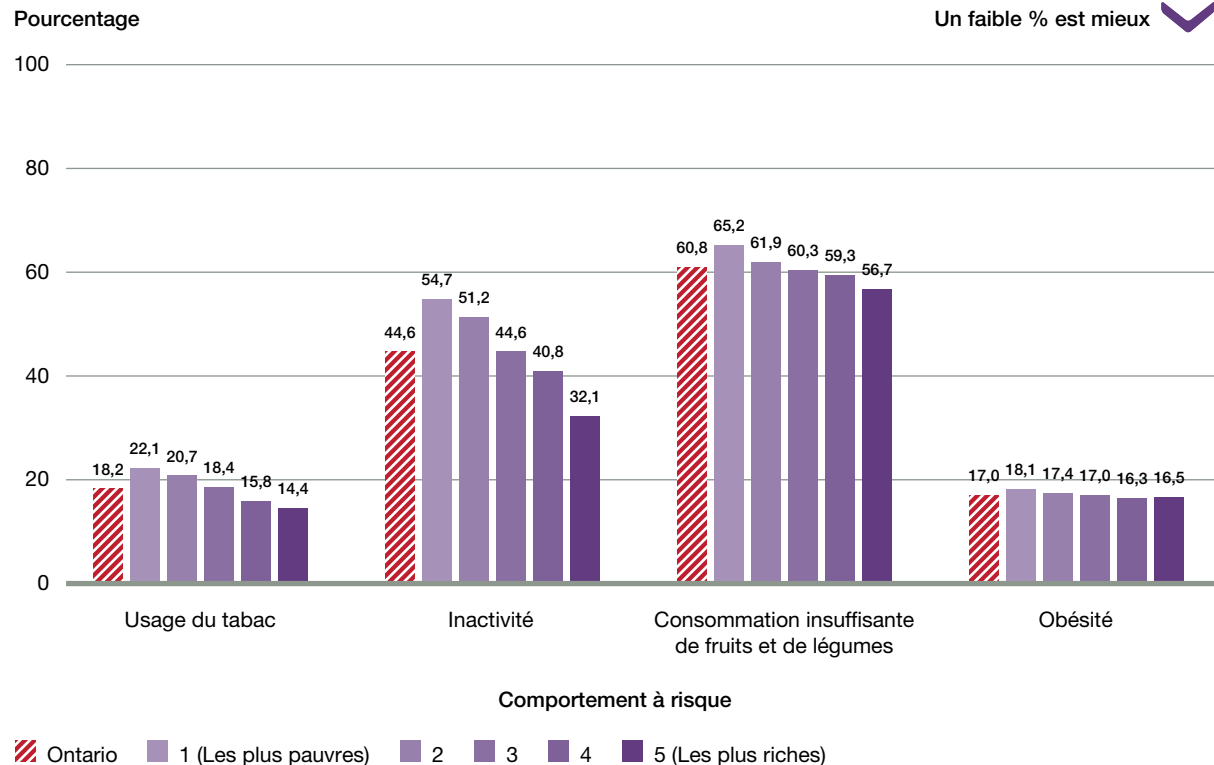
L'usage du tabac, qui est la cause d'environ 13 000 décès par année en Ontario[10], est beaucoup plus fréquent chez les personnes les plus pauvres dans la province que chez les plus riches, 22,1 % comparativement à 14,4 %, et 18,2 % pour l'Ontario.

L'inactivité physique est associée à un risque plus élevé de plusieurs maladies chroniques graves, [11] et plus de la moitié (54,7 %) des personnes les plus pauvres en Ontario sont physiquement inactives, comparativement à moins d'un tiers (32,1 %) des personnes les plus riches et à 44,6 % pour l'Ontario.

En ce qui concerne la consommation insuffisante de fruits et de légumes, qui est une mesure substitutive de ne pas avoir une saine alimentation, les différences selon le revenu sont moins prononcées, mais toujours évidentes. Près des deux tiers (65,2 %) des personnes les plus pauvres en Ontario affirment qu'elles n'ont pas suffisamment

FIGURE 1.2

Taux d'usage du tabac, d'inactivité, de consommation insuffisante de fruits et de légumes et d'obésité[†], en Ontario, selon le niveau de revenu, 2013



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013, par Institute for Clinical Evaluative Sciences. [†]Ajusté selon l'âge. **Remarques :** Les mesures d'inactivité et de fruits et légumes insuffisante sont basés sur les seuils de Santé Canada et ne reflètent pas les peuples circonstances absolues. Population âgée de 12 ans et plus pour le tabagisme, l'inactivité et insuffisante de fruits et de légumes; population âgée de 18 ans et ancien pour l'obésité.

de fruits et de légumes dans leur alimentation, comparativement à 56,7 % chez les personnes les plus riches et à 60,8 % pour l'Ontario.

Le taux d'obésité est l'exception parmi les risques pour la santé signalés. La population de l'Ontario présente un taux d'obésité similaire dans l'ensemble des cinq niveaux de revenu à 17,0 % pour l'ensemble de l'Ontario (figure 1.2).

Ces résultats sont semblables dans d'autres pays, y compris les États-Unis, où le taux d'obésité également ne varie pas beaucoup selon le revenu dans l'ensemble. Par contre, il existe des différences majeures selon le sexe, la race et l'origine ethnique. [12] Il y a un certain nombre de raisons qui peuvent expliquer cette absence de différence pour les taux d'obésité. Plus une personne est riche, plus elle a de l'argent pour payer sa nourriture, y compris des aliments plus chers qui sont riches en calories, mais également potentiellement riches en éléments nutritifs, tandis que plus une personne est pauvre, plus elle est susceptible de manger des aliments moins chers et moins bons pour la santé qui entraînent des gains de poids semblables à ceux des personnes plus riches, mais qui ne contiennent pas les éléments nutritifs.[13]

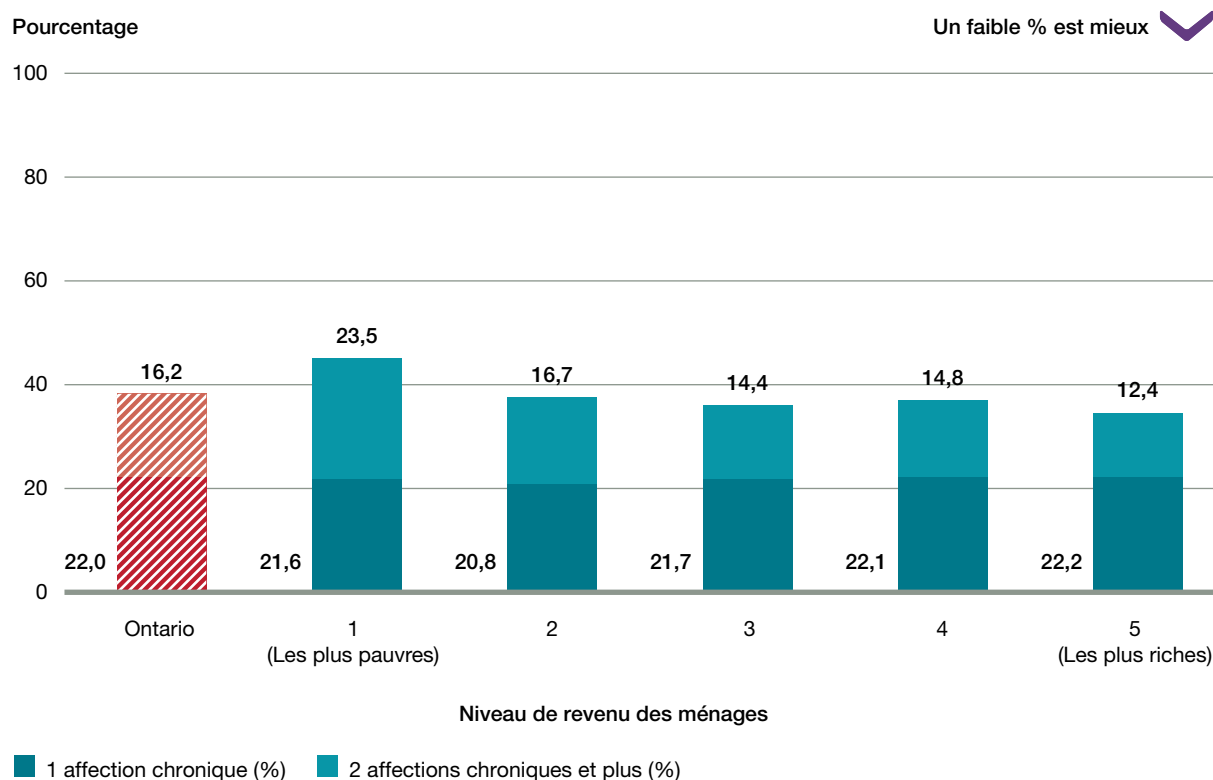
Affections chroniques multiples

Être atteint d'affections chroniques multiples, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, est associé à un certain nombre d'autres risques pour la santé au-delà des affections elles-mêmes, y compris un risque accru d'hospitalisation et une plus grande utilisation des services de santé.[14]

Bien que la proportion des personnes en Ontario atteintes d'une affection chronique ne varie pas en fonction du revenu (environ une personne sur cinq dans les cinq niveaux de revenu), la probabilité d'être atteint d'affections chroniques multiples (deux ou plus) varie considérablement selon le

FIGURE 1.3

Pourcentage de la population* qui signalent la présence de conditions chroniques†, en Ontario, selon le nombre de conditions et le niveaux de revenu, 2013



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013, Institute for Clinical Evaluative Sciences. †Âge et sexe ajustés.

Remarque : Les affections chroniques comprennent le trouble d'anxiété, l'arthrite, l'asthme, les bronchites chroniques, l'emphysème, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, la cardiopathie, l'hypertension et le trouble de l'humeur. *Population âgée de 12 ans et plus.

revenu. Les personnes les plus pauvres en Ontario sont presque deux fois plus susceptibles que les personnes les plus riches de déclarer être atteintes

de deux affections chroniques ou plus – 23,5 % comparativement à 12,4 %, et 16,2 % pour toute la population ontarienne (figure 1.3).

Sommaire

Plus une personne est pauvre en Ontario, moins elle a la possibilité d'améliorer sa santé et plus elle est susceptible de présenter des risques pour la santé dans sa vie, y compris l'insécurité alimentaire, l'usage du tabac, l'inactivité physique et la consommation insuffisante de fruits et de légumes. La tendance même émerge en ce qui a trait aux affections chroniques multiples, qui présentent également d'autres risques pour la santé. Près d'un quart des personnes les plus pauvres en Ontario sont atteintes de deux affections chroniques ou plus, ce qui peut entraîner des complications pour la santé et des hospitalisations, et ce taux est presque deux fois plus élevé que celui des personnes les plus riches de la province. Il est essentiel que les personnes qui présentent des risques pour la santé reçoivent des services de soins de santé de qualité où et quand elles en ont besoin. Le revenu ne doit pas être un obstacle aux soins de santé de qualité.



2. La prévention et les soins

Photo de Jean prise par Roger Yip, voir
l'histoire de Jean sur la page suivante.

Histoire de Jean : Aucun choix

Jean doit prendre quatre médicaments, mais elle ne peut payer aucun d'eux. « Je devais prendre un antidépresseur et je ramassais les bouteilles de bière vides pour le payer parce que j'en avais besoin », affirme la femme de 60 ans de Parry Sound. « Maintenant, je ne peux même plus le payer. »

Un trouble de stress post-traumatique a empêché Jean de réaliser son plan d'étudier en médecine. À la place, elle travaille maintenant comme bénévole dans plusieurs organismes de soins de santé. Elle ne peut pas se payer les choses dont elle a besoin dans sa vie quotidienne, comme des fruits et des légumes frais, ni les médicaments dont elle a besoin pour son asthme, ses allergies et ses problèmes digestifs.

La plupart des troubles de Jean sont modérés et ne sont pas assez graves pour qu'elle soit admissible au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Selon Jean, quand on n'a pas suffisamment d'argent, on est plus stressé, ce qui



« Si vous vivez dans la pauvreté, vous êtes à la merci du moment. Vous ne pouvez pas être proactif – vous êtes toujours en mode réactif. »



peut entraîner d'autres problèmes de santé, et on a plus de difficulté à travailler. C'est comme un cercle vicieux de problèmes de santé et de faible revenu.

« Si vous vivez dans la pauvreté, vous êtes à la merci du moment », affirme Jean. « Vous ne pouvez pas être proactif – vous êtes toujours en mode réactif. Et vous êtes trop occupé à réagir pour faire d'autre chose. Comment pouvez-vous être bien mentalement lorsque vous n'avez pas de sécurité physique et de sécurité financière? »

Jean a remarqué que les gens comme elle-même, qui vivent avec un très faible revenu dans de petites

collectivités, n'ont pas accès à certains des mêmes services que ceux des grandes villes. Et quand des services sont offerts, souvent les gens ne savent pas comment les trouver. « Il y a un manque de communication », dit-elle.

Bien qu'elle fasse de son mieux pour sa santé et son bien-être, Jean dit qu'elle voit les gens la juger et faire des suppositions. « Les gens pensent qu'ils vous connaissent », dit-elle. « Mais nous n'avons pas de choix. Ce ne sont pas de mauvais choix. Parfois, on dirait que nous avons un choix, mais nous n'en avons pas vraiment. »

Le présent chapitre porte sur sept indicateurs associés aux soins et à la prévention des maladies :

- le pourcentage de personnes en Ontario qui ont déclaré avoir un accès à un médecin attitré;
- le pourcentage de personnes en Ontario qui ont attendu moins de 30 jours pour consulter un médecin spécialiste;
- le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus;
- le taux de personnes en Ontario qui sont en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal;
- le taux de personnes en Ontario atteintes de diabète qui subissent un examen de la vue;
- le pourcentage de personnes en Ontario qui ont déclaré avoir une assurance incluant les médicaments d'ordonnance;
- Le nombre de visites au service d'urgence pour une maladie mentale ou la toxicomanie et le nombre de ces visites qui ont été le premier point de contact pour les personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie.

Les personnes qui ont accès à des soins complets d'un médecin de famille ou d'un autre fournisseur de soins primaires attiré ont tendance à avoir une meilleure santé.[15,16] Avoir un fournisseur de soins primaires attiré n'est pas suffisant pour garantir des soins de santé équitables pour les personnes les plus pauvres en Ontario.

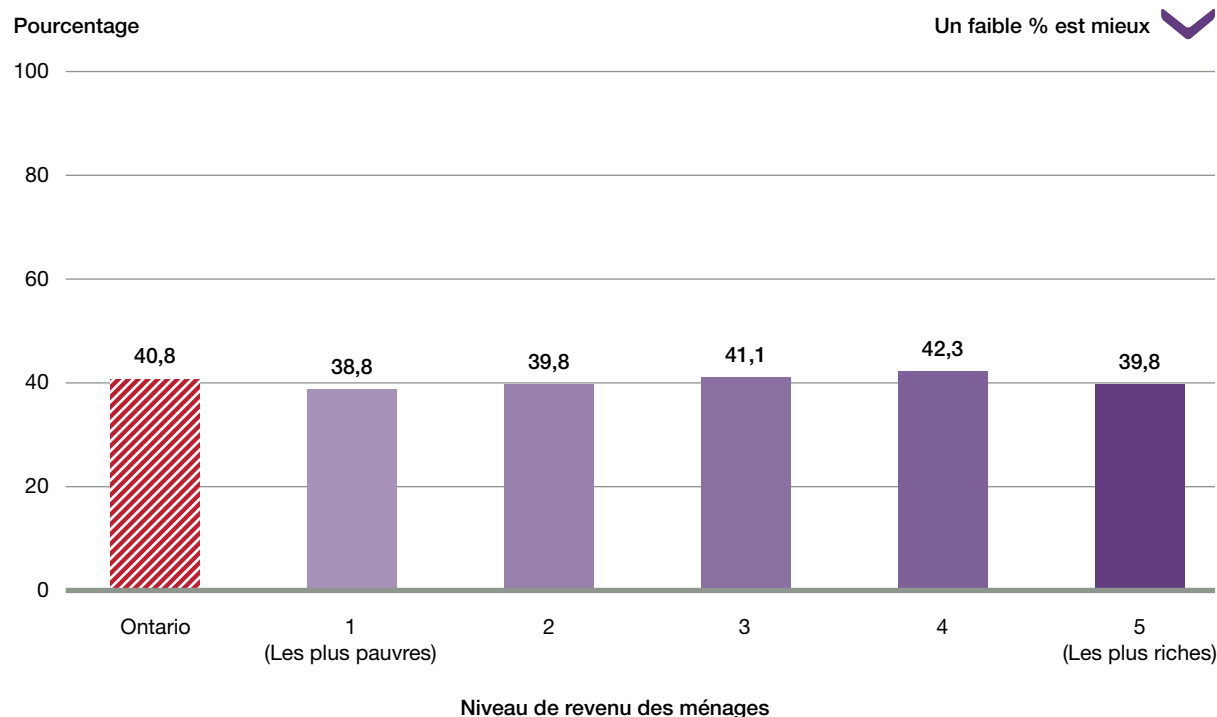
Accès aux soins primaires et aux soins spécialisés

Quel que soit leur revenu, la grande majorité des personnes en Ontario déclarent avoir un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires attiré, bien que, pour certaines personnes, leur médecin ou leur fournisseur ne soit peut-être pas accessible ou acceptable. Près de 93 % des personnes les plus pauvres en Ontario affirment qu'elles ont un fournisseur de soins primaires attiré, comparativement à un peu plus de 95 % des personnes les plus riches.

Notamment, parmi les personnes en Ontario qui ont vu un spécialiste en 2014/15, il n'y avait pas de différence dans leurs temps d'attente en fonction de leur niveau de revenu. Pour tous les niveaux de revenu, les personnes en Ontario qui ont été aiguillées vers un spécialiste ont également des temps d'attente semblables pour un rendez-vous

FIGURE 2.1

Pourcentage d'adultes* qui ont déclaré attendre moins de 30 jours pour un rendez-vous avec un spécialiste, en Ontario, selon le niveau de revenu, en 2014–2015



Source des données : Sondage sur les soins de santé Expérience, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. **Remarques :** Les niveaux de revenu des ménages ci-dessus sont les suivantes : 1 = 20,000 moins de \$, 2 = 39,999 20,000 \$ \$, 3 = 59,999 40,000 \$ \$, 4 = 79,999 60,000 \$ \$, 5 = \$ 80,000 ou plus. * Population de 16 ans et plus.

avec ces spécialistes. Parmi les personnes les plus pauvres en Ontario, 38,8 % ont attendu moins de 30 jours pour un rendez-vous avec un spécialiste, comparativement à 39,8 % chez les personnes les plus riches et à 40,8 % pour l'ensemble de

l'Ontario (les personnes dans le deuxième niveau de revenu le plus élevé ont eu le pourcentage le plus élevé des personnes qui ont attendu moins de 30 jours – 42,3 %) (figure 2.1).

Mais, malgré les ressemblances entre les niveaux de revenu pour ce qui est d'avoir un fournisseur de soins primaires attiré et pour les temps d'attente pour consulter des spécialistes, plus une personne est pauvre, moins elle est susceptible de recevoir des soins de qualité et d'avoir des possibilités de prévenir des maladies.

Tests de dépistage

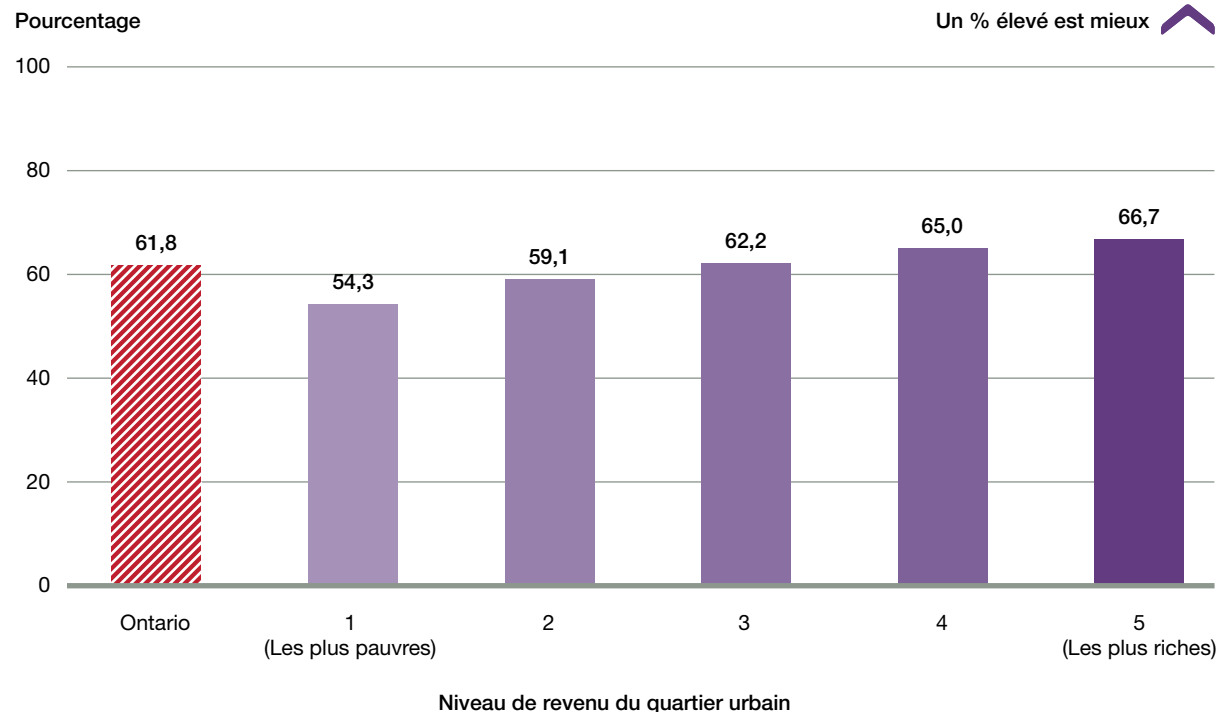
Dans les soins primaires, les patients subissent des tests de dépistage recommandés pour détecter des maladies ou des complications pour certaines maladies. Bien que plus de neuf personnes sur dix parmi les personnes les plus pauvres en Ontario aient déclaré avoir un médecin attiré – un taux semblable à celui des personnes les plus riches en Ontario – les taux de dépistage pour certains types de cancer varient selon le revenu.

Le dépistage du cancer

Un peu plus de la moitié (54,3%) des femmes les plus pauvres dans les quartiers urbains de l'Ontario ont eu le dépistage du cancer du col utérin, comparativement à deux tiers (66,7 %) des femmes les plus riches dans les zones urbaines de l'Ontario (figure 2.2), et 61,8 % pour toutes les femmes les zones urbaines de l'Ontario qui sont admissibles à ce dépistage.

FIGURE 2.2

Pourcentage de femmes* qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus†, en Ontario, le revenu du quartier urbain, 2011 à 2013

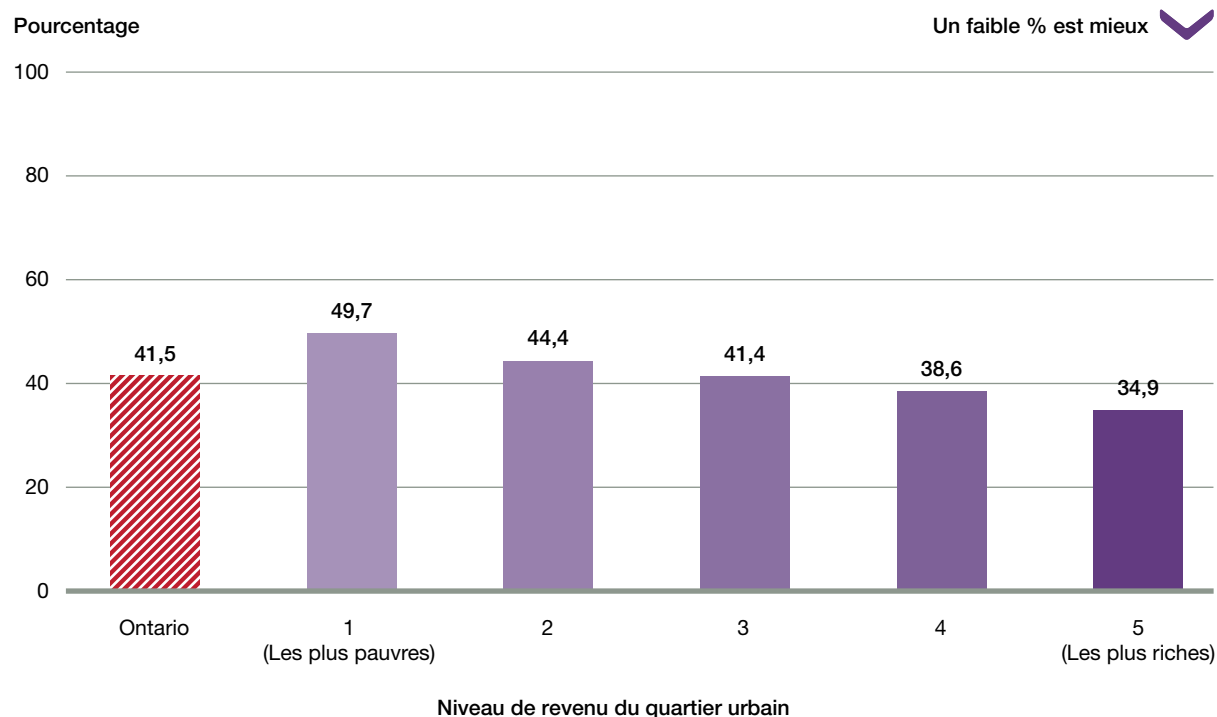


Source des données : Base de données sur les demandes de règlement du RASO, registre du cancer de l'Ontario, BDPI, PCCF version 6A, CytoBase fourni par Action Cancer Ontario via l'indice de qualité du réseau de cancérologie. †Âge ajusté. **Remarques :** Pour le cancer dépistage, les niveaux de revenu ne sont calculés que pour les quartiers urbains. *Les femmes âgées de 21-69

Les résultats sont semblables pour le taux de dépistage du cancer colorectal, qui est mesuré par le pourcentage de personnes qui sont en retard pour subir un test de dépistage (un pourcentage plus élevé est moins bon). Près de la moitié (49,7 %) des personnes les plus pauvres en Ontario sont en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal. Le résultat s'améliore de manière constante à mesure que le revenu augmente, avec un peu plus du tiers (34,9 %) des personnes les plus riches en Ontario qui sont en retard pour subir un dépistage, et 41,5 % pour toutes les personnes en Ontario qui sont admissibles à ce dépistage (figure 2.3).

FIGURE 2.3

Pourcentage de personnes* qui sont en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal†, en Ontario, le revenu du quartier urbain, 2013



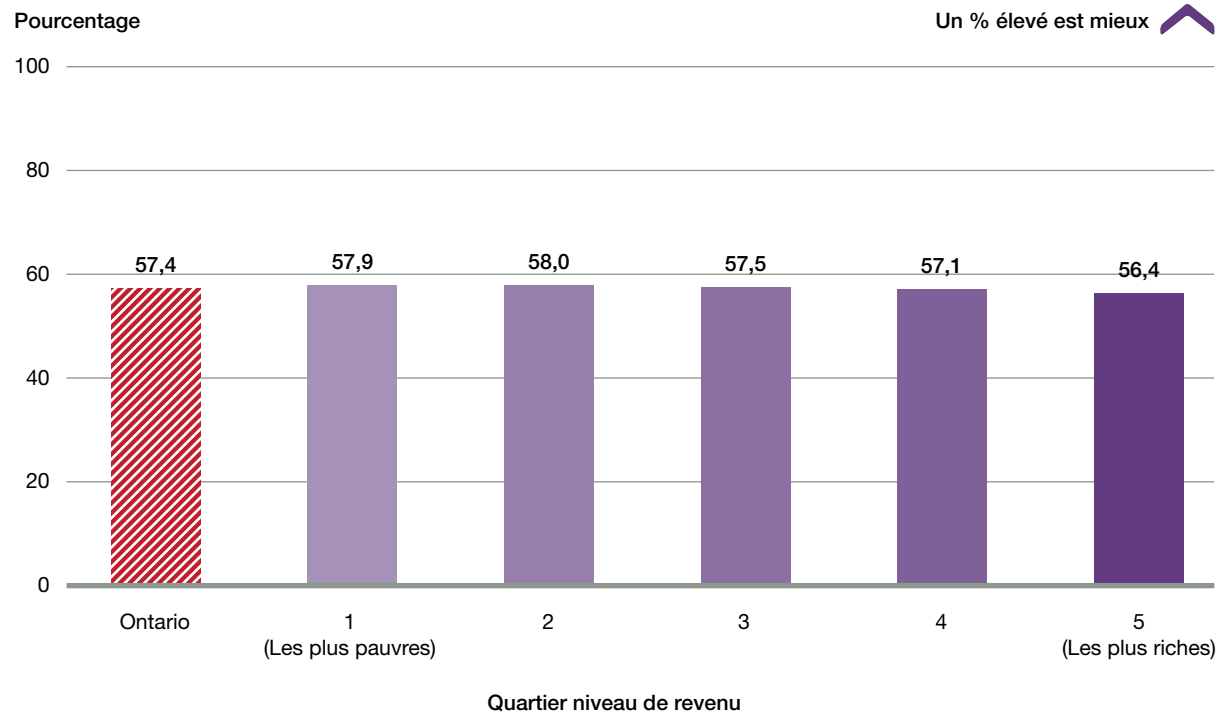
Source des données : Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies, Lab Reporting Tool, base de données sur les demandes de règlement du RASO, registre du cancer de l'Ontario, BDPI, PCCF version 6A; fourni par ACO. †Âge ajusté. **Remarques :** *Personnes de 50 à 74 ans. Pour le dépistage du cancer, les niveaux de revenu sont calculées uniquement pour les quartiers urbains.

Examens de la vue sur le diabète

Bien que les taux de dépistage du cancer varient selon le niveau de revenu, le taux de personnes atteintes de diabète qui subissent des tests pour le dépistage de complications visuelles ne varie pas selon le revenu. Pour les personnes atteintes de diabète, des examens de la vue réguliers sont un moyen efficace de détecter le commencement de la rétinopathie diabétique, une affection évitable chez les diabétiques qui peut entraîner une perte de vision et la cécité.[17,18] Le taux d'examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète ne varie pas de manière significative selon le niveau de revenu (figure 2.4).

FIGURE 2.4

Pourcentage de personnes* atteintes du diabète de 20 ans et plus ayant subi un examen de la vue, en Ontario, selon le niveau de revenu, 2012–2013



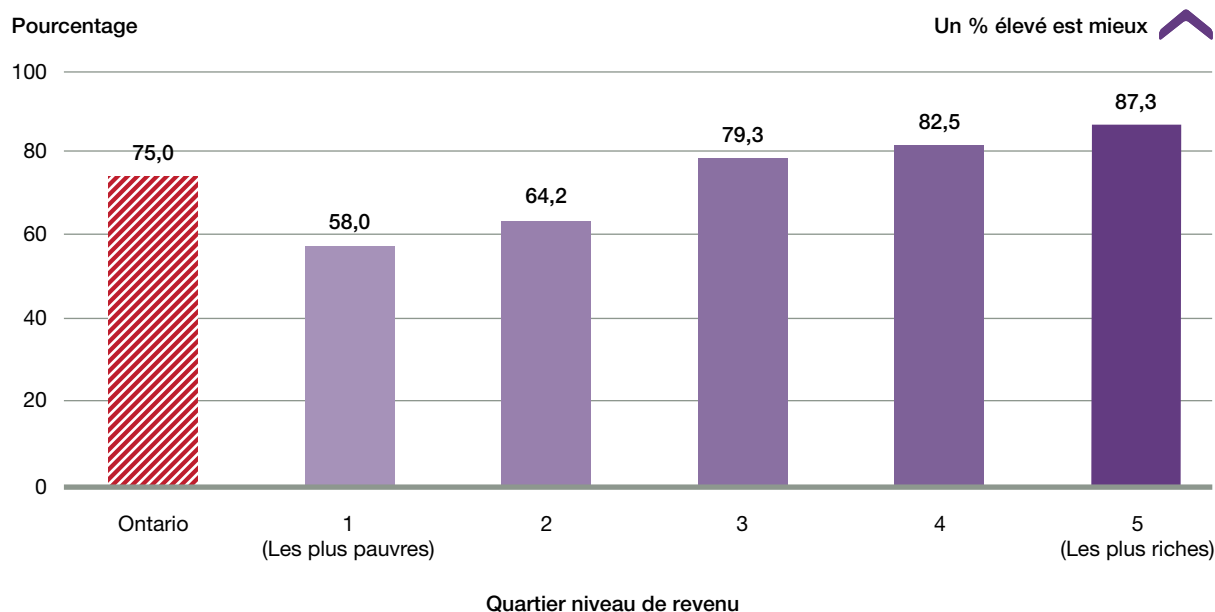
Source des données : Base de données Régime d'assurance santé de l'Ontario Sinistres, Base de données sur le diabète de l'Ontario, base de données sur les personnes inscrites, fournies par le Institute for Clinical Evaluative Sciences. **Remarque :** *Les personnes âgées de 20-64.

Payer pour les médicaments

La capacité de payer les médicaments est un aspect important des soins, particulièrement chez les personnes souffrant d'affections chroniques multiples.[19] Le Programme de médicaments Trillium de l'Ontario aide les personnes qui ont des coûts de médicaments d'ordonnance élevés par rapport au revenu de leur ménage. Malgré ce programme, le taux de personnes ayant une assurance incluant les médicaments d'ordonnance est beaucoup plus bas chez les personnes les plus pauvres en Ontario, qui sont, en réalité, celles qui ont le plus besoin d'une d'assurance pour les médicaments comparativement aux personnes les plus riches en Ontario, qui ont plus d'argent pour payer elles-mêmes pour leurs médicaments. Parmi les personnes les plus pauvres en Ontario, 58,0 % ont déclaré avoir une assurance qui inclut les médicaments d'ordonnance et ce pourcentage augmente de façon constante selon le revenu pour atteindre jusqu'à 87,3 % pour les personnes les plus riches en Ontario et 75,0 % pour l'ensemble de la population (figure 2.5).

FIGURE 2.5

Pourcentage de personnes* qui déclarent avoir l'assurance médicaments sur ordonnance†, en Ontario, par quartier niveau de revenu, 2013



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013, Institute for Clinical Evaluative Sciences. †l'âge et du sexe ajusté. **Remarque :** *Les personnes âgées de 12-64.

Maladies mentales et dépendances

Le taux de prévalence de la maladie mentale, comme la dépression majeure, est plus élevé chez les personnes les plus pauvres en Ontario que

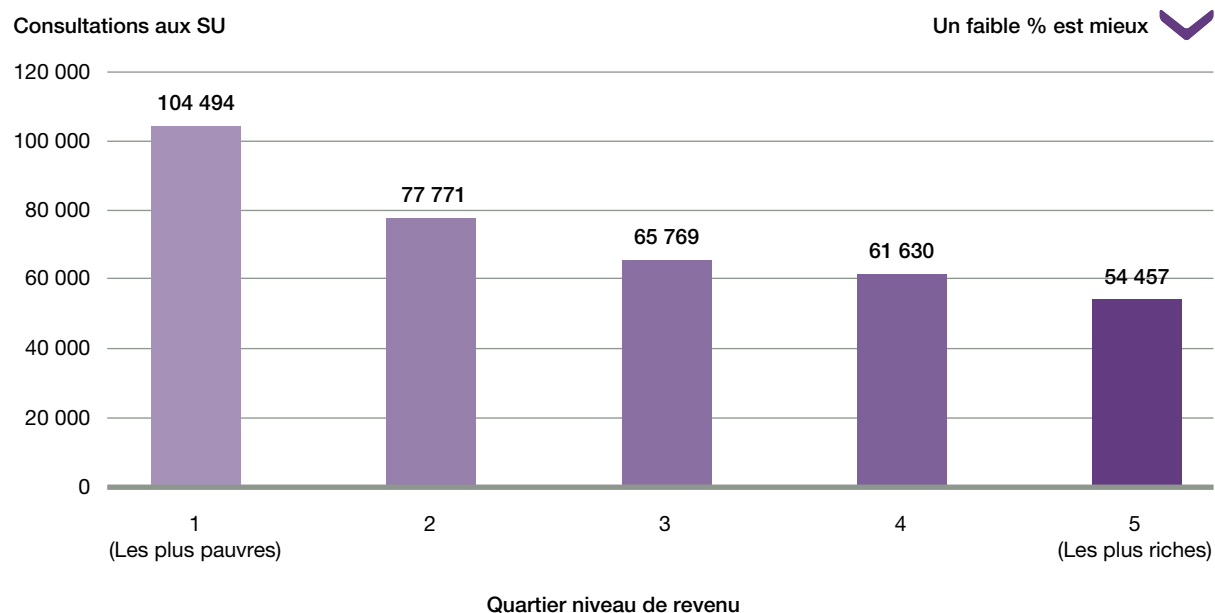
chez les personnes les plus riches.[20] Au Canada, le pourcentage d'adultes qui estiment leur santé mentale comme étant mauvaise ou passable est à la hausse au cours des dernières années parmi les Canadiens les plus pauvres, mais pas parmi les plus riches.[21]

Une façon d'évaluer la qualité des soins offerts aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de dépendance est d'examiner le nombre de personnes qui se rendent aux services des urgences pour des problèmes de maladie mentale ou de toxicomanie. Parfois, le service des urgences est le bon endroit pour une personne souffrant d'un problème de santé mentale ou de dépendance, une situation de crise par exemple, mais des consultations plus fréquentes aux services des urgences peuvent être un signe que certaines personnes ne reçoivent pas l'aide dont elles devraient recevoir ailleurs, comme des fournisseurs de soins primaires, des psychiatres, des psychologues ou des travailleurs sociaux.

Les personnes les plus pauvres en Ontario qui souffrent d'un problème de santé mentale ou de dépendance sont plus susceptibles de se rendre aux services des urgences pour obtenir des soins. En effet, elles se rendent près de deux fois plus souvent aux services des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance que les personnes les plus riches – 104 494 consultations comparativement à 54 457 consultations au cours d'une période de trois ans (figure 2.6). Nous ne savons pas dans quelle mesure ces données s'expliquent par la prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale et de dépendance chez les personnes les plus pauvres en Ontario ou si les personnes les plus pauvres dans la province sont plus susceptibles de se

FIGURE 2.6

Nombre de consultations aux services des urgences pour un problème de maladie mentale ou de dépendance*, en Ontario, selon le niveau de revenu, au cours de la période de trois ans de 2010–2011 à 2012–2013



Source des données : National de soins ambulatoires Reporting System, et base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institut for Clinical Evaluative Les sciences. **Remarque :** *Les patients âgés de 16 ans et plus.

rendre aux services des urgences pour obtenir de l'aide au lieu d'aller en chercher ailleurs dans la collectivité.

En examinant uniquement les consultations initiales

et uniques aux services des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance plutôt que l'ensemble des consultations, les personnes les plus pauvres en Ontario représentent également un plus grand nombre de consultations

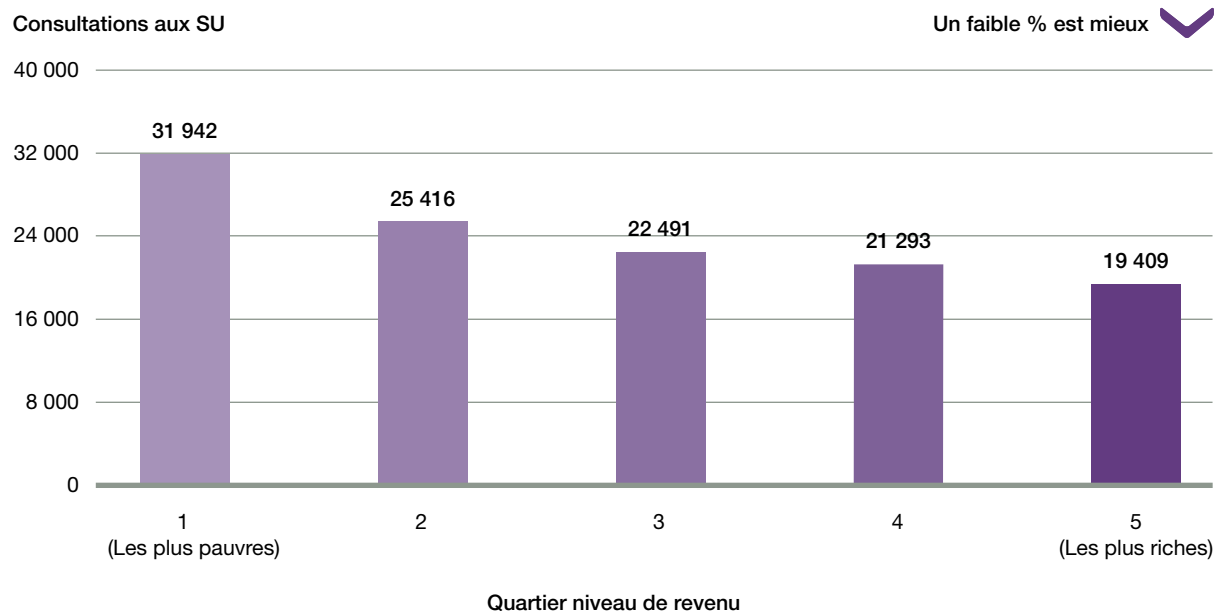
aux services des urgences comme premier point de contact pour un problème de santé mentale ou de dépendance (au lieu, par exemple, d'une consultation d'un fournisseur de soins primaires ou communautaires) (figure 2.7). Au cours des trois exercices entre 2010–2011 et 2012–2013, les personnes les plus pauvres en Ontario ont effectué près de 32 000 consultations aux services des urgences comme premier point de contact pour un problème de santé mentale ou de dépendance, comparativement à moins de 20 000 visites par les personnes les plus riches.

Sommaire

Presque toutes les personnes en Ontario déclarent avoir un fournisseur de soins primaires, peu importe leur niveau de revenu. Malgré tout, plus une personne est pauvre, moins elle est susceptible de subir les tests de dépistage recommandés pour certains cancers, qui sont considérés comme faisant partie de soins primaires de qualité élevée. En outre, plus une personne est pauvre, plus elle est susceptible de se rendre au service des urgences d'un hôpital comme premier point de contact avec le système de santé pour un problème de santé mentale ou de dépendance, et les personnes les plus pauvres en Ontario consultent plus souvent les services des urgences pour un problème de santé mentale ou de dépendance que les personnes les plus riches.

FIGURE 2.7

Nombre de consultations aux services des urgences pour un problème de maladie mentale ou de dépendance*, en Ontario, selon le niveau de revenu, au cours de la période de trois ans de 2010–2011 à 2012–2013



Source des données : National de soins ambulatoires Reporting System, Base de données sur les congés, Ontario Système d'information sur la santé, Ontario mentale Base de données Régime d'assurance maladie, et Base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques. **Remarque :** *Les patients âgés de 16 ans et plus.

Ces constatations suggèrent qu'il n'est pas suffisant d'avoir un fournisseur de soins primaires ou d'avoir des temps d'attente semblables pour consulter un spécialiste. Il existe d'autres obstacles au dépistage

de maladies et aux soins de santé de qualité qui peuvent entraîner de mauvais résultats en matière de santé selon le niveau de revenu.

3. Incidence de l'iniquité

Photo de Louise prise par Roger Yip, voir l'histoire de Louise sur la page suivante.



Histoire de Louise : Faire ses preuves

Louise, qui est âgée de 55 ans, est dans un fauteuil roulant depuis 20 ans en raison d'un trouble du mouvement et également de dommages à ses jambes qui, selon elle, ont été causés par une dose élevée de médicaments psychiatriques. Même si ses maladies mentales sont disparues une fois qu'elle a arrêté de prendre ses médicaments, Louise est maintenant aux prises avec le système de santé pour maintenir sa santé physique.

Le plus difficile, explique Louise, est d'être toujours obligée de prouver qu'elle a besoin de soins. Pour sa maladie dégénérative de la colonne cervicale et ses autres problèmes aux épaules, Louise avait, auparavant, droit à 150 séances de physiothérapie par année, mais il y a quelques années, le nombre de séances a été réduit à six par affection, pour lesquelles il fallait obtenir la recommandation d'un médecin.

« Je suis très fonctionnelle et heureuse quand je peux vivre une vie aussi normale que possible. Je réagis très émotionnellement lorsque je dois constamment prouver comme méritant une aide physique », dit Louise. « En fait, je joue beaucoup à l'autruche, je me mets la tête dans le sable. Le plus difficile est de se battre avec les systèmes. »

Quand elle vivait à Kingston, le fauteuil roulant motorisé de Louise est tombé en panne. Pendant deux ans, elle a utilisé un fauteuil roulant manuel en attendant de faire réparer son fauteuil roulant motorisé parce que les réparations n'étaient pas



« Je réagis très émotionnellement lorsque je dois constamment prouver comme méritant une aide physique ».



couvertes. « J'ai dû mettre une planche sur le siège parce que le revêtement du fauteuil était déchiré et j'ai enduré », dit-elle. « Les réparations n'étaient pas couvertes, un point c'est tout. Il faut donc vivre sans. »

Louise, qui vit aujourd'hui à Toronto, fait du bénévolat et sort de chez elle le plus souvent possible et garde son logement bien rangé, ce qui, selon elle, ne lui rend pas de service pour être admissible aux services d'aide à domicile. Lorsque les employés des services d'aide aux tâches ménagères et de soins infirmiers sont entrés dans son appartement, ils ont dit à Louise que son logement était trop propre pour être admissible aux services.

« Pourquoi une personne qui est invalide et qui vit sur l'aide sociale devrait-elle être obligée de vivre sans ses services de base, le type de services qui peut aider à rester en bonne santé? », demande Louise.

Avec deux coiffes des rotateurs déchirés et une cuisine qui n'est pas accessible, Louise doit

commander ses repas d'un service de livraison en ligne, même si elle ne peut pas se permettre les frais supplémentaires. Louise, avec un budget toujours serré, doit décider si elle achète des fruits et des légumes frais ou de la nourriture malsaine plus calorique. Même lorsqu'elle achète des légumes, elle n'est pas capable de les couper.

« Je sais ce que je veux cuisiner, mais je ne peux pas le faire dans ma cuisine non accessible », explique Louise. « Parfois vous n'avez pas l'alimentation que vous devriez avoir, ce qui peut causer d'autres problèmes de santé. »

Louise dit qu'elle connaît des gens qui décident qu'ils ne peuvent pas obtenir le soutien dont ils ont besoin, alors ils n'essaient même pas de sortir de chez eux. « Je connais beaucoup de personnes qui sont décédées prématurément tout simplement parce qu'elles n'avaient pas de qualité de vie et, tranquillement, mais sûrement, leur santé s'est détériorée », dit-elle. « Mon objectif est de faire ce qu'il faut pour rester en bonne santé. »

Le présent chapitre porte sur quatre indicateurs concernant les résultats en matière de santé de la population de l'Ontario.

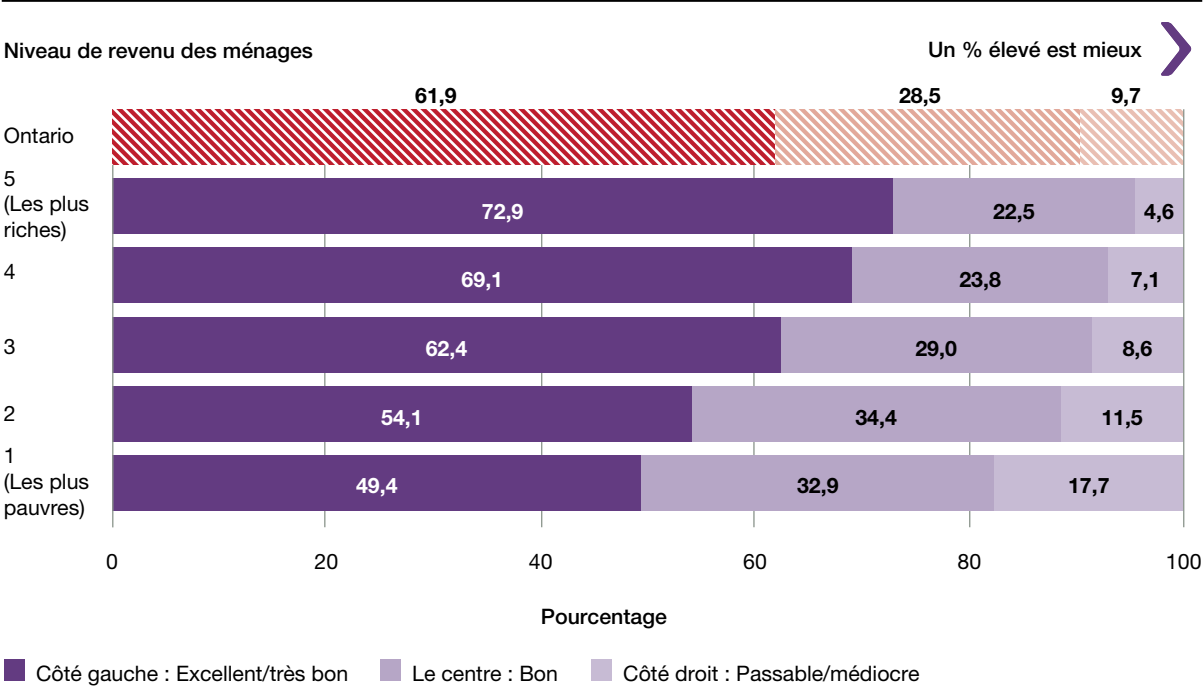
- État de santé autodéclaré
- Espérance de vie
- Années potentielles de vie perdues
- Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires (c.-à-d., les affections médicales qui pourraient être prises en charge à l'extérieur de l'hôpital)

Plus une personne est pauvre en Ontario, plus elle est susceptible de présenter des risques pour la santé, plus elle est susceptible de se rendre au service des urgences comme premier point de contact avec le système de santé pour un problème de santé mentale ou de dépendance, moins elle est susceptible de subir des tests de dépistage pour certains cancers et moins elle est susceptible d'avoir une assurance qui inclut les médicaments sur ordonnance. Alors, quelles sont les répercussions de cette situation sur la santé de la population? Plus une personne est pauvre en Ontario, plus ses résultats en matière de santé sont mauvais.

État de santé

L'état de santé autodéclaré, l'évaluation par une personne de son état de santé, est une variable prédictive exacte de la santé et l'espérance de

FIGURE 3.1
État de santé autodéclaré pour la population*, en Ontario, selon le niveau de revenu, 2013



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013, Institute for Clinical Evaluative Sciences. *Âge ajusté.
Remarque : *12 ans et plus.

vie réelle.[22,23] Près de 18 % des personnes les plus pauvres Ontario rapportent leur état de santé comme passable ou mauvaise, comparativement à moins de 5 % des personnes les plus riches et

un peu moins de 10% pour la province dans son ensemble (figure 3.1).

Espérance de vie et années potentielles de vie perdues

Une personne née aujourd'hui en Ontario peut s'attendre à vivre environ 20 ans plus longtemps que si elle était née en 1920.[24] Toutefois, l'espérance de vie varie selon le revenu. Plus une personne est pauvre en Ontario, plus son espérance de vie est courte. Les hommes les plus pauvres en Ontario ont une espérance de vie de 77,0 ans comparativement à 82,0 ans pour les hommes au sein du groupe de revenu le plus élevé, soit une différence de 5 ans. Les femmes les plus pauvres en Ontario ont une espérance de vie de 82,8 ans comparativement à 85,0 ans pour les femmes au sein du groupe de revenu le plus élevé, soit une différence de 2,2 ans.

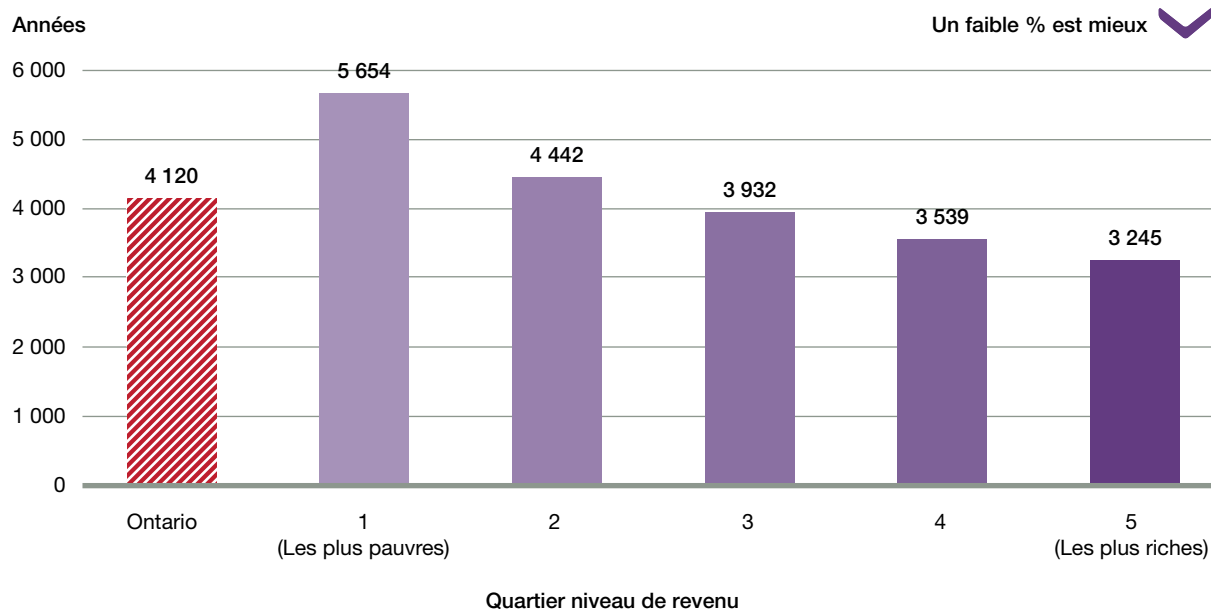
Nous pouvons également calculer le nombre d'années potentielles de vie perdues lorsque les personnes meurent prématurément (qui est avant 75 ans). Par exemple, le nombre d'années potentielles de vie perdues pour une jeune personne qui meurt serait plus élevé que pour une personne âgée. Les personnes les plus pauvres en Ontario ont un total d'années potentielles de vie perdues considérablement plus élevé pour 100 000 personnes (5 654 années potentielles de vie perdues pour toutes les 100 000 personnes) que les personnes les plus riches en Ontario (3 245 années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes) et que l'ensemble de l'Ontario (4 120

années pour 100 000 personnes) (figure 3.3). La différence de plus de 2 400 années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes entre les

personnes les plus riches et les personnes les plus pauvres en Ontario équivaut à environ 30 durées de vie complètes perdues pour 100 000 personnes.

FIGURE 3.2

Années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes[†], en Ontario, selon le niveau de revenu, 2009–2011



Source des données : Base de données canadienne sur la mortalité, provenant de l'Agence de la santé publique de Santé Inégalités données Cube du Canada. [†]Âge ajusté.

La prise en charge de problèmes de santé à l'extérieur de l'hôpital

Les problèmes de santé pouvant habituellement être pris en charge à l'extérieur de l'hôpital sont appelés conditions propices aux soins ambulatoires. Il s'agit de problèmes de santé comme le diabète, l'asthme, l'épilepsie et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Si les personnes avaient accès à des services et des soins en milieu communautaire pour ces types de problèmes de santé, certaines hospitalisations pourraient être évitées. Des hospitalisations pour ces affections peuvent indiquer un manque d'accès aux soins communautaires (bien que, parfois, les hospitalisations pour ces affections soient nécessaires et appropriées).

Le taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires parmi les personnes les plus pauvres en Ontario est presque 2,5 fois plus élevé que le taux chez les personnes les plus riches : 368 pour 100 000 personnes, comparativement à 150 pour 100 000 personnes. Le taux pour l'ensemble de l'Ontario est de 233 pour 100 000 personnes.

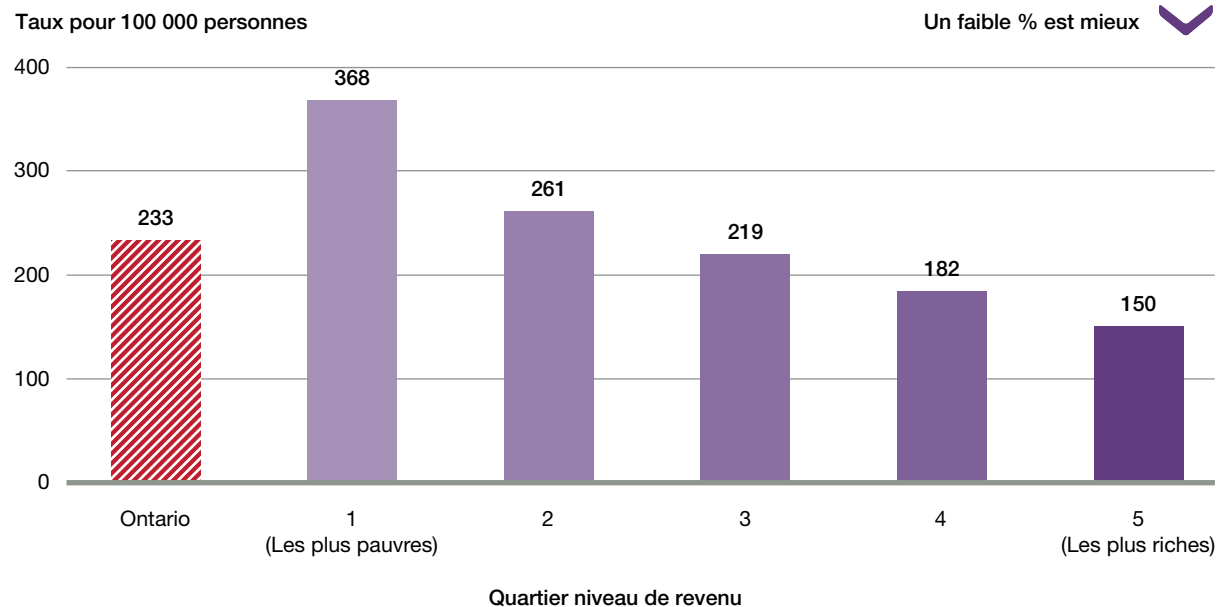
Sommaire

Pour ce qui est de vivre une longue vie en santé, en Ontario, plus une personne est pauvre, plus elle s'en tire mal. Beaucoup moins des personnes les plus pauvres de la province déclarent avoir un état de santé comme étant excellent ou très bon comparativement aux personnes les plus

riches. Les personnes les plus pauvres en Ontario ont également des taux plus élevés d'années potentielles de vie perdues en raison de décès prématurés, elles vivent moins longtemps et elles sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisées pour une affection qui pourrait être prise en charge à l'extérieur de l'hôpital.

FIGURE 3.3

Taux d'hospitalisation* pour les conditions propices aux soins ambulatoires†, en Ontario, selon le niveau de revenu du quartier, 2013–2014



Source des données : Congés Base de données et base de données sur les personnes inscrites, fournies par l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques.†Âge ajusté. **Remarques :** *Hospitalisations pour les patients âgés de moins de 75.



4. Prochaines étapes

Photo de Jennifer prise par Roger Yip,
voir l'histoire de Jennifer à la page 12

Le danger des moyenne

Systématiquement, en Ontario, plus une personne est pauvre, moins elle est susceptible d'obtenir des soins de santé de qualité et plus elle est susceptible de s'en tirer mal en ce qui a trait à sa longévité et à sa santé en général.

Le revenu n'est qu'un des nombreux éléments interreliés de l'équité en matière de santé et, même de ce seul point de vue, nous pouvons constater qu'il existe de nombreux aspects pour lesquels la province devrait s'efforcer d'améliorer les possibilités pour une meilleure santé. Le système de santé ontarien peut également tendre à l'équité en matière de soins de santé en éliminant les obstacles à l'accès aux soins afin que toutes les personnes puissent recevoir le même niveau de soins de qualité élevée en fonction de leurs besoins, peu importe leur revenu.

Revenu et santé : vers l'égalité en matière de santé en Ontario met en évidence le danger des moyennes. Nous ne pouvons pas évaluer les risques pour la santé des Ontariens et des Ontariennes, ni la qualité des soins qu'ils reçoivent, ni leurs résultats en matière de santé uniquement en fonction des moyennes provinciales des indicateurs pour ces catégories. Nous avons vu que les chances d'une personne pour une meilleure santé et de meilleurs soins de santé augmentent à chaque niveau de revenu, du premier au cinquième.

En outre, chacun des cinq niveaux de revenu est lui-même une moyenne. Il pourrait y avoir des problèmes encore plus marqués, par exemple, dans le 1 % du groupe des personnes les plus pauvres en Ontario ou parmi les personnes qui ne sont pas encore incluses dans les données, telles que les sans-abri.

Les stratégies à l'avenir doivent reconnaître la valeur de réduire les inégalités associées au revenu dans le secteur de la santé et des soins de santé. Investir dans des stratégies visant à améliorer la santé et le revenu des tranches de population dont les taux sont inférieurs aux taux pour l'ensemble de l'Ontario en ce qui a trait aux indicateurs de la santé et des soins de santé pourrait entraîner une économie de coûts qui dépasse de beaucoup les coûts initiaux investis afin d'améliorer la moyenne de l'Ontario.

Travaux en cours et prochaines étapes

Beaucoup de travaux sont en cours dans l'ensemble de l'Ontario afin de résoudre les inégalités dans le secteur de la santé, mais ils sont menés en vase clos, sans stratégie ou production de rapports à l'échelle de la province. L'approche de Qualité des services de santé Ontario est d'inclure l'équité comme une dimension de la qualité. Nous continuerons d'élargir les mesures comprises dans le programme commun d'amélioration de la qualité

(un ensemble d'indicateurs que nous utilisons pour mesurer le rendement de l'ensemble du système de santé de l'Ontario) afin d'étudier l'équité en matière de santé sous différents points de vue en s'appuyant sur les travaux que nous avons faits dans le présent rapport portant sur les groupes de revenu, et d'en accroître la portée en vue d'y inclure d'autres indicateurs, comme le statut d'immigration, le sexe et l'éducation.

Sous l'orientation du Comité consultatif externe d'experts en équité en matière de santé, composé de dirigeants informés, d'experts professionnels, de patients, de personnes soignantes et de personnes ayant vécu des expériences de partout dans la province qui possèdent une expérience personnelle et professionnelle pertinente, Qualité des services de santé Ontario a également commencé à travailler sur le terrain avec des partenaires externes en tenant un sommet sur l'équité. Jusqu'à présent, nous avons consulté plus de 300 personnes.

Le sommet et les consultations ont marqué une première étape dans la création d'une feuille de route sur l'équité, en commençant par les deux grandes questions suivantes :

1. Quelles mesures le système doit-il prendre à l'égard de l'équité en matière de santé?
2. Qu'est-ce que Qualité des services de santé Ontario peut faire pour soutenir un changement systémique?

L'Ontario est une grande province diversifiée, et Qualité des services de santé Ontario est engagé à améliorer la qualité des services de santé pour toute la population ontarienne. La feuille de route sur l'équité orientera tous les travaux de Qualité des services de santé Ontario, y compris les rapports, les activités de participation des patients et du public, les communications, les partenariats, l'amélioration de la qualité, ainsi que l'élaboration des données probantes et les normes.

Notes sur les méthodes

Les notes sur les méthodes fournissent une brève description des méthodes utilisées dans le présent rapport. Pour obtenir une description détaillée, veuillez consulter l'annexe technique sur le site Web de QSSO.

Sélection des indicateurs

Le présent rapport inclut des indicateurs concernant l'équité tirés du programme commun d'amélioration de la qualité ainsi que quelques autres indicateurs axés sur la variation par quintile de revenu.

Sources des données

Les données présentées dans le présent rapport ont été fournies par divers fournisseurs de données, notamment l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Statistique Canada, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et Action Cancer Ontario (ACO).

Pour l'analyse, nous avons utilisé des données d'enquête, des données cliniques et des données administratives provenant des bases de données ci-dessous.

- Base de données sur la morbidité hospitalière
- Base de données sur le diabète de l'Ontario (ODD)
- Base de données sur les congés des patients (BDGP)
- Base de données sur les décès
- Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (demandes du RASO)
- Base de données sur les personnes inscrites (BDGP)
- CytoBase
- Échantillons de l'Ontario de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2013
- Fichier de conversion des codes postaux version 6A (PCCF+6A)
- Laboratory Reporting Tool (TLR)

- Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies
- Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario
- Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé (MSSLD)
- Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)
- Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Analyse

Pour permettre des comparaisons appropriées et justes des résultats, certains indicateurs ont été rajustés pour l'âge ou le sexe en fonction du recensement de la population canadienne de 1991. Il s'agit de la norme de la population utilisée par Statistique Canada.[26] Le recensement de la population canadienne de 2011 a été utilisé pour calculer les taux normalisés selon l'âge pour les indicateurs du dépistage du cancer colorectal et du dépistage du cancer du col de l'utérus.[27]

Les données d'enquête ont été pondérées afin de tenir compte des caractéristiques du modèle de l'enquête et de la population de l'Ontario. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs qui ont été rajustés ou pondérés et sur la méthodologie utilisée, veuillez consulter le modèle pour les indicateurs donnés dans l'annexe technique.

Les analyses du revenu pour les indicateurs pour le dépistage du cancer colorectal et le dépistage du cancer du col de l'utérus sont fondées uniquement sur les personnes qui vivent dans des régions urbaines. Les analyses du revenu pour tous les autres indicateurs incluent des personnes qui vivent dans les régions urbaines et rurales de l'Ontario.

Niveaux de revenu

Dans le présent rapport, l'expression générale « niveaux de revenu » décrit deux méthodes d'analyse du revenu. Ces deux méthodes sont décrites ci-dessous.

Quintiles de revenu du quartier : Le revenu du quartier est fondé sur les données de recensement et attribue un revenu du ménage moyen aux personnes au sein d'une aire. Cette méthode d'analyse du revenu est fondée sur les valeurs du revenu moyen des ménages dans une aire de diffusion des fichiers de recensement. Une aire de diffusion est une petite unité géographique formée d'un ou de plusieurs îlots de diffusion avoisinants, avec une population de 400 à 700 personnes.

Le revenu du ménage moyen d'une aire de diffusion est attribué à chaque personne au sein d'une aire de diffusion. Ces aires de diffusion sont ensuite classées et divisées en cinq groupes de population égaux appelés quintiles. Le quintile inférieur comprend les quartiers les moins riches, tandis que le quintile supérieur comprend les quartiers les plus riches. Les quintiles sont déterminés en fonction de méthodes mises au point par Statistique Canada.[28]

Le revenu du ménage est fondé sur le revenu autodéclaré du répondant et est recueilli au moyen d'enquêtes.

- Pour les indicateurs de l'Enquête sur l'expérience des soins de santé, les revenus des ménages sont classés au sein de l'enquête elle-même. Dans ce cas, les catégories de revenu du ménage sont définies dans le rapport.
- Pour les indicateurs basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada prépare une variable de revenu tiré sur la base des informations provenant de multiples questions de l'enquête. La variable dérivée est un ratio du revenu total du ménage annuel brut à faible revenu de coupure correspondant à leur taille du ménage et de la communauté et spécifiques à leur communauté. Les ratios ajustés sont ensuite commandés du plus petit au plus grand, et regroupés en déciles à peu près égales. Les déciles sont roulées en quintiles aux fins de déclaration. Il en résulte une mesure relative du revenu pour tous les répondants.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs qui sont utilisés dans l'une ou l'autre des méthodes ci-dessus, veuillez consulter l'annexe technique.

Test d'hypothèse

La signification statistique a été déterminée en comparant les intervalles de confiance à 95% pour chaque valeur. Une valeur est dite être significativement différente d'une autre si les intervalles de confiance pour les deux valeurs ne se chevauchent pas. Le rapport indique une augmentation / diminution ou supérieur / résultat inférieur uniquement lorsque les résultats sont statistiquement significatifs sur la base de cette méthode d'essai.

Limites

Certaines limites de l'analyse doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Certaines des limites sont propres à la source de données, à l'indicateur et à la méthodologie utilisée pour calculer le résultat. Les limites principales de ce rapport comprennent les suivantes :

- Les conclusions de ce rapport sont associatives. Les liens de causalité ne peuvent pas être tirés sur la base des analyses utilisées dans ce rapport.

- Bien qu'un grand nombre des résultats présentés dans le présent rapport soient rajustés en fonction de l'âge et du sexe, d'autres facteurs qui pourraient changer les résultats ne sont pas pris en compte
- Le revenu du quartier ne tient pas compte des personnes dont le code postal est manquant ou n'est pas valide, des personnes qui n'ont pas de domicile stable et des personnes qui vivent dans des établissements comme des établissements de soins de longue durée. Le revenu du quartier est également moins précis pour les régions rurales puisque les codes postaux des régions rurales couvrent des régions géographiques plus vastes.[28] De plus, comme le revenu du quartier attribue un revenu moyen à toutes les personnes dans une aire de diffusion, il ne peut être appliqué aux personnes.
- Le revenu est une variable continue. En classant les revenus en groupes ou quintiles, l'impact de l'intérieur catégorie différences ne peut être évaluée.
- Les indicateurs qui sont dichotomisée (par exemple, un dépistage ou non dépistée) ne saisissent pas l'ampleur des différences dans le continuum de la performance. Par exemple, le pourcentage de personnes âgées de 50–74 en retard pour l'indicateur de dépistage du cancer colorectal ne révèle si oui ou non les gens étaient en retard. Il ne peut pas être utilisé pour discerner comment en retard pour le dépistage de certaines populations sont ou si ces populations ont déjà été examinés.

Pour obtenir plus de renseignements sur les limites propres à chaque indicateur, veuillez consulter les modèles pour les indicateurs donnés dans l'annexe technique en ligne.

Remerciements

Qualité des services de santé Ontario

Gestion

Joshua Tepper, président et chef de la direction

Anna Greenberg, vice-présidente, Rendement du système de santé

Irfan Dhalla, vice-président, Analyse des données et des normes

Mark Fam, vice-président, Affaires générales

Lee Fairclough, vice-présidente, Amélioration de la qualité

Jeffrey Turnbull, chef, Qualité clinique

Jennifer Schipper, chef, Communications et participation des patients

Les biographies sont publiées à l'adresse www.hqontario.ca/nous/%C3%A9quipe-de-direction.

Élaboration du rapport

Qualité de la santé de l'Ontario remercie les nombreuses personnes qui ont contribué à ce rapport, y compris :

Les membres de l'examen du groupe d'experts de la santé de la qualité de l'Ontario, qui a fourni des conseils sur la recherche et l'analyse quantitative :

Laura Anderson, Marie DesMeules, John Frank, Doris Grinspun, Jean Harvey, Raymond Pong, Penny Sutcliffe, Adrianna Tetley, Seong-gee Um, Walter Wodchis ainsi que le Comité consultatif sur l'équité en santé de qualité en Ontario.

Les organisations suivantes qui ont fourni des commentaires ou des données pour le rapport :

Association des centres de santé de l'Ontario, Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Agence de la santé publique du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Statistique Canada et le Wellesley Institut.

Certaines parties de ce matériau sont fondées sur des données et informations fournies par une variété de fournisseurs de données, y compris Institute for Clinical Evaluative Sciences, Action Cancer Ontario, Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cependant, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées sont celles des auteurs et pas nécessairement celles des fournisseurs de données.

À la qualité de la santé de l'Ontario, une équipe multidisciplinaire a dirigé l'élaboration du rapport, y compris :

Heather Angus-Lee, Susan Brien, Kristan Chamberlain, Gail Dobell, Naushaba Degani, Ryan Alexander Emond, Louise Grenier, Michal Kapral, Sandra Kerr, Reena Kudhail, Ryan Monte, Amira Salama

Un grand merci à George, Jean, Jennifer et Louise pour partager leurs expériences pour mettre les données dans ce rapport à la vie, ainsi que Jennifer Laidley de l'Income Security Advocacy Centre et Corey Bernard à Ontario Health Quality pour aider à nous connecter avec ceux qui ont partagé leurs histoires.

Références

- [1] Health Quality Ontario. Measuring Up 2015: A yearly report on how Ontario's health system is performing. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2015.
- [2] Osberg L, Sharpe A. Beyond GDP: Measuring Economic Well-Being in Canada and the Provinces 1981–2010 [Internet]. Centre for the Study of Living Standards; 2011 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www.csls.ca/reports/csls2011-11.pdf>
- [3] Organisation for Economic Co-operation and Development. Growing income inequality in OECD countries: What drives it and how can policy tackle it? [Internet]. Paris: OECD; 2011 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www.oecd.org/els/soc/47723414.pdf>
- [4] Government of Canada. Financial security – Income distribution [Internet]. Ottawa: Government of Canada; 2016 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://well-being.esdc.gc.ca/misme-iowb/.3ndic.1t.4r@-eng.jsp?iid=22>
- [5] Che J, Chen J. Food insecurity in Canadian households. Health Rep. 2001;12(4):11-22. (Statistics Canada Catalogue no. 82-003-X).
- [6] Mustard, C.A., Derksen, S., Berthelot, J.M., & Wolfson, M. (1999). Assessing ecologic proxies for household income: a comparison of household and neighbourhood level income measures in the study of population health status. Health & place, 5(2), 157-171.
- [7] Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. J. Nutr. 2003 Jan; 133(1):120-6.
- [8] Desilver, D. Obesity and poverty don't always go together [Internet]. Washington: Pew Research Center; 2013 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2013/11/13/obesity-and-poverty-dont-always-go-together/>
- [9] Tiffany Fitzpatrick, MPH, Laura C. Rosella, PhD, MHSc, Andrew Calzavara, MSc, Jeremy Petch, PhD, MA, Andrew D. Pinto, MD, MSc, Heather Manson, MD, MHSc, Vivek Goel, MD, MSc, Walter P. Wodchis, PhD, MAE, MA, Looking Beyond Income and Education: Socioeconomic Status Gradients Among Future High-Cost Users of Health Care, Am J Prev Med 2015;49(2):161–171).
- [10] Lung Association of Ontario, Smoking and Tobacco: Smoking and Health Facts, 2011 August 18, 2011.
- [11] Darren E.R. Warburton, Crystal Whitney Nicol, Shannon S.D. Bredin, Health benefits of physical activity: the evidence, CMAJ March 14, 2006 vol. 174 no. 6 doi: 10.1503/cmaj.051351.
- [12] Huang TT-K, Glass T: Transforming research strategies for understanding and preventing obesity. JAMA 2008;300:1811–1813.
- [13] Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, et al: Changing the future of obesity: science, policy, and action. Lancet 2011;378:838–847.

- [14] Boyd C, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design. *Public Health Rev.* 2010;32(2):451-74.
- [15] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Millbank Quarterly.* 2005;83 (3):457-502.
- [16] Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research.* 2003;38(3):831-65.
- [17] Canadian Diabetes Association, Clinical Practice Guidelines 2013; Available from <http://guidelines.diabetes.ca/Browse/Chapter30>.
- [18] Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: Facts and Figures from a Public Health Perspective. Ottawa, ON 2011.
- [19] Law MR, Cheng L, Dhalla IA, Heard D, Morgan SG. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ* 2012;184: 297-302.
- [20] Canadian Mental Health Association. Advancing equity in Ontario: understanding key concepts [Internet]. CMHA; 2014 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://ontario.cmha.ca/files/2014/05/Advancing-Equity-In-Mental-Health-Final1.pdf>
- [21] Canadian Institute for Health Information. Trends in income-related health inequalities. CIHI; 2015 [cited 2016 Feb 22]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_en.pdf
- [22] Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *Series B: J. Gerontol. Ser. B-Psychol. Sci. Soc. Sci.* 1995; 50B(6):S344-S353.
- [23] DeSalvo KB, Blose N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J. Gen. Inter n. Med.* 2006; 21(3):267–275.
- [24] Statistics Canada, Table 102-0512 – Life expectancy, at birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories, annual (years), CANSIM (database); [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=102051>
- [25] Centre for Chronic Disease Prevention, Public Health Agency of Canada (2014). Health Inequality Data Cube, Canadian Mortality Database (2009-2011).
- [26] Statistics Canada. Deaths 1991–1999: Definitions (Archived Content). Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0211x/1999/4067936-eng.htm>
- [27] Cancer Quality Council of Ontario. Technical Information: Colorectal Cancer Screening Percentage Overdue for Screening: Technical Specifications. Available from: <http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=327483&pageId=335155>
- [28] Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2013: Definitions, Data Sources and Rationale, May 2013. Ottawa, ON: CIHI; 2013

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél : 416-323-6868
Sans frais : 1-866-623-6868
Courriel : info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario