

LES INDICATEURS DES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION

FASCICULE SUR L'ÉQUITÉ

EN ALIMENTATION



Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la prévention et à la santé publique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : Quebec.ca/publications-santé-services-sociaux

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95052-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

AUTRICE

Céline Plante, Conseillère scientifique, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Carmen Baciú, Conseillère en équité et territoires en santé, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mélissa Beaudry-Godin, Agente de planification, programmation et recherche, Secteur Planification, Évaluation et Surveillance, Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre

Marianne Cormier, Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent

Ali El-Samra, Conseiller en surveillance de l'état de santé, Direction de la surveillance de l'état de santé, ministère de la Santé et des Services sociaux

Léa Laflamme, Conseillère en saines habitudes de vie, Direction des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux

Maggie Vallières, Coordinatrice par intérim, Direction de la surveillance, mesure et suivi en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ellen Ward, Conseillère en saines habitudes de vie, Direction de l'évolution en santé des adultes et des aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉVISEURS

Carolynne Alix, Conseillère scientifique, Unité Surveillance de l'état de santé et ses inégalités sociales et territoriales, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

Geneviève Chénier, Agente de planification, programmation et recherche-Équité en alimentation, déterminants sociaux de la santé et développement social, Équipe Municipalités et communautés, Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-Anne Cotegah au nom de la firme "Les Traducteurs Unis"

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version provisoire de cette publication et, en conséquence, n'ont pas révisé ni endossé le contenu définitif

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 UTILISATION ET RÔLES DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE	2
2 IDENTIFICATION DES INDICATEURS CLÉS	4
3 LES ANGLES D'ANALYSE ET VISUALISATION DES DONNÉES.....	7
4 INTERPRÉTATION ET DIFFUSION	11
5 DES EXEMPLES INSPIRANTS D'UTILISATION DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE	13
5.1 Portrait provincial.....	13
5.2 Portrait régional ou sous-régional	13
5.3 Portrait par MRC, ville ou communauté locale.....	13
ANNEXE A – LA SURVEILLANCE : UNE FONCTION ESSENTIELLE ENCADRÉE PAR LA LOI	14
ANNEXE B – LISTE DES INDICATEURS CLES DE SURVEILLANCE DES INEGALITES EN ALIMENTATION	15
ANNEXE C – OUTILS DE VISUALISATION DES DONNEES	18
ANNEXE D – EXEMPLES DE PRESENTATION DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE .	20
BIBLIOGRAPHIE.....	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Exemples de l'utilisation des indicateurs de surveillance aux différentes étapes des actions visant la réduction des inégalités sociales en alimentation.....	3
Tableau 2	Proportion de la population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et légumes, population de 12 ans et plus, Québec, ESCC 2015-2016	10
Tableau 3	Résumé des rôles et responsabilités complémentaires des professionnels de santé publique (équipes de surveillance et de prévention-promotion)	12

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des indicateurs clés dans les différentes dimensions du cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation.....	6
Figure 2	Obtention des mesures d'inégalité par le croisement d'un indicateur de santé avec un déterminant social (analyse bivariée)	8
Figure 3	Consommation de fruits et légumes, moins de 5 fois par jour, selon le revenu du ménage, ensemble du Québec, ESCC 2015-2016	9

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AD	Aire de diffusion
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CV	Coefficient de variation
DR	Division de recensement
DSPublique	Direction de santé publique
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSP	Loi sur la santé publique
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PAGIEPS	Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PNSP	Programme national de santé publique
PNS	Plan national de surveillance
PPNE	Panier à provisions nutritif et économique
RLS	Réseau local de services
RSS	Région sociosanitaire
SR	Secteur de recensement
SDR	Subdivision de recensement
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
SSISSQ	Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec

INTRODUCTION

L'amélioration de l'accès aux aliments sains pour tous et la prise en compte de l'équité en alimentation dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé sont inscrites dans la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) et ses plans d'action interministériels (PAI) 2022-2025 et 2017-2021 (mesure 3.1), au Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, au Plan d'action gouvernemental visant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale Mobiliser. Accompagner. Participer. 2024-2029 (mesure 2.1.3.4) ainsi qu'au Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale (PAGIEPS) 2017-2023 (mesure 13.1). Ces différents plans et programmes visent, entre autres, à maintenir et à améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé (MSSS, 2015, 2016a, 2018, 2022, 2025a; MESS, 2017, 2024).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place un groupe de travail tripartite (MSSS-INSPQ-DSPublique) afin de soutenir le réseau de santé publique et ses partenaires dans la prise en compte de l'équité dans la planification d'interventions en alimentation, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. Le groupe de travail sur l'équité en alimentation a comme mandat de développer une série de courts fascicules synthétiques et vulgarisés qui visent à soutenir les intervenants de santé publique et leurs partenaires intersectoriels à intégrer les principes de réduction des inégalités sociales dans leurs travaux portant sur l'alimentation. En complément du présent fascicule, la consultation du fascicule intitulé [Les inégalités sociales en alimentation](#) (MSSS, 2025b) est recommandée afin de mieux comprendre les concepts entourant les déterminants des inégalités sociales en alimentation.

La finalité du présent fascicule est d'outiller les acteurs de santé publique, notamment ceux œuvrant en surveillance, en prévention-promotion ainsi que leurs partenaires intersectoriels, afin qu'ils puissent utiliser les données de surveillance qui leur permettront de mieux documenter les inégalités sociales en alimentation sur leur territoire et les suivre au fil du temps. Le document vient mettre en lumière la valeur ajoutée de l'utilisation des données de surveillance qui vise à soutenir la prise de décision et à guider la mise en place d'interventions et politiques alimentation, avec pour objectif de réduire les inégalités en lien avec cet important déterminant de la santé. Des indicateurs clés incontournables et des outils de visualisation des données pour documenter la situation au Québec à l'échelle régionale et provinciale y sont également proposés.

1 UTILISATION ET RÔLES DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE

La surveillance est l'une des quatre fonctions essentielles de la santé publique (LSP, 2001). Elle se définit comme un « processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population » (Thacker, 1988; MSSS, 2016b). La fonction de surveillance permet de produire et de diffuser une information pertinente, en temps opportun, afin d'éclairer la prise de décision (MSSS, 2010a). L'annexe A décrit plus en détail la fonction de surveillance.

Un indicateur de santé est « une mesure de la santé (c'est-à-dire, la présence d'une maladie ou d'un autre événement concernant la santé), ou bien un facteur associé à la santé (c'est-à-dire, l'état de santé ou d'autres facteurs de risque) dans une population choisie » (OPS, 2001; Lengerich, 1999). L'analyse des indicateurs de surveillance permet d'identifier les écarts et les sous-groupes à risque dans la population. En effet, « la surveillance joue un rôle essentiel pour repérer les disparités sociales et de santé. Sans le suivi et l'analyse comparée dans l'espace et dans le temps de l'état de santé des groupes sociaux, on ne pourrait évaluer les progrès accomplis dans la réduction des inégalités sociales en matière de santé. » (Pampalon, 2013)

La fonction de surveillance vise également la diffusion de l'information adaptée aux différents utilisateurs (MSSS, 2015). En plus de fournir de l'information sur l'état de santé général des groupes les plus vulnérables et des principaux facteurs de risque (Pampalon 2013), les données de surveillance soutiennent les acteurs de santé publique et leurs partenaires intersectoriels (ex. : municipaux, communautaires) dans leur travail pour réduire les inégalités sociales de santé.

Bien saisir les besoins à partir de données de surveillance constitue une étape importante pour mettre en évidence des solutions adaptées à la réalité des différents milieux, et ce, en combinaison avec les autres types de savoirs (ex. : littérature scientifique et savoirs expérientiels). Ainsi, les données recueillies à des fins de surveillance peuvent alimenter les équipes de prévention-promotion et leurs partenaires aux différentes étapes de la mise en place d'actions en santé publique, notamment des actions visant à améliorer l'équité en santé (voir tableau 1 ci-dessous pour quelques exemples de l'utilisation des indicateurs de surveillance lors de la mise en œuvre d'actions visant à réduire les inégalités en alimentation).

Tableau 1 Exemples de l'utilisation des indicateurs de surveillance aux différentes étapes des actions visant la réduction des inégalités sociales en alimentation

Démarrage

- Sensibiliser les partenaires sur l'ampleur des écarts en matière d'alimentation, de conditions de vie et de santé sur un territoire donné.
- Permettre aux acteurs de santé publique de soulever l'enjeu de l'équité et l'importance des actions qui peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales en alimentation auprès de leurs partenaires intersectoriels.
- Appuyer une action de plaidoyer (ou d'influence de politiques publiques) à l'aide de données populationnelles pour démontrer les changements positifs potentiels d'une politique publique sur l'alimentation et la santé de la population.
- Mieux définir les enjeux et situer le contexte en illustrant les différents déterminants en amont qui ont des effets sur les inégalités sociales en alimentation.
- Soutenir l'identification des besoins en matière d'équité en alimentation sur l'ensemble du territoire et au sein des communautés locales.

Planification et élaboration des actions

- Documenter la distribution et l'évolution des déterminants associés aux inégalités sociales en alimentation sur la base du [Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation](#), utilisant les données de surveillance en combinaison avec d'autres savoirs (ex. : littérature scientifique, savoirs expérientiels et contextuels¹).
- Déterminer et quantifier les écarts entre divers groupes de la population afin de cerner ceux qui sont prioritaires et de cibler les déterminants sur lesquels agir pour avoir le plus grand bénéfice.
- Considérer les besoins des divers groupes de la population et les écarts afin d'appliquer une démarche de planification et de mise en œuvre de l'action qui tend vers l'universalisme proportionné.

Adaptation et suivi des actions

- Mesurer les inégalités à moyen et long terme afin d'en suivre la progression à partir des données recueillies en continu.
- Détecter des conséquences inattendues, des problèmes en émergence ou de nouveaux enjeux à aborder au besoin.
- Cibler des actions complémentaires visant les déterminants structuraux des inégalités sociales en alimentation.
- Vérifier l'atteinte de cibles de réduction des inégalités sociales en alimentation.
- Continuer de mettre à jour les données sur les inégalités sociales en alimentation et de les diffuser auprès des principaux partenaires intersectoriels.

Pour en savoir plus sur la complémentarité des savoirs, vous pouvez consulter [ce document](#) du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS, 2012).

2 IDENTIFICATION DES INDICATEURS CLÉS

Le processus de sélection des indicateurs clés incontournables pour décrire les inégalités sociales en alimentation a été effectué par consensus au sein d'un sous-groupe de travail qui réunissait des professionnels de surveillance de Direction de santé publique (DSPublique), du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ainsi que les personnes-ressources des travaux sur l'équité en alimentation provenant de la Direction générale de la prévention et de la promotion en santé publique du MSSS (voir les auteurs et collaborateurs en page 3).

À partir de la liste des indicateurs de surveillance inscrits au Plan national de surveillance (PNS) de l'état de santé de la population et de ses déterminants (MSSS, 2017), une première sélection a été effectuée. La sélection a été basée sur les différents niveaux de déterminants des inégalités sociales en alimentation, ainsi que sur les conséquences de ces inégalités sur l'alimentation et la santé, identifiés dans le [Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation](#). Pour soutenir les discussions du sous-groupe de travail, l'accessibilité des données sur différents portails et la disponibilité des découpages géographiques et des croisements pertinents ont été documentées pour chaque indicateur. À partir de cette liste détaillée, les membres du sous-groupe de travail ont été appelés à donner un score de priorité (essentiel, important, intéressant ou à retirer) à chacun des indicateurs répertoriés en se basant sur les cinq critères suivants. Les membres du sous-groupe de travail pouvaient également proposer l'ajout d'autres indicateurs pertinents.

Critères de sélection des indicateurs clés :

- **Importance du déterminant** : Juger du potentiel d'importance du déterminant au regard de son association avec les inégalités sociales en alimentation, de son utilité et de ses retombées (fréquence, sévérité, fardeau du déterminant, écarts bien documentés dans la littérature, potentiel préventif et faisabilité d'intervention).
- **Qualité et/ou accessibilité des données** : Juger de la qualité des données, de leurs sources et de leur accessibilité (accessibilité, facilité d'utilisation et accès à des résultats préprogrammés ou paramétrables sous forme de cartes, graphiques ou tableaux).
- **Croisement selon des caractéristiques de la population ou découpage géographique** : Juger du potentiel de comparaison des caractéristiques de la population à des fins d'analyse de l'état de santé et de ses déterminants (croisements selon des caractéristiques de base de la population, des problématiques particulières, des populations à risque de vivre des inégalités) et selon le niveau géographique disponible (qualité des données par le découpage actuel pour soutenir la prise de décision).
- **Comparabilité** : Juger du potentiel de comparaison territoriale et temporelle à des fins d'analyse de l'état de santé et de ses déterminants (ex. : construction de l'indicateur stable, période couverte et mesures régulières permettant le suivi temporel et mesure comparable et représentative entre différents découpages géographiques).
- **Construction de l'indicateur** : Juger de l'utilité de l'indicateur tel qu'il est construit (répond au besoin d'aide à la décision, mesure ce qui doit être mesuré, bon numérateur/dénominateur, facile à comprendre et à interpréter).

Afin d'en arriver à la liste finale et consensuelle des indicateurs incontournables, un atelier de discussion a permis aux membres du sous-groupe de travail d'échanger sur le niveau de priorité des indicateurs qui avaient été catégorisés comme étant essentiels ou importants par

la majorité des membres. Une attention particulière a été portée aux différentes dimensions du [Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation](#). Lorsque plusieurs indicateurs ou plusieurs sources couvraient le même déterminant (ex. : revenu), un choix a été effectué selon les critères de sélection afin d'en privilégier un seul et d'éviter ainsi la redondance. Les indicateurs disponibles à des échelles territoriales fines (ex. : à un niveau sous-régional et non seulement au niveau provincial) et pouvant être ventilés selon des variables de croisement pertinentes aux DSPublique pour suivre les inégalités sociales en matière d'alimentation sur leur territoire ont été privilégiés.

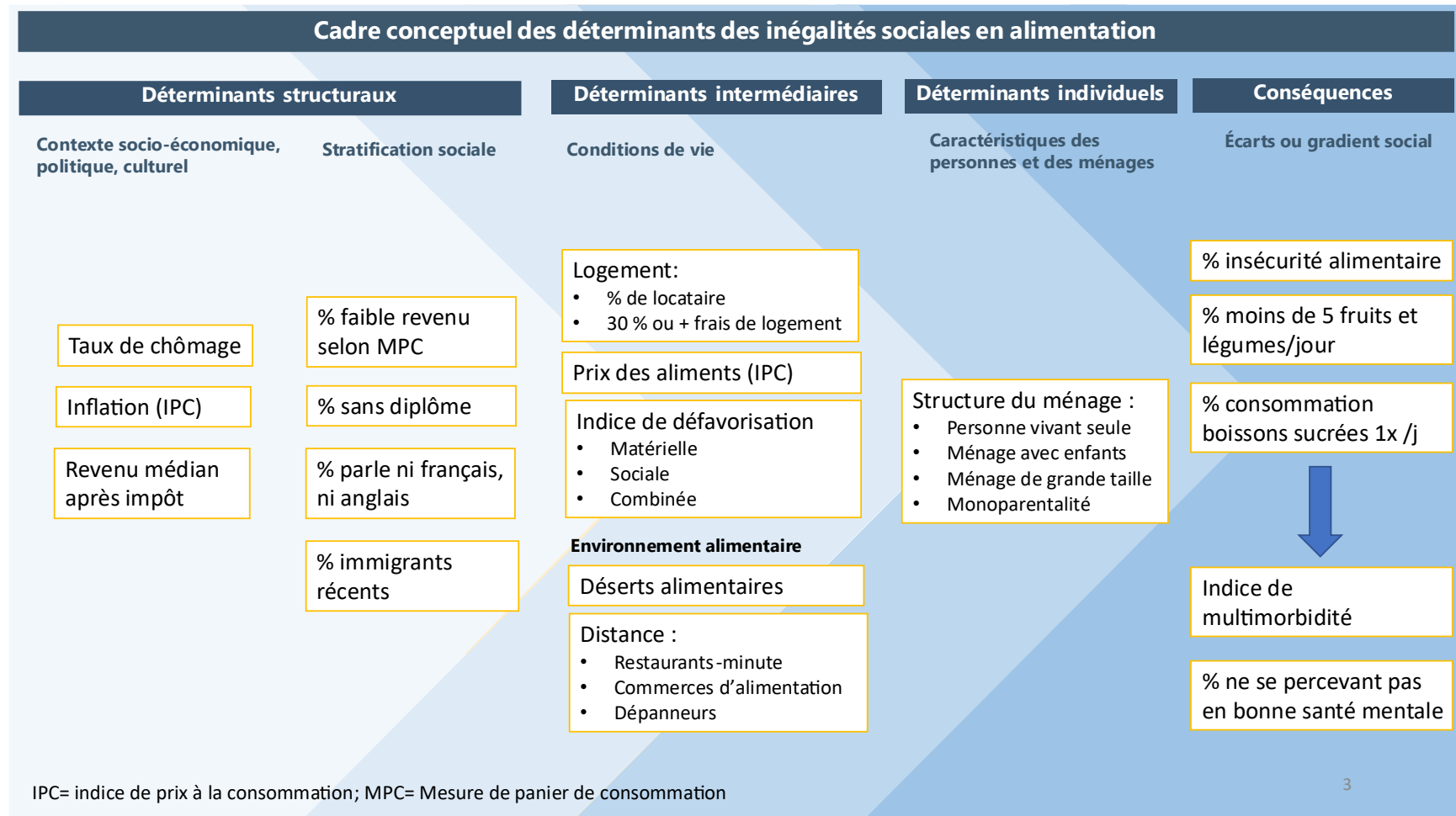
Il est à noter que l'exercice de sélection aboutit à une liste de base et non exhaustive des indicateurs clés liés aux inégalités sociales en alimentation. D'autres indicateurs portant sur des populations spécifiques (ex. : enfants, personnes âgées ou populations autochtones) n'ont pas été privilégiés dans le cadre des présents travaux, mais n'en sont pas moins pertinents à explorer selon les besoins des territoires. C'est le cas des indicateurs tels que ceux mesurant les incapacités fonctionnelles, la santé buccodentaire ou le développement des enfants de la maternelle. De plus, les indicateurs demandant des ressources supplémentaires (ex. : analyses statistiques sur la base de données sources ou calcul local du panier de provisions nutritif et économique) et qui ne sont pas facilement accessibles n'ont pas été sélectionnés.

La figure 1 ci-dessous présente la vingtaine d'indicateurs clés sélectionnés par le sous-groupe de travail placés dans le [Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation](#), développé lors des travaux sur l'équité en alimentation. Lors de la rédaction de portraits sur les inégalités en alimentation, il est suggéré de combiner des indicateurs de surveillance provenant des différentes dimensions du cadre conceptuel afin de rapporter les mesures d'inégalités et les groupes à risque, mais également pour mieux contextualiser les sources d'inégalités en alimentation et leur évolution. Pour ce faire, il peut être nécessaire d'utiliser plusieurs sources de données afin d'avoir un portrait plus complet. Les détails liés aux indicateurs clés sélectionnés incluant la source, le découpage territorial et les croisements disponibles ainsi que la façon d'accéder aux indicateurs sont regroupés dans un tableau à l'Annexe B.

Pour mieux comprendre l'influence de certains déterminants structuraux et intermédiaires plus éloignés de l'alimentation (ex. : revenu, logement, statut d'immigrant), les deux fascicules suivants peuvent être consultés :

- [Les inégalités sociales en alimentation](#) (MSSS, 2025b)
- [Mieux comprendre les barrières liées à l'alimentation en écoutant le point de vue des citoyens](#) (MSSS, 2023)

Figure 1 Répartition des indicateurs clés dans les différentes dimensions du cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation



3 **LES ANGLES D'ANALYSE ET VISUALISATION DES DONNÉES**

Une inégalité sociale de santé (ISS) se définit comme une différence de santé entre des groupes d'individus, liée à des facteurs ou critères sociaux de différenciation (INSPQ, 2023). Le type d'analyse pour décrire, illustrer ou mesurer une ISS dépendra des données disponibles et des objectifs poursuivis. Les analyses doivent permettre de générer des évidences utiles à la prise de décision et à la planification des actions en santé publique. Il existe une panoplie de façons de décrire ou de mesurer les ISS. La présente section se concentre sur la description de quelques mesures simples et descriptives ainsi que leur représentation graphique.

Analyses univariées

Premièrement, les analyses descriptives univariées (ASPC, 2022) permettent de décrire l'ampleur des conséquences sur la santé ainsi que l'évolution et la répartition des déterminants structuraux, intermédiaires et individuels dans la population en étudiant une variable à la fois (ex. : la prévalence de l'insécurité alimentaire). Les analyses temporelles et spatiales des facteurs de vulnérabilité ou des désavantages socioéconomiques observés au sein de la population sont des exemples d'analyses univariées permettant d'étudier la distribution et l'évolution de ces déterminants à la source des écarts de santé.

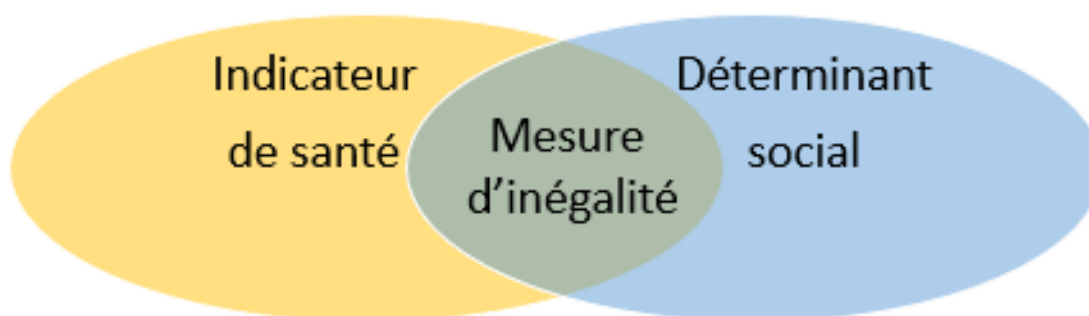
Pour les analyses temporelles, les **graphiques en courbes** permettent de représenter l'évolution des indicateurs dans le temps. Par exemple, un graphique montrant l'évolution de l'inflation et du prix des aliments est fourni en annexe (figure A3). Les graphiques en courbes peuvent aussi être utilisés pour décrire l'ampleur des conséquences sur la santé ou la variation d'un indicateur de l'état de santé en fonction d'une variable continue comme l'âge. La figure A4 en annexe présente l'évolution de la prévalence de la multimorbidité (soit la présence de multiples maladies chroniques chez un même individu) selon l'âge chez les hommes et les femmes.

Pour les analyses spatiales, la représentation des indicateurs à l'aide de **cartes** permet de décrire la distribution géographique des inégalités ou de ses déterminants et d'identifier les territoires où se trouvent les populations les plus susceptibles de vivre des inégalités ou de comparer les différents territoires entre eux. Par exemple, des cartes de l'indice de défavorisation et de l'indice de déserts alimentaires ainsi que de la pauvreté par territoires géographiques plus fins comme les aires de diffusion ou les subdivisions de recensement sont présentées en annexe (voir cartes A1 à A3 en annexe). Les **diagrammes à barres** peuvent aussi être utilisés pour représenter les différences d'une mesure entre des variables catégorielles comme les régions sociosanitaires de résidence afin de pouvoir comparer l'ampleur du problème entre plusieurs régions à la fois et de visualiser rapidement les régions qui se distinguent (voir figure A1 en annexe).

Analyses bivariées

Deuxièmement, les analyses bivariées permettent d'étudier les relations entre deux variables. Les mesures d'inégalités sociales de santé sont obtenues en croisant des indicateurs de santé (ex. : la consommation de fruits et légumes) selon un indicateur de position sociale ou un déterminant social (ex. : le revenu) (voir la figure 2). Ce type d'analyse permet de décrire et de mesurer l'ampleur des écarts et des gradients en santé et d'identifier les groupes à risque. Les mesures d'inégalités rendent compte des associations entre les variables de position sociale et la santé et permettent de représenter l'inégale distribution des habitudes de vie ou de l'état de santé de la population selon certains groupes sociaux (ou territoriaux).

Figure 2 **Obtention des mesures d'inégalité par le croisement d'un indicateur de santé avec un déterminant social (analyse bivariée)**



Source : Figure adaptée de l'aide-mémoire des mesures du Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ) <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/iss/Aide-m%C3%A9moire-mesures-SSISSQ.pdf>

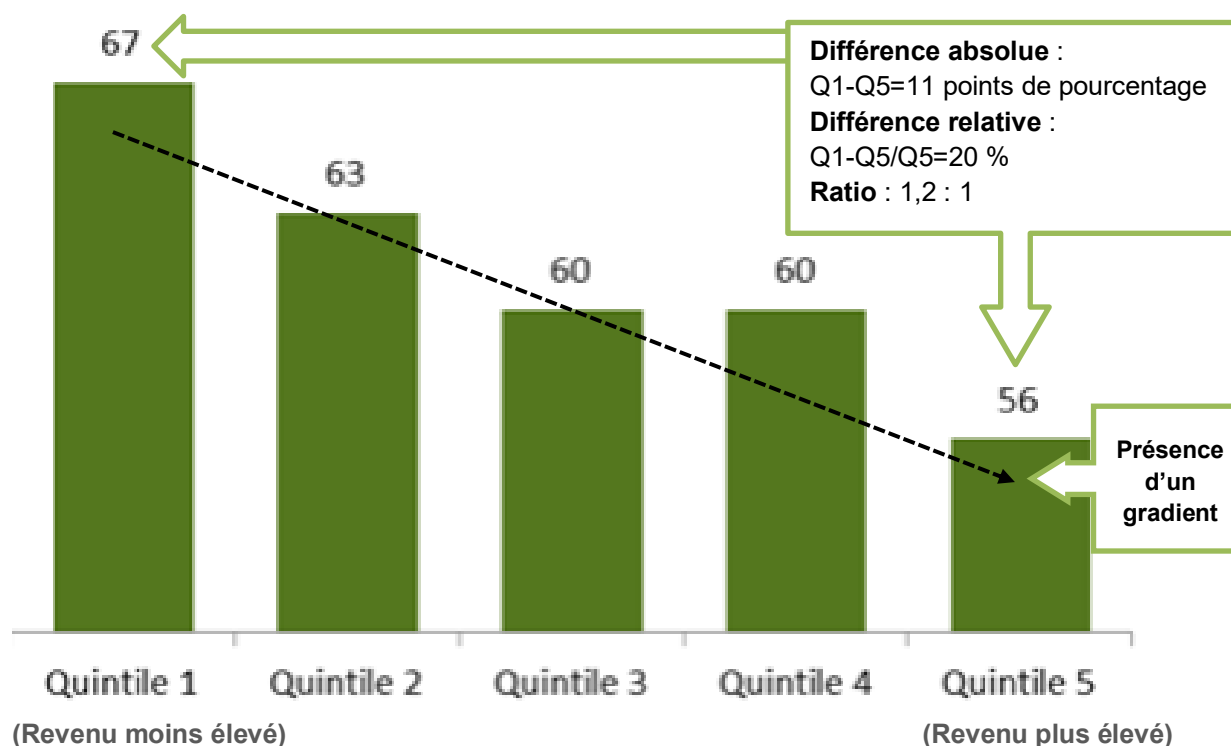
Il existe plusieurs mesures simples d'écarts en santé permettant de rapporter l'ampleur des inégalités entre deux groupes (ex. : entre les plus avantagés et les moins avantagés) :

- Différence absolue : Ampleur de l'écart observé entre divers sous-groupes de population. Cette différence s'exprime en valeur (nombre).
- Différence relative : Écart proportionnel observé entre divers sous-groupes de population. Cette différence s'exprime en proportion.
- Ratio des taux : Mesure simple de l'inégalité relative entre sous-groupes. On le calcule en divisant le taux du groupe de comparaison par le taux du groupe de référence. Cette différence s'exprime en ratio (ex. : 2:1) et peut s'interpréter sous forme de comparaison (ex. : il y a deux fois plus de X chez un groupe comparativement à l'autre).

Alors que l'approche des écarts en matière de santé se concentre sur les différences entre deux groupes, généralement entre le groupe plus avantagé et celui plus désavantagé, l'approche des gradients de santé s'intéresse aux différences dans l'ensemble du spectre de la population, reconnaissant un gradient systématique des inégalités en matière de santé (ASPC, 2022). Le gradient examine simultanément toutes les catégories afin de voir si des différences sont aussi observées dans les catégories intermédiaires et non seulement entre les groupes extrêmes.

L'**histogramme** est un type de graphique souvent utilisé pour présenter un croisement entre un indicateur de santé et une variable numérique continue séparée par intervalles de valeurs (ex. : groupes d'âge ou quintiles de revenu). Ces graphiques sont donc particulièrement appropriés pour représenter visuellement les inégalités sociales en alimentation afin d'examiner les écarts et les gradients selon une position sociale. Par exemple, dans l'histogramme présenté dans la figure 3, on constate que la proportion de Québécoises et de Québécois consommant moins de 5 fois des fruits et légumes par jour diminue avec le revenu du ménage. Ainsi, bien qu'une faible consommation de fruits et légumes puisse être observée chez l'ensemble des groupes sociaux, la proportion est 20 % plus élevée (différence relative) dans le quintile de revenu inférieur (différence absolue de 11 points de pourcentage) comparativement à ceux au revenu le plus élevé. L'examen visuel de l'histogramme permet de repérer le sens (augmentation ou diminution) et l'importance (pente) du gradient socioéconomique (en forme d'escalier) qui examine simultanément l'ensemble des catégories de revenu. En effet, des écarts s'observent non seulement entre les groupes extrêmes de revenu (Q1 vs Q5), mais également entre ceux-ci et les quintiles de revenu intermédiaires (Q2 à Q4). Ainsi, plus le revenu d'une famille est bas, plus ils ont de la difficulté à atteindre une consommation suffisante de fruits et légumes. L'histogramme permet d'apprécier la présence de ce gradient et incite à la planification d'actions de santé publique qui visent à aplanir ce gradient social, en agissant certes sur les populations plus défavorisées, mais également sur les groupes intermédiaires où des inégalités sont également observées.

Figure 3 Consommation de fruits et légumes, moins de 5 fois par jour, selon le revenu du ménage, ensemble du Québec, ESCC 2015-2016



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015-2016.

Graphique provenant du MSSS, État de santé de la population québécoise : quelques repères 2020, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020, 31 pages consultées en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-228-01W.pdf>

La présentation des indicateurs sous forme de **tableaux** est un des outils de visualisation des données les plus fréquents. Ceux-ci permettent de transmettre avec beaucoup de précision plusieurs chiffres à la fois (ex. : le nombre de personnes, des mesures brutes et standardisées ainsi que la variabilité des estimations). Les tableaux peuvent aussi présenter les mesures d'inégalités et de multiples croisements. Ainsi, les tableaux peuvent être utilisés pour présenter de manière plus précise et complète un nombre important d'informations, de croisements et d'écarts. Le tableau 2 ci-dessous reprend les mêmes données que dans l'histogramme précédent et présente plusieurs éléments statistiques, dont les différences relatives de la consommation de fruits et légumes entre chacun des quintiles de revenu et le revenu le plus élevé.

Tableau 2 Proportion de la population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et légumes, population de 12 ans et plus, Québec, ESCC 2015-2016

Revenu du ménage	Nombre	Proportion brute (%)	Proportion ajustée ² (%)	Erreur type ² (%)	I.C. ² à 95 %	Différence relative ²
Quintile 1 (revenu moins élevé)	943 000	66,5	67,0 ^a	1,17	(64,7 - 69,3)	+18,8 %
Quintile 2	892 300	62,6	62,6 ^b	1,15	(60,4 - 64,9)	+11,0 %
Quintile 3	850 900	60,6	60,4 ^b	1,17	(58,0 - 62,6)	+7,1 %
Quintile 4	853 300	60,1	60,2 ^b	1,13	(58,0 - 62,4)	+6,7 %
Quintile 5 (revenu plus élevé)	811 200	57,5	56,4 ^c	1,14	(54,1 - 58,6)	-

Source(s) de données : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2015-2016 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada.

Résultats extraits de l'Infocentre de santé publique, Fiche 59 Proportion de la population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et légumes (ESCC).

2 : Proportion ajustée selon la structure par âge (12-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population corrigée 2011 de l'ensemble du Québec. Le C.V., l'erreur type, l'intervalle de confiance (I.C.) et les différences relatives au quintile supérieur sont calculés pour la proportion ajustée.

a b c : Les proportions ajustées ayant des exposants différents présentent une différence significative (au seuil de 5 %) selon le test basé sur la construction d'une statistique de Wald à partir de la différence des transformations « logit » des proportions estimées.

Mesures complexes

Finalement, il existe également d'autres mesures plus complexes pour décrire l'ampleur des inégalités sociales de santé (fraction attribuable, indice de concentration, etc.). Les mesures complexes peuvent être utilisées de manière complémentaire aux mesures simples pour affiner le portrait des inégalités. Cependant, ces mesures complexes sont davantage destinées à des publics plus expérimentés et ne sont donc pas décrites dans le cadre de ce document. Au besoin, il est possible de consulter [l'aide-mémoire des mesures du Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec \(SSISSQ\)](#).

4 INTERPRÉTATION ET DIFFUSION

Pour une utilisation optimale des données de surveillance ainsi qu'une interprétation juste de l'information, les équipes de surveillance et celles de prévention-promotion sont appelées à collaborer, spécialement lorsqu'il est question de problèmes complexes et multifactoriels comme les inégalités sociales en alimentation.

De plus, une collaboration étroite entre les équipes de surveillance, les équipes de prévention-promotion et les partenaires intersectoriels est recommandée pour l'utilisation des données de surveillance comme intrants aux différentes étapes d'un projet en alimentation (planification, déploiement, adaptation ou suivi). Selon les effectifs en place et leur disponibilité, les acteurs de surveillance des DSPublique peuvent offrir de l'accompagnement dans la sélection des indicateurs et de leur interprétation (MSSS, 2010b). Leurs connaissances des indicateurs, des méthodes et des limites des données aident à leur juste interprétation. Ils peuvent soit produire des portraits, rendre disponibles des données en des formats adaptés à différents publics ou diriger les utilisateurs vers divers ressources et outils de visualisation des données de surveillance pertinentes (voir annexe C pour les liens vers les outils de visualisation des indicateurs clés et des ressources complémentaires).

Les acteurs de surveillance produisent, analysent et interprètent les indicateurs de surveillance afin de favoriser leur appropriation et leur utilisation par les décideurs. Par la suite, les équipes de prévention-promotion sont appelées à les combiner à plusieurs autres sources de savoirs (la littérature scientifique et grise, les savoirs expérientiels des acteurs terrain et des citoyens qui vivent des inégalités sociales de santé, etc.) Cela permet de soutenir la prise de décision et d'accompagner les partenaires dans la mise en place d'actions intersectorielles adaptées aux milieux (Martin et Brahini, 2014). Le tableau 3 résume certains rôles complémentaires assumés par les équipes de surveillance et celles de prévention-promotion.

Finalement, une responsabilité partagée par les différentes équipes dans la communication des données de surveillance est d'éviter la stigmatisation de certains sous-groupes de populations plus susceptibles de vivre des inégalités. En effet, « *la diffusion de l'information représente, sans contredit, une étape préoccupante vu les risques de stigmatiser des groupes sociaux et des individus* » (Bouthillier, 2003). De plus, les inégalités sociales en alimentation constituent un sujet qui implique un risque de stigmatisation puisque les habitudes alimentaires peuvent être perçues comme étant sous le contrôle des personnes et peuvent être associées à un jugement moral négatif (Désy, 2018). Ainsi, il faut éviter d'interpréter les différences comme des associations de cause à effet entre les indicateurs d'états de santé et les déterminants sociaux ou comme relevant strictement de choix individuels. Les inégalités sociales en alimentation sont produites et explicables par des mécanismes plus profonds liés aux structures sociales, politiques et économiques. Elles résultent également des préjugés et discriminations désavantageant de façon injuste, évitable et systématique des groupes de populations en situation de vulnérabilité. En effet, comme il a été présenté dans le fascicule [Les inégalités sociales en alimentation](#) : « *les inégalités sociales en alimentation sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales et dans les déséquilibres des pouvoirs. Cela expose les groupes de population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de ne pas pouvoir accéder à une alimentation saine, en quantité suffisante* » (MSSS, 2025b). L'étiquetage social pouvant découler de l'identification des groupes à risque ou des groupes cibles pour une action de santé publique constitue un risque inhérent en santé publique (Boutillier, 2003). Ainsi, il est important de nuancer les analyses sur les inégalités sociales en alimentation en contextualisant l'influence des déterminants intermédiaires et structuraux comme sources des inégalités plutôt que les caractéristiques individuelles ou des groupes sociaux. Par exemple, en rapportant une inégalité dans la consommation de fruits et légumes et de boissons gazeuses dans un groupe social

comme les familles monoparentales ou racisées, il est essentiel de mettre ces résultats en perspective avec l'accès inégal aux ressources associé aux déterminants structuraux et intermédiaires notamment liés à des contraintes économiques. C'est dans ce contexte que les indicateurs clés des inégalités sociales en alimentation provenant des différents niveaux de déterminants du cadre conceptuel peuvent être réunis afin de donner un portrait plus complet des sources à la base de ces inégalités et ainsi diminuer le risque d'étiquetage et de stigmatisation des groupes identifiés comme vulnérables. De plus, en mettant l'accent sur les forces, la résilience et les facteurs de protection des populations touchées par les inégalités plutôt que sur les maladies, les déficits ou les facteurs de risque (Bergeron, 2022), il est possible d'atténuer la stigmatisation et d'éviter que l'interprétation des données ne fasse retomber la responsabilité sur les groupes d'individus qui vivent déjà de la discrimination.

Tableau 3 Résumé des rôles et responsabilités complémentaires des professionnels de santé publique (équipes de surveillance et de prévention-promotion)

Équipe de surveillance	Équipe de prévention-promotion
• Identifier les données disponibles et diriger les utilisateurs vers les ressources, les outils et les indicateurs disponibles • Accompagner les utilisateurs dans l'appropriation et l'interprétation des données et des limites méthodologiques • Produire, analyser, interpréter et diffuser des données en temps opportun en cohérence avec les besoins des utilisateurs, et ce, dans un format adapté à divers publics • Dresser des portraits afin de synthétiser, d'adapter et d'intégrer différentes sources de données qui brossent un tableau plus complet des inégalités en vue de soutenir la prise de décision	• Définir les besoins en données et les compléter à l'aide de savoirs provenant du terrain et de la littérature • Mobiliser des intervenants terrain et des personnes qui vivent des inégalités*, pour interpréter les données de surveillance avec une perspective qui tient compte de la réalité des personnes et des contextes locaux particuliers • Accompagner les acteurs intersectoriels et appuyer la prise de décision à l'aide des données de surveillance en combinaison avec d'autres savoirs (ex. : littérature scientifique et grise, savoirs expérientiels et contextuels) lors de l'identification d'actions à plus fort potentiel d'impact afin de réduire les inégalités sociales en alimentation

5 DES EXEMPLES INSPIRANTS D'UTILISATION DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE

Cette section présente des exemples inspirants d'utilisation d'indicateurs de surveillance pour dresser des portraits montrant les inégalités en alimentation, en soutien aux actions de santé publique. Les exemples inspirants sont nombreux et variés et cette section n'en souligne que quelques-uns. Certaines de ces démarches sont portées par des acteurs intersectoriels, avec l'étroite collaboration des équipes de santé publique (en prévention-promotion ou en surveillance) afin de soutenir la réduction des inégalités sociales en alimentation.

5.1 PORTRAIT PROVINCIAL

L'Observatoire québécois des inégalités a produit un [rapport](#) dont la première section fait le portrait de l'insécurité alimentaire à l'aide des résultats provenant de différentes sources de données utilisées en surveillance. Ces résultats sont combinés à des données de la littérature scientifique et de témoignages afin de contextualiser la problématique. Les principaux résultats du rapport ont aussi été présentés dans le cadre d'un [webinaire](#), accompagnés du point de vue d'intervenants terrain. Lorsque de nouvelles données sont disponibles, elles sont mises à jour par le biais d'un article de [blogue](#) ou d'un [webinaire](#).

5.2 PORTRAIT REGIONAL OU SOUS-REGIONAL

Le bulletin *L'Observateur – Regard sur la santé de Montréalais* présente de l'information synthétique sur différentes thématiques liées à la surveillance de l'état de santé de la population montréalaise. Par exemple, ce [portrait de l'insécurité alimentaire](#) au niveau régional présente l'évolution temporelle et les écarts entre les groupes de population.

La DSPublique de Laval a produit un [État de situation](#) sur l'accès physique et économique aux aliments sains qui regroupe de nombreuses statistiques et présente diverses cartes pour illustrer les inégalités en lien avec l'offre alimentaire dans cette région.

Le [Portrait du système alimentaire Centricoïse : vers une durabilité et une sécurité alimentaire pour tous](#) regroupe un ensemble de données nécessaires à la bonne compréhension du territoire et de l'environnement du système alimentaire, dont un portrait du contexte démographique et sociosanitaire.

5.3 PORTRAIT PAR MRC, VILLE OU COMMUNAUTE LOCALE

Les outils Indicateurs de développement des communautés (IDC) de la Montérégie présente un ensemble d'indicateurs du Plan commun de surveillance liés aux déterminants sociaux de la santé et aux conditions de santé pour les communautés locales de la Montérégie. En plus des [tableaux](#) disponibles par territoire de Centre local de services communautaires (CLSC) et de MRC, un [outil cartographique](#) permet aux différents partenaires de visualiser ces indicateurs par communauté locale pour une MRC donnée.

Dans le cadre d'une démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) de la Politique communauté nourricière de la Ville de Normandin, la Direction de santé publique du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a inclus en annexe de son [rapport](#) des fiches présentant un portrait local de la santé et de ses déterminants de santé au sein de la population de la ville qui a été considéré comme un des intrants dans la démarche.

ANNEXE A – LA SURVEILLANCE : UNE FONCTION ESSENTIELLE ENCADRÉE PAR LA LOI

C'est quoi?

La surveillance est l'une des quatre fonctions essentielles de la santé publique (LSP). Elle se définit comme un « processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population » (Thacker, 1988; MSSS, 2016b).

Objectifs de la surveillance (LSP article 33)

Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :

- 1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
 - 2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
 - 3° détecter les problèmes en émergence;
 - 4° identifier les problèmes prioritaires;
 - 5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
 - 6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.
-

Quand?

La fonction de surveillance se fait en continu et permet de produire et de diffuser une information pertinente, en temps opportun, afin d'éclairer la prise de décision (MSSS, 2010a).

Qui?

La fonction de surveillance de l'état de santé de la population est confiée exclusivement aux directeurs de santé publique et au ministre de la Santé. Ce dernier peut confier à l'INSPQ le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance (LSP article 34).

Qu'est-ce qui est surveillé?

Le ministre et les directeurs de santé publique doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance (LSP article 35).

Comment?

Le ministre doit établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, un système de collecte de renseignements sociosanitaires, personnels ou non, sur les naissances, les mortinaissances et les décès (LSP article 44). Des enquêtes sociosanitaires doivent être faites régulièrement auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population (LSP article 39).

Pourquoi et pour qui?

La finalité de la surveillance est le soutien à la prise de décision, à la planification et à l'organisation des services afin d'améliorer la santé de la population. À titre de fonction essentielle, la surveillance doit soutenir le ministre de la Santé et les directions de santé publique dans leur fonction de prévention et de promotion en les aidant à informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et d'en suivre l'évolution (LSSSS article 373). Les données de surveillance soutiennent aussi les acteurs de santé publique et leurs partenaires (acteurs municipaux, organismes communautaires, etc.) dans leurs actions visant « à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé » (MSSS, 2015).

ANNEXE B – LISTE DES INDICATEURS CLES DE SURVEILLANCE DES INEGALITES EN ALIMENTATION

Type de déterminant	Dimension	Indicateur	Source de données	Découpage géographique	Croisements	Accessibilité
Structuraux	Contexte socioéconomique	Taux de chômage	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc	Âge, sexe	Infocentre (9.2)
				RLS, RSS, Qc	Âge, sexe	Tableau de bord
				AD	Sexe	Géoportail
Structuraux	Contexte socioéconomique	Inflation (variation annuelle de l'indice de prix à la consommation)	Statistique Canada	Qc, Canada		Portail de l'IPC
Structuraux	Contexte socioéconomique	Revenu médian <u>après</u> impôt des ménages	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc		Infocentre (10.7)
		Revenu moyen <u>avant</u> impôt des familles		DR, SDR, SR		Carte thématique
				RLS, RSS, Qc	Structure familiale	Tableau de bord
Structuraux	Stratification sociale	Proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc	Sexe	Infocentre (10.5)
				AD		Infocentre (15.1)
Structuraux	Stratification sociale	Proportion de la population en situation de faible revenu fondée sur la Mesure du panier de consommation	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc	Âge, sexe	Géoportail
				DR SDR SR		Infocentre (10.10)
Structuraux	Stratification sociale	Proportion de la population ayant immigré récemment	Recensement	RLS, RSS, Qc		Carte thématique
				AD		Tableau de bord
Structuraux	Stratification sociale	Répartition de la population selon la langue maternelle (ni français ni anglais)	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc	Sexe	Géoportail
		Proportion de la population qui ne parle ni français ni anglais		RLS, RSS, Qc		Infocentre (3.1)
				AD		Tableau de bord
						Géoportail

Type de déterminant	Dimension	Indicateur	Source de données	Découpage géographique	Croisements	Accessibilité
Intermédiaire	Condition de vie	Ménages privés selon le mode d'occupation, locataire	Recensement	AD		Géoportail
Intermédiaire	Condition de vie	Ménages consacrant 30 % ou plus de leur revenu total aux frais de logement	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc AR, RSS, Qc AD	Défavorisation	Infocentre Fiche SSISSQ Géoportail
Intermédiaire	Condition de vie	Variation annuelle du prix des aliments (Indice de prix à la consommation)	Statistique Canada	Qc Can		Portail de l'IPC
Intermédiaire	Stratification sociale	Défavorisation matérielle, sociale et combinée	Recensement	AD		Géoportail
Intermédiaire	Environnement alimentaire	Indice de désert alimentaire	Recensement et MAPAQ	AD	Urbain/rural	Géoportail
Intermédiaire	Environnement alimentaire	Accès au commerce d'alimentation, au restaurant-minute ou au dépanneur le plus proche (distance en mètre)	MAPAQ	AD		Géoportail
Individuel	Caractéristiques ménage	Ménages avec enfant de moins de 18 ans	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc	Défavorisation, seuil de faible revenu	Infocentre (SSISSQ)
Individuel	Caractéristiques ménage	Proportion des familles monoparentales	Recensement	CLSC, RLS, RSS, Qc		Infocentre (2.2)
Individuel	Caractéristiques ménage	Proportion de la population adulte vivant seule	Recensement	RLS, RSS, Qc AD	Âge, sexe	Tableau de bord Géoportail
Individuel	Caractéristiques ménage	Proportion des ménages privés de grande taille (5 personnes ou plus)	Recensement	AD		Géoportail

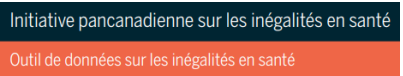
Type de déterminant	Dimension	Indicateur	Source de données	Découpage géographique	Croisements	Accessibilité
Conséquences	Écart ou gradient social	Proportion de la population consommant au moins une sorte de boisson sucrée, une fois par jour ou plus	EQSP	CLSC, RLS, RSS, Qc	Âge, sexe, emploi, revenu, scolarité, langue, ménage, immigration, défavorisation, perception santé	Infocentre (20.1)
Conséquences	Écart ou gradient social	Proportion de la population consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes	ESCC	RSS, Qc	Âge, sexe, revenu, scolarité, langue, perception santé	Infocentre (59)
Conséquences	Écart ou gradient social	Proportion de la population dont le ménage a connu une insécurité alimentaire	ESCC	RSS, Qc	Âge, sexe, revenu, scolarité, langue	Infocentre (26)
				RSS, Qc	Âge, sexe	Tableau de bord
				AR, Qc	Défavorisation, ménage avec enfants	Fiche SSISSQ
Conséquences	Écart ou gradient social	Prévalence de la multimorbidité	SISMACQ	RLS, RSS, Qc	Âge, sexe	Infocentre (266)
				AD		Géoportail
Conséquences	Écart ou gradient social	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale	ESCC	RSS, Qc	Âge, sexe, revenu, scolarité, langue, perception santé	Infocentre (08)

ANNEXE C – OUTILS DE VISUALISATION DES DONNEES

Lien vers les portails de données et les outils de visualisation pour les indicateurs priorités

Portails de données	
	Le Géoportail de santé publique du Québec est une plateforme cartographique qui permet de visualiser la variation géographique d'indicateurs de santé et de ses déterminants partout au Québec. La plateforme est accessible à tous les organismes ainsi qu'au grand public.
	L'Indicateur de santé publique offre de l'information synthétisée et adaptée sur l'état de santé de la population du Québec, son évolution temporelle et sur des comparaisons régionales. Les indicateurs, portant sur des thèmes variés, peuvent y être paramétrés, notamment selon l'âge et le sexe, grâce à des graphiques dynamiques. La section Suivre les inégalités sociales de santé au Québec présente des mesures d'inégalités pour différents indicateurs de santé et l'évolution des disparités dans le temps à l'aide de fiches synthèses thématiques.
	L' Infocentre de santé publique est un portail statistique qui diffuse les statistiques provenant d'une multitude de sources de données sous forme de tableaux paramétrables, destinés aux acteurs de surveillance. Des tableaux de bord, regroupant plusieurs indicateurs dans un format d'outils informationnels synthétiques, simples et conviviaux, sont destinés aux décideurs. L'accès à l'Infocentre est réservé au personnel du réseau de la santé et le niveau d'accès au portail de l'Infocentre varie selon différents profils d'utilisateurs.
	L'Indice des prix à la consommation (IPC) est l'un des indicateurs économiques importants produits par Statistique Canada afin de suivre les fluctuations des prix. L'Outil de visualisation des données de l'indice de prix à la consommation permet d'accéder aux données détaillées de l'IPC dans un format visuel personnalisable.
	Le Visualiseur des données du Programme du recensement est un outil Web de Statistique Canada qui facilite la représentation des données sociodémographiques. Les Cartes thématiques sur la pauvreté et les caractéristiques sociodémographiques sont disponibles pour différents découpages géographiques.

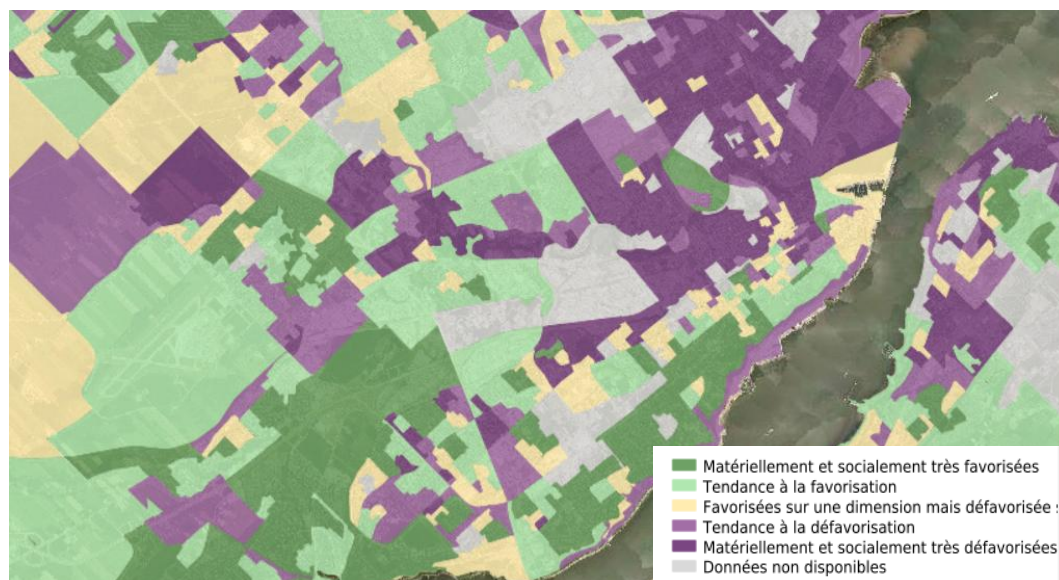
Lien vers des outils pour obtenir des données complémentaires

 Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé Outil de données sur les inégalités en santé	L'Outil de données sur les inégalités en santé de l'Agence de santé publique du Canada contient des données paramétrables par province sur des indicateurs de l'état de santé et des déterminants de la santé regroupés en fonction d'un ensemble de facteurs sociaux et économiques (variables de position sociale) ayant une incidence sur l'équité en santé.
 Observatoire québécois des inégalités	L'Observatoire québécois des inégalités produit, mobilise et démocratise des connaissances sur différentes formes d'inégalités au Québec afin d'éclairer la prise de décision et de sensibiliser un large public à l'état des inégalités, à leurs causes et conséquences ainsi qu'aux solutions possibles. L'Observatoire est hébergé à l'Université de Montréal.
 OBSERVATOIRE des tout-petits	L'Observatoire des tout-petits a pour mission de communiquer l'état des connaissances afin d'éclairer la prise de décision en matière de petite enfance au Québec, de sorte que chaque tout-petit ait accès aux conditions qui assurent le développement de son plein potentiel, peu importe le milieu où il naît et grandit.
	Le Cadre d'indicateurs canadien lié aux objectifs de développement durable (CIC) comprend 76 indicateurs propres au Canada, qui mesurent les progrès relatifs aux objectifs mondiaux liés au développement durable à l'aide d'un ensemble d'indicateurs pertinents à l'échelle nationale, dont le taux de pauvreté basé sur le seuil officiel de pauvreté du Canada.
 NOURRIR TOUS LES MILIEUX Trousse d'accompagnement pour la réalisation d'un portrait-diagnostic de l'accès à une saine alimentation VERSION 1.0	Nourrir tous les milieux est une trousse d'accompagnement de Vivre en Ville pour la réalisation d'un portrait-diagnostic de l'accès à une saine alimentation. La trousse propose une démarche pour caractériser l'environnement alimentaire d'une communauté et pour cibler les interventions visant à améliorer l'accès à une saine alimentation.
 PPNE LE PANIER À PROVISIONS NUTRITIF ET ÉCONOMIQUE	Le Panier à provisions nutritif et économique (PPNE) est un outil développé par le Dispensaire diététique de Montréal (maintenant nommé Alima) qui permet d'estimer le coût minimum d'une épicerie équilibrée. Le PPNE a récemment été mis à jour et des outils de collecte et une plateforme de visualisation pour le suivi seront bientôt mis à la disposition des régions (projet pilote en cours).

ANNEXE D – EXEMPLES DE PRESENTATION DES INDICATEURS DE SURVEILLANCE

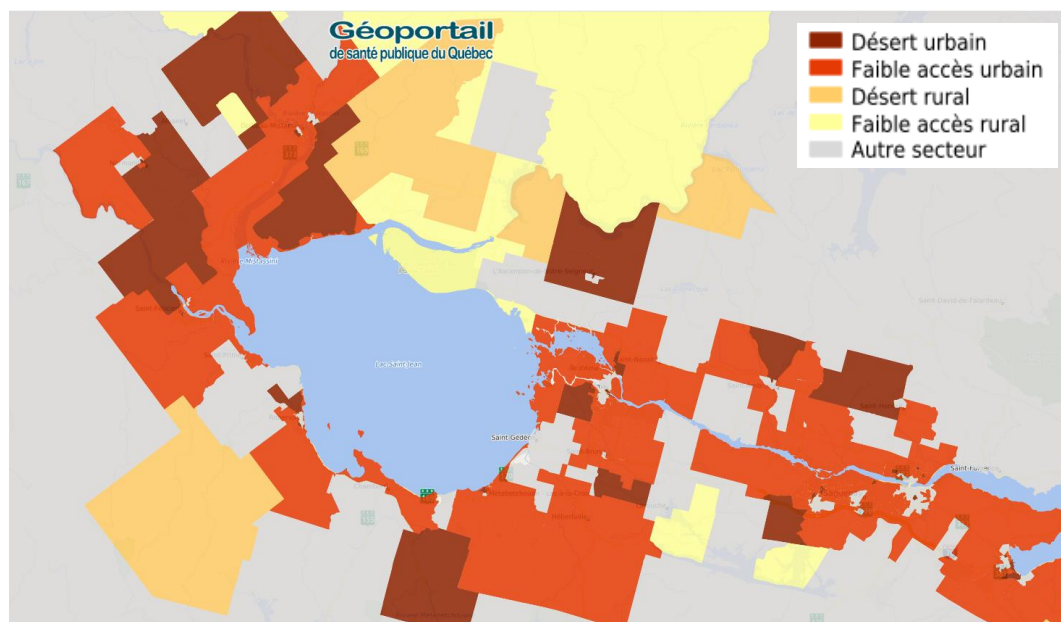
A. Cartes

Carte 1 : Indice de défavorisation combinée régionale, Réseau local de services (RLS) de Québec-Sud, 2021



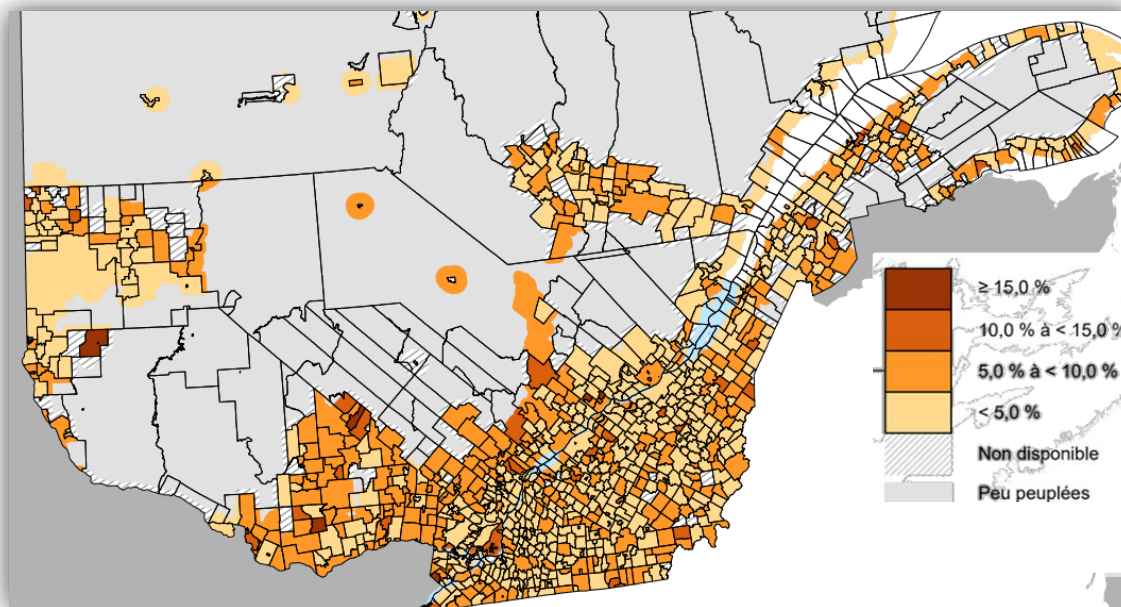
Source : INPSQ, carte provenant du Géoportail de santé publique à partir des données du recensement 2016 de Statistique Canada.

Carte 2 : Indice de désert alimentaire, région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2018



Source : INPSQ, carte du Géoportail de santé publique de l'indice de désert alimentaire basé sur le fichier du Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) et les données du recensement 2016 de Statistique Canada.

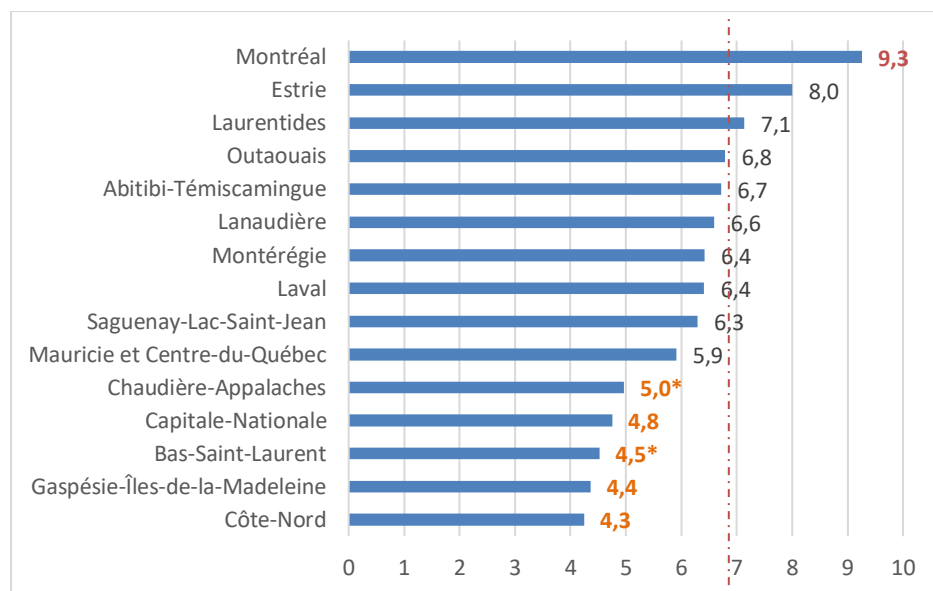
Carte 3 : Pourcentage de la population vivant dans la pauvreté selon la mesure du panier de consommation (MPC) par subdivisions de recensement, province de Québec 2021



Source : Statistique Canada Recensement 2021, selon l'année de base 2018 de la MPC, le seuil officiel de pauvreté au Canada, Carte thématique en ligne : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/geo/maps-cartes/thematicmaps-cartesthematiques/mbm-mpc/index-fra.cfm>

B. Diagrammes à barres

Figure A1 Proportion de la population de 12 ans et plus dont le ménage a connu une insécurité alimentaire selon la région sociosanitaire, Québec, ESCC 2017-2018



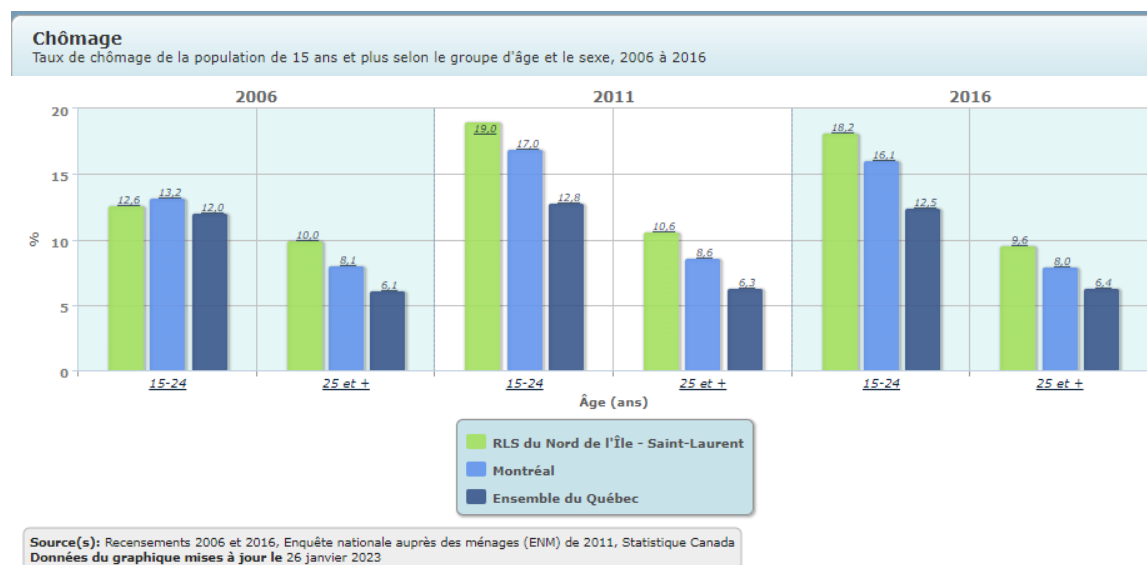
La ligne pointillée représente la mesure pour l'ensemble de la province (6,9 %).

Les étiquettes en gras indiquent une différence significative avec le reste du Québec ($p < 0.05$).

* Coefficient de variation (CV) entre 15 % et 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Source de données Statistique Canada, ESCC 2017-2018 Figure produite à partir des données disponibles sur le portail de l'Infocentre de santé publique.

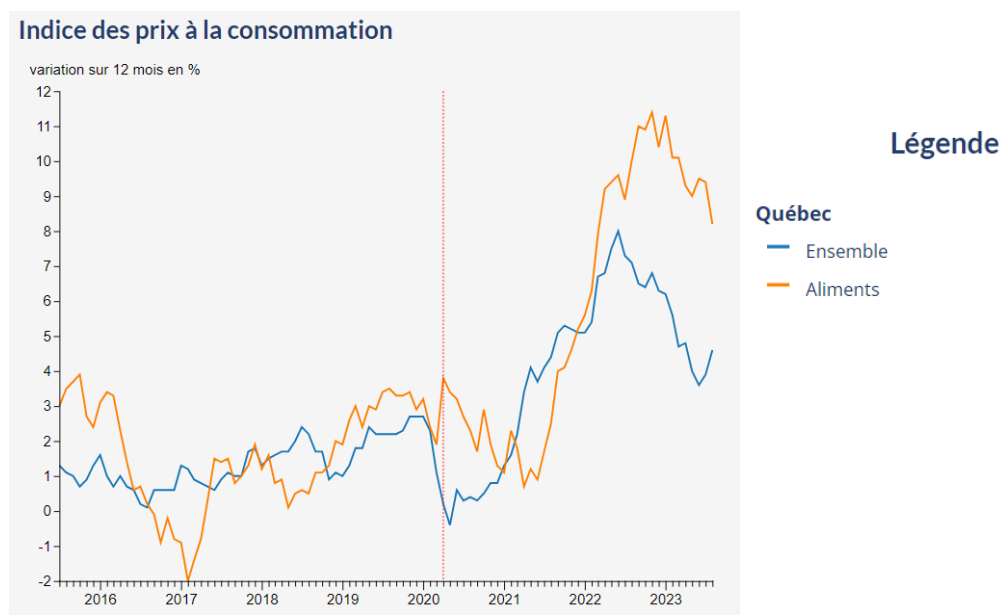
Figure A2 Taux de chômage de la population de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et de sexe, pour le RLS Nord de l'Île-Saint-Laurent, Montréal et l'ensemble du Québec 2006 à 2016



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique, Tableau de bord des caractéristiques sociodémographiques et socioculturelles.

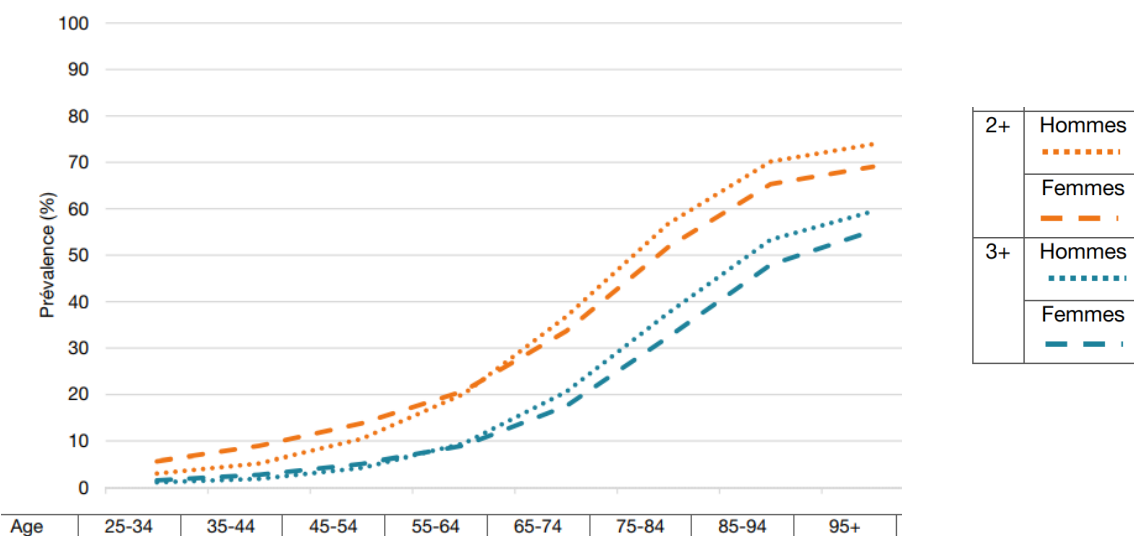
C. Graphiques en courbes

Figure A3 Indice de prix à la consommation de l'ensemble des biens et services et du prix des aliments au Québec, août 2016 à août 2023



Source : Statistique Canada, Graphique provenant de l'[Outil de visualisation des données de l'indice de prix à la consommation](#), en ligne, généré le 26 septembre 2023.

Figure A4 Prévalence brute de la multimorbidité (2 ou plus, 3 ou plus) par sexe et par âge dans la population des 25 ans et plus pour l'année financière 2016-2017, Québec



Source de données : INSPQ, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Figure provenant de Simard et al., La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017, Collection Surveillance des maladies chroniques numéro 29, INSPQ, 2019.

2+ 3+ : Une personne est considérée être en état de multimorbidité 2+ si elle cumule au moins deux maladies parmi les 31 conditions médicales ciblées alors que la multimorbidité 3+ considère celles qui en cumulent au moins 3.

BIBLIOGRAPHIE

ASPC (2022) La surveillance de l'évolution des inégalités en santé dans le temps : une analyse des initiatives à l'international et une revue rapide de la littérature scientifique, Gouvernement du Canada, en ligne : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/surveillance-evolution-inegalites-sante-analyse-initiatives-internationales-revue-rapide-litterature-scientifique.html

Bergeron O. (2022) Cadres des déterminants de la santé : caractéristiques et spécificités en contexte autochtone, synthèse de connaissance, INSPQ, en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2888>

Boutillier L. (2003) Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population, Document d'information, INSPQ, en ligne : www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1235_stigmatisation_activite_surveillance.pdf

CCNDS (2012) Apprenons ensemble – Méthodes et outils d'application des connaissances pour les rapports sur l'état de santé des populations, CCNDS, en ligne : https://nccdh.ca/images/uploads/KT_FR_Final.pdf

Désy M. (2018) Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion, INSPQ, en ligne : www.inspq.qc.ca/publications/2344

INSPQ (2023) Surveillance des inégalités sociales de santé, Page Web en ligne : www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/surveillance-des-inegalites-sociales-de-sante

Lengerich EJ (1999) Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CDC, the Council of State and Territorial Epidemiologists and the Association of State and Territorial Chronic Disease Program Directors. Atlanta

Loi sur la santé publique (2001) Chapitre IV Surveillance continue de l'état de santé de la population, Gouvernement du Québec, S-2.2, en ligne : www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-2.2

Loi sur les services de santé et les services sociaux (2024) Chapitre I LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX Section II Fonctions particulières, Gouvernement du Québec, S-4.2, en ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>

Martin C, Brahini C. (2014) Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé pour le réseau de la santé et des services sociaux, INSPQ, en ligne : www.inspq.qc.ca/publications/1865

MESS (2017) Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023, Gouvernement du Québec, en ligne : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3230267>

MESS (2024) Mobiliser. Accompagner. Participer. : Plan d'action gouvernemental visant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2024-2029, Gouvernement du Québec, en ligne : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministere/emploi-solidarite-sociale/publications/lutte-pauvrete-exclusion-sociale>

MSSS (2010a) Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – résultat d'une réflexion commune, Gouvernement du Québec, en ligne : www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf

MSSS (2010b) Profil des compétences pour l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population du Québec, gouvernement du Québec, en ligne : www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/Referentiel_Surveillance.pdf

MSSS (2015) Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 85 p. en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf

MSSS (2016a) Politique gouvernementale de prévention en santé UN PROJET D'ENVERGURE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE DE LA POPULATION, Gouvernement du Québec, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf

MSSS (2016b) Surveillance, Gouvernement du Québec, page Web en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/surveillance/surveillance-sante/

MSSS (2017) Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2017-2027. Québec : Gouvernement du Québec.

MSSS (2018) Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé, Gouvernement du Québec, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002035/

MSSS (2022) Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé, Gouvernement du Québec, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003411/

MSSS (2023) Mieux comprendre les barrières liées à l'alimentation en écoutant le point de vue des citoyens. Fascicule de la collection : Équité en alimentation, Gouvernement du Québec, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003658/>

MSSS (2025a) Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, Gouvernement du Québec, en ligne: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003920/>

MSSS (2025b) Inégalités sociales en alimentation. Fascicule de la collection : Équité en alimentation, Gouvernement du Québec, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003949/>

OPS (2001) Les indicateurs de base : des éléments fondamentaux pour l'analyse de la situation de santé, extrait du Bulletin épidémiologique. No. 4, Vol. 22, en ligne : https://www3.paho.org/French/sha/be_v22n4-indicateurs.htm

Pampalon R, Hamel D, Alix C, Landry M. (2014) Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec 4 Institut national de santé publique du Québec en ligne : www.inspq.qc.ca/publications/1698

Thacker SB, Parrish RG, Trowbridge FL. (1988) A method for evaluating systems of epidemiological surveillance. World Health Stat Q. 41(1):11-8.

