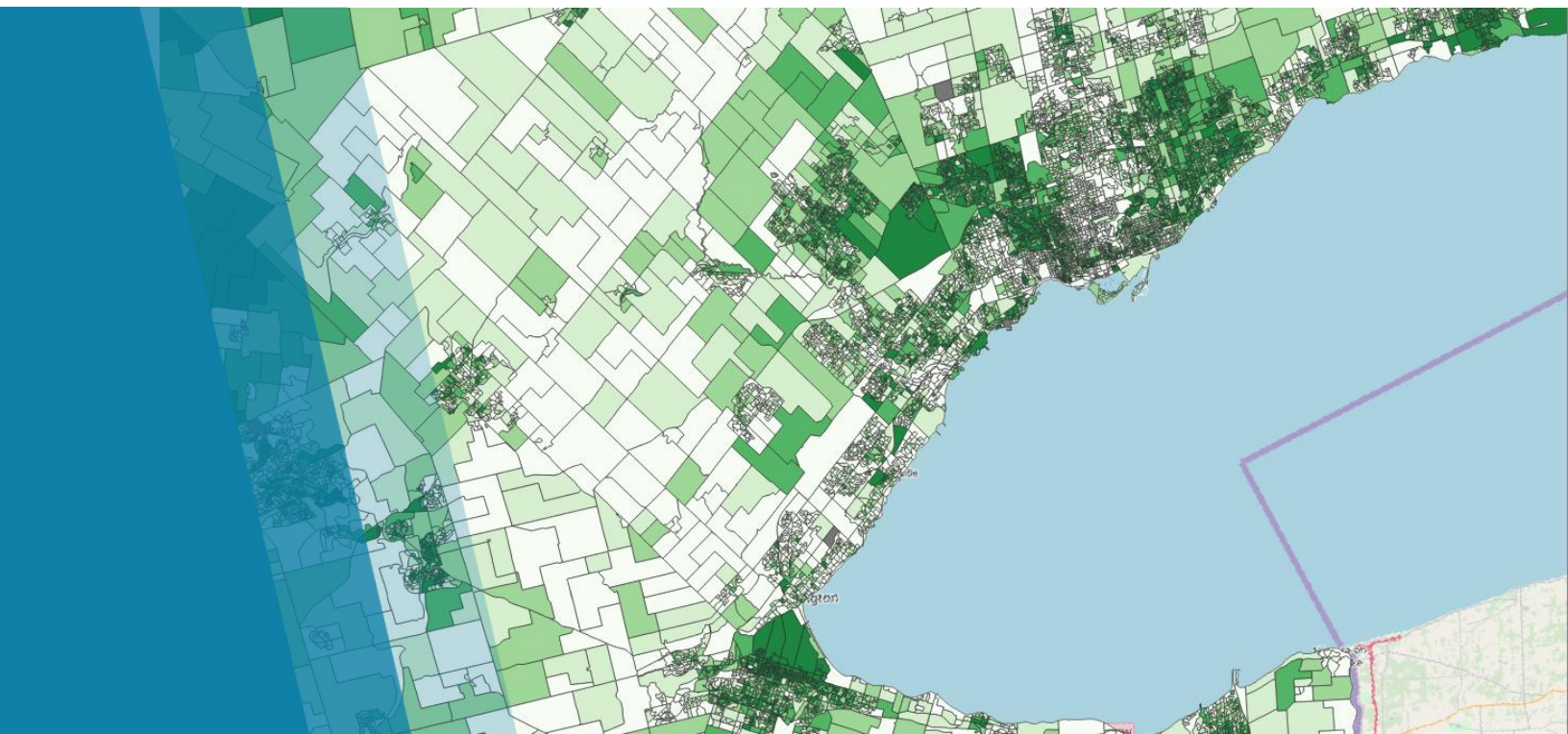


Indice de marginalisation ontarien 2021



Guide de l'utilisateur

Publié : juillet 2023

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario relie les praticiens de la santé publique, les travailleurs de première ligne du secteur de la santé et les chercheurs aux meilleurs renseignements et connaissances scientifiques du monde entier.

Santé publique Ontario fournit un soutien scientifique et technique expert au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne :

- les maladies transmissibles et infectieuses;
- la prévention et le contrôle des infections;
- la santé environnementale et au travail;
- la préparation aux situations d'urgence;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures; et
- les services de laboratoire en santé publique.

Les travaux de Santé publique Ontario comprennent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et les services axés sur le savoir. Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

Citer ce document :

Matheson, F. I. (Unity Health Toronto), Moloney, G. (Unity Health Toronto), van Ingen, T. (Santé publique Ontario). Indice de marginalisation ontarien 2021 : guide de l'utilisateur. Toronto, Ontario : Hôpital St. Michael (Unity Health Toronto); 2023. Publication conjointe avec Santé publique Ontario.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Auteurs

Dre Flora I. Matheson, Ph.D.
Scientifique, Centre MAP pour des solutions de santé urbaine
Hôpital St. Michael

Trevor van Ingen
Épidémiologiste en chef aux Services d'analyse des données, Santé publique Ontario

Gary Moloney
Spécialiste des systèmes d'information géographique (SIG)
Centre MAP pour des solutions de santé urbaine
Hôpital St. Michael

Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leurs sincères remerciements à leurs collègues de Santé publique Ontario, du Centre MAP de solutions en santé urbaine et de l'Hôpital St. Michael pour leurs contributions. Ils tiennent également à remercier les partenaires communautaires ayant participé à la consultation sur le changement de désignation des dimensions de l'indice de marginalisation ontarien (indice ON-Marg). Des remerciements tout particulier au Dr Jim Dunn, au Dr Rick Glazier et au Dr Rahim Moineddin.

À propos des organisations partenaires

Centre MAP pour des solutions de santé urbaine – Hôpital St. Michael

Le Centre MAP pour des solutions de santé urbaine est un centre de recherche de premier plan mondialement reconnu qui se consacre à la création d'un avenir plus sain pour tous. Grâce à des recherches à grande échelle et de solutions adaptées à la réalité quotidienne, les chercheurs du MAP s'attaquent à des problèmes complexes de santé urbaine, souvent aux frontières de la santé et des inégalités. Le Centre cherche à améliorer la santé dans les villes, en particulier pour les personnes marginalisées, et à réduire l'inaccessibilité aux facteurs essentiels de la santé, tels que des soins de santé appropriés et des logements de qualité. Son équipe est dédiée à développer et à mettre en œuvre des mesures concrètes au sein des systèmes de santé et de services sociaux par l'intermédiaire de politiques publiques.

L'Hôpital St. Michael (Unity Health Toronto) offre des soins compatissants à tous ceux qui franchissent ses portes. L'Hôpital offre également une formation médicale exceptionnelle aux futurs professionnels de la santé dans plus de 29 disciplines universitaires. Parmi les domaines d'expertises reconnus de l'Hôpital, on retrouve les soins intensifs, les traumatismes, les maladies cardiaques, la neurochirurgie, le diabète, les soins contre le cancer, les soins aux personnes en situation d'itinérance et la santé globale. Grâce au Centre de recherche Keenan et au Centre international de formation en soins de santé Li Ka Shing, qui composent l'institut du savoir Li Ka Shing, la recherche et la formation de l'Hôpital St. Michael sont reconnues et ont un impact dans le monde entier. Fondé en 1892, l'Hôpital est entièrement affilié à l'Université de Toronto.

Pour plus d'informations, visitez les sites Web du Centre MAP pour des solutions de santé urbaine et de l'Hôpital St. Michael.

Information sur la publication

La mise à jour de 2021 de l'indice de marginalisation ontarien a été effectuée en collaboration avec les chercheurs du [Centre MAP pour des solutions de santé urbaine](#) de l'hôpital St. Michael (Unity Health Toronto) et de [Santé publique Ontario](#).

Avis de non-responsabilité

Hôpital St. Michael

Le présent document a été élaboré par le Centre MAP pour des solutions de santé urbaine, à l'hôpital St. Michael (Unity Health Toronto).

Il peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales, uniquement, et à condition que le crédit approprié soit accordé à l'Hôpital St. Michael. Aucun changement et/ou modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de ses auteurs.

Santé publique Ontario

Ce document a été élaboré par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement de l'Ontario, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé. Le travail de SPO est guidé par les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication.

L'application et l'utilisation de ce document sont de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité résultant d'une telle application ou utilisation.

Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales, seulement, et à condition que le crédit approprié soit accordé à SPO. Aucun changement et/ou modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

Approbation éthique

L'étude réalisée dans le cadre de l'élaboration de l'indice ON-Marg a été approuvée par le comité d'examen institutionnel du Centre des sciences de la santé Sunnybrook, à Toronto, au Canada, le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital St. Michael et le comité d'examen éthique de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).

Sources de données

Les données utilisées pour la création de l'indice 2021 proviennent de :

Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de la population de 2021 [Internet]. Numéro de catalogue : 98-316-X2021001. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2022 [mis à jour le 8 février 2023; extrait le 22 février 2023]. Disponible à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

Contenu

Santé publique Ontario	i
Remerciements	ii
À propos des organisations partenaires	ii
Centre MAP pour des solutions de santé urbaine – Hôpital St. Michael.....	ii
Information sur la publication	iii
Avis de non-responsabilité.....	iii
Approbation éthique.....	iii
Sources de données	iv
Contexte.....	1
Diverses utilisations de l'indice ON-Marg.....	2
Versions antérieures de l'indice ON-Marg.....	2
Détails techniques.....	3
Méthodologie.....	3
Désignation des dimensions	4
Géographies	4
Limites	5
Dimensions.....	7
Ménages et logement	7
Ressources matérielles	8
Âge et population active	10
Populations racialisées et nouveaux arrivants.....	11
Utilisation de l'indice ON-Marg dans le cadre d'analyses	12
I. Exploration de la relation entre les résultats et la marginalisation à l'échelle régionale.....	12
II. Utilisation de l'indice ON-Marg comme approximation d'une échelle individuelle.....	13
III. Cartographie de l'index.....	13
IV. Comparaison des niveaux de marginalisation de deux groupes ou plus.....	13
V. Comparaison des taux d'événements.....	13
Comment utiliser les dimensions.....	14
Score global des dimensions l'indice ON-Marg	14
Calcul du score moyen de l'indice ON-Marg pour les unités géographiques d'ordre élevé	16
Références bibliographiques	18

Annexe : Variables des recensements de 2001 et 2006 utilisées dans l'établissement initial des indices
Can/On-Marg 21

Contexte

Le présent document a pour objet de décrire l'indice de marginalisation ontarien (indice ON-Marg), comment il a été établi et comment il peut être mis à profit dans la recherche sur la marginalisation en Ontario.

L'indice ON-Marg combine divers indicateurs géographiques qui permettent de :

- comparer les aspects de la marginalisation entre les différentes zones géographiques; et
- comprendre les inégalités dans diverses mesures de la santé et de bien-être collectif, soit entre les groupes de populations, soit entre les zones géographiques.

L'indice ON-Marg est une version spécifique à l'Ontario de l'[indice canadien de marginalisation](#)¹ (indice CAN-Marg), initialement développé pour les années de recensement 2001 et 2006. Les itérations de l'indice ON-Marg de 2011, 2016 et 2021 utilisent des données à l'échelle de l'Ontario plutôt que des données dérivées directement de CAN-Marg.

Du fait de son caractère multidimensionnel, l'indice ON-Marg permet aux chercheurs et aux analystes des politiques et des programmes d'explorer la marginalisation sous une multitude d'angles dans les régions urbaines et rurales de l'Ontario. La version de 2021 de l'indice ON-Marg a recours aux mêmes dimensions que les versions précédentes, avec une [désignation mise à jour](#) :

- ménages et logement (précédemment désignée par « instabilité résidentielle »);
- ressources matérielles (précédemment désignée par « défavorisation matérielle »);
- âge et population active (précédemment désignée par « dépendance »);
- populations racialisées et nouveaux arrivants (précédemment désignée par « concentration ethnique »).

L'indice a été élaboré à l'aide d'un cadre théorique basé sur des travaux antérieurs sur la défavorisation et la marginalisation. Il a ensuite été dérivé empiriquement à l'aide d'une analyse factorielle en composantes principales. Il a été démontré que l'indice est stable d'une période à l'autre et dans différentes zones géographiques (p. ex., les villes et les zones rurales). Le lien entre l'indice et certains résultats en matière de santé a été démontré, notamment à l'égard de :

- l'hypertension;
- la dépression;
- le tabagisme chez les jeunes;
- la consommation d'alcool;
- les blessures;

- l'indice de masse corporelle; et
- le poids à la naissance du nourrisson²⁻⁸.

Diverses utilisations de l'indice ON-Marg

1. **Planification et évaluation des besoins** - Exemple : Si l'objectif est d'identifier des lacunes dans les services, l'indice ON-Marg peut être utilisé pour identifier les zones géographiques où les taux d'hospitalisations pour une maladie particulière (p. ex., le diabète) sont élevés et où des services supplémentaires pourraient être requis.
2. **Affectation des ressources** - Exemple : Les indices de marginalisation pourraient être intégrés dans le calcul du financement des services de soins de santé primaires.
3. **Suivi des inégalités** - Exemple : Les indices de marginalisation peuvent fournir un moyen de surveiller les changements dans les zones géographiques au fil du temps pour identifier des améliorations à apporter ou des zones qui subissent un déclin.
4. **Recherche** - Exemple : Dans le secteur de la santé, on utilise depuis longtemps des indices associés à des zones géographiques restreintes pour décrire la relation entre la marginalisation et les résultats en matière de santé; une plus grande marginalisation est associée à des taux de mortalité plus élevés et à des taux plus élevés de maladies diverses⁹⁻¹³.

Versions antérieures de l'indice ON-Marg

Les versions [2001 et 2006 de l'indice ON-Marg](#)¹⁴ ont été dérivées de l'indice CAN-Marg et des données des questionnaires abrégés et détaillés du recensement canadien. Depuis 2011, les renseignements recueillis antérieurement dans le questionnaire complet du recensement à participation obligatoire sont recueillis par le biais de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM), une enquête à participation volontaire. Le caractère volontaire de l'ENM a introduit la possibilité que les indicateurs calculés à l'aide de ces données soient sujets à un biais de non-réponse si les individus échantillonnés qui ont choisi de répondre se distinguent des individus échantillonnés qui ont choisi de ne pas répondre. Pour cette raison, la mise à jour de 2011 de l'indice ON-Marg n'utilise pas les données de l'ENM et utilise plutôt d'autres sources de données pour remplacer les indicateurs auparavant basés sur le questionnaire détaillé du recensement (voir le [document technique](#)¹⁵ [en anglais] de l'indice ON-Marg de 2011 pour tous les détails).

En 2016, le questionnaire détaillé du recensement a été rétabli. Les versions 2016 et 2021 de l'indice ON-Marg utilisent les données de l'Ontario provenant des questionnaires abrégé et détaillé du recensement et sont basées sur les 18 indicateurs de recensement originaux et la méthodologie utilisée dans les versions 2001 et 2006 de l'indice.

Détails techniques

Méthodologie

L'indice CAN-Marg a été initialement élaboré sur la base d'une conceptualisation théorique de la marginalisation sociale basée sur une revue de la littérature, à partir de laquelle 42 variables ont été identifiées dans le Recensement de la population canadienne de 2001 (voir en [annexe](#)). Ces variables ont été incluses dans une analyse factorielle en composantes principales et réduites, par itération, à un ensemble de 18 variables, pour aboutir à quatre facteurs avec des valeurs propres supérieures à un. L'indice de 2001 a été établi à partir de deux fichiers de base avec 49 153 aires de diffusion (AD) canadiennes et 4 757 secteurs de recensement (SR) canadiens. L'indice a été reproduit à l'aide des données de 2006 pour 52 973 AD canadiennes et 5 017 SR canadiens. Les versions 2001 et 2006 de l'indice ON-Marg présentent les résultats propres à l'Ontario obtenus par le même processus.

En raison du remplacement du recensement obligatoire et de son questionnaire détaillé par l'Enquête nationale auprès des ménages à participation volontaire en 2011, la version 2011 de l'indice ON-Marg a été élaboré à l'aide d'un mélange de sources de données de recensement et d'autres sources de données (voir le [document technique](#) [en anglais] de l'indice-ON-Marg 2011 pour plus de détails)¹⁵. Les versions de 2016 et de 2021 de l'indice ont été élaborées à l'aide de variables analogues aux 18 variables de recensement originales, et dérivées de 20 160 AD de l'Ontario du recensement de 2016 et de 20 468 AD de l'Ontario du recensement de 2021.

Dans certains cas, les données d'AD ont été supprimées par Statistique Canada afin de préserver la confidentialité des répondants et d'assurer la qualité des données. Dans ces cas, les données des indicateurs de géographie du recensement d'une échelle supérieure ont été utilisées à leur place. Les données des secteurs de recensement ont été utilisées à la place des données d'indicateurs qui n'ont pu être tirées des AD supprimées, le cas échéant. Dans les cas où les données de l'AD ont été supprimées et qu'aucun SR n'était déterminé, les données de la subdivision de recensement correspondante ou de l'aire de diffusion globale ont été utilisées, selon l'unité géographique regroupant la plus petite population.

La saturation des facteurs a servi à calculer un indice distinct pour chacune des quatre dimensions. Chaque dimension correspond à une échelle normalisée asymétriquement.

Les quatre dimensions produites par l'analyse en composantes principales sont des combinaisons linéaires des 18 variables d'entrée qui expliquent indépendamment la plus grande variance possible dans les données. Alors que les variables d'entrée ont été délibérément choisies en raison de leur association conceptuelle avec la marginalisation, les dimensions elles-mêmes sont le résultat statistique d'un processus axé sur les données.

Désignation des dimensions

Lors de la création initiale de l'indice CAN-Marg, un comité consultatif communautaire a été constitué pour interpréter le modèle de saturation des variables de chacun des facteurs et attribuer un titre à la dimension de marginalisation décrite par chaque facteur. Ces désignations soulignaient les déficits auxquels sont confrontés les groupes et les communautés marginalisés (c'est-à-dire la « défavorisation »), ce qui est susceptible de contribuer à la stigmatisation des communautés marginalisées.

Pour prévenir un tel préjudice, nous avons consulté divers partenaires communautaires pour mettre à jour la désignation des dimensions dans la version 2021 de l'indice ON-Marg. Bien que les dimensions de 2021 correspondent toujours à celles des versions antérieures de l'indice, leur désignation a été modifiée pour éviter un langage axé sur le déficit et refléter plus étroitement les mesures associées aux dimensions dans le recensement.

Géographies

Les fichiers des indices ON-Marg de 2001, 2006, 2011, 2016 et 2021 sont composés de plusieurs onglets présentant les zones géographiques suivantes :

- aires de diffusion;
- secteurs de recensement;
- aires de diffusion globales (2016 et 2021 uniquement);
- divisions de recensement;
- subdivisions de recensement;
- subdivisions de recensement unifiées;
- régions métropolitaines de recensement;
- réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS);
- RLISS infrarégionaux;
- bureaux de santé publique; et
- zones de gestion des services municipaux regroupés (2001 et 2006 seulement).

Les valeurs l'indice ON-Marg pour les zones géographiques plus étendues ont été dérivées des scores factoriels d'AD.

Les valeurs des quintiles ne sont pas fournies pour les RLISS, les bureaux de santé publique, les divisions de recensement et les régions métropolitaines de recensement parce qu'il y a trop peu d'unités géographiques pour établir des quintiles significatifs.

Une **aire de diffusion** (AD) est une petite unité géographique relativement stable formée d'un ou de plusieurs îlots de diffusion avoisinants dont la population moyenne est de 400 à 700 habitants, d'après les données du Recensement de la population précédent. Il s'agit de la plus petite unité géographique normalisée pour laquelle toutes les données du recensement sont diffusées. Les AD couvrent tout le territoire du Canada¹⁶.

Les secteurs de recensement (SR) sont des petites régions géographiques relativement stables qui comptent habituellement une population de moins de 10 000 et qui sont établis de manière similaire en ce qui concerne le statut économique et les conditions sociales. Ils sont établis au sein de régions métropolitaines de recensement (RMR) et d'agglomérations de recensement (AR) dont le noyau comptait 50 000 habitants ou plus d'après le recensement précédent¹⁶.

Limites

Données manquantes : Statistique Canada supprime les données du recensement pour certains indicateurs et zones géographiques afin de préserver la confidentialité des répondants et d'assurer la qualité des données. Il n'est pas possible d'établir des scores factoriels de l'indice ON-Marg et des quintiles pour les AD où les données sont manquantes et non disponibles à d'autres échelles géographiques pour l'imputation (p. ex., faible revenu).

Réserves et établissements autochtones : Avant 2021, les variables utilisées dans l'indice ON-Marg pour mesurer le faible revenu n'étaient pas disponibles pour les zones géographiques définies comme des réserves et des établissements autochtones et, par conséquent, les scores de l'indice ON-Marg n'étaient pas disponibles pour ces zones. La version 2021 de l'indice ON-Marg utilise la mesure de faible revenu (MFR)¹⁷, que Statistique Canada a utilisé comme approche pour mesurer le faible revenu dans les réserves et des établissements autochtones pour la première fois — avec des mises en garde concernant l'interprétation en raison des circonstances uniques sur les réserves et les établissements¹⁷. Les AD sur les réserves et les établissements ne sont pas incluses dans la version 2021 de l'indice ON-Marg pour qu'il soit cohérent avec les versions précédentes et afin de respecter la souveraineté des données autochtones.

Période des données : Les utilisateurs doivent être avisés que les données de l'indice proviennent des recensements de 2001, 2006, 2011, 2016 et 2021, afin de choisir la version la plus appropriée pour leurs propres analyses selon l'année. Par exemple, si l'ensemble de données relatives aux résultats a été recueilli en 2010 ou 2012, ils utiliseront l'indice de 2011 pour assurer la comparabilité des données. Si l'ensemble de données relatives aux résultats a été recueilli en 2005 ou 2007, l'indice 2006 serait approprié.

Couverture du recensement : La recherche montre que certaines populations, par exemple les populations autochtones vivant hors réserve, peuvent être sous-dénombrées dans le recensement¹⁸. À cet égard, il est possible que l'indice ON-Marg ne soit pas aussi précis concernant ces populations. De plus, les populations institutionnalisées, comme celles qui vivent dans des maisons de soins infirmiers ou des pénitenciers, ne sont pas comptées dans le questionnaire détaillé du recensement et ne sont donc pas incluses dans l'indice. Consultez Statistique Canada pour déterminer si la couverture du recensement est susceptible d'avoir une incidence sur vos analyses.

Dimensions

L'analyse factorielle des indicateurs du recensement canadien de 2001 a permis de regrouper les 42 indicateurs initiaux en 18 indicateurs regroupés selon quatre dimensions de la marginalisation. Ces quatre dimensions sont demeurées relativement constantes dans les versions 2001, 2006, 2011, 2016 et 2021 de l'indice ON-Marg; elles présentent cependant quelques différences. Les définitions de certains indicateurs ont changé au fil du temps; de plus, en 2011, des sources de données de rechange ont été utilisées pour les indicateurs précédemment basés sur le questionnaire détaillé du recensement (voir le [document technique](#) [en anglais] de l'indice ON-Marg de 2011 pour plus de détails).¹⁵ Les tableaux suivants répertorient les indicateurs inclus dans chaque dimension, accompagnés de remarques ou des modifications dont ils ont fait l'objet au fil du temps. Des descriptions des constructions sociales et structurelles sous-jacentes associées à chaque dimension sont également fournies pour faciliter l'interprétation et soutenir l'utilisation de l'indice ON-Marg pour mettre en évidence les impacts des structures, des politiques et des pratiques qui entraînent des inégalités.

Ménages et logement

La dimension relatives aux ménages et au logement de l'indice ON-Marg se rapporte à la stabilité et à la cohésion des familles et des quartiers. Les indicateurs inclus dans cette dimension mesurent les types et la densité des logements résidentiels, ainsi que certaines caractéristiques de la structure familiale. Les quartiers stables favorisent des communautés cohésives où s'épanouit une société solidaire, contribuant à une bonne santé dans des environnements socialement favorables. Les quartiers stables contrecarrent en outre l'isolement social^{19,20} et favorisent l'engagement d'actions collectives pour résoudre des problèmes communs et favoriser la résilience de la communauté. Une communauté forte et des environnements familiaux favorables favorisent le partage des ressources et l'attachement envers autrui, ce qui à son tour renforce la résilience et favorise la santé mentale et le bien-être²¹.

Tableau 1 : Indicateurs des ménages et des logements

Indicateur	Remarque :
Proportion de la population vivant seule	Aucune remarque
Proportion de la population excluant les jeunes (5 à 15 ans)	Aucune remarque
Nombre moyen de personnes par logement	Une variable codée en sens inverse a été utilisée dans l'analyse factorielle. Les aires affichant un score élevé de marginalisation des ménages et des logements ont un nombre moyen de personnes par logement inférieur.
Proportion de logements situés dans des immeubles à appartements,	définis par Statistique Canada comme « Appartement dans un immeuble de cinq étages ou plus » ou « Appartement dans un immeuble de moins de cinq étages ». Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011 ¹⁵
Proportion de la population célibataire/divorcée/veuve	Aucune remarque
Proportion de logements dont l'occupant n'est pas propriétaire	Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011 ¹⁵ .
Proportion de la population ayant déménagé au cours des cinq dernières années	Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011 ¹⁵ .

Ressources matérielles

La dimension relative aux ressources matérielles est étroitement liée à la pauvreté et fait référence à l'incapacité des individus et des communautés à accéder et à satisfaire les besoins matériels de base liés au logement, à l'alimentation, à l'habillement et à l'éducation. Une position socioéconomique plus élevée offre plus de possibilités de surmonter les obstacles à la bonne santé et au bien-être, y compris l'accès à l'éducation pour prendre des décisions éclairées sur la santé, un meilleur accès aux soins de santé préventifs (comme le dépistage du cancer) et les ressources pour faire face aux situations stressantes. La marginalisation liée à une position socioéconomique inférieure est associée à un emploi précaire, qui interfère avec la capacité de gagner un salaire décent et d'accéder à une mobilité sociale ascendante, et a des impacts sur le bien-être social et psychologique²². Les différences d'état de santé identifiées au sein de cette dimension reflètent l'impact généralisé de la position socioéconomique sur l'accès d'une personne au nécessaire à une bonne santé, sur son exposition à un stress et une instabilité nuisibles, et sur l'adhésion à des comportements sains.

Tableau 2 : Indicateurs de ressources matérielles

Indicateur	Remarque :
Proportion de la population âgée de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires	<p>En raison d'une modification de la définition de Statistique Canada, la version de 2001 utilise la « proportion de la population âgée de 20 ans et plus sans certificat, diplôme ou grade ».</p> <p>Non inclus dans la version 2011, car aucune autre source de données n'a pu être identifiée.</p>
Proportion de familles qui sont monoparentales	Aucune remarque
Proportion du revenu total provenant des transferts gouvernementaux pour la population âgée de 15 ans et plus	<p>Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. La version de 2011 mesure plutôt le « Ratio du revenu provenant des transferts gouvernementaux au revenu d'emploi ». Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011¹⁵.</p>
Proportion de la population âgée de 15 ans et plus sans emploi	Non inclus dans la version 2011, car aucune autre source de données n'a pu être identifiée.
Proportion de la population considérée comme à faible revenu	<p>Défini comme un revenu inférieur au seuil de faible revenu (SFR) après impôt en 2001, 2006 et 2016 et un revenu inférieur à la mesure de faible revenu après impôt (MRF-Apl) en 2011 et 2021.</p> <p>La MRF-Apl a été utilisée en 2011 en raison de l'utilisation d'une autre source de données (voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011)¹⁵ et l'indice de 2021 en raison d'un meilleur rendement dans l'analyse en composantes principales (meilleure correspondance avec la dimension des ressources matérielles par rapport à la SFR).</p>
Proportion de ménages vivant dans des logements nécessitant des réparations majeures	<p>Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. La version de 2011 mesure plutôt la « proportion de logements dans un état passable/mauvais ». Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011¹⁵.</p>

Âge et population active

La dimension de l'âge et de la population active de l'indice ON-Marg se rapporte aux impacts d'une incapacité et de la dépendance.

Il fait référence, à l'échelle régionale, aux concentrations de personnes qui n'ont pas de revenu d'emploi, y compris les personnes âgées, les enfants, les adultes dont le travail n'est pas rémunéré et/ou les personnes incapables de travailler en raison d'un handicap. En plus de certaines conditions associées à une incapacité qui nuisent à l'état de santé, les personnes handicapées sont susceptibles d'être confrontées à des obstacles supplémentaires à la santé en raison de la discrimination, de l'exclusion sociale et de la difficulté à accéder à des soins de santé de qualité. Cette mesure peut également être liée à la vitalité économique de la communauté et aux modalités d'allocation des ressources et des infrastructures. Par exemple, l'âgisme peut entraîner une diminution des ressources communautaires offertes, une réduction de la qualité des soins de santé et l'exclusion sociale²³.

Tableau 3 : Indicateurs de l'âge et de la population active

Indicateur	Remarque :
Proportion de la population âgée de 65 ans et plus	Aucune remarque
Rapport de dépendance (population totale de 0 à 14 ans et 65 ans et plus/population totale de 15 à 64 ans)	Aucune remarque
Proportion de la population excluant la population active (âgée de 15 ans et plus)	Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. La version 2011 mesure plutôt le « taux d'emploi ». Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011 ¹⁵ .

Populations racialisées et nouveaux arrivants

La dimension des populations racialisées et des nouveaux arrivants mesure la proportion de nouveaux arrivants et/ou de populations non blanches et non autochtones, et se rapporte aux impacts de la racialisation et de la xénophobie. La « race » est une construction sociale sans signification biologique. La catégorisation des personnes comme autochtones, noires et d'autres catégories raciales a été historiquement utilisée (et l'est aussi actuellement) pour marquer certains groupes d'exclusion, de discrimination et d'oppression. Les groupes racialisés comprennent les personnes qui subissent un traitement différentiel sur la base de la race, de l'origine ethnique, de la langue, de la religion ou de la culture. Les disparités associées à cette mesure sont le résultat d'un racisme interpersonnel et structurel, et non le résultat de facteurs de causalité au niveau individuel. Vivre du racisme entraîne un stress chronique et des traumatismes qui ont des répercussions sur la santé et le bien-être mental et physique²⁴. De plus, un accès limité aux ressources matérielles qui contribuent à la santé et au bien-être, y compris les occasions d'emploi et de marché, a des répercussions sur le traitement des individus dans le système de santé, les décourageant même d'accéder aux services²⁵.

À leur arrivée au Canada, les nouveaux arrivants ont souvent de meilleurs résultats en matière de santé globale que leurs homologues nés au Canada, un phénomène communément appelé « l'effet de l'immigrant en bonne santé »²⁶. Comme le suggère une étude, de nombreux nouveaux arrivants connaissent un déclin de leur état de santé qui est lié à l'adoption du mode de vie occidental (p. ex., un mode de vie sédentaire, la consommation d'aliments préparés et de boissons sucrées), à l'exposition cumulative au stress associé au racisme et à la discrimination et aux obstacles systématiques à l'emploi, au logement et aux soins de santé²⁶.

Tableau 4 : Indicateurs des populations racialisées et des nouveaux arrivants

Indicateur	Remarque :
Proportion d'immigrants récents dans la population (arrivés au cours des cinq dernières années)	Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011 ¹⁵ .
Proportion de la population qui s'identifie comme une minorité visible	La minorité visible est définie par Statistique Canada comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » ²⁷ . Des sources de données de remplacement ont été utilisées en 2011. La version de 2011 mesure plutôt « la proportion de la population qui a immigré au cours des 20 dernières années et appartient à une minorité visible ». Voir le document technique de l'indice ON-Marg de 2011 ¹⁵ .

Utilisation de l'indice ON-Marg dans le cadre d'analyses

I. Exploration de la relation entre les résultats et la marginalisation à l'échelle régionale

Les résultats peuvent inclure les éléments suivants :

- État de santé individuel;
- Facteurs de risque ou de protection individuels;
- Taux de maladie ou tout événement lié à la santé.

Les questions de recherche auxquelles on pourrait répondre comprennent :

1. Quelle est l'association entre les résultats de santé, tels que les taux de mortalité et de diabète, et la marginalisation à l'échelle régionale?
2. Quelle est l'association entre les comportements liés à la santé, tels que le tabagisme et la consommation d'alcool, et la marginalisation à l'échelle régionale?
3. Quelle est l'association entre l'accès aux procédures chirurgicales de routine, telles que le remplacement articulaire, et la marginalisation à l'échelle régionale?

Pour répondre à ces questions, fusionnez le fichier de résultats avec l'indice ON-Marg, en suivant les étapes ci-dessous :

1. Préparez le fichier de résultat :
 - Assurez-vous que les adresses ne comportent aucune erreur.
 - Géocodez chaque observation dans votre ensemble de données de résultats (p. ex., mortalité, événements criminels, hypertension) en SR ou AD. Cette étape est souvent réalisée à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+), un programme SAS créé par Statistique Canada¹⁴. Chaque enregistrement est maintenant associé à un SR ou un AD particulier.
2. Fusionnez votre ensemble de données relatives aux résultats de santé avec le SR ou l'AD de l'indice ON-Marg, reliant ainsi chaque résultat géocodé aux scores régionaux de marginalisation appropriés.

II. Utilisation de l'indice ON-Marg comme approximation d'une échelle individuelle

L'indice ON-Marg s'applique aux régions, pas aux individus. Cependant, dans certains cas, l'indice ON-Marg peut être utilisé comme approximation pour les données au niveau individuel lorsque les données réelles ne sont pas disponibles. Si les données sur le statut socioéconomique au niveau individuel ne sont pas disponibles, par exemple, des scores factoriels à l'échelle de l'AD ou des quintiles de marginalisation peuvent être attribués à chaque individu en fonction de l'AD dans laquelle l'individu réside, puis utilisés comme indicateur approximatif du statut socioéconomique.

Pour minimiser les erreurs de mesure, utilisez la plus petite unité spatiale disponible. Dans le cas de l'indice ON-Marg, il s'agit de données d'AD. Le recours à la plus petite unité est repris plus en détail à la section « [Mise en garde](#) » concernant le calcul des moyennes pondérées. À mesure que la taille de l'unité géographique s'accroît (p. ex., un SR et une sous-région), le potentiel d'un sophisme écologique (une situation où des données caractéristiques à un groupe ou une zone sont utilisées pour décrire de manière incorrecte un individu) augmente également, car toutes les personnes comprises dans une zone marginalisée ne sont pas nécessairement marginalisées.

En effet, l'utilisation d'unités spatiales plus grandes que l'AD affaiblira toute relation entre la marginalisation au niveau individuel et de la zone. Plus l'unité géographique est grande, moins il est probable que le statut socioéconomique d'un individu corresponde réellement au score de marginalisation de la zone géographique dans laquelle il vit.

III. Cartographie de l'index

L'index peut être affiché géographiquement à l'aide d'un logiciel de cartographie tel qu'ArcGIS ou MapInfo.

IV. Comparaison des niveaux de marginalisation de deux groupes ou plus

Si vous souhaitez comparer les niveaux de marginalisation entre deux ou plusieurs groupes (p. ex., hypertendus et non hypertendus; diabétiques et non-diabétiques), vous pouvez comparer les distributions des quintiles (ou les scores factoriels) à l'aide d'un test non paramétrique. Ce test est utilisé parce que les valeurs des quintiles sont ordinales et que les scores des composantes principales sont biaisés.

V. Comparaison des taux d'événements

Si vous comparez les taux d'événements avec la marginalisation (p. ex., les taux de mortalité dans une région comparés aux cinq valeurs numériques en échelle de la marginalisation), vous pouvez calculer un coefficient de corrélation de rang ou simplement tracer vos résultats. Notez que les dénominateurs de vos taux peuvent être obtenus à partir des populations de SR ou d'AD.

Comment utiliser les dimensions

Les dimensions l'indice ON-Marg peuvent être utilisées séparément ou combinées dans un indice agrégatif (voir la section suivante). Le recours à des dimensions individuelles ou un indice composite est déterminé par la question de recherche.

Pour chaque dimension, l'indice ON-Marg est fourni sous deux formes :

- **Scores factoriels (échelle d'intervalle)** : Les scores factoriels sont construits à partir de l'analyse factorielle en composantes principales et représentent une échelle standardisée avec une moyenne de zéro et un écart quadratique moyen équivalente à un (1). Les scores les plus faibles sur chaque dimension correspondent aux secteurs les moins marginalisés; les scores les plus élevés sur chaque dimension correspondent aux secteurs les plus marginalisés.
- **Quintiles (échelle ordinale)** : Des quintiles ont été établis en triant les unités géographiques en cinq groupes, en classant les scores factoriels du moins au plus marginalisé. Chaque groupe contient un cinquième des unités géographiques, et chaque quintile reçoit une étiquette de 1 (le moins marginalisé) à 5 (le plus marginalisé). Par exemple, si une zone a une valeur de cinq sur l'échelle des ressources matérielles, cela signifie qu'elle se trouve dans les 20 % des zones les plus marginalisées de l'Ontario. Les quintiles ont été établis à l'échelle de la province pour permettre la comparabilité à l'échelle de la province; cependant, si vous êtes intéressé par une ville ou une zone urbaine particulière, il est possible d'établir les quintiles en utilisant les scores factoriels individuels pour cette ville/zone urbaine.

L'objet de votre analyse et la méthode que vous utilisez détermineront si vous utilisez des scores factoriels ou des quintiles. Par exemple, une cartographie serait mieux réussie en recourant aux quintiles, tandis qu'un modèle de régression pourrait bénéficier de la précision des scores factoriels.

Score global des dimensions l'indice ON-Marg

Il est possible que les utilisateurs souhaitent examiner la marginalisation globale à l'aide d'un score total. Cela peut être fait en utilisant les échelles de quintiles pour chaque dimension. Suivez ces étapes afin de calculer le score total :

1. Comparez les corrélations entre chaque dimension avec le résultat. Cela vous permet de déterminer si les associations vont oui ou non dans le même sens. Si les associations sont toutes positivement associées au résultat (ou l'inverse), un score moyen de marginalisation peut être calculé. Si une ou plusieurs dimensions sont dans une direction opposée, il n'est pas recommandé de combiner ces dimensions. Par exemple, si les populations racialisées et les nouveaux arrivants sont négativement associés au résultat d'intérêt, cela peut représenter un facteur de protection (p. ex., un effet d'immigrant en bonne santé) et il n'est par conséquent probablement pas approprié de combiner les populations racialisées et les nouveaux arrivants avec les autres dimensions qui sont associés au résultat et qui représentent donc des facteurs de risque.

2. Additionnez les valeurs des quintiles dans les quatre dimensions.
3. Divisez par 4 (le nombre de dimensions).

Score

$$\text{global} = (\text{quintile_ménages_logements} + \text{quintile_ressources_matérielles} + \text{quintile_âge_populati} \\ \text{on_active} + \text{quintile_pop_racialisée_nouveaux_arrivants}) / 4$$

Ces étapes produiront un score allant de un (1) à cinq (5), où un (1) reflète de faibles niveaux de marginalisation et cinq (5) des niveaux élevés de marginalisation.

Mise en garde : Les scores factoriels ne peuvent pas être utilisés pour obtenir un score global.

Calcul du score moyen de l'indice ON-Marg pour les unités géographiques d'ordre élevé

Les données des zones géographiques ontariennes couramment analysées ont déjà été agrégées et sont disponibles dans l'indice ON-Marg; cependant, certaines questions de recherche et de politique nécessitent un géocodage au sein des unités géographiques précises. Vous pouvez utiliser les données des AD et des SR dans l'indice ON-Marg et les méthodes décrites dans cette section pour établir des valeurs pour vos propres zones géographiques, en utilisant des scores moyens pondérés en fonction de la population.

Exemple : Calcul des scores moyens pondérés pour une seule région sanitaire urbaine de l'Ontario à partir des scores de marginalisation à l'échelle des SR ou des AD de 2021.

1. Définir la région sanitaire en fonction des SR et/ou des AD.
2. À l'aide du dénombrement de la population, prenez la moyenne pondérée de chaque valeur de score factoriel dans tous les SR ou AD de la région sanitaire. Utilisez la feuille de calcul SR (ou AD, selon votre analyse) du fichier **ON-Marg_2021.xlsx** pour obtenir la moyenne pondérée pour la région sanitaire, en suivant ces étapes :
 - a) Multipliez chaque valeur du score de marginalisation des SR ou des AD par la population au sein du SR ou de l'AD de la région sanitaire.
 - b) Additionnez les valeurs multipliées obtenues à **a)**. Le résultat est le numérateur.
 - c) Additionnez les valeurs de population de chacun des SR ou des AD pour obtenir un dénombrement total de la population de la région sanitaire. Le résultat est le dénominateur.
 - d) Divisez le total obtenu à **b)** par le total obtenu à **c)**. Le résultat est la moyenne pondérée.

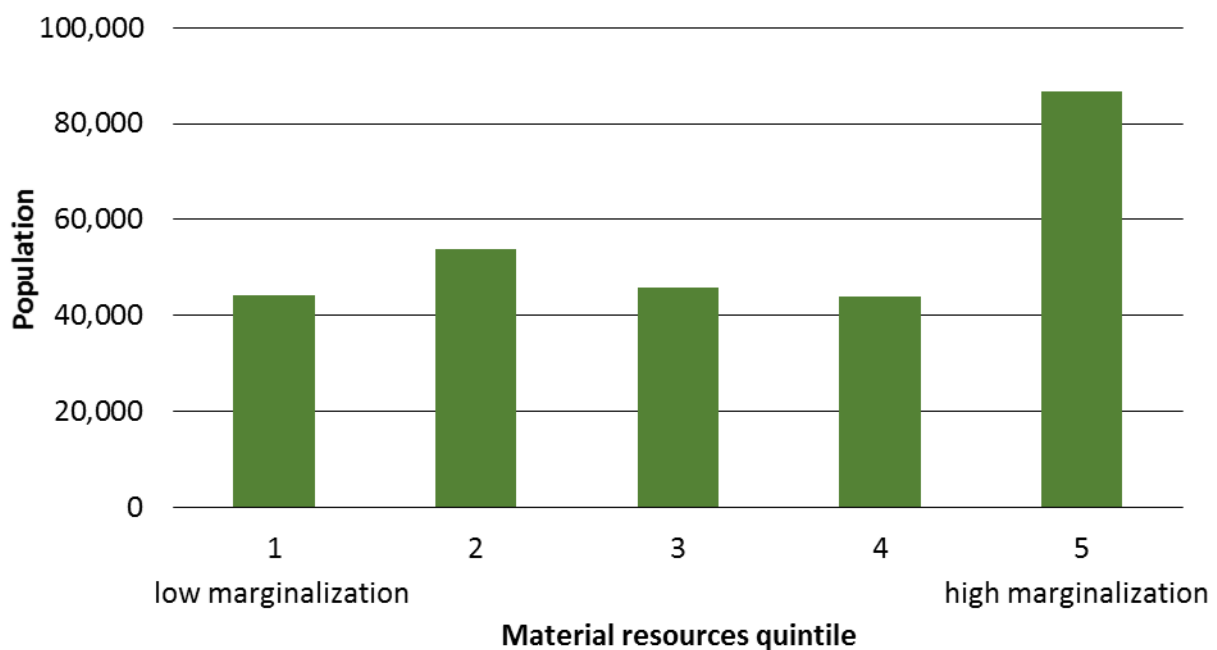
Score moyen pondéré de marginalisation :

$$\frac{\sum(\text{ON-Marg}_{CT_2021} * \text{ONPop}_{CT_2021})}{\sum(\text{ONPop}_{CT_2021})}$$

3. Vous pouvez maintenant utiliser ces moyennes pondérées pour établir des quintiles.

Mise en garde : Les moyennes pondérées peuvent masquer l'hétérogénéité au sein de vastes zones géographiques. Par exemple, lorsque le calcul de la moyenne pondérée est utilisé pour déterminer le quintile des ressources matérielles pour la sous-région de Toronto Est, le résultat est cinq (le plus marginalisé). La figure 1, cependant, illustre la véritable variation dans cette sous-région en utilisant la somme des populations des AD par quintile, et non des moyennes pondérées, pour montrer le nombre de personnes dans chaque quintile. Le graphique qui en résulte démontre que la sous-région de Toronto Est abrite des poches de marginalisation faibles, modérées et élevées liées aux ressources matérielles, lesquelles seraient masquées en utilisant le score sommaire de cinq.

Figure 1. Population dans chaque quintile dans la sous-région de Toronto Est, selon la population d'AD



Bibliographie

1. Matheson, F. I., Dunn, J. R., Smith, K. L. W., Moineddin, R., Glazier, R. H. Élaboration de l'indice de marginalisation canadien : un nouvel outil pour l'étude des inégalités. *Canadian Journal of Public Health*. 2012;103 (Suppl. 2): S12-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/BF03403823>
2. White, H. L., Matheson, F. I., Moineddin, R., Dunn, J. R., Glazier, R. H. Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: are we equally at risk? *Health & Place*. 2011;17(1):361-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.11.016>
3. Matheson, F. I., Moineddin, R., Dunn, J. R., Creatore, M. I., Gozdyra, P., Glazier, R. H. Urban neighborhoods, chronic stress, gender and depression. *Social Science & Medicine*. 2006;63(10):2604-16. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.001>
4. Matheson, F. I., Moineddin, R., Vitrier, R. H. The weight of place: a multilevel analysis of gender, neighborhood material deprivation, and body mass index among Canadian adults. *Social Science & Medicine*. 2008;66(3):675-90. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.008>
5. Matheson, F. I., White, H. L., Moineddin, R., Dunn, J. R., Glazier, R. H. Drinking in context: the influence of gender and neighbourhood deprivation on alcohol consumption. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2012;66(6):e4. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/jech.2010.112441>
6. Matheson, F. I., White, H. L., Moineddin, R., Dunn, J. R., Glazier, R. H. Neighbourhood chronic stress and gender inequalities in hypertension among Canadian adults: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010;64(8):705-13. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/jech.2008.083303>
7. Urquia, M. L., Frank, J. W., Glazier, R.H., Moineddin, R., Matheson, F. I., Gagnon, A. J. Neighborhood context and infant birthweight among recent immigrant mothers: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health*.. 2009;99(2):285-93. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127498>
8. Lee, P. P. S. Injury and neighborhood marginalization: does it matter where you live? [Internet]. Toronto, Ontario : University of Toronto; 2009 [cité le 18 mai 2023]. Disponible à : https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/18811/1/Lee_Patricia_PS_200909_MSc_thesis.pdf
9. Eames, M., Ben-Shlomo, Y., Marmot, M. G. Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England. *British Medical Journal*. 1993;307(6912):1097-102. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6912.1097>
10. McLoone, P., Boddy, F. A. Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *British Medical Journal*. 1994;309(6967):1465-70. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6967.1465>
11. Townsend, P., Phillimore, P., Beattie, A. Health and deprivation: inequality and the North. Londres : Routledge; 1988.

12. Townsend, P., Davidson, N., Whitehead, M. Inequalities in health: the Black report and the health divide. Londres : Penguin; 1990.
13. Kitagawa, E. M., Hauser, P. M. Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press; 1973.
14. Ontario Community Health Profiles Partnership (OCHPP). Ontario marginalization index (ON-Marg) [Internet]. Toronto, Ontario : OCHPP; 2023 [cité le 25 avril 2023]. Disponible à : <https://www.ontariohealthprofiles.ca/onmargON.php>
15. Matheson, F. I., Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). 2011 Ontario marginalization index: technical document [Internet]. Toronto, Ontario : Hôpital St. Michael; 2017 [cité le 18 mai 2023]. Publication conjointe avec Santé publique Ontario. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/O/2017/on-marg-technical.pdf>
16. Statistique Canada. Fichier de conversion des codes postaux^{MO} Plus (FCCP+) : Août 2015 - mise à jour [base de données]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada; 2017 [cité le 18 mai 2023]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82F0086X>
17. Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2021 : Mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl) [Internet]. Ottawa, Ontario : Statistics Canada; 2021 [cité le 19 avril 2023]. Disponible à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/az/Definition-fra.cfm?ID=fam021>
18. Rotondi, M. A., O'Campo, P., O'Brien, K., et coll. Our Health Counts Toronto: using respondent-driven sampling to unmask census undercounts of an urban indigenous population in Toronto, Canada. *BMJ Open*. 2017;7(12):e018936. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018936>
19. Turney, K., Harknett, K. Neighborhood disadvantage, residential stability, and perceptions of instrumental support among new mothers. *Journal of Family Issues*. 2011;31(4):499-524. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0192513X09347992>
20. Pabayo, R., Grinshteyn, E., Avila, O., Azrael, D., Molnar, B. E. Relation between neighborhood socio-economic characteristics and social cohesion, social control, and collective efficacy: findings from the Boston Neighborhood Study. *SSM - Population Health*. 5 février 2020; 10:100552. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100552>
21. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social cohesion [Internet]. Rockville, Maryland : US Department of Health and Human Services; 2023 [cité le 18 mai 2023]. Disponible à : <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/social-cohesion>
22. Shimmin, C. Background: the impact of poverty on health. [Internet]. Winnipeg, Manitoba : EvidenceNetwork.ca; 2023 [cité le 19 avril 2023]. Disponible à : <http://evidencenetwork.ca/background-the-impact-of-poverty-on-health/>

23. Commission ontarienne des droits de la personne. L'âge et la discrimination fondée sur l'âge (fiche) [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 25 avril 2023]. Disponible à : <https://www.ohrc.on.ca/fr/lâgisme-et-la-discrimination-fondée-sur-lâge-fiche>
24. Agence de la santé publique du Canada. Déterminants sociaux et iniquités en matière de santé pour les Canadiens noirs : un aperçu. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; 2020. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/social-determinants-inequities-black-canadians-snapshot/iniquité-en-santé-canadiens-noirs.pdf>
25. Iroanyah, N., Cyr, M. Navigating systemic racism in Canadian healthcare. [Internet]. Toronto, Ontario : Healthy Debates; 2020 [cité le 18 mai 2023]. Disponible à : <https://healthydebate.ca/2020/07/topic/navigating-systemic-racism/>
26. Elshahat, S., Moffat, T., Newbold, K. B. Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: a systematic critical review. *Journal of Immigration and Minority Health*. 2022;24(6):1564-79. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
27. Statistique Canada. Minorité visible de la personne. [Internet]. Ottawa, Ontario : Statistics Canada; 2021 [cité le 20 avril 2023]. Disponible à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=45152

Annexe : Variables des recensements de 2001 et 2006 utilisées dans l'établissement initial des indices Can/On-Marg

1. Proportion de la population ayant déménagé au cours des cinq dernières années
2. Proportion de la population vivant dans la même maison qu'il y a un an
3. Proportion de familles monoparentales dans la population
4. Proportion de la population vivant seule
5. Rapport de dépendance (population totale de 0 à 14 ans et 65 ans et plus/population totale de 15 à 64 ans)
6. Proportion de jeunes dans la population (5-15 ans)
7. Proportion de personnes nées à l'étranger
8. Proportion d'Autochtones
9. Proportion des immigrants récents dans la population (arrivés au cours des cinq années avant le recensement)
10. Proportion de la population allophone
11. Proportion de la population active sans emploi (15 ans et plus)
12. Taux de main-d'œuvre active (15 ans et plus)
13. Proportion de la population qui s'identifie comme une minorité visible
14. Proportion des 15 à 24 ans non scolarisés
15. Proportion des 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires
16. Proportion de la population considérée comme à faible revenu selon le seuil de faible revenu (SFR)
17. Revenu moyen du ménage
18. Proportion du revenu provenant des transferts gouvernementaux
19. Proportion de la population sans appartenance religieuse
20. Valeur moyenne du logement
21. Proportion de logements situés dans des immeubles à appartements,

22. Proportion de ménages propriétaires qui ont consacré 30 % ou plus du revenu aux principaux paiements
23. Proportion de ménages locataires qui ont consacré 30 % ou plus du revenu au loyer
24. Proportion de logements dont l'occupant est propriétaire
25. Proportion d'unités occupées par des locataires
26. Proportion de la population travaillant à son compte
27. Proportion de femmes dans la population
28. Proportion de la population mariée ou conjointe de fait
29. Proportion de ménages vivant dans des logements nécessitant des réparations majeures
30. Proportion de la population âgée de 15 ans et plus effectuant des travaux ménagers non rémunérés
31. Proportion de la population âgée de 15 ans et plus s'occupant d'enfants sans rémunération
32. Proportion de la population âgée de 15 ans et plus fournissant des soins ou de l'assistance non rémunérés aux personnes âgées
33. Décompte brut de la population
34. Nombre moyen de personnes par logement
35. Nombre moyen de personnes par pièce
36. Ratio emploi/population
37. Revenu moyen
38. Proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves
39. Proportion d'enfants de moins de 6 ans
40. Personnes par kilomètre carré
41. Taux de chômage des ménages ordinaires avec enfants de moins de 6 ans
42. Proportion de la population âgée de 65 ans et plus

Santé publique Ontario
480, avenue University, bureau 300
Toronto, Ontario
M5G 1V2
647-260-7100
communications@oahpp.ca
publichealthontario.ca

Ontario 