

# Synthèse des données probantes

## Échantillonnage, mesure et surveillance des données sur la santé selon la race : pratiques prometteuses pour réduire les inégalités raciales en matière de santé et étudier leurs déterminants au sein de la population canadienne noire

Margaret Jamieson, Ph. D. (1); Alexandra Blair, Ph. D. (2); Beth Jackson, Ph. D. (2); Arjumand Siddiqi, Ph. D. (3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

### Résumé

**Introduction.** Les inégalités raciales en matière de santé s'expliquent par une inégalité d'accès aux conseils médicaux et aux traitements ainsi que par les effets physiologiques des inégalités dans les conditions matérielles et la vie quotidienne. Cependant, il y a peu de données canadiennes sur les inégalités raciales en matière de santé. Cet article de synthèse décrit les pratiques prometteuses en matière de méthodes et d'approches d'enquête sur la population susceptibles d'améliorer l'échantillonnage, la mesure et la surveillance dans l'étude des inégalités raciales en santé et des déterminants de la santé pour des sous-groupes de population du Canada, en particulier la population noire.

**Méthodologie.** Nous avons utilisé une approche à trois étapes pour déterminer les pratiques prometteuses dans des pays comparables au Canada et leur applicabilité au contexte canadien. Premièrement, nous avons effectué une analyse de sites Web en fonction de nos connaissances préalables des enquêtes et des ensembles de données populationnelles sur la santé. Deuxièmement, nous avons analysé les documents publiés entre 2010 et 2020 afin de recenser les enquêtes et les ensembles de données qui auraient été omis. Troisièmement, nous avons effectué une analyse ciblée des enquêtes sur la santé et des sources de données populationnelles canadiennes afin de dégager les défis et les possibilités liés à la mise en œuvre de ces pratiques prometteuses.

**Résultats.** Nous avons recensé 20 enquêtes et sources de données pertinentes provenant des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Dans plusieurs de ces pays comparables au Canada, l'information sur la concentration raciale ou ethnique des résidents au niveau spatial est utilisée pour mener des stratégies d'échantillonnage ciblées, ce qui permet d'augmenter l'échantillon non blanc. Notre recherche des ensembles de données canadiens existants a révélé que les enquêtes sur la santé et les sources administratives canadiennes n'intègrent généralement pas ces stratégies.

**Conclusion.** Le Canada pourrait améliorer la mesure et la surveillance des inégalités raciales en matière de santé par l'utilisation de pratiques d'échantillonnage améliorées pour recueillir des données raciales dans le cadre d'enquêtes et par l'amélioration des procédures pour la cueillette systématique de données provenant de sources administratives et d'autres sources. De nouvelles méthodes prédictives sont également utilisées pour améliorer l'échantillonnage des groupes non blancs, bien qu'une étude plus approfondie de ces méthodes soit nécessaire.

### Rattachement des auteurs :

1. Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Division des déterminants sociaux de la santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

**Correspondance :** Margaret Jamieson, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto, Édifice des sciences de la santé, bureau 425, 155, rue College, Toronto (Ontario) M5T 3M6; tél. : 604-817-2418; courriel : [margaret.jamieson@mail.utoronto.ca](mailto:margaret.jamieson@mail.utoronto.ca).

Synthèse des données probantes  
par Jamieson M et al.  
dans la Revue PSPMC mise à disposition  
selon les termes de la [licence internationale  
Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Points saillants

- À l'heure actuelle, les enquêtes sur la santé au Canada n'intègrent pas systématiquement de stratégies visant à garantir la collecte d'échantillons suffisamment importants et représentatifs de groupes racisés non blancs, en particulier en ce qui concerne la population canadienne noire.
- Dans plusieurs pays comparables au Canada, l'information sur la concentration raciale ou ethnique des résidents au niveau spatial est utilisée pour mener des stratégies d'échantillonnage ciblées, ce qui permet d'augmenter l'échantillon non blanc.
- Les stratégies d'échantillonnage dans les enquêtes canadiennes sur la santé pourraient être améliorées par l'intégration d'un échantillonnage ciblé et d'un suréchantillonnage, ce qui permettrait d'obtenir des échantillons plus importants et plus représentatifs sur le plan racial.
- Par ailleurs, on devrait étudier de près les nouvelles stratégies de modélisation prédictive permettant d'améliorer la taille et la représentativité des échantillons non blancs recueillis, ainsi que les efforts déployés au Canada visant à inclure systématiquement les données sur la race dans les sources de données administratives.

**Mots-clés :** *racisme, enquêtes sur la santé, recensements, déterminants de la santé, équité en santé*

## Introduction

Notre compréhension des inégalités raciales en matière de santé au Canada a progressé au cours des dernières décennies. Cependant, nous en savons encore très peu à ce sujet, surtout comparativement à la situation aux États-Unis, où ont été produites une grande partie des données probantes sur les inégalités raciales en matière de santé, en particulier sur les inégalités entre Américains noirs et Américains blancs. La recherche sur les inégalités raciales en matière de santé au Canada a été entravée par plusieurs facteurs, notamment le manque d'information sur la race dans les enquêtes et les sources administratives de données sur la santé ainsi que la taille ou la représentativité insuffisante des échantillons de groupes non blancs inclus dans ces sources. Cette synthèse porte sur les inégalités raciales en matière de santé, un problème qui se situe au carrefour de trois enjeux, soit les inégalités en matière de santé<sup>1</sup>, le racisme à l'égard des personnes noires et d'autres formes de racisme<sup>2</sup> ainsi que les préoccupations sur la disponibilité de données pertinentes sur les populations marginalisées, en particulier les groupes canadiens racisés<sup>3-5</sup>.

Il existe un ensemble bien établi de données scientifiques sur les inégalités raciales en matière de santé, c'est-à-dire des différences dans l'état de santé entre groupes raciaux qui sont attribuables à des causes injustes<sup>1</sup>. Ces études de recherche, qui ont été en grande majorité menées aux États-Unis, montrent que les inégalités raciales en matière de santé ont une incidence constante sur un large éventail de résultats sur la santé à toutes les étapes de vie<sup>6,7</sup>. Comparativement aux groupes blancs, la plupart des groupes non blancs ont un moins bon état de santé, les inégalités les plus flagrantes s'observant entre les personnes blanches et les personnes noires<sup>6</sup>. La littérature montre que ces inégalités sont attribuables au racisme, soit le « système culturel et structurel par lequel la valeur se mesure ou les chances et les privilèges sont accordés en fonction de la race »<sup>8,p. 2</sup>. Le racisme est un système organisé qui répartit différemment les ressources et les possibilités sociales en fonction du classement hiérarchique des groupes raciaux, ce qui englobe aussi les

concepts de « colonialisme de peuplement »<sup>9</sup>, de « capitalisme racial »<sup>10</sup> et d'« orientalisme »<sup>8,11</sup>. Ces systèmes, qui façonnent la répartition des ressources, des possibilités et du pouvoir afin de favoriser et de permettre l'hégémonie blanche, ont tous été définis comme les « piliers » de la suprématie blanche<sup>11,12</sup>.

L'histoire des Noirs au Canada – qui incluent les Noirs historiquement esclavagés comme ceux non esclavagés ainsi que le groupe proportionnellement plus important d'immigrants noirs arrivés après l'abolition de l'esclavage dans l'Empire britannique – est distincte de l'histoire des Noirs aux États-Unis<sup>13-15</sup>. Par conséquent, il est essentiel que le Canada soit conscient de ses propres inégalités raciales en matière de santé plutôt que de se fier uniquement aux données d'autres pays. Au Canada, en général, les inégalités en matière de santé les plus abondamment décrites sont celles observées entre les personnes blanches et les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. On ne saurait sous-estimer l'impact du colonialisme, du racisme envers les Autochtones, de l'esclavage et de l'assimilation forcée sur la santé des peuples autochtones<sup>16</sup>. Le déplacement forcé, la discrimination systématique et les effets du système des pensionnats sont d'autres facteurs qui ont contribué à des résultats invariablement mauvais en matière de santé<sup>17</sup>.

Étonnamment, nous en savons très peu sur les inégalités raciales en matière de santé portant sur d'importants paramètres d'évaluation de la santé de la population, comme la mortalité et l'espérance de vie. Il n'y a au Canada que très peu de données statistiques au niveau de la population qui rendent compte de la variabilité des inégalités raciales en matière de santé croisées avec les positions sociales. L'un des principaux problèmes tient au fait que les meilleures statistiques sociodémographiques connues qui mesurent les inégalités raciales en matière de santé au Canada proviennent encore d'échantillons très réduits et non représentatifs de groupes non blancs. La capacité au Canada à discerner des formes précises de racisme, comme le racisme contre les Noirs, est limitée par ces échantillons réduits de la population canadienne noire, qui forme 4,3 % de la population canadienne dans le recensement de 2021<sup>18</sup>. Le but de cet article de synthèse est de décrire les pratiques prometteuses en matière de méthodes et d'approches d'enquête de population

qui peuvent améliorer la mesure et la surveillance des inégalités raciales en matière de santé et des déterminants de la santé pour les sous-groupes de population de moindre taille du Canada, en particulier la population noire.

## Méthodologie

Nous avons suivi trois étapes principales dans la collecte de données : 1) un échantillonnage dirigé fondé sur la connaissance préalable d'ensembles de données dans des pays comparables au Canada, 2) une revue exploratoire de publications universitaires dans des pays comparables au Canada et 3) une recherche Internet des sources de données canadiennes.

### *Étape 1 : échantillonnage dirigé fondé sur la connaissance préalable d'ensembles de données*

Premièrement, nous avons effectué une analyse de sites Web en fonction de notre connaissance préalable d'ensembles de données populationnelles sur la santé. Cette stratégie d'échantillonnage dirigé<sup>19</sup> pour produire une liste de sources de données repose sur les connaissances préalables que la chercheuse principale du présent article (AS) a tirées de 20 ans de recherche populationnelle sur les inégalités en santé et les déterminants sociaux de la santé aux États-Unis et au Canada. Nous avons limité notre recherche aux sources de données qui sont accessibles dans des pays comparables au Canada, que nous avons définis comme l'ensemble des pays classés comme « économies de marché libérales »<sup>20,21</sup>. Tous ces pays sont des démocraties de longue date à revenu élevé qui accueillent un grand nombre d'immigrants du monde entier et qui ont les ressources, les institutions et l'autonomie nécessaires pour mener des enquêtes sur la santé de la population. Outre le Canada, le groupe de pays que nous avons sélectionnés est constitué de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des États-Unis.

Après avoir répertorié nos sources de données, nous avons effectué une analyse exhaustive du Web pour trouver des documents associés à chaque source de données. Nous avons créé une feuille de calcul (fournie par l'auteure-ressource sur demande) pour consigner l'information pertinente en fonction des objectifs de cette synthèse, soit l'information sur les types de questions posées, la taille de

l'échantillon, le niveau des sous-groupes qui pourraient faire l'objet d'un rapport et tout détail ou toute préoccupation concernant la validité ou la fiabilité des mesures déclarées.

L'extraction des données a été effectuée par une évaluatrice (MJ) et validée par les autres auteurs (AB, BJ, AS) afin de s'assurer que toutes les composantes pertinentes de la source de données ont été saisies lors de l'extraction. Nous avons également produit de courtes descriptions narratives de ces renseignements pour chaque base de données (fournies sur demande).

## Étape 2 : revue exploratoire des publications universitaires

Nous avons ensuite effectué une revue exploratoire systématique afin de recenser toutes les sources de données sur la population dans les pays comparables au Canada qui ont été utilisées pour enquêter sur les inégalités raciales en matière de santé et ainsi bonifier notre stratégie d'échantillonnage dirigé. Une auteure (MJ) a rédigé des versions préliminaires des critères de recherche, qui ont été régulièrement validés par les autres auteurs (AB, BJ, AS). Une bibliothécaire du Gerstein Science Information Centre de l'Université de Toronto a été consultée et a fourni des conseils supplémentaires. Pour simplifier notre processus de recherche, nous avons limité notre requête à une seule base de données. Notre objectif principal était de découvrir les ensembles de données sur la santé qui auraient pu être omis plutôt que de compiler une liste exhaustive de toutes les études menées à l'aide de données populationnelles sur la santé. Après consultation avec la bibliothécaire, nous avons conclu qu'il serait redondant d'effectuer des recherches supplémentaires dans d'autres bases de données. Il est peu probable que ces recherches révèlent des bases de données autres que celles déjà recensées dans la base de données que nous avons choisie (MEDLINE) : au contraire, ces recherches auraient plutôt entraîné la récupération de bases de données qui ne sont pas liées à la santé, ce qui déborde du cadre de notre étude. Les critères de recherche finaux pour MEDLINE sont présentés dans le tableau 1.

Nous avons limité les résultats aux résultats publiés en langue anglaise, traitant de sujets de recherche sur les êtres humains et publiés entre 2010 et 2020. Les

**TABEAU 1**  
**Stratégie de recherche pour la revue exploratoire systématique**

Thème (dans le titre, le résumé ou les mots-clés)	Termes de recherche (en anglais)
Données tirées de dossiers de santé ou de registres	<i>((((record* or certificate* or registries or registry) adj (medical or birth or death or dental or hospital or nursing)).ab,kf,ti. OR exp Records/))</i>
Données tirées d'enquête	<i>((survey* or questionnaire* or census).ti. OR exp "Surveys and Questionnaires"/))</i>
Données fondées sur la race et l'origine ethnique	<i>(exp "Ethnic Groups"/ OR exp Population Groups OR (race or races or racis* or racial or ethnic* or ethno*).ab,ti,kf. OR ((african adj3 american*) or (black adj2 (individual* or person* or people))).ab,ti,kf)</i>
Chaîne de recherche dans MEDLINE [en anglais] :	<i>((((record* or certificate* or registries or registry) adj (medical or birth or death or dental or hospital or nursing)).ab,kf,ti. OR exp Records/)) AND ((survey* or questionnaire* or census).ti. OR exp "Surveys and Questionnaires"/)) AND (exp "Ethnic Groups"/ OR exp Population Groups OR (race or races or racis* or racial or ethnic* or ethno*).ab,ti,kf. OR ((african adj3 american*) or (black adj2 (individual* or person* or people))).ab,ti,kf)</i>

publications ont fait l'objet d'un repérage en fonction du titre et du résumé, suivi d'une sélection à partir du texte intégral (effectués par MJ et AS) dans lesquels les critères d'exclusion suivants ont été appliqués :

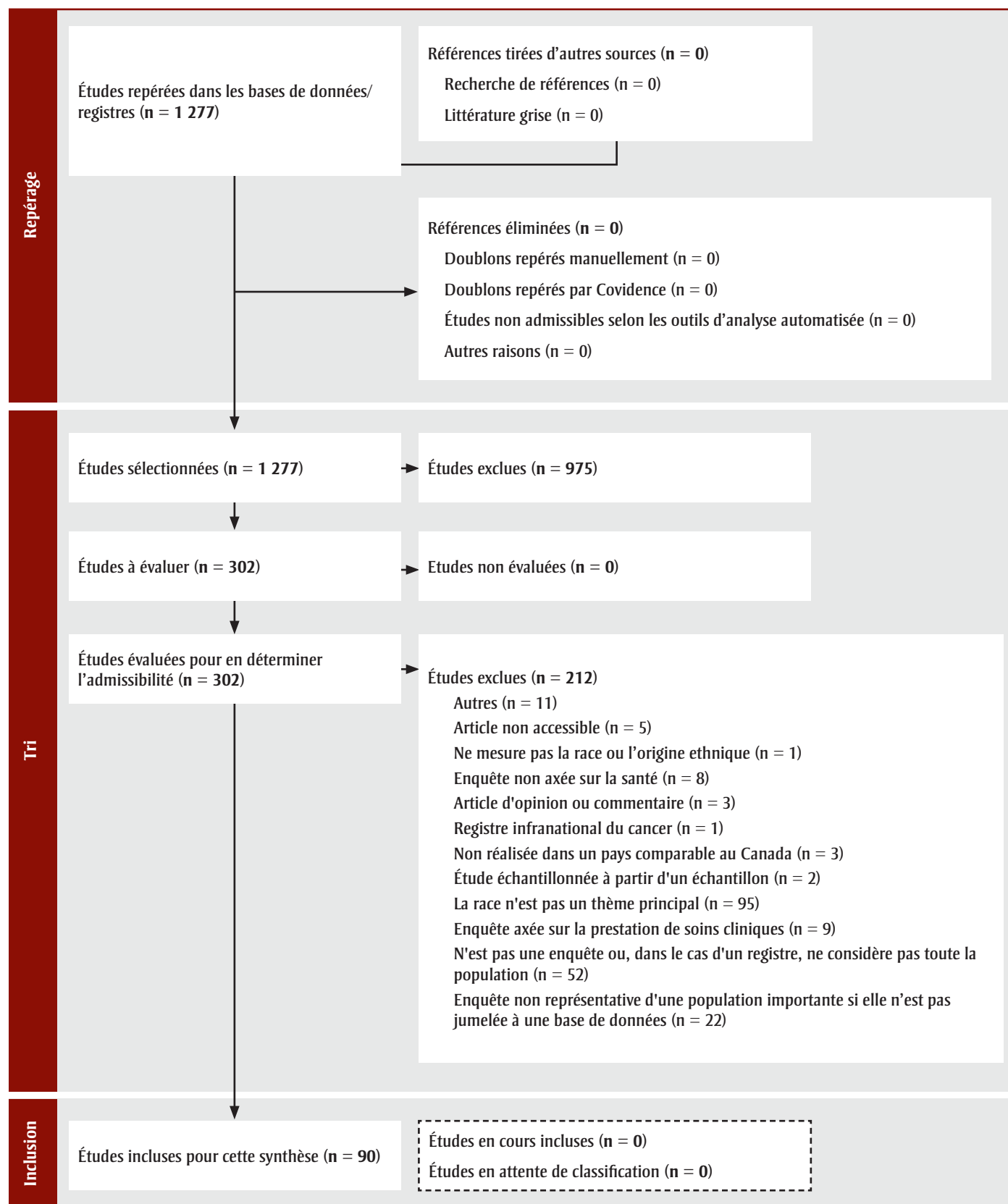
- doublons;
- article complet non accessible;
- article publié dans une langue autre que l'anglais;
- étude menée ailleurs que dans un pays comparable au Canada;
- étude qui ne mesure pas la race ou l'origine ethnique ou qui n'est pas principalement axée sur la race;
- la source de données n'est ni une enquête ni une source de données administratives (c.-à-d. que la source de données est une étude de cohorte ou un registre qui ne considère pas toute la population et qui n'est pas jumelé à une base de données plus grande);
- la source de données décrite n'est pas axée sur la santé;
- la source de données décrite est axée sur la prestation de soins cliniques;
- la source de données est un registre infranational du cancer;
- l'étude décrit des populations échantillonnées à partir de l'échantillon d'ensemble d'une base de données;
- article d'opinion ou commentaire.

Certains articles ont été exclus si des enquêtes techniquement liées à la « santé » ont été utilisées mais que l'étude portait plus particulièrement sur les soins de santé ou le personnel de la santé (comme la Nurses' Health Study) ou sur le régime alimentaire (comme l'enquête National Diet and Nutrition Survey menée au Royaume-Uni). Le logiciel Covidence<sup>22</sup> a été utilisé pour l'étape de sélection de la revue exploratoire, puis les données ont été extraites (par MJ et AS) de façon à obtenir les mêmes paramètres d'information que ceux qui ont été fournis dans l'analyse initiale des sites Web. Le diagramme PRISMA final pour la revue exploratoire est présenté figure 1.

Étant donné que l'objectif de la revue exploratoire était d'obtenir des renseignements sur les sources de données décrites dans la littérature, nous avons classé les publications en cinq catégories générales pendant le processus de repérage et de sélection :

1. articles dans lesquels de grandes bases de données d'enquête ont été utilisées et qui n'ont pas été relevés à l'étape 1;
2. articles dans lesquels des bases de données d'enquête ont été utilisées et qui avaient déjà été relevés à l'étape 1;
3. articles utilisant des bases de données d'enquête qui ont été jumelées à des bases de données administratives, à d'autres grandes enquêtes, aux données de recensement ou à d'autres sources de données représentatives de la population nationale;

**FIGURE 1**  
**Diagramme PRISMA**



Remarque : Modèle PRISMA tiré de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

4. articles utilisant des bases de données populationnelles sur le cancer axées sur la race et l'origine ethnique;
5. articles sur des méthodes d'enquête et de jumelage de données axées sur la race et l'origine ethnique.

Étant donné que l'objet de cette synthèse était d'en apprendre davantage sur les bases de données elles-mêmes, il n'y a pas eu d'extraction rigoureuse des données de ces articles et ces derniers ne sont pas répertoriés ici (les détails peuvent être fournis sur demande). Après avoir relevé diverses lacunes dans notre échantillon d'enquêtes et de bases de données pertinentes, nous avons consulté les sites Web des gestionnaires de ces données pour obtenir de l'information sur les procédures d'échantillonnage et d'autres détails au sujet des enquêtes et des sources de données.

### **Étape 3 : recherche sur le Web de sources de données canadiennes**

En dernier lieu, nous avons recherché les sources pertinentes de données canadiennes en effectuant une recherche ciblée sur les sites Web de Statistique Canada ainsi que sur les sites Web de gestionnaires de données en Ontario, en Colombie-Britannique et au Manitoba. Les sources de données incluses ont été limitées à celles qui contenaient des questions (dans le cas d'enquêtes) et des variables de déclaration (dans le cas des produits de données administratives) sur la santé. Dans le cas des enquêtes, nous avons d'abord effectué un recensement au moyen d'un filtre de la liste des enquêtes et des programmes statistiques de Statistique Canada par mot-clé<sup>23</sup>, puis nous avons consulté les questionnaires eux-mêmes. Bien que nous nous intéressions principalement aux enquêtes ou aux sources qui étaient encore activement mises à jour (comme le recensement) pour éclairer les pratiques futures, nous avons également inclus des sources pour lesquelles la collecte de données avait pris fin (comme l'ELIC<sup>24</sup>). Ces sources ont été jugées pertinentes car elles sont encore actuellement utilisables par les chercheurs canadiens pour répondre à des questions liées à la santé et, par conséquent, leurs biais de collecte de données pourraient avoir une incidence sur les constatations. Les enquêtes qui contenaient seulement de l'information sur la

limitation d'activités mais aucune autre question sur la santé n'ont pas été incluses.

Nous avons vérifié en 2024 l'information sur toutes les sources de données afin de repérer toute modification aux méthodes qui aurait pu se produire depuis la collecte et la sélection initiales des données.

## **Résultats**

### **Ensembles de données des pays comparables**

Au total, 20 bases de données internationales ont été recensées aux étapes 1 et 2. À l'étape 1, la procédure d'échantillonnage dirigé a permis de répertorier les 11 enquêtes ou sources administratives de données énumérées au tableau 2 et décrites au tableau 3. Les auteurs peuvent fournir une synthèse complète des sources de données sur demande. Parmi ces 11 sources de données, 9 sont basées aux États-Unis et 2 au Royaume-Uni; 9 sont des enquêtes populationnelles nationales (BRFSS, HRS, NHANES, NHIS, Add Health, NSAL, PRAMS, BHPS et HSE) et 2 (CDC WONDER et HIP) reposent sur des sources de données administratives.

La revue exploratoire (étape 2) a produit 9 sources de données supplémentaires à partir de 89 articles (figure 1). Même si de nombreux articles évalués dans la revue exploratoire mentionnaient des bases de données potentiellement intéressantes, nous en avons analysé seulement 9 dans cet article. Ces sources supplémentaires sont également répertoriées dans le tableau 2 et décrites dans le tableau 3. Sur ces 9 sources, 5 proviennent des États-Unis, 2 de la Nouvelle-Zélande, 1 de l'Australie et 1 du Royaume-Uni. Cinq sources sont des enquêtes sur la santé de la population (CHIS, MIDUS, NSWPHS, NZHS et Understanding Society) et 3 (MDAC, SEER et NHI) reposent sur des sources administratives de données. Toutes les sources contiennent des questions sur la race ou l'origine ethnique, à l'exception de l'enquête NSWPHS, où ce n'est pas tout à fait clair.

### **Bases de données canadiennes**

Notre recherche de données canadiennes nous a permis d'obtenir 15 sources de données, énumérées au tableau 2 et décrites dans le tableau 3. Toutes les enquêtes

contiennent des questions sur la race ou l'origine ethnique, mais les sources de données administratives n'incluent généralement pas cette information. Le tableau 2 répertorie ces sources, qui sont décrites dans le tableau 3.

### **Caractéristiques des enquêtes dans les pays comparables**

Pour chaque enquête, la population cible était l'ensemble des personnes vivant dans les ménages du pays (ou de l'État ou de la ville dans quelques cas) où l'enquête était menée. Certaines enquêtes avaient des populations cibles qui excluaient certaines régions ou certaines zones. De plus, cette approche exclut de manière générale les personnes qui vivent en établissement institutionnel, comme les prisons ou les maisons de soins infirmiers, ainsi que les personnes en situation d'itinérance ou de précarité en matière de logement.

La base d'échantillonnage utilisée pour obtenir l'ensemble des ménages est généralement composée de fichiers administratifs contenant toutes les adresses ou tous les numéros de téléphone des résidents dans la zone géographique. Ensuite, les adresses et les numéros de téléphone sont généralement stratifiés ou groupés selon diverses caractéristiques (dont l'emplacement), puis les ménages sont sélectionnés aléatoirement dans chaque strate ou groupe et, enfin, les individus sont sélectionnés dans chaque ménage. Une enquête (NSWPHS) contenait très peu de renseignements sur sa stratégie d'échantillonnage : il semble qu'un échantillonnage téléphonique ait été utilisé et que l'échantillon ait été obtenu par appels aléatoires, mais on ne sait pas si des étapes intermédiaires de stratification ont été réalisées.

Toutes les enquêtes menées aux États-Unis intégraient explicitement la race ou l'origine ethnique dans leur stratégie d'échantillonnage. Habituellement, il s'agissait de créer des strates fondées sur les estimations du recensement relatives à la composition raciale des zones et d'effectuer un suréchantillonnage à partir des strates ayant une proportion accrue de Noirs et d'autres groupes non blancs. Cette méthode a été appliquée dans les enquêtes BRFSS, HRS, MIDUS, NHANES, NHIS et NSAL. Dans les enquêtes américaines Add Health, l'utilisation d'indicateurs de la proportion d'élèves blancs et noirs

\* Le tableau 2 fournit le nom complet des enquêtes.

**TABLEAU 2**  
**Sources de données du Canada et des pays comparables recensées aux étapes 1 à 3**

Bases de données de pays comparables recensées à l'étape 1 (échantillonnage dirigé)	
Base de données	Pays
Behavioural Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS) <sup>24</sup>	États-Unis
British Household Panel Survey (BHPS) <sup>25</sup>	Royaume-Uni
CDC WONDER <sup>26</sup>	États-Unis
Health and Retirement Study (HRS) <sup>27</sup>	États-Unis
Health Inequality Project (HIP) <sup>28</sup>	États-Unis
Health Survey for England (HSE) <sup>29</sup>	Royaume-Uni
The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) <sup>30</sup>	États-Unis
The National Health Interview Survey (NHIS) <sup>31</sup>	États-Unis
National Longitudinal Survey of Adolescent Health (Add Health) <sup>32</sup>	États-Unis
National Survey of American Life (NSAL) <sup>33</sup>	États-Unis
Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) <sup>34</sup>	États-Unis
Bases de données de pays comparables recensés à l'étape 2 (revue exploratoire systématique)	
Base de données	Pays
California Health Interview Survey (CHIS) <sup>35</sup>	États-Unis
Mortality Disparities in American Communities Survey (MDAC) <sup>36</sup>	États-Unis
Midlife in the United States (MIDUS) <sup>37</sup>	États-Unis
New South Wales Population Health Surveys (NSWPHS) <sup>38</sup>	Australie
New York City Community Health Survey (NYCCHS) <sup>39</sup>	États-Unis
New Zealand Health Index and Associated Population Health Registries (NHI) <sup>40</sup>	Nouvelle-Zélande
New Zealand Health Survey (NZHS) <sup>41</sup>	Nouvelle-Zélande
Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) <sup>42</sup>	États-Unis
Understanding Society: The United Kingdom Household Longitudinal Study <sup>43</sup>	Royaume-Uni
Ensembles de données du Canada recensés à l'étape 3 (recherche dans des sites Web)	
Ensemble de données	Source/répertoire
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) <sup>44</sup>	Statistique Canada
Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) <sup>45</sup>	Statistique Canada
Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) <sup>46</sup>	Statistique Canada
Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) <sup>47</sup>	Statistique Canada
Enquête canadienne sur le logement (ECL) <sup>48</sup>	Statistique Canada
Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) <sup>49</sup>	Statistique Canada
Dossiers de santé jumelés au recensement <sup>50</sup>	Statistique Canada
Métadonnées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) <sup>51</sup>	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Enquête sur la population active (EPA) <sup>52</sup>	Statistique Canada
ICES (anciennement l'Institut de recherche en services de santé) <sup>53</sup>	ICES
Manitoba Population Research Data Repository (MPRDR) <sup>54</sup>	MPRDR
Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) <sup>55</sup>	Statistique Canada
Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) <sup>56</sup>	Statistique Canada
Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) <sup>57</sup>	Statistique Canada
Population Data British Columbia (PopData BC) <sup>58</sup>	PopData BC

**TABEAU 3**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>a</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS; États-Unis)	Données présentées en date du cycle de 2023, mais l'enquête a débuté en 1985	Adultes habitant aux États-Unis	Adultes vivant dans un ménage, à l'exclusion des résidences de vacances, des foyers de groupe et des établissements institutionnels	Stratégie d'échantillonnage propre à chaque État, à partir des numéros de téléphone fixe et cellulaire. Dans la stratégie par téléphone fixe, chaque État est d'abord divisé en îlots (p. ex. rues) et, à l'intérieur de chaque État, en strates de forte densité et de faible densité. Cette méthode ressemble en quelque sorte à une méthode d'échantillonnage « à probabilité proportionnelle à la taille », qui constitue la principale stratégie pour les enquêtes NHIS et NHANES, entre autres. Depuis 2017, onze États ont également utilisé une stratégie de suréchantillonnage afin d'agrandir l'échantillon d'Amérindiens <sup>b</sup> et d'Autochtones de l'Alaska <sup>b</sup> . Chaque État peut également avoir procédé à d'autres types de suréchantillonnage (par race, par région, etc.).
British Household Panel Survey (BHPS; Royaume-Uni)	Les données présentées proviennent de la dernière vague avant la fusion avec l'enquête Understanding Society dans le cycle de 2018, mais l'enquête a débuté en 1991	Population du Royaume-Uni	Ménages échantillonnés en 1991	L'échantillon initial de 5 500 ménages a été obtenu au moyen d'un plan stratifié et groupé fondé sur le fichier des adresses postales. D'autres échantillons provenant de l'Écosse, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord ont également été ajoutés.
Health and Retirement Study (HRS; États-Unis)	Données présentées en date de 2020, mais l'enquête a débuté en 1992	Aînés des États-Unis	Habitants de la zone continentale des États-Unis, âgés de 51 à 61 ans au moment de la collecte de chaque vague et suivis au cours des vagues suivantes; à l'exclusion de la population en établissement institutionnel	Jumelage avec le registre de décès des États-Unis. L'enquête HRS utilise un échantillonnage probabiliste de ménages américains par région à plusieurs degrés. Pour le premier degré d'échantillonnage, des zones géographiques des États-Unis (p. ex. villes, comtés) sont sélectionnées selon une logique de probabilité proportionnelle à la taille. Pour le deuxième degré, des segments sont échantillonnés à l'intérieur de ces régions. Enfin, des unités de logement, puis des « unités financières du ménage » dans les unités de logement sont sélectionnées. L'enquête HRS comprend un suréchantillonnage de la population noire, de la population hispanique <sup>b</sup> et des habitants de la Floride. Par exemple, selon les données du recensement de 1990, les groupes d'îlots de recensement dont plus de 10 % des ménages sont dirigés par des personnes noires ont été répertoriés et placés dans une strate distincte pour le deuxième degré d'échantillonnage. Cette strate a fait l'objet d'un suréchantillonnage, de sorte que les personnes dans cette strate avaient une plus grande probabilité d'être sélectionnées pour l'échantillon. Cette stratégie a fait passer l'échantillon de personnes noires de 10 % à 18,6 % de l'échantillon global de l'enquête HRS.
Midlife in the United States (MIDUS; États-Unis)	Données présentées en date du dernier cycle de 2014, mais la première enquête a débuté en 1995-1996	Personnes d'âge moyen des États-Unis	Tous les adultes parlant anglais et âgés de 25 à 74 ans ne vivant pas en établissement institutionnel, habitant dans la zone continentale des États-Unis	L'échantillon de référence comprenait quatre sous-échantillons : 1) un échantillon national formé à partir d'appels téléphoniques aléatoires (n = 3 487); 2) les frères et sœurs des individus de l'échantillon national aléatoire (n = 950); 3) des suréchantillons provenant de cinq régions métropolitaines des États-Unis (n = 757); et 4) un échantillon national de paires de jumeaux formé à partir d'appels téléphoniques aléatoires (n = 1 914).
National Survey of American Life (NSAL; États-Unis)	Enquête menée entre 2001 et 2003	Population de personnes noires et de personnes blanches des États-Unis	Échantillonnage fondé sur un échantillon probabiliste national des ménages	L'échantillonnage était fondé sur la densité spatiale des Afro-Américains et des Afro-Caribéens, et les Blancs étaient sélectionnés à partir des mêmes zones géographiques, de sorte que les groupes raciaux représentés dans l'enquête avaient des caractéristiques contextuelles et géographiques semblables.

Suite à la page suivante

**TABEAU 3 (suite)**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>3</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
New Zealand Health Survey (NZHS; Nouvelle-Zélande)	Données présentées en date du cycle de 2023-2024, mais l'enquête a débuté en 1992-1993	Population de « résidents habituels » de la Nouvelle-Zélande de tous les âges, y compris les personnes vivant en logement privé	Population excluant les résidents de logements non privés, les diplomates étrangers, les personnes habitant sur des îles autres que l'île du Nord, l'île du Sud et l'île Waiheke	Les données peuvent être jumelées à d'autres sources provenant du gouvernement de la Nouvelle-Zélande; le consentement au jumelage des données est demandé. Aucun renseignement explicite sur le jumelage n'est fourni, mais on demande aux répondants de fournir leur date de naissance, leur adresse et leur nom pour le jumelage. Utilisation d'un plan d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés à probabilité proportionnelle à la taille, destiné à échantillonner 14 000 adultes et 5 000 enfants par année. Utilisation d'une approche à double base d'échantillonnage dans laquelle les répondants sont sélectionnés à partir d'un échantillon spatial et d'un échantillon selon la liste électorale, dans le but d'augmenter la taille des échantillons de Māori et d'autres groupes ethniques. L'enquête NZHS utilise deux stratégies d'échantillonnage, de façon à augmenter explicitement le nombre de groupes ethniques particuliers (répondants māori, des îles du Pacifique et d'origine asiatique) dans l'échantillon. La première stratégie utilise des grappes d'îlots comme principales unités d'échantillonnage ainsi qu'une méthode à probabilité proportionnelle à la taille à plusieurs degrés pour sélectionner les ménages. Les grappes d'îlots sont également différenciées par la proportion de résidents insulaires du Pacifique et asiatiques, aussi dans le but d'augmenter la taille de l'échantillon de ces groupes. La deuxième stratégie utilise les listes électorales de la Nouvelle-Zélande, dans lesquelles l'origine ethnique des Māori est autodéclarée, pour accroître l'échantillon de Māori. Les listes électorales sont utilisées pour répertorier les îlots qui comptent une proportion accrue de résidents māori, puis les ménages de ces îlots sont sélectionnés différemment.
Health Survey for England (HSE; Angleterre)	Données présentées en date du cycle de 2022, mais l'enquête a débuté en 1991	Population des ménages privés d'Angleterre	Ménages d'Angleterre, à l'exclusion de la population en établissement institutionnel	Les renseignements provenant de certains dossiers médicaux et de santé ont pu être ajoutés aux réponses données dans le sondage, avec demande d'autorisation d'inclure ces renseignements. L'enquête utilise le nom, l'adresse et la date de naissance pour identifier les dossiers médicaux avant qu'ils soient jumelés aux données anonymisées de l'enquête. Jumelage avec les données statistiques sur les épisodes d'hospitalisation, les données sur les décès et les données consignées sur les cas de cancer. L'enquête a utilisé un échantillon aléatoire stratifié des ménages. L'enquête de 2018 a suréchantillonné les régions du Nord-Est et des Midlands de l'Est pour que la taille minimale de l'échantillon soit d'environ 700 adultes. Certaines années, l'échantillon de base est augmenté pour accroître le nombre de réponses de certaines populations comme les groupes ethniques, les aînés ou les enfants, mais aucune augmentation n'a été apportée à l'enquête de 2022. En 2004, l'enquête HSE a porté sur la santé des minorités ethniques, au sein desquelles des « échantillons supplémentaires » (suréchantillons) de plusieurs groupes raciaux et ethniques non blancs ont été tirés. Ces suréchantillons étaient fondés sur le ciblage de zones comptant une forte proportion de ces groupes.

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>a</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
National Longitudinal Survey of Adolescent Health (Add Health; États-Unis)	Les données de la cinquième vague de collecte sont présentées (2016-2019), mais la première vague de l'enquête a débuté en 1994	Adolescents des États-Unis et leurs parents et partenaires (dans certaines vagues seulement)	Adolescents échantillonnés dans les écoles secondaires américaines qui étaient entre la 7 <sup>e</sup> et la 12 <sup>e</sup> année scolaire en 1994-1995	Les données pour les répondants individuels pouvaient être jumelées aux autres vagues de l'enquête. La première vague était composée de deux échantillons : un à l'école et un à domicile. L'échantillon à l'école a été obtenu au moyen de l'échantillonnage aléatoire stratifié de toutes les écoles secondaires des États-Unis. Les variables stratifiées comprenaient la région, l'urbanisation, la taille de l'école, le type d'école (publique, privée, paroissiale), le pourcentage de Blancs, le pourcentage de Noirs, la fourchette de degrés scolaires et le programme d'études (général, professionnel, etc.). L'échantillon à domicile était constitué d'un échantillon de base de chaque collectivité et de quelques suréchantillons. Il comprenait un suréchantillon de personnes noires dont au moins un des parents détenait un diplôme universitaire (premier cycle), ce qui assure une large représentation socioéconomique des personnes noires dans l'échantillon. De même, Add Health inclut également des suréchantillons d'Asiatiques, de Cubains et de Portoricains pour assurer leur représentation dans l'échantillon. Les suréchantillons ont été obtenus au moyen des réponses individuelles aux questionnaires distribués à l'école.
National Health Interview Survey (NHIS; adultes, États-Unis)	Données présentées en date du cycle de 2023, mais l'enquête a débuté en 1957	Adultes en logement non institutionnel	Ménages aux États-Unis	Jumelage avec d'autres sources de données à l'aide des quatre derniers chiffres du numéro de sécurité sociale ou du numéro du programme Medicare. Enquête transversale par entrevue auprès des ménages, avec échantillonnage et réalisation des entrevues tout au long de l'année. La stratégie d'échantillonnage est remaniée tous les dix ans. L'échantillon total est subdivisé en quatre groupes distincts, de sorte que chaque groupe est représentatif de la population américaine. La probabilité qu'une zone soit sélectionnée n'est pas égale. En effet, les régions sont stratifiées selon des caractéristiques sociodémographiques, et la probabilité qu'une personne soit sélectionnée est plus élevée dans certaines strates que dans d'autres. Cette méthode de « suréchantillonnage » en fonction de certaines caractéristiques garantit que l'enquête aura une représentation suffisante de ces caractéristiques pour permettre des analyses robustes de celles-ci. Par conséquent, jusqu'en 2016, l'enquête NHIS contenait des suréchantillons de plusieurs groupes raciaux et ethniques (les Noirs, les Hispaniques <sup>b</sup> et les Asiatiques ont tous été suréchantillonnés en 2006). Cependant, dans le remaniement de 2016, il n'y a plus de suréchantillonnage des groupes raciaux. Un nouveau plan d'échantillonnage fondé sur le recensement de 2020 sera introduit dans l'enquête NHIS en 2025, mais les détails n'ont pas encore été révélés.
National Health Interview Survey (NHIS; enfants, États-Unis)	Données présentées en date du cycle de 2023, mais la composante de l'enquête sur les enfants a débuté en 1997	Enfants de moins de 17 ans en logement non institutionnel	Voir l'entrée NHIS (adulte) ci-dessus	Voir l'entrée NHIS (adulte) ci-dessus

Suite à la page suivante

**TABLEAU 3 (suite)**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>a</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES; États-Unis)	Données présentées en date du cycle de 2017-2020, mais l'enquête a débuté en 1971	Population nationale ne résidant pas en établissement institutionnel	Population civile en logement non institutionnel résidant dans l'un des 50 États ou le district de Columbia	Jumelage à l'aide du numéro de sécurité sociale fourni pendant l'enquête lorsque le jumelage est possible. Échantillonnage pluriannuel, stratifié et groupé à quatre degrés, les unités d'échantillonnage et leur niveau étant indiqués sous « unité d'échantillonnage ». Des suréchantillons sont produits pour plusieurs groupes raciaux et ethniques, en particulier les Noirs, les Hispaniques <sup>b</sup> et les Asiatiques. Des suréchantillons sont également produits pour toutes les personnes qui se situent à un niveau inférieur à 185 % du seuil de pauvreté aux États-Unis ainsi que pour celles qui se trouvent à l'une ou l'autre extrémité de la répartition par âge. Ces suréchantillons sont produits à l'aide des données du recensement des États-Unis pour repérer les zones où il y a une proportion accrue de personnes ayant ces caractéristiques. Néanmoins, certaines données laissent penser qu'il y a une probabilité accrue que les personnes pauvres et les Noirs ne se trouvent pas dans l'échantillon et qu'il y ait des données manquantes à leur sujet dans l'enquête.
New South Wales Population Health Surveys (NSWPHS; Australie, Nouvelle-Galles du Sud)	Données présentées en date de l'enquête de 2023	Adultes et enfants de la Nouvelle-Galles du Sud	Varie selon l'enquête	Appels téléphoniques aléatoires auprès des utilisateurs de téléphones fixes et de téléphones cellulaires. On ne trouve aucun autre renseignement sur le plan d'échantillonnage de l'enquête auprès des adultes, mais l'enquête sur le comportement des écoliers comprend l'échantillonnage des écoles. La documentation publiée au sujet de la méthodologie n'a pas été mise à jour depuis 2011.
California Health Interview Survey (CHIS; États-Unis, Californie)	Données présentées en date du cycle de 2023, mais les premières données ont été publiées en 2001	Population de la Californie	Échantillon d'adresses en Californie, avec communication initiale au sujet de l'enquête effectuée par envoi d'une lettre à l'adresse, suivi d'un appel téléphonique	Avant 2019, l'enquête CHIS utilisait une base d'échantillonnage téléphonique. En 2019, on est passé à un échantillonnage spatial, les ménages étant stratifiés par zone (c.-à-d. par comté) de manière à discerner les grands groupes raciaux et ethniques de Californie. La nouvelle méthode de modélisation prédictive utilisée permet d'obtenir des échantillons des petits sous-groupes raciaux et ethniques (et d'autres sous-groupes sociodémographiques) qui sont plus difficiles à discerner au moyen de l'échantillonnage spatial. Pour ce faire, l'enquête CHIS de l'année précédente a été jumelée à plusieurs autres sources de données, dont les bases de données d'inscription des électeurs, les bases de données de consommateurs ainsi que les données de planification du recensement. Des modèles de forêt aléatoire ont été utilisés pour la prédiction des ménages dont les résidents étaient Philippins, Vietnamiens, etc. Les ménages dont les résidents avaient ces caractéristiques ont été placés dans une strate distincte, et les résidences puis les individus ont été sélectionnés au hasard dans cette strate. De plus, en 2023, l'enquête a introduit un suréchantillonnage de numéros associés à des téléphones cellulaires prépayés, qui sont plus susceptibles d'être utilisés par les Hispaniques <sup>b</sup> , les personnes peu scolarisées et à faible revenu ainsi que d'autres groupes sous-représentés.
New York City Community Health Survey (NYCCHS; États-Unis, ville de New York)	Données présentées en date du cycle de 2020, mais l'enquête a débuté en 2002	Population adulte de la ville de New York, ne vivant pas en hébergement collectif	Adultes de 18 ans ou plus vivant dans un des cinq arrondissements de la ville de New York, ayant accès à un téléphone cellulaire ou fixe	Échantillon aléatoire stratifié fondé sur le quartier de résidence (déterminé à l'aide des codes postaux) : 10 000 ménages sont sélectionnés au hasard à partir d'un échantillon de numéros de téléphone stratifiés par quartier.

Suite à la page suivante

**TABEAU 3 (suite)**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>a</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
Understanding Society (Royaume-Uni)	Données présentées en date du cycle de 2021-2023, mais l'enquête a débuté en 2009	Population générale de 10 ans ou plus du Royaume-Uni	Ménages en Grande-Bretagne et en Irlande du Nord	Consentement demandé pour le jumelage des réponses aux dossiers gouvernementaux, dont les dossiers de santé. La stratégie d'échantillonnage comporte de multiples composantes. L'échantillon de la population générale (environ 26 000 ménages) est constitué d'un échantillon probabiliste groupé et stratifié des ménages en Grande-Bretagne et d'un échantillon aléatoire simple des ménages en Irlande du Nord. L'enquête comporte également un suréchantillon de ménages de minorités ethniques (environ 4 000 ménages) sélectionné dans les zones à forte concentration de minorités ethniques en 2009-2010 où au moins un membre du ménage appartenait à une minorité ethnique. Un suréchantillon de ménages d'immigrants et de minorités ethniques (environ 2 900 ménages) a été ajouté à la vague 6 (2015) de l'enquête et ce suréchantillon est également tiré de zones où la concentration de minorités ethniques était élevée cette année-là. Enfin, un échantillon de l'enquête BHPS (environ 8 000 ménages) a été ajouté à la vague 2.
Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS; États-Unis)	Données présentées en date de 2023, mais le système de surveillance a débuté en 1987	Femmes enceintes et nouvelles mères	Fichier de certificats de naissance de chaque État	Le certificat de naissance et le certificat de décès du nourrisson (le cas échéant) sont utilisables pour le jumelage. Certains États établissent également un lien avec les données de Medicaid et d'autres dossiers. Le système PRAMS prend un échantillon de femmes qui ont récemment accouché d'un bébé vivant, en utilisant comme base d'échantillonnage le fichier des certificats de naissance de chaque État. Chaque État sélectionne un échantillon de 1 300 à 3 400 femmes par année. Les femmes de certains groupes (notamment la communauté noire et d'autres groupes racisés) sont échantillonnées à un taux accru pour assurer leur représentation. Les États qui échantillonnent par race sont l'Alaska, le Connecticut, la Floride, l'Iowa, la Louisiane, le Massachusetts, le Michigan, le Minnesota, le Nebraska, le New Jersey, le Nouveau-Mexique, l'Oregon, le Texas, l'État de Washington, le Wisconsin et le Wyoming. La documentation publiée au sujet de la méthodologie n'a pas été mise à jour depuis 2018.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC; Canada)	Données présentées en date du cycle de 2024, mais l'enquête a débuté en 2001	Population canadienne de 12 ans ou plus	Population âgée de 12 ans ou plus, à l'exclusion des personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones <sup>b</sup> dans les provinces, des membres à temps plein des Forces canadiennes, de la population vivant en établissement institutionnel, des enfants de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil et des personnes vivant dans les régions sociosanitaires québécoises du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.	Les données de l'enquête de 2019 ont été jumelées aux dossiers fiscaux des participants et de tous les membres du ménage des participants. Les variables utilisées pour le jumelage rassemblaient des renseignements sur le ménage (adresse, etc.), des renseignements personnels (numéro d'assurance sociale, nom de famille, âge, etc.) et des renseignements sur les membres du ménage. L'enquête utilise deux bases d'échantillonnage principales : une base aréolaire pour le Canada et une base fondée sur l'Allocation canadienne pour enfants (ACE) pour l'échantillon des enfants. La base aréolaire de l'ESCC est conçue pour répondre aux besoins de l'Enquête sur la population active (EPA). Les zones sont d'abord groupées dans l'EPA, puis les grappes sont choisies en fonction d'une probabilité proportionnelle à la taille. L'ESCC place ces grappes dans les régions sociosanitaires de sorte que l'échantillonnage des logements à partir des grappes assure la représentation au niveau des régions sociosanitaires. Dans chaque grappe, les logements sont choisis systématiquement. Pour la base d'échantillonnage fondée sur l'ACE, les enfants sont sélectionnés par échantillonnage aléatoire simple.

Suite à la page suivante

**TABEAU 3 (suite)**  
**Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>3</sup>**

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA; Canada)	Données présentées en date du plus récent cycle de 2020, mais l'enquête a débuté en 2018	Population canadienne de 65 ans ou plus	La population cible est composée de personnes de 65 ans ou plus vivant dans une des dix provinces du Canada, à l'exclusion des personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones <sup>b</sup> , des membres à temps plein des Forces canadiennes, de la population vivant en établissement institutionnel et des personnes vivant dans certaines régions du Québec.	Demande d'autorisation pour jumeler les réponses aux données de l'ESCC et aux données fiscales : un rappel est fait aux participants que leurs réponses peuvent être jumelées par leur gouvernement provincial à d'autres sources de données. Le plan d'échantillonnage comprend la sélection des personnes de 65 ans ou plus qui sont incluses dans l'ESCC et un suréchantillonnage dans toutes les provinces, sauf en Ontario et au Québec (où aucun suréchantillon n'était nécessaire pour atteindre la cible d'échantillonnage). Le suréchantillon obtenu par sélection aléatoire était une base d'échantillonnage de tous les numéros de téléphone de tous les ménages comptant au moins un occupant âgé de 65 ans ou plus.
Enquête sur la population active (EPA; Canada)	Données présentées en date des cycles de 2024, mais la dernière refonte a été mise en œuvre en 2007	Population du Canada de 15 ans ou plus ne vivant pas en établissement institutionnel	Sont exclues de la population cible les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones <sup>b</sup> des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, la population vivant en établissement institutionnel et les ménages dans des régions extrêmement éloignées à très faible densité démographique.	L'EPA utilise un plan stratifié à plusieurs degrés. Chaque province est considérée comme une unité. Dans chaque province, de petites zones géographiques (grappes) sont sélectionnées et, dans chaque grappe, des ménages sont sélectionnés. L'EPA utilise un plan d'échantillonnage avec renouvellement de panel, de sorte que les ménages sélectionnés demeurent dans l'échantillon de l'EPA pendant six mois consécutifs. Chaque mois, un sixième de l'échantillon de l'EPA commence son premier mois de participation à l'enquête. Une caractéristique du plan d'échantillonnage de l'EPA est que chacun des six groupes de renouvellement peut individuellement être utilisé comme échantillon représentatif.
Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC; Canada)	Les données présentées sont tirées de la première enquête menée en 2001; l'étude s'est achevée en 2005	La population cible comprend les immigrants qui sont arrivés au Canada en 2000-2001, qui avaient 15 ans ou plus au moment de leur arrivée et qui sont arrivés de l'extérieur du Canada après avoir présenté une demande par l'entremise d'une mission canadienne à l'étranger.	Les personnes qui ont présenté une demande d'établissement en sol canadien ont été exclues de l'enquête, car il se peut qu'elles aient été au Canada depuis longtemps et que, de ce fait, elles présentent, sur le plan de l'intégration, des caractéristiques très différentes des personnes qui sont nouvellement arrivées au pays. Les réfugiés ayant fait leur demande d'asile au Canada ont également été exclus de l'enquête.	Le site Web de Statistique Canada ne fait état d'aucun jumelage de données, bien que le Réseau canadien des Centres de données de recherche affirme que les données de l'enquête ont été jumelées à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès et au Registre canadien du cancer. L'échantillon était composé de douze cohortes, soit douze échantillons mensuels indépendants. La base d'échantillonnage était la base de données administratives d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (anciennement Citoyenneté et Immigration Canada) sur tous les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement. L'échantillon a d'abord été stratifié selon le mois d'arrivée, la province de destination prévue et la catégorie d'immigration. Le premier degré d'échantillonnage consistait en la sélection des unités immigrantes (c'est-à-dire les personnes qui présentent une demande sur le même formulaire de visa) dans chaque strate au moyen d'une méthode à probabilité proportionnelle à la taille. Le deuxième degré consistait en la sélection d'un ou de plusieurs répondants au sein de chaque unité immigrante. L'échantillon, composé initialement de 12 000 personnes, en comprenait 7 700 lors de la troisième (et dernière) vague. Il ne semble pas y avoir eu d'échantillonnage selon la race, bien que certains groupes aient été suréchantillonnés au cours des différentes vagues de l'enquête, notamment 1) les réfugiés parrainés par le gouvernement; 2) les réfugiés autres que ceux parrainés par le gouvernement; 3) les immigrants entrepreneurs et les immigrants investisseurs (de la catégorie économique ou affaires); 4) les immigrants de la catégorie du regroupement familial en Colombie-Britannique; 5) l'ensemble des immigrants en Alberta et 6) les immigrants de la catégorie économique au Québec (travailleurs qualifiés et gens d'affaires).

Suite à la page suivante

**TABEAU 3 (suite)**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>a</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
Enquête longitudinale et internationale des adultes (ELIA; Canada)	Première vague menée en 2012, dernière vague en 2020	Population canadienne de 15 ans ou plus. La population cible exclut les personnes vivant dans les territoires du Canada, celles demeurant dans les réserves ou autres peuplements autochtones <sup>b</sup> des provinces, les représentants officiels de pays étrangers vivant au Canada et leur famille, les membres de communautés religieuses et autres communautés, les membres des Forces armées canadiennes en mission à l'étranger, les personnes vivant à temps plein dans un établissement, p. ex. les détenus dans des établissements correctionnels et les patients souffrant de maladies chroniques résidant à l'hôpital ou dans une maison de repos, ainsi que les personnes habitant dans un autre type de logement collectif.	La base d'échantillonnage de l'ELIA comprend tous les ménages du recensement de 2011 qui n'étaient pas admissibles à l'Enquête nationale auprès des ménages, qui a été menée en même temps.	Étant donné qu'une partie de l'ELIA a été intégrée à une partie du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes, également appelé Étude internationale des adultes (EIA), les ménages ont été stratifiés en échantillons EIA et non-EIA. Dans chacune de ces strates, les ménages ont été stratifiés selon la province et selon l'appartenance ou non à la population urbaine. Dans la strate non admissible à l'EIA, la stratification selon la province et l'appartenance ou non à la population urbaine ainsi que la mise en grappes d'unités géographiques étaient identiques à ce qui est décrit ci-dessus. Dans cette strate, cependant, les logements étaient sélectionnés en une seule phase par échantillonnage systématique simple. Encore une fois, tous les membres des ménages faisant partie des logements sélectionnés sont devenus membres de l'échantillon de l'ELIA et ont constitué le sous-échantillon appelé « ELIA seulement ». Pour la strate admissible à l'EIA, on a également tenu compte de la probabilité proportionnelle en fonction de l'âge (15 à 65 ans).
Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ; Canada)	Données présentées en date du dernier cycle de 2008-2009, mais le cycle 1 de l'enquête a débuté en 1994-1995	Population civile des dix provinces du Canada qui ne vivait pas en établissement institutionnel et qui avait jusqu'à 11 ans au moment de la sélection pour participer à l'étude	Étaient exclus les enfants vivant dans les réserves indiennes <sup>b</sup> ou sur les terres de la Couronne, les pensionnaires d'établissements institutionnels, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées.	La capacité de jumelage est inconnue, bien que les ensembles de données soient stockés dans l'environnement de jumelage des données sociales de Statistique Canada, ce qui donne à penser que l'enquête peut être jumelée à d'autres sources de données. Cependant, le livret du questionnaire mentionne seulement la combinaison des données de l'année d'enquête considérée avec les données d'autres années. L'ELNEJ comprend à la fois des échantillons longitudinaux et transversaux. Chaque échantillon longitudinal est représentatif de l'échantillon longitudinal initial (1994). Des poids transversaux sont fournis qui permettent de considérer qu'une cohorte d'âge est représentative d'une population transversale d'un groupe d'âge donné. Tous les échantillons de l'ELNEJ ont été tirés de l'échantillon des ménages répondants de l'EPA (l'échantillon du cycle 1 étant en plus tiré de l'échantillon de l'ENSP).

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)

Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>3</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)	Données présentées en date du cycle 2022-2024, mais le cycle 1 de l'enquête a débuté en 2007-2009	Population du Canada de 3 à 79 ans	Personnes âgées de 3 à 79 ans vivant dans l'une des dix provinces canadiennes. L'échantillon cible exclut donc les habitants des trois territoires canadiens, les personnes vivant en établissement institutionnel au Canada et les membres des Forces armées canadiennes.	Les données du questionnaire auprès des ménages sont jumelées (après autorisation) aux dossiers fiscaux. Les données individuelles du questionnaire de la clinique sont jumelées (après autorisation) aux renseignements de santé provinciaux à l'aide du numéro d'assurance-maladie personnel. L'unité d'échantillonnage principale de l'ECMS est le « site de collecte », qui est une unité géographique d'un rayon d'environ 50 km pour les régions urbaines et d'un rayon d'environ 75 km pour les régions rurales. Les sites de collecte sont stratifiés selon la région (Colombie-Britannique, Prairies, Ontario, Québec, Atlantique) et selon la région métropolitaine (ou autre). À l'intérieur de chaque strate, les logements sont stratifiés selon l'âge des résidents et une stratification par grande catégorie d'âge est utilisée pour la sélection d'une personne dans un logement.
Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP; Canada)	Données présentées en date du dernier cycle de 2011, mais l'enquête a débuté en 1994-1995	Membres des ménages des dix provinces canadiennes en 1994-1995	Sont exclues les personnes habitant dans les réserves indiennes <sup>b</sup> ou sur les terres de la Couronne, les résidents des établissements de soins de santé, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes habitant certaines régions éloignées de l'Ontario et du Québec.	Les données de l'enquête peuvent être jumelées aux renseignements de santé provinciaux au moyen du numéro d'assurance-maladie personnel et, dans les enquêtes de suivi, on demande si le numéro d'assurance-maladie de la personne a changé pour s'assurer que les dossiers sont tenus à jour. La base d'échantillonnage de l'ENSP est l'EPA, à l'exception de l'échantillon du Québec, fondé sur le plan d'échantillonnage de l'Enquête sociale et de santé réalisée par Santé Québec en 1992-1993. Le plan de l'EPA est décrit en détail ailleurs dans le présent rapport. En bref, la stratégie d'échantillonnage de l'EPA repose sur le regroupement de zones géographiques. L'échantillon du Québec est regroupé géographiquement de la même façon. Au cours du premier cycle de l'ENSP (1994-1995), les ménages ont été sélectionnés au hasard et des personnes ont été sélectionnées au sein de ces ménages. L'échantillon initial comptait 17 726 personnes.
Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI; Canada)	Données présentées en date du cycle de 2017, mais l'enquête date de 2012; elle portait auparavant le nom « Enquête sur la participation et les limitations d'activités » et, avant cela, « Enquête sur la santé et les limitations d'activités : Ménages »	Jeunes et adultes canadiens aux prises avec un problème de santé de longue durée	Toutes les personnes de 15 ans ou plus qui ont déclaré avoir « parfois », « souvent » ou « toujours » des difficultés en réponse à l'une des questions sur les activités de la vie quotidienne posées dans le questionnaire détaillé du Recensement de la population de 2016. Le questionnaire détaillé du recensement est distribué aux personnes vivant dans un logement privé au Canada. Les personnes vivant dans une réserve des Premières Nations ou dans un établissement institutionnel sont exclues.	Réponses jumelées au recensement, en particulier pour obtenir certaines données sociodémographiques. Environ un ménage sur quatre est sélectionné pour le questionnaire détaillé du recensement. Les répondants ont été stratifiés afin d'assurer une estimation appropriée des divers groupes d'âge, d'une résidence en région éloignée par rapport à une région non éloignée et de la gravité de l'incapacité.

Suite à la page suivante

**TABEAU 3 (suite)**  
Description des enquêtes sur la santé et des sources de données administratives au Canada et dans les pays comparables au Canada<sup>a</sup>

Nom de la base de données et pays/région	Période de collecte des données	Population cible	Base d'échantillonnage	Jumelage, stratégie d'échantillonnage
Enquête canadienne sur le logement (ECL; Canada)	Données présentées en date du cycle de 2022, mais la première enquête a débuté en 2018	Population du Canada	Population des dix provinces et des trois territoires du Canada, à l'exception des pensionnaires d'établissements institutionnels (y compris les personnes vivant dans les résidences pour aînés non autonomes et les personnes vivant dans les résidences scolaires), des membres des Forces armées canadiennes vivant dans des camps militaires et des personnes vivant dans les réserves des Premières Nations.	Données jumelées aux données sur l'impôt, sur le revenu et sur l'immigration de Statistique Canada, et potentiellement à d'autres sources. La base d'échantillonnage est le Fichier de l'univers des logements, qui est divisé en 43 strates géographiques, incluant la plus grande région métropolitaine de recensement dans chaque province. Chaque strate géographique est ensuite divisée entre les logements sociaux et abordables (LSA) et tous les autres logements afin de permettre le suréchantillonnage des personnes vivant en LSA. Dans chaque strate géographique et chaque strate LSA/non-LSA, les logements sont triés par revenu prédit du ménage, puis un échantillon aléatoire systématique est sélectionné pour obtenir la représentation du revenu du ménage.
Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ; Canada)	Données présentées en date du cycle de 2023, à la suite du projet pilote de 2016 et de l'enquête de suivi de 2017	Enfants de 1 à 17 ans du Canada	Enfants de 1 à 17 ans du Canada, à l'exclusion des enfants habitant dans les réserves des Premières Nations et d'autres établissements autochtones <sup>b</sup> des provinces, ainsi que les enfants demeurant dans des foyers d'accueil et les autres enfants vivant en établissement.	Après autorisation, les données sont jumelées aux dossiers fiscaux des ménages, aux données d'autres enquêtes et aux dossiers provinciaux des services de santé (à l'aide du numéro d'assurance-maladie personnel). La base d'échantillonnage est composée des enfants qui ont reçu l'Allocation canadienne pour enfants (ACE), ce qui couvre, selon les estimations démographiques de 2018, 98 % de la population canadienne de 1 à 17 ans dans les provinces canadiennes et 96 % de cette population dans les territoires canadiens. Le fichier de l'ACE a été stratifié par province, les territoires étant regroupés en une seule strate. En Ontario, une stratification supplémentaire a été effectuée par le réseau local d'intégration des services de santé. L'échantillon a ensuite été de nouveau stratifié en trois groupes d'âge (1 à 4 ans, 5 à 11 ans et 12 à 17 ans). Dans ces strates de zone géographique et d'âge, les enfants ont été sélectionnés au hasard, pour produire un échantillon total de 92 170 enfants.

<sup>a</sup> Renseignements supplémentaires fournis par les auteurs sur demande.

<sup>b</sup> Terminologie utilisée dans l'enquête initiale.

dans chaque école a permis un échantillonnage suffisant parmi les écoles ayant une proportion accrue d'élèves noirs.

Une méthode d'échantillonnage spatial pour obtenir une représentation raciale a également été utilisée dans le cadre de l'enquête Understanding Society mené au Royaume-Uni. En revanche, d'autres enquêtes menées dans ce pays (HSE et BHPS) n'ont pas inclus la race dans leur principale stratégie d'échantillonnage. Néanmoins, au cours de certaines années d'enquête, comme en 2004, l'enquête HSE a intégré un « échantillon supplémentaire » de personnes non blanches, obtenu à partir des données régionales du recensement afin de repérer les endroits où résidaient une forte proportion de personnes non blanches<sup>59</sup>.

L'enquête PRAMS a utilisé les dossiers administratifs contenant des renseignements sur la race ou l'origine ethnique à titre de

base d'échantillonnage pour recueillir un suréchantillonnage de groupes raciaux ou ethniques non blancs. Les échantillons de l'enquête PRAMS proviennent entièrement des registres de naissance aux États-Unis, qui indiquent la race ou l'origine ethnique de la mère (et parfois du père). L'enquête PRAMS utilise cette dernière information pour obtenir un échantillon suffisant de Noirs et d'autres groupes racisés. L'enquête NZHS menée en Nouvelle-Zélande a également utilisé une source de données administratives comme base d'échantillonnage afin d'obtenir un échantillon suffisant de Māori. La NZHS utilise également les données du recensement pour repérer les zones où résident des Māori, des Néo-Zélandais d'origine asiatique et d'autres groupes ethniques non blancs, afin de s'assurer que ces groupes sont inclus dans l'échantillon.

L'enquête CHIS de la Californie est particulière, car elle a un mandat très précis

pour s'assurer de recueillir suffisamment de renseignements sur le vaste éventail de groupes raciaux et ethniques qui composent la population de la Californie. Avant 2019, l'enquête CHIS utilisait une base d'échantillonnage téléphonique. En 2019, on est passé à un échantillonnage spatial, les ménages étant stratifiés par zone de manière à discerner les grands groupes racisés et ethniques de Californie. De plus, une nouvelle méthode de modélisation prédictive a été utilisée dans cette enquête pour obtenir des échantillons des petits sous-groupes racisés ou ethniques (et d'autres sous-groupes sociodémographiques), qui sont plus difficiles à discerner au moyen de l'échantillonnage spatial.

### **Caractéristiques des sources administratives dans les pays comparables**

La principale source de données administratives aux États-Unis utilisable pour

mesurer les inégalités raciales et ethniques en matière de santé est CDC Wonder. Cette base de données, hébergée par les Centers for Disease Control and Prevention, contient environ onze sources de données administratives, dont toutes les naissances et tous les décès aux États-Unis. Dans certains cas, ces données sont disponibles à l'échelle de l'individu et contiennent des renseignements sur sa race ou son origine ethnique. Dans d'autres cas, comme dans les dossiers de décès, les données fournissent de l'information à l'échelle de la zone considérée. De plus, ces données au niveau du comté peuvent facilement être jumelées à d'autres données (comme les données du recensement), ce qui fournit des renseignements au niveau du comté sur une variété de facteurs sociaux et économiques. Le projet HIP mené aux États-Unis est une nouvelle source de données, qui n'est pas hébergée par une entité gouvernementale. Ce projet jumelle, pour chaque individu, les données des déclarations de revenus fédérales, les données administratives sur la sécurité sociale et les dossiers de décès aux États-Unis entre 1999 et 2014. Il présente les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des personnes décédées au cours de cette période.

Le programme SEER est un registre du cancer des États-Unis, mais tous les États n'y sont pas représentés. Certaines données de ce programme sont jumelées à des données de Medicare, le système d'assurance-maladie pour les adultes de 65 ans ou plus. Bien que le SEER offre un recensement des cas de cancer dans les États participants, l'analyse des inégalités raciales à l'aide des données qu'il contient peut tout de même souffrir de problèmes de puissance statistique, en raison de la combinaison de la petite taille de certaines populations (les Américains d'origine asiatique sont cités en exemple dans la documentation) et de la présence de cancers rares.

La Nouvelle-Zélande exige la collecte de données sur l'origine ethnique dans le domaine de la santé et de l'invalidité. Chaque personne qui utilise des services de santé ou d'invalidité possède un numéro de santé, appelé indice national de la santé (National Health Index, NHI)<sup>60</sup>. À l'attribution du NHI, les renseignements sur l'adresse, le genre et l'origine ethnique de la personne sont consignés. D'autres bases de données administratives sur la santé recueillent aussi des données sur

l'origine ethnique ou peuvent être jumelées au NHI. En 2009, un algorithme a effectué une recherche efficace dans les bases de données afin d'obtenir des données sur l'origine ethnique remontant à 1989.

### *Caractéristiques des sources d'enquête canadiennes*

Dans la plupart des enquêtes canadiennes sur la santé, la population cible est la totalité ou la presque totalité des ménages du Canada. À l'instar des enquêtes menées aux États-Unis auprès de populations cibles similaires, cela exclut la population canadienne vivant en établissement institutionnel, comme les prisons et les maisons de soins infirmiers, ainsi que les enfants vivant en famille d'accueil. Les autres groupes exclus sont les personnes vivant dans les réserves et autres établissements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les personnes vivant dans les régions sociosanitaires québécoises du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Sont également exclues les personnes vivant au Nunavut hors des dix plus grandes collectivités. Plusieurs enquêtes comportent une base d'échantillonnage de tous les ménages, et l'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés de ces bases produit des échantillons géographiquement représentatifs.

Certaines enquêtes utilisent également des bases de données administratives comme base d'échantillonnage. L'ECSEJ et l'échantillon d'enfants de l'ESCC utilisent la base de données de l'Allocation canadienne pour enfants comme base d'échantillonnage, qui est également stratifiée selon la zone géographique. Elle intègre également les strates d'âge dans sa stratégie d'échantillonnage. L'ECI échantillonne les personnes qui ont déclaré avoir des limitations dans leur vie quotidienne dans le questionnaire détaillé du recensement de 2016 (pour l'ECI de 2017) et de 2011 (pour l'ECI de 2012). L'ELIC utilise le registre des immigrants ayant obtenu le droit d'établissement comme base d'échantillonnage.

### *Caractéristiques des sources canadiennes de données administratives*

Deux des sources administratives sont nationales, tandis que trois sont des fonds de données provinciales sur la santé (Colombie-Britannique, Manitoba et Ontario). Statistique Canada a jumelé le

questionnaire détaillé du recensement (qui contient des renseignements sur la race et l'origine ethnique et un vaste ensemble d'autres caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques) à plusieurs dossiers médicaux administratifs, dont les données sur les naissances, les décès et l'hospitalisation, ainsi qu'à la Base de données sur les congés des patients (BDGP). Le nombre de questionnaires détaillés de recensement jumelés aux dossiers médicaux administratifs varie en fonction du dossier de santé. Le questionnaire détaillé du recensement échantillonne 25 % des ménages canadiens, les autres ménages recevant le questionnaire abrégé du recensement (qui ne pose pas de questions sur la race ou l'origine ethnique).

Au moins trois provinces possèdent leur propre fonds de données administratives, dont le plus important semble être celui de l'Ontario, appelé ICES. La base de données principale d'ICES est constituée des données sur la facturation médicale et des dossiers pharmaceutiques pour l'Ontario, où est consignées chaque consultation d'un médecin ou visite à un hôpital ainsi que chaque ordonnance de médicaments pour la population de cette province. L'ICES est jumelé à plusieurs autres sources de données, mais tous les individus ne sont pas couverts. À l'échelle de l'individu, il existe au moins trois sources. Premièrement, l'ICES contient des données raciales ou ethniques grâce à son jumelage avec l'ESCC. Deuxièmement, l'ICES intègre un algorithme fondé sur les noms de famille qui vise à identifier les personnes d'origine sud-asiatique ou chinoise en Ontario. Enfin, ICES est jumelé à la base de données administratives sur l'immigration pour l'Ontario qui contient l'information sur le pays d'origine, qui peut dans bien des cas être utilisée comme indicateur de la race ou de l'ethnicité. Comme ICES est jumelé spatialement au recensement, il contient également des données sur la concentration ethnique à l'échelle de chaque zone.

PopData BC semble avoir moins de jumelages à des données raciales ou ethniques, bien qu'ici aussi, il ait été difficile d'évaluer l'ensemble du fonds. Il semble que PopData dispose également d'un algorithme pour identifier les noms de famille asiatiques. Le MPRDR ne semble pas contenir de renseignements raciaux ou ethniques. Les fonds de données de PopData BC et du MPRDR peuvent être jumelés au recensement pour obtenir des

données sur la race ou l'origine ethnique au niveau de la région.

## Analyse

La base d'échantillonnage des enquêtes au Canada et dans les pays comparables comprend généralement la population du pays de l'enquête qui ne vit pas en établissement institutionnel. Le principal problème lié à l'utilisation de cette stratégie est que les Noirs sont surreprésentés dans certains établissements comme les établissements correctionnels et les services d'aide à l'enfance. Par conséquent, l'exclusion des personnes résidant en établissement institutionnel peut entraîner une plus grande exclusion des Noirs, ainsi que des Autochtones et d'autres personnes racisées du Canada. Les hommes noirs sont surreprésentés dans la population carcérale fédérale : en effet, en 2020, 9 % des détenus étaient des hommes noirs<sup>61</sup> alors que les hommes noirs ne formaient que 4,3 % de la population canadienne masculine au Recensement de 2021. De plus, ces populations sont constituées de personnes ayant eu d'importantes expériences sociales et en matière de santé dont on ne tient pas compte habituellement, en particulier des conséquences différentielles sur la santé liées à l'incarcération ou au système de protection de l'enfance.

Les enquêtes américaines tentent généralement de recueillir suffisamment d'échantillons de groupes non blancs dans le cadre de leur stratégie d'échantillonnage. Dans la plupart des cas, on utilise les données du recensement en fonction de la zone géographique pour déterminer les zones où il y a une forte proportion de ménages comptant des membres non blancs, puis on effectue un suréchantillonnage dans les strates où il y a une proportion accrue de résidents non blancs. Cette stratégie a été abandonnée par l'enquête NHIS en 2016, au profit d'une simple représentation spatiale<sup>62</sup>, l'explication fournie indiquant que cette nouvelle stratégie pourrait fournir des échantillons insuffisants de groupes non blancs en raison de faibles taux de réponse. Même si ces groupes étaient échantillonnés proportionnellement à leur population, cela pourrait produire de petits échantillons de petites populations. Autrement dit, il est essentiel de repérer spatialement ces groupes et de

les suréchantillonner pour permettre l'analyse des inégalités raciales en matière de santé, à condition que les taux de réponse puissent être améliorés.

Les enquêtes canadiennes sur la santé utilisent aussi principalement des stratégies d'échantillonnage spatial, mais elles n'intègrent généralement pas la stratification des zones selon la densité raciale ou ethnique des résidents ou ne procèdent pas à un suréchantillonnage des groupes non blancs. Ce manque d'importance accordée à la collecte et à l'utilisation appropriées de données fondées sur la race relève d'un problème plus vaste dans les soins de santé au Canada, qui a été souligné dans un récent rapport sur la collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone<sup>63</sup>. Compte tenu de l'existence de données spatiales sur la densité raciale ou ethnique par le biais du questionnaire détaillé du recensement, il serait techniquement possible d'ajouter cette stratégie de stratification et de suréchantillonnage à la stratégie simple d'échantillonnage spatial qui est actuellement employée. De fait, lorsque l'enquête HSE prenait en compte la race ou l'origine ethnique, cela reposait sur l'identification spatiale des groupes non blancs et le suréchantillonnage de ces groupes. De plus, l'ECSA a suréchantillonné la population canadienne de 65 ans ou plus au moyen d'une base d'échantillonnage téléphonique pour trouver les numéros de téléphone des ménages comptant au moins une personne aînée.

Certaines enquêtes menées aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande ont utilisé des bases de données administratives qui contenaient des renseignements sur la race ou l'origine ethnique comme base d'échantillonnage pour répertorier les personnes non blanches. Les États-Unis ont utilisé cette stratégie pour le système PRAMS, la base d'échantillonnage étant le registre des naissances, et la Nouvelle-Zélande a utilisé cette stratégie pour l'enquête NZHS, où les listes électorales ont servi à répertorier les Māori. Au Canada, deux bases de données administratives contiennent des renseignements sur la race ou l'origine ethnique : le questionnaire détaillé du recensement et le registre des immigrants ayant obtenu le droit d'établissement (utilisé comme base d'échantillonnage pour l'ELIC)<sup>†</sup>. Le questionnaire détaillé du recensement contient des

données directes sur la race ou l'origine ethnique tandis que le registre des immigrants ayant obtenu le droit d'établissement contient de l'information sur le pays d'origine qui est susceptible d'être utilisée comme indicateur de la race ou de l'origine ethnique. Cette approche ne fournit cependant pas d'information adéquate de la race ou de l'origine ethnique des nouveaux arrivants en provenance de pays et de régions qui ont déjà un taux élevé d'immigration comme l'Europe ou les États-Unis.

Jusqu'à présent, au Canada, des dossiers administratifs ont été utilisés comme bases d'échantillonnage pour au moins deux enquêtes. L'ECI tire son échantillon parmi les personnes qui ont déclaré avoir des limitations dans leur vie quotidienne dans le questionnaire détaillé du recensement de 2016 (pour l'ECI de 2017) et de 2011 (pour l'ECI de 2012). Dans le cas de l'ELIC, l'échantillon est tiré de la base de données administratives d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (anciennement Citoyenneté et Immigration Canada) sur tous les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement.

Parmi les sources de données que nous avons sélectionnées, l'enquête CHIS menée en Californie constitue un cas particulier dans la mesure où les chercheurs ont récemment commencé à utiliser une nouvelle méthode de modélisation prédictive pour obtenir des échantillons des petits sous-groupes raciaux ou ethniques que l'échantillonnage spatial est susceptible d'omettre. Dans le cadre de cette stratégie, ils ont utilisé de nombreux ensembles de données disponibles pour prédire les caractéristiques des ménages comportant des membres de petits groupes non blancs précis. Lorsque ces ménages ont été trouvés par modélisation prédictive, ils ont été placés dans une strate distincte qui a ensuite fait l'objet d'un suréchantillonnage. Nous ne savons pas si cette stratégie s'applique au Canada, mais elle mérite d'être explorée.

Les sources administratives de données sur la santé diffèrent considérablement entre le Canada et certains pays comparables (États-Unis et Nouvelle-Zélande) parce que ceux-ci ont tendance à inclure la race ou l'origine ethnique dans le dossier lui-même, ce qui fait que le jumelage

<sup>†</sup> « Immigrants ayant obtenu le droit d'établissement » est le terme utilisé dans l'ELIC, qui a débuté avant l'établissement du terme juridique « résident permanent » en 2001<sup>64</sup>. Ces deux termes désignent des personnes à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence, mais qui n'ont pas encore obtenu la citoyenneté canadienne<sup>65</sup>.

entre le dossier de santé des personnes et leur race ou origine ethnique n'est pas nécessaire. La Nouvelle-Zélande est la référence en la matière, car l'ethnicité est liée par la loi à un numéro de santé national et consignée au cours de diverses consultations médicales.

En revanche, au Canada, la prestation et l'administration des services de santé et la gestion de leurs bases de données relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux et non du gouvernement fédéral<sup>†</sup>, ce qui fait que les données sur la race ou l'origine ethnique pour les dossiers médicaux administratifs ne peuvent être obtenues qu'au moyen d'un jumelage de données (p. ex. entre le questionnaire détaillé du recensement canadien et l'ESCC). Il y a toutefois des limites à ce jumelage. En effet, le questionnaire détaillé du recensement n'étant administré que tous les cinq ans, les données sur la race et l'origine ethnique ne sont recueillies elles aussi que tous les cinq ans. Cela signifie qu'il manque des renseignements raciaux ou ethniques sur les personnes qui n'ont pas été choisies pour répondre au questionnaire détaillé ou qui n'ont pas participé au recensement. Étant donné que le questionnaire détaillé du recensement n'est administré qu'à 25 % des ménages, les 75 % restants ne sont pas interrogés au sujet de leur race ou de leur origine ethnique, ce qui conduit à une lacune importante dans les données. L'adoption de normes pancanadiennes de collecte des données se révèle une priorité, étant donné le rôle important que joue la collecte appropriée de données dans la promotion de l'équité.

### Points forts et limites

Comme cet article de synthèse traite d'une vaste gamme de sujets et d'éléments à prendre en considération, nous avons utilisé des méthodes approfondies pour éviter toute omission. Nous avons consulté non seulement des publications évaluées par les pairs, mais également les documents d'orientation qui ont été rédigés par les administrateurs de données et les organismes gouvernementaux et qui sont fournis aux chercheurs qui utilisent les bases de données.

La portée de cette étude a été limitée aux sources de données liées à la santé dans

quelques États-providence libéraux, afin de faciliter une étude en temps opportun des stratégies de collecte et des fonds de données. D'autres pays utilisent probablement des méthodes supplémentaires ou particulières de collecte périodique des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques qui auraient également pu éclairer notre revue. Par ailleurs, étant donné que nous avons axé notre analyse sur les ensembles de données sur la santé, nous n'avons pas engagé de réflexion sur la collecte et le regroupement des données fondées sur la race dans des enquêtes ou ensembles de données socioéconomiques.

Une dernière limite est que, comme notre analyse était principalement axée sur le recensement et la comparaison des méthodes employées dans les enquêtes et les bases de données, nous n'avons pas exploré en profondeur les ramifications de ces approches dans la pratique, en particulier la question de savoir si la collecte de données fondées sur la race permet effectivement de dégager les perceptions à propos de la race qui peuvent conduire à des expériences négatives chez les personnes racisées. Il y a un risque que les données sur la race ou l'origine ethnique autodéclarée qui sont recueillies par ces sources ne correspondent pas à la façon dont les personnes sont perçues, ce qui est un facteur crucial dans la façon dont elles sont traitées et donc un important déterminant social de l'état de santé. La plupart des sources de données provenant des pays comparables au Canada ne contiennent pas de questions directes au sujet de la discrimination ou du racisme, et donc ne fournissent pas d'information sur leur impact, qui affecte pourtant directement l'état de santé des personnes racisées. Cette question a été explorée dans une étude canadienne récente, dans laquelle les auteurs ont recommandé qu'une question supplémentaire, du genre « Êtes-vous perçue ou traitée comme une personne de couleur? », soit ajoutée aux questionnaires afin d'évaluer si les personnes sont victimes de racisation et de discrimination raciale<sup>66</sup>.

L'Enquête sociale générale de Statistique Canada contient également des données sur la discrimination, mais beaucoup moins d'information sur l'état de santé, ce qui exclut cette enquête de la portée de

notre analyse. La recherche qui en découle laisse entendre que, comparativement aux Blancs, les Noirs et les Autochtones du Canada vivent régulièrement, et à un degré beaucoup plus élevé, des situations où ils ne sont pas traités comme étant intelligents, où ils reçoivent un mauvais service dans les restaurants et les magasins, où ils ont peur des autres et où ils subissent d'autres formes de « discrimination quotidienne » comparativement à d'autres groupes raciaux au Canada<sup>67</sup>. Il existe aussi des preuves que ces expériences de discrimination sont associées à des problèmes de santé chroniques<sup>67</sup>. Cependant, étant donné que certaines formes de racisme (comme le racisme structurel) ne sont pas facilement détectables au moyen de questions de ce genre, des appels ont récemment été lancés dans la littérature de manière à trouver des façons de mesurer les formes structurelles de racisme plutôt que « seulement » les expériences de racisme à l'échelle de l'individu<sup>68,69</sup>. Nous ne sommes pas en mesure de traiter adéquatement ces enjeux dans notre article.

Malgré ces limites, nous croyons que les pratiques prometteuses décrites ici peuvent être mises en œuvre de façon réaliste au Canada et ainsi renforcer la collecte de données destinée à appuyer l'étude des inégalités raciales ou ethniques en matière de santé. Les enquêtes sur la santé au Canada devraient intégrer des stratégies ciblées et de suréchantillonnage pour que les échantillons analysés soient plus grands et plus représentatifs sur le plan racial. De plus, l'exploration de l'utilisation de techniques de modélisation prédictive et l'intégration directe de données sur la race dans les sources administratives, comme l'information associée à la carte d'assurance-maladie personnelle, pourraient améliorer la représentativité et l'utilité des données sur la santé.

### Conclusion

La capacité du Canada à recueillir des renseignements sur les inégalités raciales en matière de santé est inférieure à celle de pays comparables, principalement les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, mais il y a des pratiques prometteuses à tirer de ces pays. Le Canada a une collecte assez limitée de données sur la race, particulièrement parmi les sources

<sup>†</sup> À l'exception des services de santé fournis par le gouvernement fédéral aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves, aux Inuits, aux membres actifs des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants admissibles, aux détenus dans les pénitenciers fédéraux et à certains demandeurs d'asile.

administratives de données. À court terme, nous recommandons de poursuivre l'élargissement du jumelage des données avec des sources qui contiennent des données sur la race (telles que le questionnaire détaillé du recensement et l'ESCC), de façon à augmenter la capacité d'analyse des inégalités raciales en matière de santé.

Pour faciliter la réalisation d'études de grande qualité sur les inégalités raciales en matière de santé, nous recommandons fortement de favoriser ce type de jumelage de données et, en outre, de fournir aux chercheurs plus de détails sur la classification de certains groupes raciaux ou ethniques (tout en maintenant la censure des petits échantillons). Étant donné le rôle important que jouent le racisme et la discrimination en tant que déterminants sociaux de la santé, nous recommandons également que les enquêtes populationnelles sur la santé contiennent plus de questions aux répondants au sujet de leurs expériences de racisme et de discrimination, afin de faire avancer ce domaine de recherche. À plus long terme, une réflexion sérieuse doit être menée sur la mise en œuvre de la collecte et du jumelage systématiques de données fondées sur la race dans les ensembles de données administratives, par exemple le jumelage avec le questionnaire détaillé du recensement ou l'utilisation d'algorithmes pour identifier la race.

À l'heure actuelle, les enquêtes menées au Canada ne disposent pas de mécanismes permettant de recueillir des échantillons représentatifs de divers groupes raciaux. À la suite de notre analyse, nous avons constaté que les enquêtes canadiennes sur la santé utilisent principalement des stratégies d'échantillonnage spatial, mais qu'elles recueillent rarement un échantillon suffisant de groupes raciaux ou ethniques non blancs. Compte tenu de l'existence de données spatiales sur la densité raciale ou ethnique par le biais du recensement, il serait vraisemblablement possible d'ajouter cette stratégie de stratification et de suréchantillonnage à la stratégie simple d'échantillonnage spatial actuellement employée. À court terme, nous recommandons donc de modifier la stratégie d'échantillonnage afin d'augmenter la taille de ces échantillons et d'y inclure des strates divisées par indicateurs spatiaux de race ou d'ethnicité, et de réaliser un suréchantillonnage dans les zones où il y a une proportion accrue de Noirs et d'autres groupes non blancs. Cela

permettra également la mise en œuvre d'une méthode de modélisation prédictive novatrice (comme celle utilisée dans l'enquête CHIS menée en Californie) permettant d'améliorer l'échantillonnage de ces populations.

Bien que nous ayons analysé bon nombre de nos sources de données et approches dans l'optique d'améliorer la collecte de données et l'analyse des inégalités en matière de santé au sein de la population canadienne noire, les résultats de notre étude de recherche peuvent se révéler utiles à de nombreux groupes, en particulier les Autochtones et d'autres populations sous-échantillonnées du Canada. Il existe des méthodes novatrices et réalisables, utilisées avec succès par des pays comparables, qui sont aptes à renforcer la collecte et l'utilisation de données fondées sur la race au Canada, ce qui mènera à une infrastructure de données plus inclusive, à une compréhension plus complète des inégalités en matière de santé et à des politiques fondées sur des données probantes.

## Remerciements

L'étude de recherche présentée a été menée conjointement par des membres du personnel de l'ASPC et par une consultante externe subventionnée par l'ASPC.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs et avis

Conception : BJ, AS.

Obtention de fonds : AS.

Recherche : MJ.

Méthodologie : MJ, BJ, AS.

Administration du projet : MJ, AB, BJ, AS.

Supervision : AS.

Rédaction de la première version du manuscrit : MJ, AS.

Relectures et révisions : MJ, AB, BJ, AS.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à la position du gouvernement du Canada.

## Références

1. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(9):647-652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
2. Black Health Alliance. Anti-Black racism [Internet]. Toronto (Ont.) : Black Health Alliance; date inconnue [consultation le 27 avril 2021]. En ligne à : <https://blackhealthalliance.ca/home/antiblack-racism>
3. Domise A. The deterioration of data is robbing marginalized communities of their voice. *Globe and Mail* [Internet]; 7 févr. 2019 [modification le 7 mars 2019, consultation le 10 août 2021]. En ligne à : <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-the-deterioration-of-data-is-robbing-marginalized-communities-of-their/>
4. Grant T, Balkissoon D. How Canada's racial data gaps can be hazardous to your health. *Globe and Mail* [Internet]; 6 févr. 2019 [modification le 11 février 2019, consultation le 10 août 2021]. En ligne à : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-how-canadas-racial-data-gaps-can-be-hazardous-to-your-health-and/>
5. Abdillahi I, Shaw A. Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens noirs : un aperçu. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020 [consultation le 10 août 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/social-determinants-inequities-black-canadians-snapshot/iniquity%20c3%a9s-en-sant%c3%a9-canadiens-noirs.pdf>
6. Williams DR, Mohammed SA. Racism and health I: pathways and scientific evidence. *Am Behav Sci*. 2013 Aug; 57(8):1152-1173. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>

7. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol.* 2015;41(1): 311-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
8. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Le racisme et l'équité en santé : parlons-en (éd. rév.). Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier; 2018. En ligne à : [https://nccdh.ca/images/uploads/Lets-Talk-Racism-and-Health-Equity-FR\\_FV\\_2024.pdf](https://nccdh.ca/images/uploads/Lets-Talk-Racism-and-Health-Equity-FR_FV_2024.pdf)
9. Veracini L. *Settler colonialism: a theoretical overview.* London (UK) : Palgrave Macmillan; 2011. 192 p.
10. Robinson CJ, Quan HLT, Gilmore RW. *On racial capitalism, Black internationalism, and cultures of resistance.* London (UK) : Pluto Press; 2019.
11. Smith A. Heteropatriarchy and the three pillars of White supremacy: rethinking women of color organizing. Dans : *INCITE! Women of Color Against Violence*, dir. Color of violence [livre électronique]. Durham (NC) : Duke University Press; 2016 : 66-73. En ligne à : <https://read.dukeupress.edu/books/book/3/chapter/95859>
12. Smith A. Indigeneity, settler colonialism, White supremacy. Dans : HoSang DM, LaBennett O, Pulido L, dir. *Racial formation in the twenty-first century* [livre électronique]. Los Angeles (CA) : University of California Press; 2012 : 66-90. <https://doi.org/10.1525/california/9780520273436.003.0005>
13. *Historica Canada*, Harper Collins Canada. *Black history in Canada: education guide.* Toronto (Ont.) : *Historica Canada*; date inconnue. En ligne à : [http://education.historicacanada.ca/files/19/EN\\_BlackHistory\\_Digital.pdf](http://education.historicacanada.ca/files/19/EN_BlackHistory_Digital.pdf)
14. McCullough S, McRae M. *L'esclavage noir dans l'histoire canadienne* [Internet]. Winnipeg (Man.) : Musée canadien pour les droits de la personne; 2018 [mise à jour en 2023; consultation le 28 avril 2021]. En ligne à : <https://droitsdelapersonne.ca/histoire/lesclavage-noir-dans-lhistoire-canadienne>
15. Kendi IX, Blain KN, dir. *Four hundred souls: a community history of African America, 1619-2019.* 1<sup>e</sup> éd. New York (NY) : One World; 2021.
16. Lawrence B. *Esclavage des Autochtones au Canada* [Internet]. Toronto (Ont.) : *L'Encyclopédie canadienne*; 2016 [modification le 8 mai 2020; consultation le 17 septembre 2023]. En ligne à : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/slavery-of-indigenous-people-in-canada>
17. Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Réseau pancanadien de santé publique. *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national.* Ottawa (Ont.) : ASPC; 2018 [consultation le 17 février 2021]. En ligne à : [https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_acquisitions\\_list-ef/2019/19-06/publications.gc.ca/collections/collection\\_2019/aspc-phac/HP35-109-2018-1-fra.pdf](https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2019/19-06/publications.gc.ca/collections/collection_2019/aspc-phac/HP35-109-2018-1-fra.pdf)
18. Statistique Canada. *Profil du recensement, Recensement de la population de 2021* [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [consultation le 31 janvier 2025]. En ligne à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
19. Battaglia MP. Purposive sample [Entrée]. Dans : Lavrakas P, dir. *Encyclopedia of survey research methods* [Internet]. Thousand Oaks (CA) : Sage Publications; 2008 : 645-647. En ligne à : <https://methods.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-survey-research-methods/n419.xml>
20. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism.* Princeton (NJ) : Princeton University Press; 1990.
21. Hall PA, Soskice DW, dir. *Varieties of capitalism: the institutional foundations of comparative advantage.* 1<sup>e</sup> éd. Oxford (UK) : Oxford University Press; 2001.
22. Covidence systematic review software. Melbourne (AU) : Veritas Health Innovation.
23. Statistique Canada. *Enquêtes et programmes statistiques (par sujet)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2000 [consultation le 11 août 2021]. En ligne à : <https://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/indexth-fra.htm>
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Behavioral Risk Factor Surveillance System* [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2020 [modification le 22 novembre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://www.cdc.gov/brfss/index.html>
25. iSER. About BHPS [Internet]. iSER; Colchester (R.-U.) : iSER; date inconnue [consultation le 31 janvier 2025]. En ligne à : <https://www.iser.essex.ac.uk/bhps/about>
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *CDC WONDER* [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2020 [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://wonder.cdc.gov/>
27. Institute for Social Research. *The Health and Retirement Study* [Internet]. Ann Arbor (MI) : University of Michigan; 2024 [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://hrs.isr.umich.edu/about>
28. Chetty R, Stepner M, Abraham S, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA.* 2016;315(16): 1750-1766. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226>
29. NHS England. *Health Survey for England* [Internet]. London (UK) : date inconnue [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england>
30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *National Health and Nutrition Examination Survey* [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2021 [modification le 27 novembre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm)
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *National Health Interview Survey* [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2021 [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>

32. Carolina Population Center. Add Health [Internet]. Chapel Hill (NC): University of North Carolina; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://addhealth.cpc.unc.edu>
33. Jackson JS, Torres M, Caldwell CH, et al. The National Survey of American Life: a study of racial, ethnic and cultural influences on mental disorders and mental health. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(4):196-207. <https://doi.org/10.1002/mpr.177>
34. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) [Internet]. Atlanta (GA): CDC; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.cdc.gov/prams/index.htm>
35. Center for Health Policy Research. California Health Interview Survey [Internet]. Los Angeles (CA): UCLA; 2024 [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://healthpolicy.ucla.edu/chis/Pages/default.aspx>
36. United States Census Bureau. Mortality disparities in American communities (MDAC) [Internet]. Washington (DC) : United States Census Bureau; 2022 [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://www.census.gov/mdac>
37. National Institute on Aging. Midlife in the United States: a national longitudinal study of health and well-being [Internet]. Madison (WI) : University of Wisconsin; 2022 [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <http://midus.wisc.edu>
38. The Social Research Center. New South Wales Population Health Survey [Internet]. Canberra (AU) : Australian National University; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.srcentre.com.au/our-research/new-south-wales-population-health-survey#:~:text=New%20South%20Wales%20Population%20Health%20Survey%20The%20Social,a%20phone%20call%20from%200257325750%20regarding%20this%20study>
39. NYC Health. Community Health Survey trends [Internet]. New York (NY): City of New York; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www1.nyc.gov/site/doh/data/data-sets/community-health-survey.page>
40. New Zealand Ministry of Health. Statistics and research [Internet]. Wellington (NZ): New Zealand Ministry of Health; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.health.govt.nz/nz-health-statistics>
41. New Zealand Ministry of Health. New Zealand Health Survey [Internet]. Wellington (NZ): New Zealand Ministry of Health; date inconnue [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://www.health.govt.nz/statistics-research/surveys/new-zealand-health-survey>
42. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute, date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://seer.cancer.gov/index.html>
43. Economic and Social Research Council (ERSC). Understanding Society [Internet]. Understanding Society— The UK Household Longitudinal Study. Swindon (UK.): ERSC; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.understandingsociety.ac.uk>
44. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [modification du 29 décembre 2023; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1208978](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1208978)
45. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [modification le 20 octobre 2022; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1450697](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1450697)
46. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [modification du 9 septembre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1504253](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1504253)
47. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [modification le 29 septembre 2021; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1261144](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1261144)
48. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le logement [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [modification le 28 octobre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1545093](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1545093)
49. Statistique Canada. Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2016 [modification le 30 novembre 2023; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1329901](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1329901)
50. Statistique Canada. Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [modification le 27 novembre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://www.statcan.gc.ca/fr/microdonnees/centres-donnees/donnees/csercan>
51. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Métadonnées de la Banque de données hospitalières sur la santé mentale et l'utilisation de substances (BDHSMUS) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2024 [consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://www.cih.ca/fr/metadonnees-de-la-banque-de-donnees-hospitalieres-sur-la-sante-mentale-et-lutilisation-de>

52. Statistique Canada. Enquête sur la population active (EPA) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [modification le 7 novembre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1556379](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=1556379)
53. ICES. ICES [Internet]. Toronto (Ont.) : ICES; date inconnue [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.ices.on.ca/>
54. Manitoba Centre for Health Policy. Manitoba Population Research Data Repository [Internet]. Winnipeg (Man.) : Université du Manitoba; date inconnue [consultation le 31 janvier 2025]. En ligne à : <https://umanitoba.ca/manitoba-centre-for-health-policy/data-repository>
55. Chui T. Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : le processus, les progrès et les perspectives. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2003. [N° 89-611-XIE au catalogue de Statistique Canada.] En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-611-x/89-611-x2003001-fra.pdf?st=Via3hrp9>
56. Santé Canada. Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2005 [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-surveillance.html>
57. Statistique Canada. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009 [consultation le 4 mai 2021]. En ligne à : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450)
58. Population Data BC. About PopData [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Université de la Colombie-Britannique; 2024 [consultation le 17 août 2024]. En ligne à : <https://www.popdata.bc.ca/index.php/about>
59. Sproston K, Mindell J, dir. Health Survey for England 2004: the health of minority ethnic groups (vol. 1); 2006. En ligne à : <https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub01xxx/pub01170/hea-surv-ethn-min-eng-2004-rep-v1.pdf>
60. New Zealand Ministry of Health. National Health Index [Internet]. New Zealand Ministry of Health; date inconnue [consultation le 12 déc. 2024]. En ligne à : <https://www.tewhaturora.govt.nz/health-services-and-programmes/health-identity/national-health-index>
61. Motiuk L, Arnet-Zargarian A. Changements au sein de la population de délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale : de 2015 à 2020 [Internet]. Service correctionnel Canada; 2021. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/csc-scc/migration/005/008/092/005008-rib-21-12-fr.pdf>
62. IPUMS Center for Data Integration. NHIS sample design [Internet]. Minneapolis (MN) : IPUMS Health Surveys; 2024 [consultation le 17 août 2024]. En ligne à : [https://nhis.ipums.org/nhis/userNotes\\_sampledesign.shtml](https://nhis.ipums.org/nhis/userNotes_sampledesign.shtml)
63. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf>
64. Gouvernement du Canada. *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* [Internet]. L.C. 2001, ch. 27. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2001 [consultation le 17 septembre 2023]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-2.5/page-1.html#h-2>
65. Statistique Canada. 150 ans d'immigration au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2016 [modification le 8 octobre 2024; consultation le 12 décembre 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2016006-fra.htm#def1>
66. Bauer GR, Mahendran M, Braimoh J, Alam S, Churchill S. Identifying visible minorities or racialized persons on surveys: can we just ask? Can J Public Health. 2020;111(3):371-382. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00325-2>
67. Siddiqi A, Shahidi FV, Ramraj C, Williams DR. Associations between race, discrimination and risk for chronic disease in a population-based sample from Canada. Soc Sci Med. 2017;194:135-141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.009>
68. Dougherty GB, Golden SH, Gross AL, Colantuoni E, Dean LT. Measuring structural racism and its association with BMI. Am J Prev Med. 2020; 59(4):530-537. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.019>
69. Plain C. Measuring structural racism [Internet]. Minneapolis (MN) : University of Minnesota School of Public Health; 2018 [consultation le 11 août 2021]. En ligne à : <https://www.sph.umn.edu/news/measuring-structural-racism>