N° au catalogue 89-653-X2019005
ISBN : 978-0-660-33302-1

Enquête auprès des peuples autochtones

Les Autochtones ayant une incapacité au Canada : les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 15 ans et plus

par Tara Hahmann, Ph. D., Nadine Badets
et Jeffrey Hughes

Date de diffusion : le 12 décembre 2019

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2019

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Les Autochtones ayant une incapacité au Canada : les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 15 ans et plus

par **Tara Hahmann,** Ph. D., **Nadine Badets** et **Jeffrey Hughes**

Faits saillants

- En 2017, 32 % des Premières Nations vivant hors réserve, 30 % des Métis et 19 % des Inuits avaient une ou plusieurs incapacités qui les limitaient dans leurs activités quotidiennes.
- Les taux d'incapacité chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits étaient plus élevés que ceux observés au sein de la population non autochtone. Cela demeurait le cas après la prise en compte des différences entre les groupes de population au chapitre de l'âge, de la région géographique et de la taille du centre de population. Les taux d'incapacité chez les Inuits étaient plus faibles, principalement en raison du fait que les Inuits sont plus jeunes.
- Chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, les taux d'incapacité étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les taux d'incapacité augmentaient avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Parmi tous les degrés de sévérité, l'incapacité légère était la plus fréquente chez les trois groupes autochtones, à la fois chez les hommes et les femmes.
- Chez tous les groupes autochtones, les incapacités liées à la douleur étaient les plus fréquentes.
- Des différences ont été observées dans les taux d'incapacité selon la province ou le territoire et selon la région inuite dans l'Inuit Nunangat. Chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, la prévalence de l'incapacité était plus élevée en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, alors que chez les Inuits, celle-ci était plus importante au Nunatsiavut.

Introduction

Au Canada, l'incapacité est définie à l'aide du modèle social de l'incapacité, qui tient compte non seulement des déficiences ou des difficultés à exécuter des tâches d'une personne, mais aussi de l'impact supplémentaire des barrières environnementales qui créent l'incapacité. Ces barrières environnementales peuvent être physiques, comme les escaliers; être d'ordre technologique, comme le fait de ne pas avoir accès à des sites Web; ou être le résultat d'attitudes pouvant mener à la discrimination ou à l'exclusion. Cette approche met l'accent sur les obstacles à la participation des personnes ayant des incapacités à la société et à l'économie (Gouvernement du Canada, 2019).

Bien que l'incapacité ait fait largement l'objet d'analyses au sein de la population canadienne en général (Arim, 2012; Burlock, 2017; Casey, 2015; Morris et autres, 2018), il existe beaucoup moins d'études sur l'incapacité chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Ceux-ci sont souvent sous-représentés dans les études ou sont considérés comme formant un groupe homogène (Wilson et Young, 2008), passant sous silence la diversité culturelle, historique et géographique de ces populations. Des études sur l'incapacité chez les Autochtones sont particulièrement pertinentes, compte tenu de la discrimination et de l'oppression historique dont ils ont été victimes et du traumatisme qu'ils ont subi (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2018), lesquels sont liés à diverses inégalités, tant sur le plan social qu'en matière de santé (Firestone, Tyndall et Fischer, 2015).

Des études antérieures ont révélé une prévalence plus élevée de l'incapacité chez les peuples autochtones au Canada par rapport à la population non autochtone (Burlock, 2017). Selon l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2012, les femmes autochtones étaient plus susceptibles que celles non autochtones d'avoir une ou plusieurs incapacités, alors qu'on observait une tendance similaire entre les hommes autochtones et ceux non autochtones, bien que dans une moindre mesure. Les femmes autochtones étaient également plus susceptibles que celles non autochtones d'avoir une incapacité sévère ou très sévère.

Peu d'études ont été menées sur les types d'incapacités chez les trois groupes autochtones. La plupart des recherches sur ces populations ont abordé le sujet sous l'angle des problèmes de santé chroniques plutôt que sous l'angle de l'incapacité. Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de 2008 à 2010, chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés du Nord, les problèmes de santé chroniques les plus fréquemment signalés étaient les maux de dos chroniques (16,2 %), la déficience auditive (8,8 %), la cécité ou les problèmes de vision (3,6 %), les troubles d'apprentissage (3,6 %) ainsi que les problèmes cognitifs et de santé mentale (1,2 %). Des études précédentes sur la douleur chez les peuples autochtones au Canada et aux États-Unis ont, dans l'ensemble, révélé des taux nettement plus élevés de douleur déclarée, et à certains endroits du corps (p. ex. le dos, la tête, le cou, les articulations) par rapport à la population non autochtone (Jimenez et autres, 2011). Ces études fournissent des renseignements contextuels importants sur les problèmes de santé auxquels sont confrontés les Premières Nations vivant dans une réserve et les peuples autochtones de façon plus générale.

Le présent article vise à combler une lacune au chapitre des connaissances en fournissant un profil des Premières Nations vivant hors réserve[1], des Métis et des Inuits ayant une incapacité en utilisant les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA)[2] de 2017. L'EAPA est une enquête nationale unique visant à recueillir des renseignements sur les conditions sociales et économiques des peuples autochtones au Canada.

Cet article donne un aperçu de la prévalence de l'incapacité[3] chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, selon le sexe, le groupe d'âge et la région géographique. Afin de tenir compte des différences liées au sexe, à l'âge, à la région géographique (c.-à-d. la province, le territoire ou la région inuite) et à la taille du centre de population entre tous les groupes de population considérés, une analyse de régression logistique est fournie (voir l'encadré 2). Les caractéristiques de l'incapacité, dont la sévérité de l'incapacité et le type d'incapacité, sont ensuite examinées.

La prévalence de l'incapacité chez les trois groupes autochtones a été établie à partir des questions d'identification des incapacités (QII), figurant dans l'EAPA pour la première fois en 2017. Dans cet article, on utilise aussi des données tirées de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2017; cette enquête a également recours aux QII pour identifier les personnes ayant une incapacité et fournit des renseignements liés à l'incapacité au sein de la population en général[4]. Cette source de données est utilisée pour établir les taux d'incapacité au sein de la population non autochtone, afin de mettre en contexte les constatations faites pour les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits.

Les Autochtones se distinguent de la population non autochtone à plusieurs égards; ils ont notamment des caractéristiques démographiques différentes, comme une structure d'âge plus jeune et une concentration régionale unique (Statistique Canada, 2018). L'accès aux mesures de soutien et aux services comme les soins de santé constitue un défi supplémentaire plus marqué chez les peuples autochtones (Davy et autres, 2016; Liddy et autres, 2017). En outre, les répercussions historiques et continues de la colonisation, comme le placement forcé des enfants dans les pensionnats, le retrait d'enfants de leur famille et le déplacement des communautés, constituent des facteurs importants, propres aux Autochtones (King, Smith et Gracey, 2009; McKenzie et autres, 2016), qui devraient être pris en compte dans les analyses. Aux fins du présent article, les taux d'incapacité au sein de la population non autochtone sont fournis pour mettre en contexte l'analyse principale de la population autochtone. Les comparaisons entre les taux observés au sein de la population autochtone et non autochtone doivent être considérées en tenant compte de ces différences.

1. L'échantillon de l'EAPA était composé de Premières Nations vivant hors réserve et non de celles qui résidaient dans les réserves. Veuillez consulter la section « Méthodes » pour obtenir plus de renseignements sur la population cible de l'EAPA.
2. Il s'agit des répondants ayant déclaré appartenir à un groupe autochtone dans le questionnaire de l'EAPA de 2017.
3. Dans l'ensemble du présent article, les expressions « prévalence de l'incapacité » et « taux d'incapacité » sont utilisées de façon interchangeable.
4. Les fichiers de données de l'ECI de 2017 comprennent également des données couplées tirées du Recensement de 2016, y compris la variable sur l'identité autochtone, qui permet d'identifier les Canadiens non autochtones ayant une incapacité dans les fichiers de données de l'ECI.

Encadré 1 À propos des questions d'identification des incapacités

L'ECI et l'EAPA ont recours aux nouvelles questions d'identification des incapacités (QII) du Canada, lesquelles ont été créées entre 2010 et 2012. Les QII sont fondées sur le modèle social de l'incapacité, lequel définit l'incapacité comme les limitations des activités d'une personne découlant de l'interaction entre la déficience (ou la difficulté à exécuter une tâche) et l'environnement de cette personne. Les QII ont été conçues dans le but de mieux identifier les personnes ayant une incapacité et portent sur 10 types d'incapacités (dont l'incapacité « inconnue ») ainsi que sur les degrés de sévérité de l'incapacité. Les QII ciblent les répondants qui ont non seulement de la difficulté à accomplir des tâches quotidiennes ou qui ont une déficience attribuable à une condition ou à un problème de santé à long terme, mais qui sont aussi limités dans l'exercice de leurs activités quotidiennes en raison de cette difficulté. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la publication intitulée *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 : Guide des concepts et méthodes*.

Chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, près d'une personne sur trois avait une incapacité et près d'un Inuit sur cinq présentait une incapacité

Les Autochtones représentaient 4,9 % de la population canadienne en 2016, selon le recensement de la population. Parmi les Autochtones au Canada, 58 % étaient des Premières Nations (vivant hors réserve ou dans les réserves), 35 %, des Métis et 4 %, des Inuits. La majorité d'entre eux ont déclaré une identité autochtone unique (Statistique Canada, 2017c). Plus de la moitié des Premières Nations (56 %) vivaient hors réserve (Statistique Canada, 2017c).

La prévalence de l'incapacité[5] variait d'un groupe autochtone à l'autre, près du tiers des Premières Nations vivant hors réserve (32 %) et des Métis (30 %) âgés de 15 ans et plus avaient au moins une incapacité en 2017. Chez les Inuits, cette proportion était de 19 % (tableau 1)[6]. Chez les non-Autochtones, 22 % avaient une incapacité[7].

Des études antérieures ont révélé que l'incapacité a tendance à augmenter avec l'âge (Morris et autres, 2018). Dans le cas des trois groupes autochtones, les taux d'incapacité doivent être interprétés dans le contexte d'une jeune population (Statistique Canada, 2018). Les Inuits formaient le plus jeune des trois groupes autochtones, affichant un âge moyen de 27,7 ans, suivis des Premières Nations, dont l'âge moyen était de 30,6 ans, et des Métis, celui-ci étant de 34,7 ans (Statistique Canada, 2018). Au sein de la population en général, l'âge moyen était de 41 ans (Statistique Canada, 2016).

L'incapacité augmentait avec l'âge chez les hommes et les femmes, et ce, dans les trois groupes autochtones

Des études précédentes ont révélé que les femmes affichaient des taux d'incapacité plus élevés que ceux des hommes (Burlock, 2017). Les résultats figurant dans le présent article permettent de faire les mêmes constatations; les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites étaient plus susceptibles d'avoir une incapacité que les hommes de ces trois groupes (données non présentées). Les différences dans la prévalence de l'incapacité entre les femmes et les hommes autochtones étaient plus importantes que celle observée entre les femmes et les hommes non autochtones[8].

5. La définition de l'incapacité des QII comprend toute personne ayant déclaré être « parfois », « souvent » ou « toujours » limitée dans ses activités quotidiennes en raison d'une condition ou d'un problème de santé à long terme, ainsi que toute personne ayant indiqué être « rarement » limitée si elle était également incapable d'exécuter certaines tâches ou ne pouvait les accomplir avec beaucoup de difficulté.
6. Les chiffres correspondants pour les personnes ayant une incapacité dans chacun des trois groupes autochtones sont les suivants : les Premières Nations vivant hors réserve (155 990), les Métis (137 770) et les Inuits (8 220).
7. Ces chiffres, et tous les chiffres subséquents liés à la population non autochtone, excluent les personnes ayant déclaré une identité autochtone dans le cadre de l'ECI de 2017.
8. Les différences liées au sexe les plus importantes ont été observées parmi les Premières Nations vivant hors réserve (26 % chez les hommes par rapport à 37 % chez les femmes) et les Métis (25 % chez les hommes par rapport à 34 % chez les femmes). Des différences liées au sexe ont également été constatées parmi les Inuits (15 % chez les hommes par rapport à 22 % chez les femmes) et au sein de la population non autochtone (20 % chez les hommes par rapport à 24 % chez les femmes), bien que dans une moindre mesure (données non présentées).

Chez les hommes et les femmes autochtones et non autochtones, l'incapacité augmentait avec l'âge, même si les tendances variaient selon le groupe autochtone et le sexe (tableau 1). Chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, celles de 40 à 54 ans (45 %) et de 55 ans et plus (44 %) étaient plus susceptibles d'avoir une incapacité que les femmes de 15 à 24 ans (27 %). La tendance chez les hommes des Premières Nations vivant hors réserve était similaire.

En ce qui concerne les femmes métisses, le taux d'incapacité était plus élevé chez celles de 55 ans et plus (43 %) que chez celles de 15 à 24 ans (31 %). Le taux d'incapacité chez les hommes métis de 40 ans et plus était plus haut que chez les hommes métis faisant partie du groupe le plus jeune.

Tableau 1
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité selon l'identité autochtone, le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2017

	Identité autochtone			
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits	Population non autochtone
Groupe d'âge	pourcentage			
15 ans et plus	**32,3**	**30,0**	**18,6**	**21,8**
Hommes				
15 à 24 ans (catégorie de référence)	**19,0**	**16,6**	**9,1**	**10,2**
25 à 39 ans	17,0	18,1	11,3	11,6
40 à 54 ans	31,8*	28,6*	15,5	18,3*
55 ans et plus	39,8*	36,4*	35,7*	30,9*
Femmes				
15 à 24 ans (catégorie de référence)	**26,9**	**31,3**	**13,5**	**14,8**
25 à 39 ans	33,9	26,8	19,0	16,8*
40 à 54 ans	45,0*	36,1	22,9*	20,0*
55 ans et plus	44,1*	43,4*	38,0*	33,8*

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas)

Note : Les groupes d'âge ont été déterminés en fonction de la structure par âge plus jeune de la population autochtone.

Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Les taux d'incapacité chez les femmes inuites de 40 à 54 ans (23 %) et celles de 55 ans et plus (38 %) étaient plus élevés que ceux des femmes inuites de 15 à 24 ans (14 %). Les hommes inuits de 55 ans et plus affichaient des taux d'incapacité nettement plus élevés que ceux observés chez les hommes de 15 à 24 ans.

Encadré 2 Analyse multivariée de la probabilité d'avoir une incapacité

Il est important de tenir compte des caractéristiques démographiques uniques des peuples autochtones au moment d'évaluer en quoi les taux d'incapacité diffèrent de ceux de la population non autochtone. Le fait de prendre en compte les différences dans les caractéristiques démographiques, comme la structure d'âge plus jeune des Autochtones par rapport aux non-Autochtones, peut aider à déterminer dans quelle mesure de tels facteurs influent sur les différences dans les taux d'incapacité. Les différences dans les taux d'incapacité entre la population autochtone et celle non autochtone qui persistent après la prise en compte des variables démographiques peuvent être attribuées à une série de facteurs qui ne sont pas pris en considération dans les modèles[9].

Par conséquent, on utilise dans le présent article la moyenne de la population pour chacun des groupes autochtones[10] pour mieux comprendre comment des facteurs comme l'âge, le sexe, la région géographique (c.-à-d. la province, le territoire ou la région inuite) et la taille du centre de population permettent d'expliquer les différences entre les taux d'incapacité observés chez les non-Autochtones et les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, respectivement. Pour ce faire, on calcule ce que serait le taux d'incapacité prédit[11] au sein de la population non autochtone si cette population présentait les caractéristiques d'âge, de sexe, de région géographique et de taille du centre de population des Premières Nations vivant hors réserve, et de même chez les Métis et les Inuits. Pour obtenir plus de renseignements sur l'analyse multivariée, veuillez consulter la section « Méthodes ». Pour avoir une description détaillée de ces constatations, veuillez vous référer à l'annexe.

9. De nombreuses différences entre ces groupes (p. ex. les conditions de logement, le surpeuplement) ainsi que d'autres facteurs ayant des répercussions uniques sur les Autochtones (p. ex. la fréquentation des pensionnats indiens, la rafle des années 1960) n'ont pas été pris en compte dans le présent article. Étant donné que chaque groupe autochtone a subi diverses répercussions du colonialisme, les facteurs ayant une influence sur l'incapacité peuvent varier selon le groupe concerné.
10. Les probabilités prédites d'avoir une incapacité ont été calculées pour chaque population dans son ensemble. Les probabilités prédites chez les non-Autochtones ont été calculées trois fois, d'après les valeurs pour la population moyenne de certaines caractéristiques démographiques pour chacun des trois groupes autochtones : le sexe, l'âge, la province, le territoire ou la région de l'Inuit Nunangat et la taille du centre de population.
11. Les probabilités prédites sont calculées à partir de la vraisemblance prédite par le modèle d'avoir une incapacité lorsque les covariables ont des valeurs moyennes, en fonction de régressions logistiques. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la section « Méthodes ».

Encadré 2 Analyse multivariée de la probabilité d'avoir une incapacité (suite)

Après la prise en compte de certaines variables démographiques, l'incapacité demeurait plus élevée chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis

Après avoir pris en considération les caractéristiques démographiques indiquées ci-dessus, les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis demeuraient plus susceptibles que les non-Autochtones d'avoir une incapacité, ce qui indique que les différences observées dans les taux d'incapacité entre ces groupes ne sont pas principalement attribuables à celles constatées à l'égard de ces caractéristiques démographiques.

Chez les Inuits, la structure d'âge plus jeune et la région géographique sont des facteurs importants dans la prévalence de l'incapacité

Contrairement aux résultats présentés dans le tableau 1, les Inuits n'étaient pas moins susceptibles d'avoir une incapacité que la population non autochtone lorsque les différences dans certaines caractéristiques démographiques étaient prises en compte. La probabilité prédite d'avoir une incapacité chez les non-Autochtones (pour la moyenne de la population des Inuits) (12 %)[12] était nettement moins élevée que le taux d'incapacité réel global chez les non-Autochtones (22 %). Cela indique que les caractéristiques démographiques — notamment une structure d'âge plus jeune et une répartition géographique différente, qui pourraient entre autres refléter des différences en ce qui a trait à l'isolement et à l'accès aux services — jouent un rôle important dans un taux global d'incapacité plus faible au sein de la population inuite.

Parmi les trois groupes autochtones, les femmes affichaient des taux d'incapacité prédits plus élevés que ceux des hommes, et ces différences étaient plus importantes qu'au sein de la population non autochtone

Comme le démontre le tableau 1, les taux d'incapacité étaient plus élevés chez les femmes des trois groupes d'identité autochtone, et ceux-ci augmentaient avec l'âge. Cependant, il importe d'examiner en quoi ces relations étaient différentes entre les groupes autochtones et la population non autochtone[13].

Comparativement à la population non autochtone, les taux d'incapacité prédits chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis étaient beaucoup plus élevés à un plus jeune âge, mais ils se ressemblaient davantage à un âge plus avancé. En revanche, les taux d'incapacité prédits chez les jeunes inuits étaient assez similaires à ceux de la population non autochtone, mais ces taux divergeaient chez les Inuits plus âgés, de sorte que les Inuits plus âgés affichaient un taux d'incapacité prédit plus élevé que celui des non-Autochtones.

De plus, chez les trois groupes autochtones, les jeunes femmes affichaient des taux d'incapacité prédits plus élevés que les hommes, et ces variations étaient plus importantes que celles observées entre les hommes et les femmes non autochtones. Cependant, ces différences liées au sexe diminuaient avec l'âge.

12. Il convient de souligner que ces probabilités prédites peuvent ne pas correspondre aux taux présentés dans le tableau 1. La raison en est que les probabilités prédites sont calculées pour une personne « moyenne » théorique, plutôt que comme la probabilité moyenne au sein d'une population donnée. Les probabilités prédites indiquées dans le présent article sont présentées aux fins de comparaison avec la population non autochtone. Pour obtenir une description plus détaillée de ces constatations, veuillez consulter l'annexe.
13. Les modèles comprennent le sexe et le groupe d'âge ainsi que la région et la taille du centre de population.

Encadré 2 Analyse multivariée de la probabilité d'avoir une incapacité (suite)

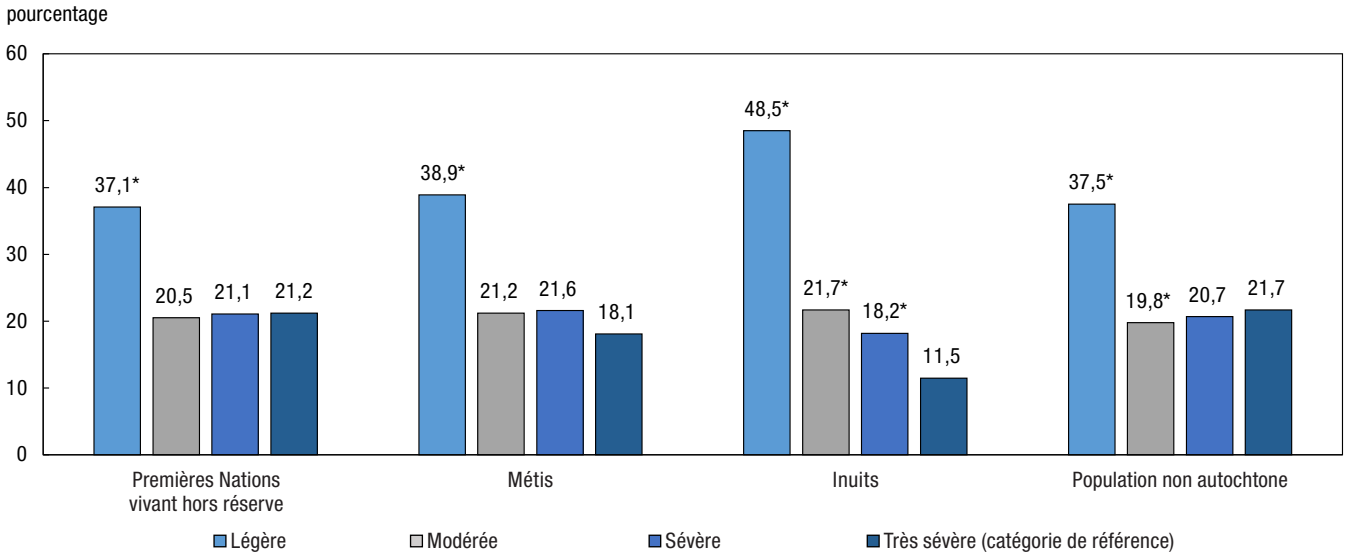
Bien que les différences démographiques entre la population non autochtone et les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits sont à l'origine de certaines des variations observées dans les taux d'incapacité, de nombreux autres facteurs doivent être pris en compte

Si la prise en compte de l'âge, du sexe, de la région géographique et de la taille du centre de population[14] permet de mieux comprendre les tendances liées aux taux d'incapacité, il apparaît clairement que d'autres facteurs entrent en jeu. Même après avoir tenu compte de ces variables démographiques, on pouvait toujours observer une différence globale dans les taux d'incapacité prédits de 11 à 14 points de pourcentage chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, comparativement à la population non autochtone. De plus, bien que les différences démographiques aient contribué à expliquer certaines des variations observées dans les taux d'incapacité entre les Inuits et la population non autochtone, il restait encore des différences inexpliquées découlant d'autres variables non incluses dans le présent article. Ainsi, les différences au chapitre des caractéristiques démographiques entre la population autochtone et celle non autochtone expliquent certaines des variations dans la prévalence de l'incapacité, et il est donc important de les prendre en considération; toutefois, elles ne permettent pas d'en dresser un portrait complet.

Parmi les degrés de sévérité, l'incapacité légère était la plus fréquente chez les trois groupes autochtones

Un score global de sévérité peut être calculé pour chaque personne à partir de l'EAPA et de l'ECI, au moyen du nombre de types d'incapacités d'une personne, du degré de difficulté éprouvé dans la réalisation de certaines tâches et de la fréquence de la limitation ces activités. Quatre catégories de sévérité ont été établies : légère, modérée, sévère et très sévère[15]. Chez tous les groupes, le degré de sévérité de l'incapacité le plus fréquent était l'incapacité légère (graphique 1). Cela a été observé tant chez les femmes que chez les hommes. Les Inuits étaient plus susceptibles d'avoir une incapacité modérée ou sévère plutôt qu'une incapacité très sévère.

Graphique 1
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité, selon la sévérité de l'incapacité et l'identité autochtone, Canada, 2017



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas)
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

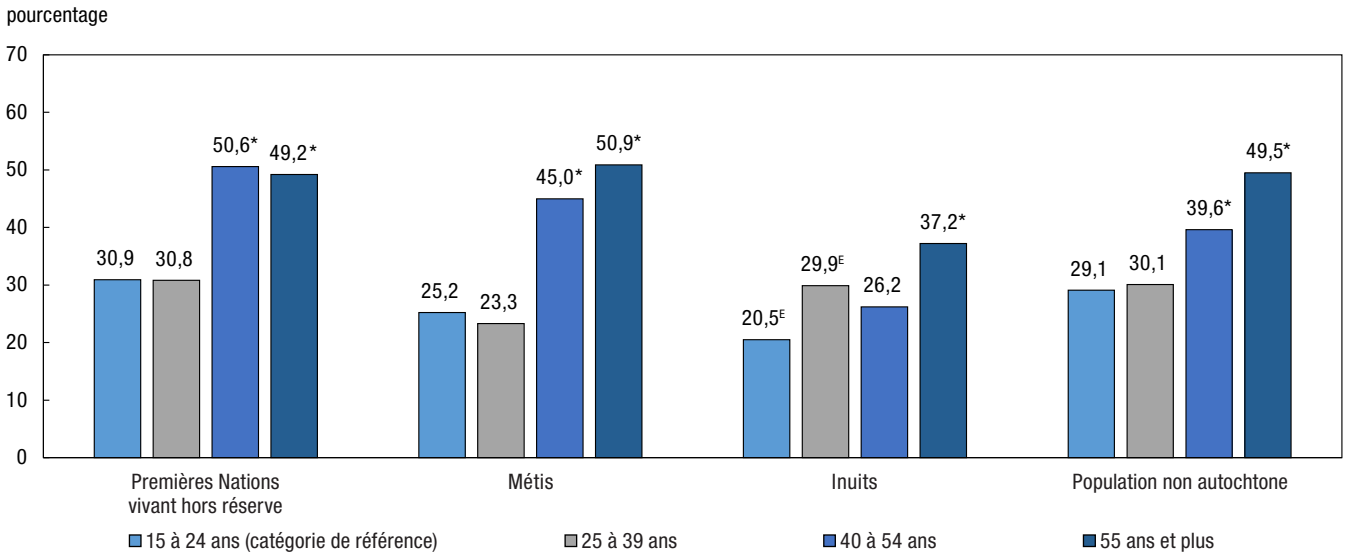
14. Bien que la région géographique et la taille du centre de population soient comprises dans tous les modèles, les tendances observées concernant ces résultats étaient assez similaires à ceux des tableaux croisés présentés ci-dessous, qui prennent en compte la province, le territoire, la région de l'Inuit Nunangat et la taille du centre de population. Par conséquent, ces résultats ne figurent pas dans le présent article.
15. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la publication intitulée *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 : Guide des concepts et méthodes*.

La sévérité de l'incapacité augmentait avec l'âge chez tous les groupes autochtones

Le degré de sévérité de l'incapacité a été examiné pour tous les groupes d'âge, en mettant l'accent sur l'incapacité sévère et l'incapacité très sévère, lesquelles ont été combinées et sont désignées « incapacité plus sévère ». Les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis âgés de 40 ans et plus étaient plus susceptibles que leurs homologues de 15 à 24 ans d'avoir une incapacité plus sévère. Chez les Inuits, l'incapacité plus sévère était plus fréquente après 55 ans (graphique 2).

Au sein de la population non autochtone, le taux d'incapacité plus sévère était plus élevé chez les personnes de 40 à 54 ans et celles de 55 ans et plus, comparativement aux personnes de 15 à 24 ans (graphique 2)[16].

Graphique 2
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant des incapacités sévères et très sévères, selon le groupe d'âge et l'identité autochtone, Canada, 2017



E à utiliser avec prudence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas)
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Chez tous les groupes autochtones, l'incapacité liée à la douleur était le type d'incapacité le plus fréquent

Les QII permettent d'évaluer les 10 types d'incapacités (en plus d'une incapacité « inconnue »); en outre, les répondants peuvent être identifiés comme ayant un ou plusieurs types d'incapacités concomitants. L'incapacité liée à la douleur était le type d'incapacité le plus fréquent chez les trois groupes autochtones et au sein de la population non autochtone (tableau 2). Chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, environ une personne sur cinq avait une incapacité liée à la douleur[17], alors que près d'un Inuit sur neuf présentait ce type d'incapacité[18]. Cette prévalence plus élevée de l'incapacité liée à la douleur chez les peuples autochtones (Jimenez et autres, 2011) et au sein de la population en général est documentée dans des études antérieures (Morris et autres, 2018).

Le deuxième type d'incapacité le plus courant parmi les trois groupes autochtones était l'incapacité liée à la santé mentale. Chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, les proportions de personnes ayant une

16. Des intervalles de confiance ont été utilisés pour évaluer la différence entre ces deux groupes d'âge, bien qu'ils ne soient pas présentés dans le graphique 2.
17. Une personne est considérée comme ayant de la douleur chronique si la douleur est toujours présente ou que des épisodes de douleur se produisent de temps à autre, en raison d'une condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus. Parmi les exemples d'incapacités liées à la douleur, mentionnons la difficulté à marcher, à utiliser les escaliers, à se servir de ses mains ou de ses doigts ou à faire d'autres activités physiques.
18. Le plus jeune âge de la population inuite peut expliquer les plus faibles taux observés pour certains types d'incapacités.

ou plusieurs incapacités liées à la santé mentale étaient de 14 % et de 13 %, respectivement. Chez les Inuits, cette proportion s'établissait à 6 % (tableau 2).

Il convient de souligner qu'un accès insuffisant aux soins de santé pourrait avoir une incidence sur la façon dont les personnes conçoivent les questions entourant leur problème de santé et ce qu'elles peuvent considérer comme étant une « limitation » dans leurs activités quotidiennes. Comprendre comment l'accès aux soins de santé peut être lié à des questions relatives à l'incapacité nécessite une analyse plus approfondie qui va au-delà de la portée du présent article.

Tableau 2
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus selon le type d'incapacité et l'identité autochtone, Canada, 2017

	Identité autochtone			
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits	Population non autochtone
Type d'incapacité	pourcentage			
Douleur	22,2	20,7	11,4	14,2
Flexibilité	11,2	10,0	3,9	9,8
Mobilité	12,1	10,1	5,5	9,3
Santé mentale	13,7	12,5	5,7	6,9
Vision	5,8	4,9	3,1	5,2
Ouïe	4,7	4,3	4,7	4,6
Dextérité	5,8	5,2	1,8	4,4
Apprentissage	7,2	6,6	2,9	3,8
Mémoire	5,4	4,6	2,3	3,6
Développement	2,2	1,5	0,7[E]	1,0
Inconnu	0,5	0,9	0,5[E]	0,5

[E] à utiliser avec prudence

Note : La somme des pourcentages ne correspond pas à 100 % en raison du fait que les personnes peuvent avoir plus d'un type d'incapacité.

Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Les comparaisons de la prévalence du type d'incapacité d'après l'ECI et l'EAPA doivent être interprétées en tenant compte des différences entre les deux enquêtes en ce qui a trait à la collecte de données. Compte tenu du fait que la collecte des données pour certains types d'incapacités n'a pas été faite de la même façon dans les deux enquêtes, les taux tirés de l'EAPA pourraient être plus faibles que ceux de l'ECI. Pour obtenir plus de renseignements sur la comparabilité des deux enquêtes, veuillez consulter la section « Sources de données ».

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir des incapacités liées à la douleur et à la santé mentale, et ce, chez tous les groupes autochtones

Les femmes étaient généralement plus susceptibles que les hommes d'avoir divers types d'incapacités (tableau 3). Les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et les femmes métisses étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir des incapacités liées à la douleur, à la flexibilité, à la mobilité, à la santé mentale, à la vision et à la dextérité. Les femmes inuites étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes inuits à avoir des incapacités liées à la douleur et à la santé mentale[19] (tableau 3).

19. Lorsqu'il s'agissait d'analyser des types particuliers d'incapacités, l'effectif moins grand des cellules pour certains groupes de types d'incapacités moins fréquents a posé des défis dans le présent article. Ainsi, cette constatation est probablement attribuable à une combinaison de la plus petite taille de l'échantillon chez les Inuits et des plus faibles taux d'incapacité pour les types d'incapacités moins fréquents au départ, faisant en sorte qu'il est plus difficile de relever des différences significatives sur le plan statistique. Les tendances liées au sexe chez les Inuits sont qualitativement similaires à celles observées chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis.

Tableau 3
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus selon le type d'incapacité, le sexe et l'identité autochtone, Canada, 2017

	Identité autochtone							
	Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Inuits		Population non autochtone	
	Hommes (catégorie de référence)	Femmes	Hommes (catégorie de référence)	Femmes	Hommes (catégorie de référence)	Femmes	Hommes (catégorie de référence)	Femmes
Type d'incapacité	pourcentage							
Douleur	17,4	26,2*	17,2	24,0*	8,8	13,7*	12,2	16,1*
Flexibilité	8,5	13,4*	8,7	11,1*	3,1	4,6	8,8	10,7*
Mobilité	9,0	14,6*	8,3	11,7*	4,5	6,3	7,7	10,9*
Santé mentale	7,6	18,7*	8,2	16,6*	3,8	7,4*	5,3	8,5*
Vision	3,8	7,4*	3,2	6,4*	2,4	3,7	4,4	6,0*
Ouïe	4,3	5,0	4,5	4,0	4,1	5,4	5,1	4,1*
Dextérité	4,1	7,1*	4,3	6,1*	1,5	2,1	3,5	5,3*
Apprentissage	6,7	7,6	6,5	6,7	2,7	3,1	3,8	3,7
Mémoire	4,1	6,4*	4,5	4,7	2,0	2,7	3,4	3,8
Développement	2,5	1,9	1,8	1,3	0,9[E]	0,6[E]	1,3	0,7*
Inconnu	0,5	0,5	1,0	0,8	0,7	0,4[E]	0,6	0,5

[E] à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas)

Note : La somme des pourcentages ne correspond pas à 100 % en raison du fait que les personnes peuvent avoir plus d'un type d'incapacité.

Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Les taux d'incapacité dans les provinces et les territoires étaient répartis de façon similaire entre les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis

Selon le Recensement de 2016, la majorité des Premières Nations et des Métis vivaient en Ontario et dans les provinces de l'Ouest (Statistique Canada, 2017a). Les taux d'incapacité étaient différents selon la province ou le territoire chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis ainsi qu'au sein de la population non autochtone. En particulier, les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis affichaient des taux d'incapacité plus élevés en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta (tableau 4).

Tableau 4
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité, selon la province ou le territoire et l'identité autochtone, Canada, 2017

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Population non autochtone
Province ou territoire	pourcentage		
Terre-Neuve-et-Labrador	24,8	20,1[E]	23,2
Île-du-Prince-Édouard	F	F	25,7
Nouvelle-Écosse	45,0	35,1	30,2
Nouveau-Brunswick	37,5[E]	36,7	26,4
Québec	28,1	27,5	16,0
Ontario	36,7	36,2	23,5
Manitoba	29,9	26,9	24,0
Saskatchewan	22,6	24,1	23,4
Alberta	31,1	28,6	21,2
Colombie-Britannique	34,1	30,9	24,0
Yukon	22,3	27,4[E]	24,8
Territoires du Nord-Ouest	20,9	23,3	19,6
Nunavut	F	F	16,1

[E] à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Au sein de la population non autochtone, le taux d'incapacité était le plus élevé en Nouvelle-Écosse, et des taux similaires ont été observés dans les autres provinces et les territoires, sauf au Québec et au Nunavut (tableau 4). Des études antérieures ont révélé des taux d'incapacité plus faibles chez les personnes vivant au Québec (Burlock, 2017), alors que les taux plus bas observés au Nunavut peuvent témoigner d'une population plus jeune.

Les Premières Nations vivant hors réserve de 15 à 24 ans et les Métis de 25 à 39 ans ayant une incapacité étaient moins susceptibles de vivre dans des régions rurales

Les Autochtones sont de plus en plus susceptibles de vivre dans des centres urbains (Norris et Clatworthy, 2011). Cette tendance se caractérise par la mobilité au sein des régions urbaines et entre les régions urbaines et rurales et les réserves (Norris et Clatworthy, 2011). Les raisons expliquant cette mobilité ne sont pas bien comprises, mais pour certains, le déplacement vers les centres urbains découle de la nécessité de services et de mesures de soutien qui ne sont pas facilement accessibles au sein des communautés dans les réserves et les régions éloignées (King et autres, 2009). Pour d'autres, cela peut donner lieu au fait de vivre dans des logements collectifs (comme des établissements de soins de longue durée), ce qui pourrait faire en sorte que certaines personnes ayant des incapacités plus sévères ne soient pas visées par le présent article (Durst, 2006).

Tableau 5
Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité, selon la résidence dans les régions rurales et urbaines, le groupe d'âge et certaines identités autochtones, Canada, 2017

	Identité autochtone					
	Premières Nations vivant hors réserve		Métis		Population non autochtone	
	Région rurale	Région urbaine (catégorie de référence)	Région rurale	Région urbaine (catégorie de référence)	Région rurale	Région urbaine (catégorie de référence)
Groupe d'âge	pourcentage					
15 à 24 ans	11,4*	18,1	12,8	17,8	6,8*	8,6
25 à 39 ans	18,9	22,6	11,9*	21,7	11,2*	16,8
40 à 54 ans	37,4	32,0	30,3	28,2	22,0	22,3
55 ans et plus	32,2	27,1	44,8*	32,1	59,8*	52,2

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas)

Note : Une région urbaine désigne une région d'au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré. Toutes les régions situées à l'extérieur des centres de population continuent d'être classées dans la catégorie des régions rurales.

Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Les taux d'incapacité étaient plus élevés dans les centres urbains chez les populations plus jeunes et ils étaient également plus hauts dans les régions rurales chez les populations âgées. Cela était généralement le cas des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et de la population non autochtone (tableau 5)[20].

Les taux d'incapacité chez les Inuits étaient plus faibles dans l'Inuit Nunangat qu'à l'extérieur de celui-ci

Environ 75 % des Inuits vivent dans l'Inuit Nunangat, la terre natale des Inuits au Canada (Statistique Canada, 2017b), laquelle se compose de quatre régions : le Nunatsiavut (côte nord du Labrador), le Nunavik (nord du Québec), le territoire du Nunavut, ainsi que la région inuvialuite (le nord des Territoires du Nord-Ouest). Une plus grande proportion d'Inuits réside au Nunavut (46 %), suivie du Nunavik (18 %), de la région inuvialuite (5 %) et du Nunatsiavut (4 %); de plus, 27 % des Inuits vivent à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (Statistique Canada, 2017d).

Chez les Inuits, la prévalence de l'incapacité était plus forte parmi les personnes résidant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (27 %) que chez celles vivant dans l'Inuit Nunangat (16 %) (tableau 6). Cela était vrai pour les femmes et les hommes inuits. Le taux d'incapacité plus bas sur la terre natale des Inuits pourrait s'expliquer par de nombreux facteurs, notamment les obstacles aux soins de santé et l'accès limité à l'information sur la santé dans l'Inuit Nunangat (Carrière et autres, 2012; Ellsworth et O'Keeffe, 2013) ou la migration à l'extérieur de l'Inuit

Tableau 6
Pourcentage d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant une incapacité, selon la résidence dans l'Inuit Nunangat, Canada, 2017

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Résidence dans l'Inuit Nunangat	pourcentage		
Inuit Nunangat (catégorie de référence)	**15,5**	**12,7**	**18,1**
Région inuvialuite	17,1	15,9	18,2
Nunavut	15,9	12,8	18,9
Nunavik	12,4	9,8	14,7
Nunatsiavut	21,4	19,5	23,4
À l'extérieur de l'Inuit Nunangat	**26,5***	**22,5***	**29,4***

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas)

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017.

20. La majorité des Inuits résident dans l'Inuit Nunangat, la terre natale des Inuits, avec une structure régionale spécifique qui est présentée séparément au tableau 6.

Nunangat en vue d'y obtenir des services de soins de santé de longue durée et des mesures de soutien (Liddy et autres, 2017).

Dans les régions de l'Inuit Nunangat, le taux d'incapacité était le plus élevé au Nunatsiavut (21 %)[21] et le plus faible au Nunavik (12 %) (tableau 6). Les différences entre les femmes et les hommes dans les différentes régions de l'Inuit Nunangat n'étaient pas statistiquement significatives.

Discussion et conclusion

Dans l'ensemble, chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, près d'une personne sur trois avait une ou plusieurs incapacités, alors que chez les Inuits et au sein de la population non autochtone, cette proportion était d'environ une personne sur cinq. Les taux d'incapacité plus élevés chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis concordent avec les estimations précédentes de l'incapacité chez les peuples autochtones (Burlock, 2017). Les plus faibles taux observés chez les Inuits témoignent en grande partie d'une structure d'âge plus jeune.

Conformément aux constatations sur l'incapacité de façon générale (Morris et autres, 2018), la prévalence augmentait avec l'âge chez les hommes et les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, de même chez les Métis et les Inuits. Cependant, cette augmentation a commencé dans les groupes d'âge plus jeunes chez les hommes et les femmes des Premières Nations, les hommes métis et les femmes inuites.

Chez les trois groupes autochtones, l'incapacité légère était la plus fréquente. Cependant, l'incapacité sévère et l'incapacité très sévère étaient plus courantes chez les groupes plus âgés.

On observait d'importantes différences liées au sexe. Tout d'abord, conformément à des études précédentes, chez tous les groupes, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir une incapacité (Burlock, 2017; Morris et autres, 2018). Ensuite, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir des incapacités liées à la douleur et à la santé mentale que les hommes dans tous les groupes autochtones, ainsi qu'au sein de la population non autochtone. La prévalence élevée de la douleur chronique (Jimenez et autres, 2011) et des troubles de santé mentale (Nelson et Wilson, 2017) chez les Autochtones a été liée aux inégalités sociales associées aux déterminants sociaux de la santé découlant du colonialisme (King et autres, 2009).

On observait des différences selon la région et la taille du centre de population en ce qui a trait à la prévalence de l'incapacité. Chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, les taux d'incapacité étaient plus élevés en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta. De plus, les taux d'incapacité étaient plus hauts dans les régions urbaines chez les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis plus jeunes, alors qu'ils étaient plus faibles dans les régions rurales chez les segments plus âgés de ces populations. Tant chez les femmes que chez les hommes inuits, la prévalence de l'incapacité était plus faible dans l'Inuit Nunangat qu'à l'extérieur de celui-ci. Un certain nombre de facteurs, dont la migration pour avoir accès à des soins de santé (Beulah Beatty et Berdahl, 2011), doivent être considérés dans l'interprétation des différences au chapitre de la prévalence de l'incapacité selon la région et la taille du centre de population.

En outre, l'incapacité chez les Autochtones pourrait être plus importante que le laissent croire les estimations fournies dans le présent article, et ce, pour plusieurs raisons. Même dans le modèle social de l'incapacité, toute tendance à sous-déclarer des déficiences ou des problèmes de santé chroniques pouvant exister au sein d'une population pourrait avoir une incidence sur la perception d'une limitation ou d'une incapacité. Par exemple, certains problèmes de santé peuvent être sous-déclarés en raison de biais culturels dans les instruments de diagnostics ainsi que de préjugés, de stéréotypes, de discrimination et de stigmatisation perçus (Lindblom, 2014). Les différences culturelles dans la perception de la santé (McGrath, 2006) ou les expériences de colonisation (Fenwick, 2006; Lindblom, 2014) et les obstacles culturels, géographiques et socioéconomiques à l'accès aux soins de santé, notamment à des soins de grande qualité (Baron, Riva et Fletcher, 2019; Gracey et King, 2009), chez les Autochtones peuvent également jouer un rôle dans la sous-déclaration et la sous-évaluation (Gullemin, Bombardier et Beaton, 1993; Hunt, Alonso et Bucquet, 1991; Julien et autres, 2018; Lindblom, 2014; Thurston et autres, 2014).

21. Un taux d'incapacité plus élevé pourrait être attribuable à une proportion plus importante d'Inuits âgés de 55 ans et plus dans cette région (données non présentées).

Ces constatations, plus particulièrement les taux plus élevés de prévalence par rapport à la population non autochtone, doivent être examinées dans le contexte des barrières environnementales importantes et complexes auxquelles font face bon nombre d'Autochtones et en tenant compte de l'ensemble des études menées sur les déterminants sociaux de la santé, qui sont liés aux lois et aux politiques sociales qui punissent la préservation de la culture, les pratiques et les usages culturels chez les peuples autochtones (Galabuzi, 2004). Le Symposium international sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, un groupe de travail de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, a reconnu que la destruction des liens que les Autochtones entretenaient avec leur terre en raison de la colonisation constituait un important déterminant des inégalités en matière de santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2007). Dans cet esprit, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones a souligné la nécessité d'atténuer les répercussions de la colonisation pour réduire les inégalités en matière de santé (Nations Unies, 2007).

Sources de données, méthodes et limites

Sources de données

Enquête auprès des peuples autochtones

Les données utilisées pour les trois groupes autochtones proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2017. L'EAPA de 2017 est une enquête nationale à participation volontaire menée auprès des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits âgés de 15 ans et plus. L'EAPA vise à déterminer les besoins de ces groupes autochtones et à guider les politiques et les programmes. L'EAPA a pour objectif de fournir des données pertinentes et à jour à divers intervenants, y compris les organismes autochtones, les communautés, les fournisseurs de services, les chercheurs, les gouvernements et le grand public. L'EAPA de 2017 a été élaborée par Statistique Canada grâce au financement fourni par Services aux Autochtones Canada, Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, Santé Canada et Emploi et Développement social Canada.

L'EAPA est une enquête postcensitaire conçue pour donner suite au recensement de la population et le compléter. L'EAPA de 2017 représente le cinquième cycle de l'Enquête et suit l'approche thématique qui a été adoptée pour la première fois dans le cadre de l'EAPA de 2012. L'EAPA de 2017 portait sur la participation à l'économie canadienne, les compétences transférables, la formation pratique et l'utilisation des technologies de l'information. L'enquête a aussi permis d'obtenir des renseignements uniques et détaillés sur le niveau de scolarité, la santé, les langues, la société et les communautés. En 2017, les questions d'identification des incapacités (QII) ont été ajoutées à l'EAPA.

La population observée était constituée de Canadiens âgés de 15 ans et plus à la date du Recensement de la population de 2016 (le 10 mai 2016) qui vivaient dans des logements privés. Elle ne comprenait pas les personnes vivant dans les établissements institutionnels, les bases des Forces armées canadiennes, les réserves des Premières Nations, certaines communautés des Premières Nations au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest et celles qui résidaient dans d'autres logements collectifs. Les données, surtout celles ayant trait aux groupes plus âgés, devraient être interprétées en tenant compte de l'exclusion des résidents d'établissements.

L'échantillon de l'enquête a été choisi à partir d'une base de sondage constituée de personnes ayant répondu « Oui » à l'une des trois questions du recensement définissant l'identité autochtone (questions 18, 20 et 21) ou de celles ayant déclaré une ascendance autochtone à la question 17 du recensement. Même si elles ne faisaient pas partie de la population cible de l'EAPA de 2017, certaines personnes ayant indiqué une ascendance autochtone sans déclarer d'identité autochtone ont tout de même été intégrées à l'échantillon, car l'expérience des dernières enquêtes démontre que près du tiers de ces personnes déclareront qu'elles sont d'identité autochtone dans l'EAPA. Par conséquent, contrairement à la population cible, la population échantillonnée (ou population d'enquête) était composée de la population d'identité autochtone et de la population d'ascendance autochtone seulement.

L'EAPA de 2017 a été menée de janvier à août 2017. Le taux de réponse global était de 76 %. De plus amples renseignements sur l'EAPA sont accessibles sur la page présentant l'aperçu de l'EAPA et dans le *Guide des concepts et méthodes*.

Enquête canadienne sur l'incapacité

Les données utilisées pour la population non autochtone proviennent de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), une enquête postcensitaire à participation volontaire dans le cadre de laquelle des données ont été recueillies directement auprès des répondants à l'enquête, bien que des interviews par personne interposée aient été autorisées dans certains cas. Depuis 2012, l'ECI est la principale source de données au Canada sur les incapacités des personnes âgées de 15 ans et plus. L'ECI fournit des données sur les personnes ayant une incapacité dans chaque province et territoire au Canada. L'enquête permet également de recueillir de l'information sur les types d'incapacités, la sévérité de celles-ci, les mesures de soutien offertes aux personnes ayant une incapacité, leur profil d'emploi, leur revenu, leur niveau de scolarité ainsi que d'autres renseignements propres à l'incapacité. L'ECI a recours aux nouvelles questions d'identification des incapacités (QII) du Canada.

La population observée était constituée de Canadiens âgés de 15 ans et plus à la date du Recensement de la population de 2016 (le 10 mai 2016) qui vivaient dans des logements privés. Elle ne comprenait pas les personnes vivant dans les établissements institutionnels, les bases des Forces armées canadiennes, les réserves des Premières Nations et celles qui résidaient dans d'autres logements collectifs. Les données, surtout celles ayant trait aux groupes plus âgés, devraient être interprétées en tenant compte de l'exclusion des résidents d'établissements.

La population cible de l'ECI était composée de personnes ayant déclaré dans le cadre de l'ECI être limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'une incapacité. L'ECI de 2017 a été menée de mars à août 2017. Le taux de réponse global était de 69,5 %. D'autres renseignements sur l'enquête sont accessibles sur la page présentant l'aperçu de l'ECI ainsi que dans le *Guide des concepts et méthodes*.

Comparabilité

Bien que l'EAPA et l'ECI aient toutes deux eu recours aux QII pour identifier les personnes ayant une incapacité dans le cadre de l'enquête elle-même, la base de sondage pour les deux enquêtes était différente. L'EAPA porte plus particulièrement sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits au Canada. Bien que l'échantillon de l'EAPA soit composé d'un plus grand nombre d'Autochtones que celui de l'ECI et que l'échantillon de l'EAPA est considéré comme étant plus représentatif de la population autochtone, l'EAPA constitue la source officielle des taux d'incapacité chez les peuples autochtones. L'ECI a recours aux questions filtres utilisées dans le questionnaire détaillé du recensement pour créer une base de sondage à partir d'une population constituée de personnes les plus susceptibles d'avoir une incapacité. Afin d'assurer la comparabilité des taux tirés de l'EAPA et de l'ECI, la méthodologie employée dans le cadre de l'ECI a aussi été appliquée à l'EAPA : toute personne de l'échantillon de l'EAPA n'ayant pas déclaré avoir de difficulté ou condition à long terme aux questions sur les activités de la vie quotidienne du Recensement de la population de 2016 a été considérée comme n'ayant pas d'incapacité, peu importe ses réponses aux QII dans l'EAPA (pour obtenir plus de renseignements sur la méthodologie employée dans l'ECI, veuillez consulter le *Guide des concepts et méthodes* de l'ECI de 2017).

Bien que des efforts aient été déployés pour assurer la comparabilité, un certain nombre de facteurs pourraient avoir une incidence sur la mesure de l'incapacité dans le cadre des deux enquêtes. En premier lieu, le positionnement des QII était différent, ce qui pouvait contribuer à un biais de réponse. Par exemple, dans le cadre de l'EAPA, les QII ont été posées après les questions relatives à la santé, ce qui pouvait contribuer à un effet d'amorçage ne se retrouvant pas nécessairement dans l'ECI, dans laquelle les QII ont été demandées au début de l'enquête.

De plus, bien qu'elle porte sur la population ayant des incapacités, l'ECI présentait des particularités quant aux mesures d'adaptation offertes aux répondants ayant des incapacités précises. Par exemple, les personnes ayant des difficultés auditives qui avaient répondu au questionnaire du Recensement de 2016 en ligne ont reçu un lien pour remplir elles-mêmes l'ECI en ligne, alors que les autres personnes ont eu l'appel téléphonique d'un intervieweur. Une page en braille était comprise dans la trousse comprenant la lettre ou la brochure de l'ECI pour fournir des renseignements aux personnes ayant une déficience visuelle. Les mesures d'adaptation susmentionnées n'ont pas été offertes pour remplir le questionnaire de l'EAPA. Une autre différence importante entre les processus administratifs d'enquête est que l'EAPA de 2017 reposait sur des interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) et des interviews sur place assistées par ordinateur (IPAO), sans composante en ligne comme cela était le cas dans le cadre de l'ECI. Pour obtenir plus de renseignements sur les méthodologies utilisées dans le cadre de l'ECI et de l'EAPA, veuillez consulter les *Guides des concepts et méthodes* de l'ECI et de l'EAPA de 2017.

Méthodes

La population visée par cette analyse était constituée de personnes ayant déclaré être des Premières Nations, des Métis ou des Inuits et qui étaient âgées de 15 ans dans l'EAPA. Les données représentent des réponses liées à une identité autochtone unique. Une autre population visée est la population non autochtone, âgée de 15 ans et plus, tirée de l'ECI.

Les estimations pondérées ont été calculées en utilisant des méthodes qui tiennent compte du plan de sondage de l'EAPA et de l'ECI. Les différences significatives sur le plan statistique entre deux estimations ont été relevées en utilisant des intervalles de confiance de 95 %.

Les estimations présentant une erreur d'échantillonnage plus élevée (coefficient de variation supérieur à 33,3 %) sont accompagnées de la mention « F », qui indique que les données sont considérées comme trop peu fiables pour être publiées, et les estimations supprimées en raison de faibles fréquences non pondérées sont également suivies de la mention « F ». Les estimations présentant un coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 % sont accompagnées de la mention « E » et doivent être utilisées avec prudence.

Analyse de régression logistique multivariée

L'analyse de régression multivariée permet d'examiner l'association entre des variables d'intérêt, tout en maintenant constantes les autres variables. Cela permet de mieux isoler les relations uniques de ces variables avec l'incapacité au sein d'une population donnée.

Pour chacun des groupes autochtones, on a mené une analyse de régression logistique pour prédire la probabilité d'avoir une incapacité d'après un certain nombre de caractéristiques démographiques : le sexe, le groupe d'âge, la province, le territoire ou la région inuite et la taille du centre de population. Au moyen de ces modèles, on a calculé la probabilité prédite d'avoir une incapacité, toutes les variables dans le modèle étant établies aux valeurs moyennes de population pondérées pour un groupe autochtone donné (p. ex. la proportion d'hommes et de femmes, l'âge moyen, la répartition pondérée dans les provinces, les territoires ou la région inuite). Pour les Premières Nations vivant hors réserve et les Métis, la distribution pondérée entre les provinces et les territoires a été utilisée; pour les Inuits, la distribution pondérée entre les régions de l'Inuit Nunangat (ainsi qu'une catégorie pour « à l'extérieur de l'Inuit Nunangat ») a plutôt été employée. Un modèle parallèle pour la population non autochtone a ensuite été appliqué, à l'aide de variables équivalentes tirées de l'ECI, et on a calculé de la même façon les probabilités prédites à partir de ce modèle. Les valeurs moyennes de la population pour chaque groupe autochtone ont successivement été utilisées. Autrement dit, on a calculé le taux d'incapacité prédit de la population non autochtone comme si cette population présentait les caractéristiques démographiques des Premières Nations vivant hors réserve, puis des Métis et des Inuits. On a ainsi pu comparer le taux d'incapacité des non-Autochtones à celui de chacun des trois groupes autochtones, après la prise en compte de certaines caractéristiques démographiques.

Les probabilités prédites issues de chaque modèle sont mentionnées dans l'encadré 2 et sont présentées dans l'annexe.

Limites

Les résultats de cette analyse doivent être interprétés dans un contexte qui tient compte d'un certain nombre de limites d'ordre méthodologique et conceptuel.

Les populations cibles de l'EAPA et de l'ECI étaient différentes, tout comme le positionnement des QII dans les deux enquêtes; dans l'ECI, les QII ont été posées au début de l'enquête, tandis que dans l'EAPA, elles l'ont été plus tard dans l'enquête à la section sur la santé. Ces différences peuvent entraîner des biais d'échantillonnage et de réponse. Dans le même ordre d'idées, les réponses aux QII n'ont pas été validées chez certaines populations autochtones, comme celles établies dans le Nord, et, par conséquent, la mesure pourrait comporter des questions ayant un biais culturel ou fonctionnant différemment chez des groupes autochtones. Un autre biais d'échantillonnage peut découler du mode de collecte décrit à la section « Comparabilité », alors que des répondants ayant certains types d'incapacités ont obtenu des mesures spéciales d'adaptation dans le cadre de l'ECI, mais pas dans celui de l'EAPA.

La population observée ne comprenait pas les personnes vivant dans les établissements institutionnels et d'autres logements collectifs, les établissements correctionnels, les bases des Forces armées canadiennes, les réserves des Premières Nations et celles qui étaient dans une situation de logement précaire ou d'itinérance. Les taux d'incapacité pourraient être plus élevés dans certains de ces endroits. Par exemple, une étude a révélé que les Autochtones sont nettement surreprésentés dans les refuges pour sans-abri et que l'itinérance augmente le risque de problèmes de santé et, en particulier, les problèmes de santé mentale (Anderson et Collins, 2014). De plus, on sait aussi que les Autochtones sont surreprésentés au sein du système correctionnel fédéral, et cela est surtout le cas chez les jeunes Autochtones, qui constituaient près de la moitié des admissions dans les établissements

de services correctionnels en 2016-2017 (Malakieh, 2018). Les détenus autochtones ont souvent fait face à des défis complexes, y compris des problèmes de santé mentale, des antécédents de temps passé dans le système de protection de l'enfance ou le fait d'avoir été un survivant des pensionnats (McKay, 2018). Les données, surtout celles ayant trait aux groupes plus âgés, devraient être interprétées en tenant compte de l'exclusion des résidents d'établissements.

En raison de la nature transversale des données, on ne peut déduire aucune relation de cause à effet ou de directionnalité. De plus, les limites des données écartent des populations d'intérêt particulières (p. ex. les enfants, les personnes 2ELGBTQQIA) et restreignent l'exploration de facteurs importants qui interagissent avec l'incapacité, comme la pauvreté, l'identité de genre et le traumatisme lié à la colonisation. Non seulement ces modèles peuvent avoir tendance à soustraire des personnes de celles visées par une enquête menée auprès des ménages, mais elles sont également associées à risque accru de développer des incapacités. Il est possible que les personnes les plus susceptibles d'être absentes des enquêtes menées auprès des ménages soient aussi celles qui sont les plus susceptibles d'avoir une incapacité. Le taux d'incapacité figurant dans le présent article pourrait être influencé par de tels facteurs.

Annexe

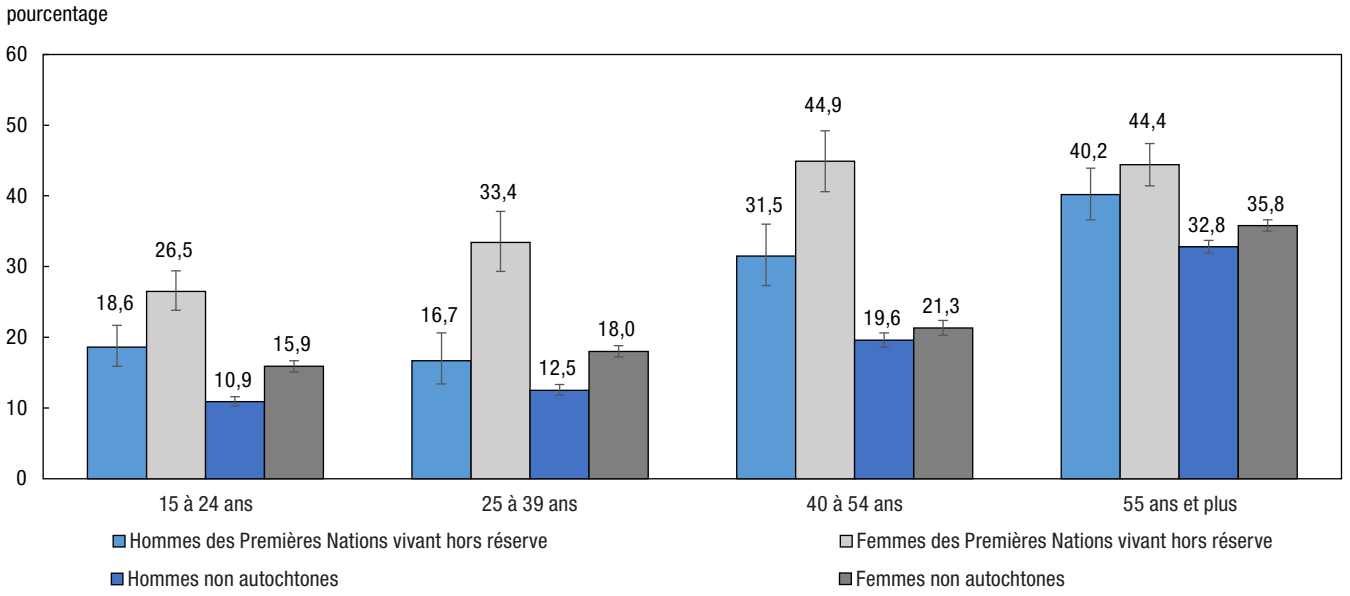
Probabilités prédites d'avoir une incapacité selon le sexe et l'âge chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits

Comme indiqué dans l'encadré 2, pour tenir compte des différences dans les caractéristiques démographiques des trois groupes autochtones comparativement à la population non autochtone, des probabilités prédites ont été calculées pour permettre de déterminer dans quelle mesure des facteurs comme l'âge, le sexe, la région géographique et la taille du centre de population influent sur les différences observées dans les taux d'incapacité. Conformément au tableau 1, les taux d'incapacité prédits selon l'âge et le sexe sont présentés chez les trois groupes autochtones et au sein de la population non autochtone.

Les femmes et les hommes des Premières Nations vivant hors réserve affichaient des taux d'incapacité prédits plus élevés que ceux observés chez les femmes et les hommes non autochtones dans tous les groupes d'âge

Les hommes et les femmes des Premières Nations vivant hors réserve affichaient des taux d'incapacité prédits plus élevés que ceux des hommes et des femmes non autochtones dans tous les groupes d'âge, même après la prise en compte de certaines caractéristiques démographiques (graphique A1). La différence était nettement plus marquée entre les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et les femmes non autochtones, comparativement à la différence entre les hommes des Premières Nations vivant hors réserve et les hommes non autochtones. Chez les hommes et les femmes des Premières Nations vivant hors réserve âgés de 55 ans et plus, les taux prédits se rapprochaient beaucoup plus de ceux des hommes et des femmes non autochtones.

Graphique A1
Taux d'incapacité prédits chez les Premières Nations vivant hors réserve et les non-Autochtones âgés de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2017

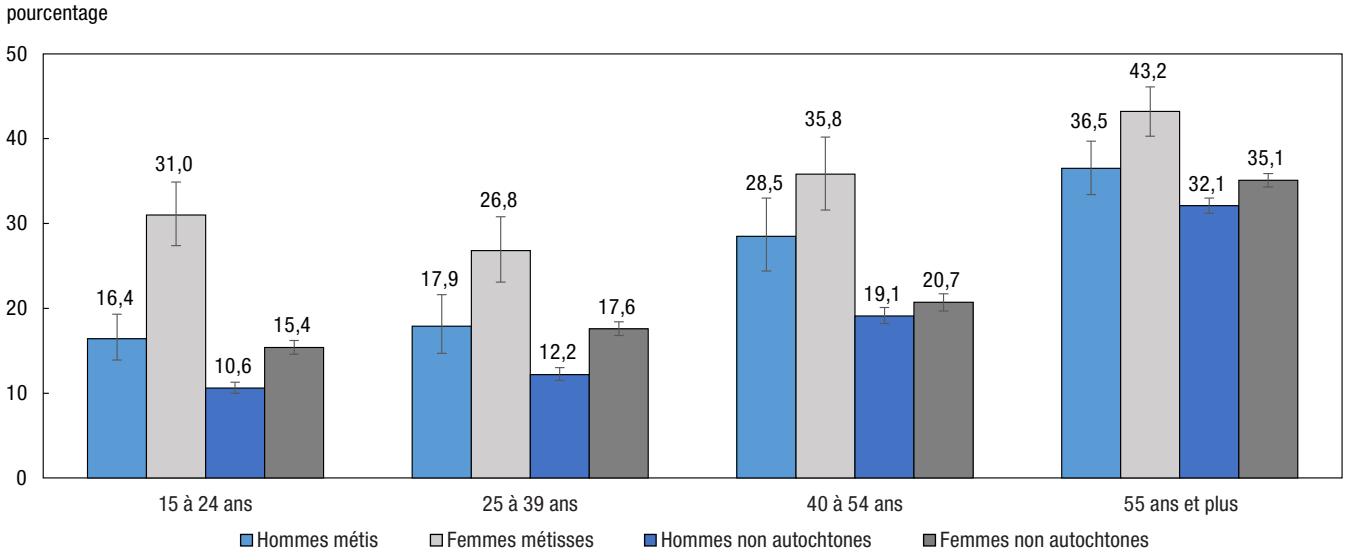


Note : Les barres d'erreur dénotent un intervalle de confiance de 95 %.
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Les taux d'incapacité prédits plus élevés chez les femmes et les hommes métis, par rapport aux femmes et aux hommes non autochtones, diminuaient avec l'âge

Les jeunes hommes et les jeunes femmes métis affichaient des taux d'incapacité prédits plus élevés que les jeunes hommes et les jeunes femmes non autochtones, après la prise en compte de certaines caractéristiques démographiques, même si la différence chez les femmes était beaucoup plus grande (graphique A2). Toutefois, ces différences entre les Métis et les non-Autochtones diminuaient avec l'âge.

Graphique A2
Taux d'incapacité prédits chez les Métis et les non-Autochtones âgés de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2017



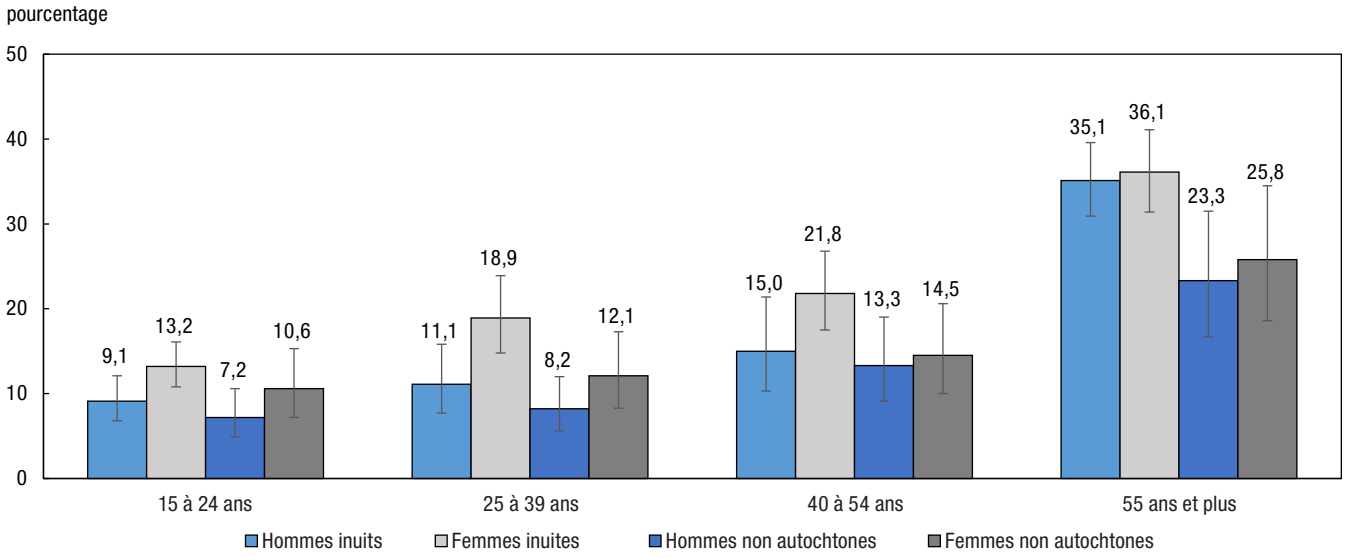
Note : Les barres d'erreur dénotent un intervalle de confiance de 95 %.
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Les taux d'incapacité prédits étaient similaires chez les femmes et les hommes inuits et non autochtones plus jeunes, alors que ces taux augmentaient chez les femmes et les hommes inuits plus âgés

Au sein de la population inuite, les taux d'incapacité prédits chez les femmes et les hommes inuits plus jeunes n'étaient pas statistiquement différents que ceux observés au sein de la population non autochtone (graphique A3). Cependant, les taux d'incapacité prédits présentaient une augmentation marquée chez les Inuits plus âgés; le taux d'incapacité prédit s'établissait à 35 % chez les hommes inuits et à 36 % chez les femmes inuites de 55 ans et plus, soit un taux plus élevé que celui observé chez les hommes (23 %) et les femmes (26 %) non autochtones du même groupe d'âge, après avoir tenu compte de certaines caractéristiques démographiques[22].

22. Étant donné que la taille du centre de population n'était pas une variable prédictive significative de la probabilité d'avoir une incapacité chez les Inuits, un modèle comparable excluant cette variable a été appliqué, et les valeurs prédites étaient très similaires. Comme elle représentait une variable prédictive significative pour les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et la population non autochtone, elle a été retenue dans le modèle pour les Inuits, et ce, à des fins de comparaison avec la population non autochtone.

Graphique A3
Taux d'incapacité prédits chez les Inuits et les non-Autochtones âgés de 15 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2017



Note : Les barres d'erreur dénotent un intervalle de confiance de 95 %.
Sources : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones, 2017; Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017.

Références

ANDERSON, Jalene Tayler, et Damian COLLINS. 2014. « Prevalence and causes of urban homelessness among Indigenous peoples: A three-country scoping review », *Housing Studies,* vol. 29, nº 7, p. 959 à 976.

ARIM, Rubab. 2015. « Un profil de l'incapacité chez les Canadiens âgés de 15 ans ou plus, 2012 », *Rapports sur l'enquête canadienne sur l'incapacité*, produit nº 89-654-X au catalogue de Statistique Canada.

BARON, Marie, Mylène RIVA et Christopher FLETCHER. 2019. « The social determinants of healthy ageing in the Canadian Arctic », *International journal of Circumpolar Health*, vol. 78, nº 1. doi: 10.1080/22423982.2019.163023.

BEULAH BEATTY, Bonita, et Loleen BERDAHL. 2011. « Health care and Aboriginal seniors in urban Canada: Helping a neglected class », *The International Indigenous Policy Journal*, vol. 2, nº 1.

BURLOCK, Amanda. 2017. « Les femmes ayant une incapacité »*, Femmes au Canada : rapport statistque fondé sur le sexe*, produit nº 89-503-X au catalogue de Statistique Canada.

CARRIERE, Gisèle M., et autres. 2012. « Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998-2007 », *International journal of Circumpolar Health*, vol. 71. doi: 10.3402/ijch.v71i0.18581.

CASEY, Rebecca. 2015. « Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis », *Disability and Health Journal*, vol. 8, p. 173 à 181.

DAVY, Carol, et autres. 2016. « Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis », *International Journal for Equity in Health*, vol. 15, nº 163, p. 1 à 9.

DURST, Douglas. 2006. *Urban Aboriginal families of children with disabilities: Social inclusion or exclusion*, Association nationale des centres d'amitié, Saskatchewan.

ELLSWORTH, Leanna, et Annmaree O'KEEFFE. 2013. « Circumpolar Inuit health systems », *International journal of Circumpolar Health*, vol. 72. doi: 10.3402/jch.v72i0.21402

FENWICK, Clare. 2006, « Assessing pain across the cultural gap: Central Australian Indigenous peoples' pain assessment », *Contemporary Nurse*, vol. 22, nº 2, p. 218 à 227.

FIRESTONE, Michelle, Mark W. TYNDALL et Benedikt FISCHER. 2015. « Substance use and related harms among Aboriginal people in Canada: A comprehensive review », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 26, nº 4.

GALABUZI, Grace-Edward. 2004. « *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, publié sous la direction de D. Raphael, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto, Ontario, p. 235 à 352.

GOUVERNEMENT DU CANADA. 2019. *Loi canadienne sur l'incapacité,* gouvernement du Canada. c.10 C.F.R. § c.10.

GRACEY, Michael, et Malcolm KING. 2009. « Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns », *Lancet*, vol. 374, p. 65 à 75.

GULLEMIN, Francis, Claire BOMBARDIER et Dorcas BEATON. 1993. « Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 46, nº 12, p. 1417 à 1432.

HUNT, Sonja M., et autres. 1991. « Cross-cultural adaptation of health measures. European group for health management and quality of life assessment », *Health Policy*, vol. 19, nº 1, p. 33 à 44.

JIMENEZ, Nathalia, et autres. 2011. « A review of the experience, epidemiology, and management of pain among American Indian, Alaska Native, and Aboriginal Canadian peoples », *Journal of Pain*, vol. 12, nº 5, p. 511 à 522. doi: 10.1016/j.jpain.2010.12.002.

JULIEN, Nancy, et autres. 2018. « Review of chronic non-cancer pain research among Aboriginal people in Canada », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 30, nº 3, p. 178 à 185. doi: 10.1093/intqhc/mzx195.

KING, Malcolm, Alexandra SMITH et Michael GRACEY. 2009. « Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap », *The Lancet,* vol. 374, nº 9683, p. 76 à 85.

LIDDY, Clare, et autres. 2017. « Improving access to specialists in remote communities: a cross-sectional study and cost analysis of the use of Consult in Nunavut », *International journal of Circumpolar Health*, vol. 76, nº 1, p. 1 à 8.

LINDBLOM, Anne. 2014. « Under-detection of autism among First Nations children in British Columbia, Canada », *Disability & Society*, vol. 29, nº 8, p. 1248 à 1259.

MALAKIEH, Jamil. 2018. « Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes au Canada, 2017-2018 », *Juristat*, produit nº 85-002-X au catalogue de Statistique Canada.

MCGRATH, P. 2006. « The biggest worry...: research findings on pain management for Aboriginal peoples in Northern Territory, Australia », *Rural and Remote Health*, vol. 6, nº 3, p. 549 à 563.

MCKAY, John. 2018. « Les personnes autochtones dans le système correctionnel fédéral », *Rappport du Comité permanent de la sécurité publique nationale,* Chambre des communes du Canada, Ottawa, Ontario.

MCKENZIE, Holly A., et autres. 2016. « Disrupting the Continuities among Residential Schools, the Sixties Scoop, and Child Welfare: An Analysis of Colonial and Neocolonial Discourses », *International Indigenous Policy Journal,* vol. 7, nº 2. doi: 10.18584/iipj.2016.7.2.4.

MORRIS, Stuart, et autres. 2018. « Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017 », *Rapports sur l'enquête canadienne sur l'incapacité*, produit nº 9-654-X2018002 au catalogue de Statistique Canada.

NELSON, Sarah, et Kathi WILSON. 2017. « The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research », *Social Science & Medicine*, vol. 176, mars, p. 93 à 112.

NORRIS, Mary Jane, et Stewart CLATWORTHY. 2011. « Urbanization and migration patterns of Aboriginal populations in Canada: A half-century in review (1951-2006) », *Aboriginal Policy Studies*, 2011, vol. 1, nº 1, p. 13 à 77.

STATISTIQUE CANADA. 2016. *Recensement de la population de 2016,* produit nº 98-400-X2016008 au catalogue de Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA. 2017a. *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016*, produit nº 11-001-X au catalogue de Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm?indid=14430-1&indgeo=3.

STATISTIQUE CANADA. 2017b. *La population autochtone au Canada, Recensement de la population de 2016,* produit nº 11-627-M au catalogue de Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA. 2017c. *Série « Perspective géographique », Recensement de 2016*, produit nº 98-404-X2016001 au catalogue de Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA. 2017d. *Population inuite selon la résidence, dans l'Inuit Nunangat et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat, 2016.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/mc-a001-fra.htm.

STATISTIQUE CANADA. 2018. *Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor*, produit nº 89-659-x2018001 au catalogue de Statistique Canada, p. 1 à 13.

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ. 2007. *Social determinants and Indigenous health: The international experience and its policy implications*, Commission des déterminants sociaux de la santé, Adelaide, Australie.

THURSTON, Wilfreda E., et autres. 2014. « Discordant Indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: A qualitative study using constructivist grounded theory », *International Journal of Equity Health*, vol. 13, nº 1, p. 13 à 46. doi: 10.1186/1475-9276-13-46.

COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA. 2018. *Our Mandate*. http://www.trc.ca/ (site consulté le 30 mai 2018).

NATIONS UNIES. 2007. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, Nations Unies, Genève, p. 1 à 29.

WILSON, Kathi, et T. Kue YOUNG. 2008. « An overview of Aboriginal health research in the social sciences: Current trends and future directions », *International journal of Circumpolar Health*, vol. 67, p. 179 à 189.