N° au catalogue 45-28-0001

StatCan et la COVID-19 :
Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur

Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits

par Tara Hahmann et Mohan B. Kumar

Date de diffusion : le 30 août 2022

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 infostats@statcan.gc.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

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 2022

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.

StatCan et la COVID-19 :
Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur

Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits

par **Tara Hahmann et Mohan B. Kumar**

Les profondes disparités en matière de santé auxquelles font face les peuples autochtones au Canada, y compris une incidence plus élevée de problèmes de santé chroniques et une plus grande prévalence de facteurs de risque connexes (Kim, 2019), sont bien documentées. Parmi les facteurs qui contribuent à ces disparités figurent des déterminants proximaux de la santé comme la pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'absence de perspectives d'emploi et l'insuffisance de logements adéquats; des déterminants intermédiaires comme l'absence d'accès à des soins de santé rapides, adéquats et culturellement adaptés (Davy et coll., 2016; Tjensvoll Kitching et coll., 2020); des déterminants distaux comme le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale (Loppie Reading et Wien, 2013). Ensemble, ces déterminants ont des répercussions sur la santé des Autochtones au Canada. En ce qui a trait aux soins de santé, les Autochtones doivent aussi s'y retrouver dans le dédale des systèmes de santé, des secteurs de compétence et des conditions d'admissibilité. Par exemple, alors que les membres des Premières Nations inscrits et les Inuits ont une certaine couverture grâce aux Services de santé non assurés (SSNA), les membres des Premières Nations non inscrits et les Métis n'y ont pas droit. Même les personnes qui ont une couverture assurée par les SSNA se retrouvent avec des coûts médicaux qui ne sont pas couverts et ont une compréhension limitée de la couverture offerte (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019).

La pandémie a eu d'importantes répercussions sociales, économiques et sanitaires sur les Autochtones (Arriagada et coll., 2020; Bleakney et coll., 2020; Statistique Canada, 2020). En particulier, les répondants autochtones, y compris ceux ayant une incapacité et des problèmes de santé de longue durée, ont fait état d'une plus grande détérioration de leur santé générale et de leur santé mentale, tout particulièrement, que les répondants non autochtones (Arriagada et coll., 2020; Hahmann, 2021). On en sait moins à propos des répercussions de la pandémie sur l'accès aux services de soins de santé et les effets potentiels des besoins en soins de santé insatisfaits chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits. L'accès réduit aux soins de santé ainsi que leur utilisation réduite pourraient avoir eu des répercussions disproportionnées sur la santé des Autochtones, accentuant peut-être les disparités en soins de santé qui existaient avant la pandémie (King et coll., 2009). Compte tenu des lacunes en soins de santé avec lesquelles les Autochtones doivent composer, il importe de comprendre la manière dont la pandémie peut avoir accentué les disparités.

Le présent article donne un aperçu des effets de la pandémie de COVID-19 sur les soins de santé reçus par les Autochtones, et se fonde sur les données de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP) de 2021. Plus précisément, il porte sur les besoins déclarés en matière de services de soins de santé, les besoins en soins de santé insatisfaits, les perturbations et les reports de rendez-vous pour des services de santé et leurs répercussions sur les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits au cours de l'année précédente. Comme l'enquête ne couvre pas la population vivant dans les réserves ou dans les territoires, les résultats de l'étude ne peuvent être généralisés aux membres des Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits vivant dans les territoires en raison des différences potentielles dans la prévalence des maladies chroniques et la disponibilité des services de soins de santé. Les données sur les non-Autochtones sont fournies à des fins de contextualisation.

Population à l'étude

La population autochtone couverte par l'EASSPPP est composée des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits vivant dans les provinces et âgés de 18 ans et plus. Il convient de souligner qu'environ 40 % des membres des Premières Nations vivaient dans les réserves en 2016 (Statistique Canada, 2017) et que la plupart des Inuits au Canada vivent dans l'Inuit Nunangat, la terre natale des Inuits, qui est composée des régions nordiques du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que de l'ensemble du Nunavut. La population à l'étude exclut donc les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les territoires, les Métis dans les territoires et les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat, à l'exception du Nunavik.

L'âge médian des populations couvertes par l'enquête était le moins élevé chez les Inuits (37 ans), suivis des membres des Premières Nations (40 ans) et des Métis (43 ans). Chez les non-Autochtones, l'âge médian était de 47 ans. Chez les membres des Premières Nations et les non-Autochtones, la représentation des hommes (49 %) et des femmes (51 %) était équitable. Chez les Métis et les Inuits, les hommes représentaient 58 % et 41 % des répondants, respectivement. Les trois quarts des membres des Premières Nations (75 %), soit 73 % des inscrits et 80 % des non-inscrits, et des Métis (74 %) vivaient en région urbaine tandis que 1 Inuit sur 3 vivait en région urbaine (34 %[E]) dans les provinces. Chez les non-Autochtones, 88 % vivaient en région urbaine. Le deuxième chiffre du code postal fourni par les répondants a été utilisé pour déterminer s'ils vivaient en région urbaine ou rurale (voir la section Méthodologie pour obtenir plus de détails).

Pendant la pandémie, la prévalence de divers problèmes de santé chroniques est restée plus élevée chez les Autochtones

La prévalence supérieure de problèmes de santé chroniques et d'incapacités chez les Autochtones a été démontrée dans des études antérieures (Hahmann et coll., 2019; Hayward et coll., 2020; Lix et coll., 2009). La situation est restée la même pendant la pandémie : les Autochtones faisaient toujours état de taux supérieurs de problèmes de santé chroniques que leurs homologues non autochtones. Comparativement aux non-Autochtones (12 %), un pourcentage plus élevé de membres des Premières Nations vivant hors réserve (15 %) et de Métis (16 %) ont déclaré avoir deux problèmes de santé chroniques diagnostiqués. Ils étaient aussi proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir trois problèmes de santé chroniques ou plus : c'était le cas pour 14 % des membres des Premières Nations et 14 % des Métis, comparativement à 8 % des non-Autochtones.

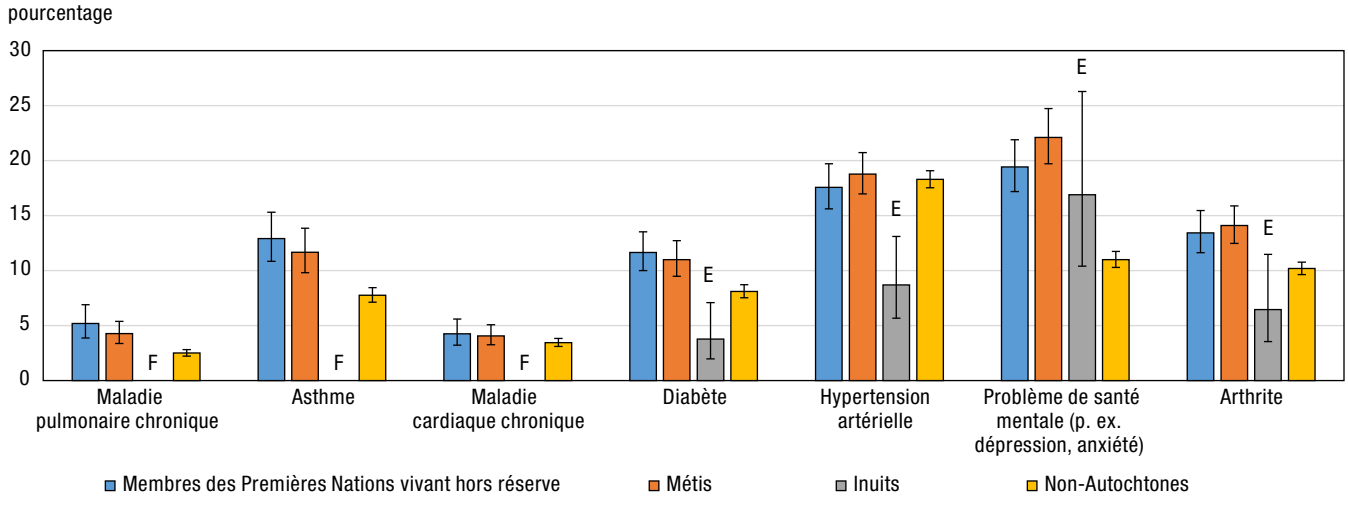
Les problèmes de santé chroniques les plus souvent diagnostiqués chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits étaient des problèmes de santé mentale, l'hypertension artérielle, l'arthrite, l'asthme et le diabète (graphique 1). Pour bon nombre de ces problèmes de santé, la prévalence était plus élevée chez les trois groupes de population autochtone que chez les non-Autochtones.

Les problèmes de santé mentale comme la dépression et l'anxiété étaient les problèmes de santé les plus courants déclarés : environ 1 adulte autochtone sur 5 a déclaré éprouver de tels problèmes, comparativement à 1 adulte non autochtone sur 10 (graphique 1). Des proportions similaires de membres des Premières Nations (18 %), de Métis (19 %) et de non-Autochtones (18 %) ont déclaré souffrir d'hypertension artérielle; toutefois, les Inuits étaient près de deux fois moins susceptibles (9 %[E]) d'en souffrir. Plus de 1 membre des Premières Nations sur 10 et de 1 Métis sur 10 ont déclaré être atteints d'arthrite, de diabète ou d'asthme, une proportion supérieure à celle enregistrée pour les non-Autochtones.

Outre les problèmes de santé chroniques, des pourcentages plus élevés de membres des Premières Nations (20 %), de Métis (20 %) et d'Inuits (23 %[E]) que de non-Autochtones (11 %) se sont identifiés comme personne ayant une incapacité.

La prévalence inférieure de certains problèmes de santé chroniques chez les Inuits doit être interprétée à la lumière de différents facteurs, dont la petite taille d'échantillon pour ce groupe de population, la couverture de l'enquête qui exclut la majorité des Inuits, leur répartition d'âge plus jeune (Statistique Canada, 2018), les obstacles à l'accès aux services de soins de santé y compris les diagnostics, les préjugés liés à la déclaration, et l'intériorisation et la normalisation d'un mauvais état de santé (Horrill et coll., 2019; Smylie et coll., 2018) ainsi que d'autres facteurs.

Graphique 1
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuits et des non-Autochtones ayant un problème de santé chronique au cours de la première année de la pandémie, selon le problème de santé chronique, 2021, Canada (provinces seulement)



E à utiliser avec prudence.
F trop peu fiable pour être publié.
Source : Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie.

Les femmes étaient plus susceptibles de faire état de problèmes de santé chroniques que les hommes. Un pourcentage plus élevé de femmes des Premières Nations (25 %), métisses (29 %) et non autochtones (15 %) ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale comparativement aux hommes des Premières Nations (13 %), métis (17 %) et non autochtones (7 %). Les femmes (15 %, 17 % et 13 % chez les Premières Nations, les Métis et les non-Autochtones, respectivement) étaient plus susceptibles que les hommes (11 %, 12 % et 7 %) de déclarer être atteintes d'arthrite. Les femmes métisses (15 %) étaient plus susceptibles de souffrir d'asthme que les hommes métis (9 %) tout comme les femmes non autochtones. Les femmes métisses (8 %) étaient aussi deux fois plus susceptibles que les hommes métis d'avoir un système immunitaire affaibli à la suite d'une maladie ou de la prise de médicaments (4 %[E]). Une mauvaise santé chez les femmes autochtones est liée à de plus grandes disparités en santé, lesquelles sont exacerbées par les inégalités économiques et sociales liées au colonialisme, au racisme et au sexisme, comme une plus grande vulnérabilité à la victimisation et à la pauvreté, aux répercussions intergénérationnelles des traumatismes attribuables aux politiques coloniales, et aux obstacles à l'accès à des soins de santé de qualité et culturellement adaptés (Halseth, 2013).

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur

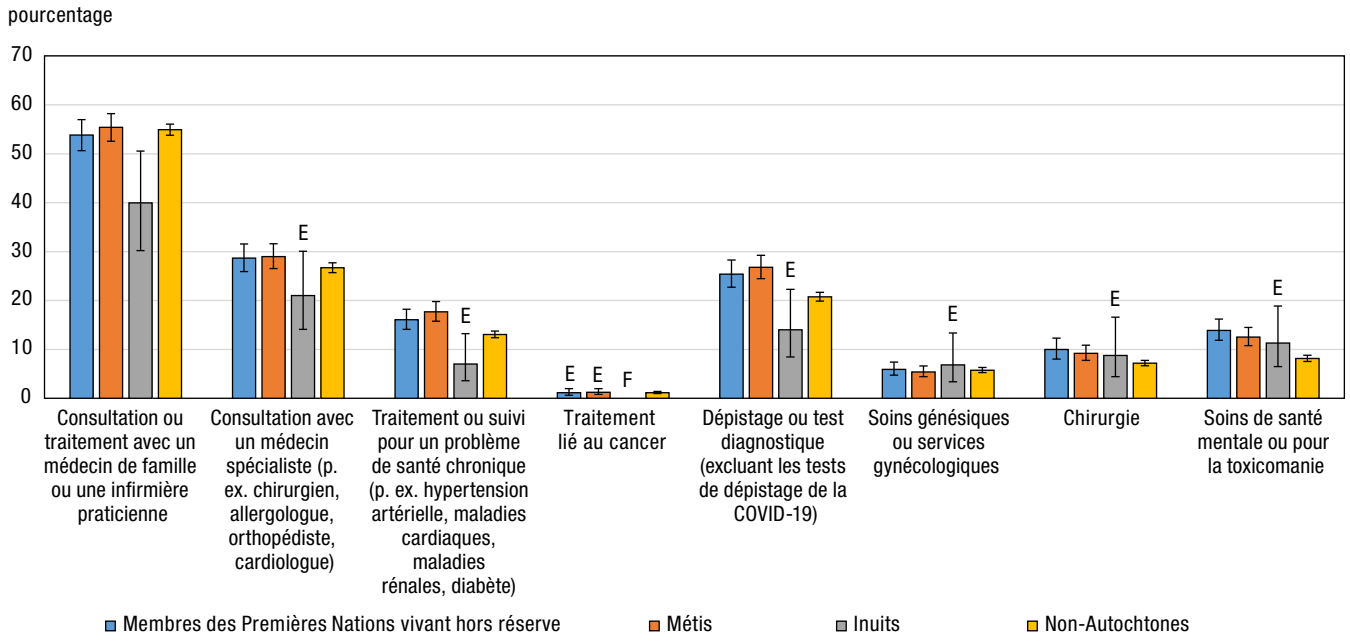
Les membres des Premières Nations et les Métis sont plus susceptibles d'avoir indiqué avoir besoin de services de soins de santé particuliers que les non-Autochtones

La prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques et d'incapacités laisse supposer un besoin accru de services de soins de santé chez les Autochtones. En effet, les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis étaient plus susceptibles que les non-Autochtones de déclarer avoir eu besoin, au cours de la première année de la pandémie, de traitement ou d'un suivi pour un problème de santé chronique, de services de dépistage ou de tests diagnostiques, d'une chirurgie ou de soins de santé mentale ou pour la toxicomanie, comme du counseling ou de la thérapie.

Environ 1 membre des Premières Nations (25 %) et 1 Métis (27 %) sur 4 ainsi que 1 Inuit sur 7 (14 %[E]) ont déclaré avoir besoin de services de dépistage ou de diagnostic au cours de la première année de la pandémie (excluant le test de dépistage de la COVID-19) [graphique 2]. Les pourcentages observés chez les membres des Premières Nations et les Métis étaient plus élevés que chez non-Autochtones (21 %).

Les Inuits étaient moins susceptibles de déclarer avoir eu besoin de consultation ou de traitement avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne que leurs homologues non autochtones. Cela pourrait être lié au fait qu'ils étaient proportionnellement moins nombreux à déclarer éprouver les problèmes de santé chroniques susmentionnés. En outre, pour bon nombre de services de soins de santé, en raison de la plus petite taille de l'échantillon pour les Inuits, les estimations pour ces derniers affichent beaucoup de variabilité et doivent être utilisées avec prudence.

Graphique 2
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuits et des non-Autochtones ayant déclaré un besoin de services de soins de santé au cours de la première année de la pandémie, selon le type de services de soins de santé, mars 2020 à mai 2021, Canada (provinces seulement)



E à utiliser avec prudence.
F trop peu fiable pour être publié.
Source : Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie.

Les membres des Premières Nations étaient plus susceptibles que les non-Autochtones d'éprouver des besoins insatisfaits en matière de services de soins de santé au cours de la première année de la pandémie

Selon des publications antérieures, la pandémie de COVID-19 aurait exacerbé les inégalités en matière d'accès aux soins de santé chez les Autochtones (Hahmann, 2021; Power et coll., 2020). Les conclusions tirées des données de l'EASSPPP jettent un peu de lumière sur cette question.

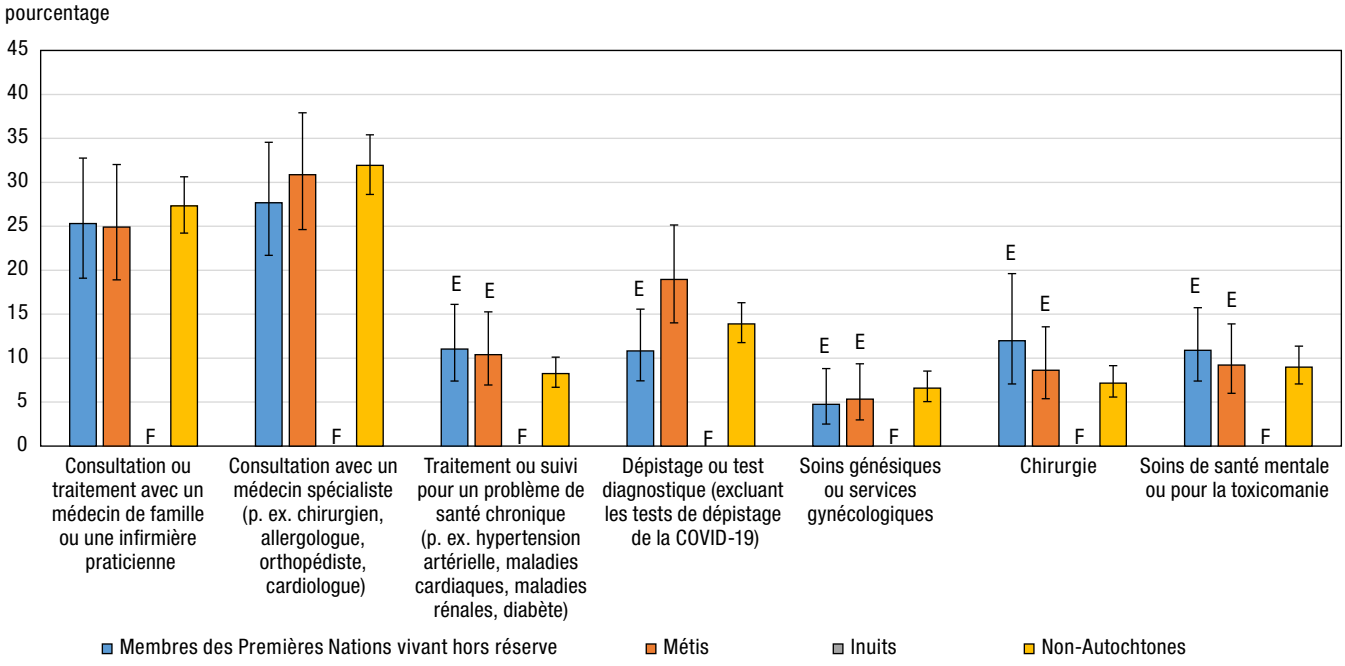
Les membres des Premières Nations vivant hors réserve (21 %) étaient plus susceptibles que les non-Autochtones (15 %) de faire état de besoins insatisfaits pour ces services au cours de la première année de pandémie. La prévalence des besoins insatisfaits n'était pas significativement différente entre les membres des Premières Nations inscrits (20 %) et non inscrits (25 %). Aucune différence significative dans la prévalence n'a été observée entre les Métis (17 %), les Inuits (21 %[E]) et les non-Autochtones (15 %) au cours de la première année de la pandémie.

Certaines différences ont été enregistrées entre les hommes et les femmes. Alors que les hommes (19 %) et les femmes (22 %) des Premières Nations ont affiché des taux similaires, ces taux étaient plus élevés que ceux de leurs homologues non autochtones (14 % et 17 %, respectivement). Chez les Métis, les femmes (21 %) étaient significativement plus susceptibles d'avoir eu des besoins en services de soins de santé insatisfaits que les hommes (13 %).

Les services de soins de santé les plus souvent déclarés comme requis, mais non reçus au cours de l'année précédente chez les membres des Premières Nations et les Métis comprenaient les consultations avec un médecin spécialiste (28 % et 31 %, respectivement), les consultations ou traitements avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne (25 % et 25 %) et le dépistage ou les tests diagnostiques, excluant le test de dépistage de la COVID-19 (11 %[E] et 19 %). Un membre des Premières Nations et 1 Métis sur 10 qui ont eu besoin de services de soins de santé n'ont pas pu obtenir de soins de santé mentale ou pour la toxicomanie comme du counseling ou de la thérapie (11 %[E] et 9 %[E]), une chirurgie (12 %[E] et 9 %[E]) ou un traitement ou suivi pour un problème de santé chronique (11 %[E] et 10 %[E]) [graphique 3]. Par ailleurs, 1 membre des Premières Nations sur 20 (5 %[E]) et 1 Métis sur 20 (5 %[E]) n'ont pas reçu de soins génésiques ou services gynécologiques.

La disponibilité et l'accessibilité des services de soins de santé varient selon les régions urbaines et rurales au Canada. Par exemple, des recherches antérieures laissent supposer que les personnes dans les régions métropolitaines de recensement ont un meilleur accès aux consultations avec des médecins spécialistes alors que celles qui vivent dans la plupart des régions rurales ont un meilleur accès à un médecin régulier (Sibley et Weiner, 2011). Chez les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et les non-Autochtones couverts par l'EASSPPP, aucune différence significative n'a été observée dans les taux de besoins en soins de santé insatisfaits selon les régions urbaines et rurales.

Graphique 3
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuits et des non-Autochtones qui ont eu des besoins en soins de santé insatisfaits au cours de la première année de la pandémie, selon le type de services de soins de santé, mars 2020 à mai 2021, Canada (provinces seulement)



E à utiliser avec prudence.
F trop peu fiable pour être publié.
Source : Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie.

Les Autochtones étaient plus susceptibles d'avoir du mal à obtenir un rendez-vous pour des services de santé mentale en raison de la pandémie

Bien que les questions de l'EASSPPP liées aux besoins en soins de santé insatisfaits ne puissent servir à déterminer si la pandémie est à l'origine des lacunes en matière de services, les questions de l'enquête sur la difficulté à obtenir un rendez-vous pour des soins de santé à cause de la pandémie peuvent faire la lumière sur les répercussions de la pandémie.

Près de la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (43 %), des Métis (42 %) et des Inuits (43 %) qui ont eu besoin de services de soins de santé au cours de l'année précédente ont eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous, comparativement à 37 % des non-Autochtones. Les femmes métisses (47 %) et les femmes non autochtones (40 %) étaient plus susceptibles que les hommes métis (39 %) et les hommes non autochtones (34 %) de déclarer avoir rencontré de telles difficultés. Bien que toutes les difficultés n'étaient pas nécessairement liées directement à la COVID-19, environ 7 personnes sur 10 qui ont eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous l'ont attribuée à des annulations, des reports de rendez-vous ou des retards causés par la pandémie de COVID-19.

Les services de soins de santé que les répondants ont le plus souvent indiqué avoir été annulés, reportés ou retardés en raison de la pandémie de COVID-19 ont été le reflet des tendances observées pour les besoins insatisfaits. Par exemple, environ le tiers des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des non-

Autochtones (tableau 1) ont déclaré qu'une consultation ou un traitement avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la pandémie. En outre, environ 1 membre des Premières Nations, 1 Métis et 1 non-Autochtone sur 4 ainsi que 4 Inuits sur 10 ont déclaré qu'une consultation avec un médecin spécialiste ou une infirmière praticienne avait été annulée, reportée ou retardée en raison de la pandémie. Parmi les membres des Premières Nations, les Métis et les non-Autochtones, environ 1 personne sur 10 a déclaré des perturbations similaires liées à la pandémie dans le traitement ou le suivi d'un problème de santé chronique et pour une chirurgie. Les membres des Premières Nations (10 %[E]) et les Métis (9 %[E]) étaient environ deux fois plus susceptibles que les non-Autochtones (5 %) de déclarer avoir rencontré des difficultés à obtenir un rendez-vous pour des services de thérapie ou de counseling en santé mentale ou en toxicomanie (tableau 1) qui étaient en lien avec la pandémie.

Tableau 1
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuits et des non-Autochtones qui ont déclaré des services de soins de santé annulés, reportés ou retardés en raison de la pandémie de COVID-19, selon le type de services de soins de santé, mars 2020 à mai 2021, Canada (provinces seulement)

	Consultation ou traitement avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne	Intervalle de confiance à 95 %	Consultation avec un médecin spécialiste ou un médecin (p. ex. chirurgien, allergologue, orthopédiste, cardiologue)	Intervalle de confiance à 95 %
	pourcentage ayant déclaré des services annulés, reportés ou retardés			
Membres des Premières Nations vivant hors réserve	31,2	(25,7-37,3)	26,8	(21,5-32,9)
Métis	33,8	(28,7-39,3)	27,3	(22,6-32,5)
Inuits	37,8[E]	(17,6-63,2)	38,9[E]	(19,1-63,3)
Non-Autochtones	29,1	(26,8-31,5)	26,6	(24,4-29,0)

	Traitement ou suivi pour un problème de santé chronique (p. ex. hypertension artérielle, maladies cardiaques, maladies rénales, diabète)	Intervalle de confiance à 95 %	Dépistage ou test diagnostique (excluant les tests de dépistagede la COVID-19)	Intervalle de confiance à 95 %
	pourcentage ayant déclaré des services annulés, reportés ou retardés			
Membres des Premières Nations vivant hors réserve	8,9[E]	(6,1-12,7)	13,4[E]	(9,8-17,9)
Métis	8,9[E]	(6,5-12,1)	13,6	(10,5-17,5)
Inuits	F		F	
Non-Autochtones	7,6	(6,4-9,0)	12,5	(11,0-14,2)

	Soins génésiques ou services gynécologiques	Intervalle de confiance à 95 %	Chirurgie	Intervalle de confiance à 95 %	Services de santé mentale ou pour toxicomanie	Intervalle de confiance à 95 %
	pourcentage ayant déclaré des services annulés, reportés ou retardés					
Membres des Premières Nations vivant hors réserve	4,3[E]	(2,9-6,4)	12,0[E]	(7,6-18,4)	9,8[E]	(6,5-14,7)
Métis	4,3[E]	(2,7-6,9)	9,2[E]	(6,6-12,6)	9,4[E]	(6,4-13,5)
Inuits	F		F		F	
Non-Autochtones	4,8	(3,8-6,1)	7,1	(5,9-8,5)	4,6	(3,6-5,8)

[E] à utiliser avec prudence.
F trop peu fiable pour être publié.
Source : Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie.

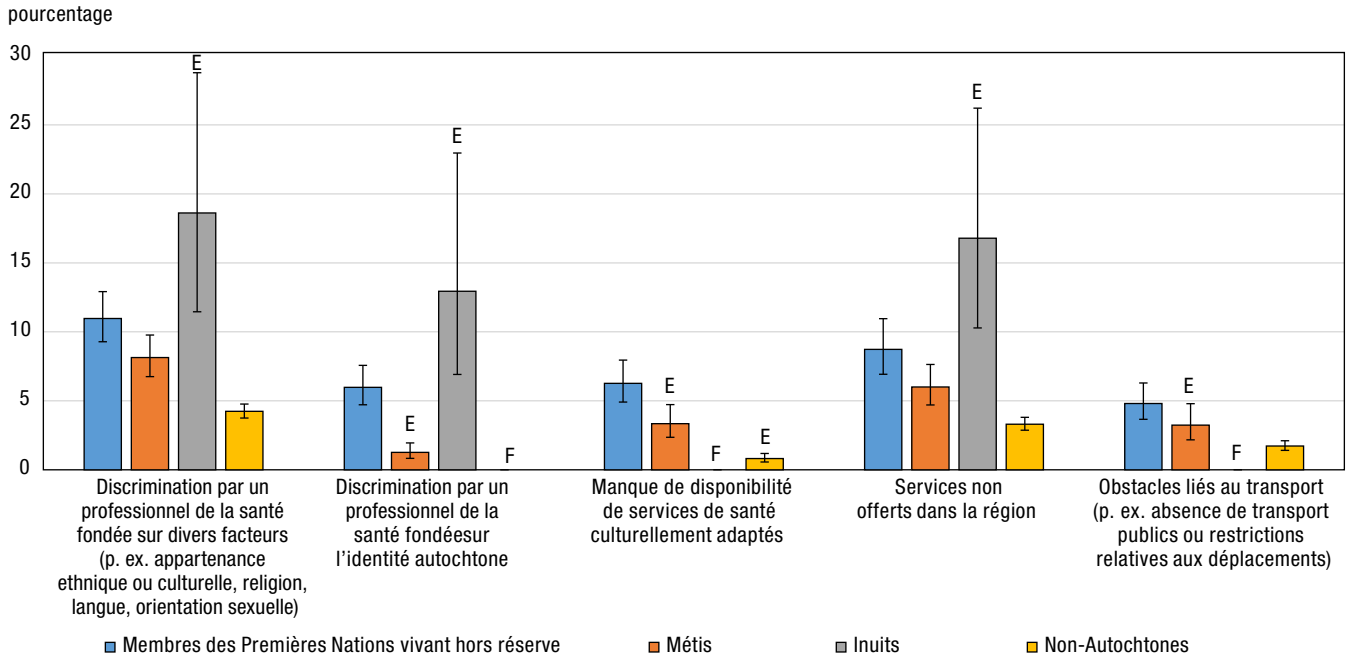
Pendant la pandémie, les Autochtones déclarent des lacunes en matière de services de santé dans leur région et à de la discrimination par les professionnels de la santé

Les besoins en soins de santé insatisfaits sont le résultat d'une panoplie d'obstacles auxquels se butent les Autochtones au Canada. Malgré une meilleure disponibilité des services de soins de santé dans les régions urbaines, des recherches ont montré que les Autochtones en milieu urbain reçoivent des soins de qualité inférieure aux normes, subissent de longs temps d'attente, du racisme et de la discrimination lorsqu'ils accèdent à ces services (Nelson et Wilson, 2018). Les recherches ont également montré que des soins de santé culturellement adaptés peuvent améliorer les résultats en matière de santé et la qualité des soins grâce à l'offre de services dans un environnement respectueux des différences culturelles et exempt de racisme et de stéréotypes, mais il est possible que les Autochtones n'aient pas tous accès à ce type de soins (O'Sullivan, 2013). Des difficultés relatives à l'emplacement et à la distance peuvent compliquer davantage l'accès aux services de santé pour les Autochtones (Davy et coll., 2016).

Pendant la pandémie, les Autochtones ont rencontré des obstacles en ce qui concerne l'accès aux services. Les membres des Premières Nations vivant hors réserve (9 %), les Métis (6 %) et les Inuits (17 %[E]) étaient plus susceptibles que les non-Autochtones (3 %) de déclarer que certains services n'étaient pas offerts dans leur région. Les membres des Premières Nations (5 %) et les Métis (3 %[E]) étaient plus susceptibles que les non-Autochtones (2 %) de déclarer avoir rencontré des obstacles liés au transport (p. ex. absence de transport en commun, restrictions relatives aux déplacements) dans l'accès aux soins de santé. Par ailleurs, 6 % des membres des Premières Nations et 3 %[E] des Métis ont fait état de lacunes en matière de services de santé culturellement adaptés et d'autres services de soins traditionnels.

Dans le cadre de l'enquête, on a demandé aux répondants s'ils avaient l'impression qu'un professionnel de la santé avait eu une mauvaise opinion d'eux ou les avait traités injustement pendant la pandémie. Les membres des Premières Nations (11 %), les Métis (8 %) et les Inuits (19 %[E]) étaient environ de deux à cinq fois plus susceptibles que les non-Autochtones (4 %) de déclarer avoir subi une certaine forme de discrimination dans leurs interactions ayant trait aux services de soins de santé. Les motifs de cette discrimination comprenaient, entre autres, l'appartenance ethnique ou culturelle, la race, la religion, l'apparence physique, l'orientation sexuelle, l'âge et l'incapacité physique ou mentale (graphique 4). Environ 6 % des membres des Premières Nations, 1 %[E] des Métis et 13 %[E] des Inuits ont déclaré que pendant la pandémie, des professionnels de la santé ont eu une mauvaise opinion d'eux ou les ont traités injustement en raison de leur identité autochtone.

Graphique 4
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuits et des non-Autochtones ayant déclaré des difficultés à obtenir des services de soins de santé au cours de la première année de la pandémie, selon le type de difficulté, mars 2020 à mai 2021, Canada (provinces seulement)



E à utiliser avec prudence.
F trop peu fiable pour être publié.
Source : Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie.

Les difficultés à obtenir des services de soins de santé et l'attente liée à ces services avaient une incidence sur la santé des Autochtones

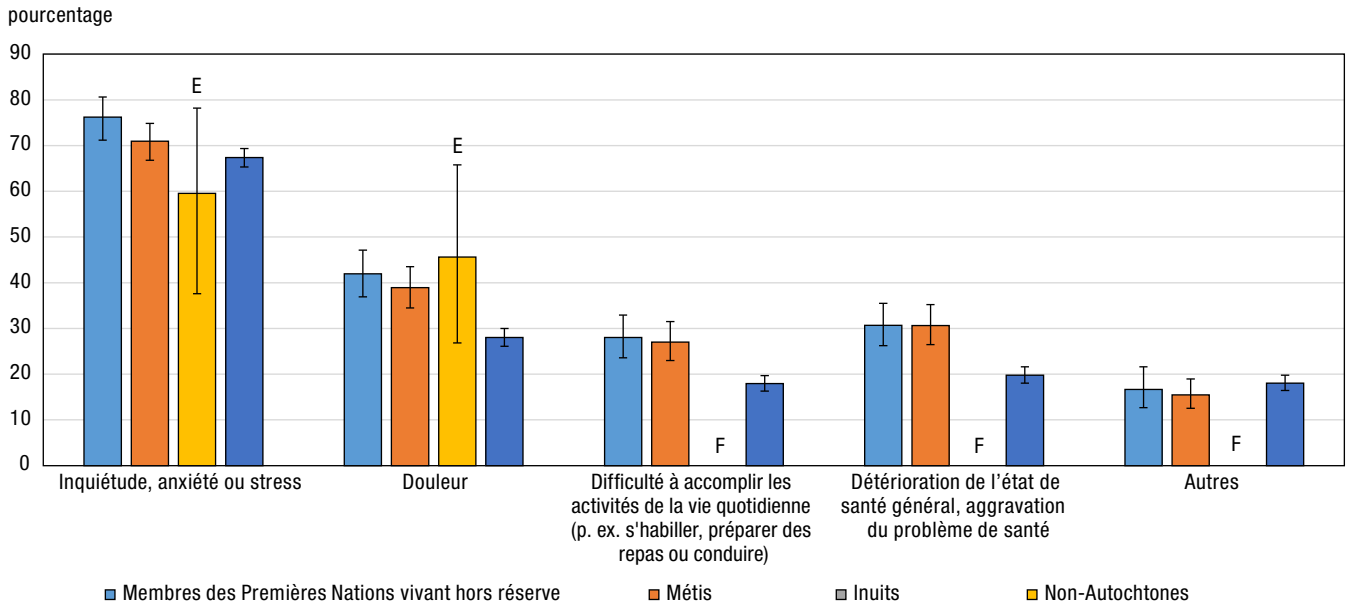
La prévalence accrue des problèmes de santé chroniques, l'augmentation des besoins en matière de certains services de santé et les niveaux plus élevés de besoins insatisfaits pendant la pandémie peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale et physique des Autochtones. Comparativement à la période précédant la pandémie de COVID-19, environ le quart des membres des Premières Nations vivant hors réserve (27 %), des Métis (27 %), des Inuits (24 %[E]) et des non-Autochtones (25 %) ont déclaré que leur santé physique était « un peu moins bonne » ou « bien moins bonne » qu'avant. Par ailleurs, plus du tiers des membres des Premières Nations (38 %), des Métis (37 %) et des non-Autochtones (36 %) ont déclaré que leur santé mentale était « un peu moins bonne » ou « bien moins bonne » qu'avant, et c'était aussi le cas pour 26 %[E] des Inuits. Alors que le taux de personnes ayant déclaré une détérioration de leur santé mentale et physique était similaire d'un groupe à l'autre, la prévalence plus élevée de maladies chroniques et la fréquence accrue des interruptions de services et de soutien peuvent avoir exacerbé les inégalités en matière de santé qui existaient avant la pandémie (Gouldhawke, 2021; Ndugga et Artiga, 2021).

Lorsqu'on leur a posé des questions sur l'incidence des difficultés et des retards liés à la pandémie en matière de prestation de services de santé mentale et physique, les disparités entre les Autochtones et les non-Autochtones étaient évidentes. Les membres des Premières Nations (42 %) et les Métis (39 %) étaient plus susceptibles que les non-Autochtones (28 %) de déclarer que la difficulté à obtenir des services de soins de santé ou l'attente de ces

services avait eu pour effet de leur causer de la douleur (graphique 5). Parmi les membres des Premières nations inscrits, 38 % ont déclaré cela comparativement à 54 % des membres des Premières nations non inscrits. Les membres des Premières Nations (28 %) et les Métis (27 %) étaient également plus susceptibles que les non-Autochtones (18 %) d'affirmer avoir eu des problèmes liés aux activités de la vie quotidienne, comme s'habiller, préparer des repas ou conduire. Un pourcentage plus élevé de membres des Premières Nations (31 %) et de Métis (31 %) que de non-Autochtones (20 %) ont déclaré une détérioration de leur santé générale ou une aggravation de leur état. Aucune différence n'a été observée entre les membres des Premières Nations inscrits et non inscrits; les deux groupes étaient plus susceptibles que les non-Autochtones à signaler de telles répercussions (données non présentées).

Environ les trois quarts des membres des Premières Nations et des Métis et plus de la moitié des Inuits ont déclaré qu'au cours de l'année précédente, la difficulté à obtenir des soins de santé et l'attente des services dont ils avaient besoin leur avaient causé de l'inquiétude, de l'anxiété ou du stress, comparativement aux deux tiers des non-Autochtones (graphique 5). Aucune différence significative n'a été observée entre les membres des Premières Nations inscrits et non inscrits (74 % et 83 %), même si ces derniers étaient plus susceptibles que les non-Autochtones de déclarer avoir vécu de l'inquiétude, de l'anxiété ou du stress. Les membres des Premières Nations non inscrits (9 %[E]) étaient moins susceptibles de déclarer d'autres effets que leurs homologues inscrits (19 %) et les non-Autochtones (18 %). Aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes autochtones pour l'un ou l'autre des effets de la difficulté à obtenir des services de soins de santé et de l'attente de ces services, à quelques exceptions près. Chez les membres des Premières nations, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer des inquiétudes, de l'anxiété ou du stress; toutefois, les hommes étaient plus susceptibles de déclarer d'autres effets que les femmes.

Graphique 5
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuits et des non-Autochtones ayant déclaré une incidence découlant des difficultés à obtenir des services de soins de santé ou de l'attente pour les recevoir au cours de la première année de la pandémie, selon le type de répercussion, mars 2020 à mai 2021, Canada (provinces seulement)



E à utiliser avec prudence.
F trop peu fiable pour être publié.
Source : Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur

Résumé

Fondé sur des données de l'EASSPPP, cet article explore les besoins en services de soins de santé, les perturbations des soins et les répercussions connexes subies par les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, dans les 10 provinces canadiennes, pendant la première année de la pandémie de COVID-19.

Les membres des Premières Nations et les Métis ont affiché des pourcentages plus élevés de problèmes de santé chroniques que les non-Autochtones, ce qui concorde avec les disparités observées dans des études antérieures (Lix et coll., 2009). La prévalence des problèmes de santé chroniques chez les Inuits dans les provinces était plus faible que chez les non-Autochtones ou n'était pas significativement différente entre les deux groupes. Cependant, ces résultats devraient être interprétés en tenant compte de la petite taille d'échantillon pour les Inuits, qui a donné lieu à une variance supérieure et à une non-couverture des territoires où la plupart des Inuits vivent et composent avec des obstacles persistants à un accès équitable aux soins de santé (Oosterveer et Young, 2015). D'autres obstacles pouvant nuire à la détection et au diagnostic de problèmes de santé chroniques comprennent, entre autres, l'absence de services de santé spécialisés et culturellement sécuritaires, les préjugés liés à la déclaration, et l'intériorisation et la normalisation de la mauvaise santé (Horrill et coll., 2019; Smylie et coll., 2018).

Malgré une prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques et les besoins connexes en soins de santé, les Autochtones ont dû composer avec des besoins en soins de santé insatisfaits. Des chercheurs ont remarqué que les difficultés observées au chapitre de la prestation de soins de santé pendant la pandémie pourraient avoir une incidence disproportionnelle sur les Autochtones dans le contexte des disparités existantes en soins de santé, y compris les obstacles à l'accès (Richardson et Crawford, 2020). La présente étude a révélé plusieurs types de besoins en services insatisfaits, y compris les consultations avec un spécialiste et les dépistages ou tests diagnostiques non liés à la COVID-19. Ces problèmes sont particulièrement préoccupants pour les Autochtones qui portent le double fardeau de problèmes de santé chroniques et de facteurs de risque connexes. De plus, les Autochtones ont indiqué avoir subi des perturbations et des retards en lien avec la COVID-19 dans leurs demandes de consultations et de traitements en santé mentale et toxicomanie qui pourraient avoir contribué à la détérioration déclarée de leur santé mentale pendant la pandémie, comme en témoignent les résultats de cette étude et, dans une plus large mesure, ceux de l'analyse des données recueillies par approche participative pendant les premiers mois de la pandémie (Arriagada et coll., 2020). En effet, les retards procéduraux et autres retards dans la prestation de soins de santé ont été documentés (Deloitte et Association médicale canadienne, 2021) comme ayant des répercussions potentiellement négatives sur la mortalité, la morbidité, la santé mentale et la qualité de vie (Papautsky et coll., 2021).

Les résultats ne peuvent être généralisés aux membres des Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits vivant dans les territoires, car les données ne tiennent pas compte des différences qui pourraient exister dans la prévalence des maladies chroniques et la disponibilité des services de soins de santé chez les personnes vivant dans les réserves et dans les territoires.

Méthodologie

Les proportions présentées dans l'article ont été générées en excluant les valeurs manquantes du dénominateur pour toutes les variables. Les estimations dont le coefficient de variation se situe entre 15 % et 35 % sont accompagnées d'un « E » et doivent être utilisées avec prudence. Les estimations dont le coefficient de variation est de plus de 35 % ne sont pas publiées. La variance et les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés au moyen de 1 000 poids bootstrap. La vérification de la signification à $p < 0,05$ a été utilisée pour déterminer les estimations significativement différentes sur le plan statistique.

Pour déterminer si les répondants vivaient en région rurale ou urbaine, le code postal qu'ils ont fourni à l'enquête a été utilisé. Si le deuxième chiffre du code postal est «0», il s'agit d'une zone rurale. Sinon, il s'agit d'une zone urbaine. Il manquait des codes postaux pour 7 % des répondants autochtones et 27 % des répondants non autochtones.

Les estimations de la prévalence pour divers problèmes de santé chroniques sont fondées sur la déclaration des problèmes de santé qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé, et qui duraient depuis au moins six mois au moment de l'enquête.

À propos de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie

L'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP) a été conçue pour mieux comprendre la façon dont les perturbations des services de soins de santé influent sur la population canadienne au cours de la pandémie de COVID-19. L'enquête avait pour cible la population des personnes âgées de 18 ans et plus vivant dans les logements privés des 10 provinces et situés à l'extérieur des réserves et autres établissements autochtones. Les données ont été recueillies entre le 8 mars et le 15 mai 2021 au moyen d'un questionnaire électronique ou d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur. La période de référence de l'enquête était constituée des 12 mois précédents. L'échantillon principal comprenait les personnes sélectionnées auprès de 40 000 ménages choisis à partir d'une liste de logements. Un suréchantillon de 15 000 Autochtones a été attribué dans le but de produire des estimations de qualité équivalente de la sous-population autochtone pour les provinces. La base de sondage pour cette dernière était constituée de personnes s'étant identifiées comme des Autochtones dans le cadre du Recensement de la population de 2016. Le taux de réponse global a été de 46,2 %. L'échantillon final comprenait 25 268 répondants âgés de 18 ans et plus, dont 4 907 étaient Autochtones, soit des membres des Premières Nations (2 159), des Métis (2 504) ou des Inuits (198).

L'EASSPPP a été menée auprès des personnes vivant dans les logements privés; elle excluait donc les personnes vivant dans les logements collectifs comme les hôpitaux, les prisons, les refuges et les foyers collectifs. Puisque la base de sondage utilisée pour assurer un suréchantillonnage des Autochtones était celle des personnes s'étant identifiées en tant qu'Autochtones dans le contexte du Recensement de 2016, les personnes qui n'ont pas été dénombrées dans ce cycle ont été exclues de la population de l'enquête. De plus, puisque l'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire électronique ou d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur, les personnes qui n'avaient pas un accès à Internet ou à un téléphone ont été exclues. Il se peut que les conclusions ne soient pas représentatives des Premières Nations vivant dans les réserves et des Inuits, car l'enquête n'a pas été menée dans les réserves ni dans les territoires, où vivent la plupart des Inuits.

Références bibliographiques

Arriagada, P., T. Hahmann et V. O'Donnell. (2020). *Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19*. (45280001). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Bleakney, A., H. Masoud et H. Robertson. (2020). *Les répercussions de la COVID-19 sur le marché du travail des Autochtones : mars à août 2020*. (45280001). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). « L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis ». *Déterminants sociaux de la santé*. Extrait de http://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf.

Davy, C., S. Harfield, A. McArthur, Z. Munn et A. Brown. (2016). « Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis ». *International Journal for Equity in Health*, 15(163), 1 à 9.

Deloitte et Association médicale canadienne. (2021). *A struggling system: Understanding the health care impacts of the pandemic*. Canada. Extrait de www.cma.ca/sites/default/files/pdf/health-advocacy/Deloitte-report-nov2021-en.pdf.

Gouldhawke, M. (2021). *The Failure of Federal Indigenous Healthcare Policy in Canada*. Extrait de https://yellowheadinstitute.org/2021/02/04/the-failure-of-federal-indigenous-healthcare-policy-in-canada/

Hahmann, T. (2021). *Changements survenus dans la santé, l'accès aux services de santé et la capacité de respecter les obligations financières chez les Autochtones ayant un problème de santé de longue durée ou une incapacité depuis le début de la pandémie de COVID-19*. (45280001). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Hahmann, T., N. Badets et J. Hughes. (2019). *Les Autochtones ayant une incapacité au Canada : les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 15 ans et plus* (89-653-X2019005). Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

Halseth, R. (2013). *Les femmes autochtones au Canada : Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*. Extrait de www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-AboriginalWomenCanada-Halseth-FR.pdf.

Hayward, A., J. Cidro, R. Dutton et K. Passey. (2020). « A review of health and wellness studies involving Inuit of Manitoba and Nunavut ». International Journal of Circumpolar Health, 79(1). DOI : 10.1080/22423982.2020.1779524

Horrill, T. C., J. Linton, J. G. Lavoie, D. Martin, A. Wiens et A. S. H. Schultz. (2019). « Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review ». *Social Science & Medicine*, 238. DOI : https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112495.

Kim, P. J. (2019). « Social determinants of health inequities in Indigenous Canadians through a life course approach to colonialism and the residential school system ». *Health Equity*, 3, 1. DOI : 10.1089/heq.2019.0041.

King, M., A. Smith et M. Gracey. (2009). « Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap ». *The Lancet*, 374(9683), 76 à 85. DOI : 10.1016/S0140-6736(09)60827-8.

Lix, L. M., S. Bruce, J. Sarkar et T. K. Young. (2009). « Facteurs de risque et problèmes de santé chroniques chez les Autochtones et les non- Autochtones ». *Rapports sur la santé*, 20(4), 21 à 29.

Loppie Reading, C., et F. Wien. (2013). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Extrait de https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=46.

Ndugga, N. et Artiga, S. (2021). *Disparities in Health and Health Care: 5 Key Questions and Answers*. Extrait de https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/

Nelson, S. E., et K. Wilson. (2018). « Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada ». *Social Science & Medicine*, déc.(218), 21 à 27. DOI : 10.1016/j.socscimed.2018.09.017.

O'Sullivan, B. (2013). « Considering culture in Aboriginal care ». *JAMC*, 185(1), E27-E28. DOI : 10.1503/cmaj.109-4376.

Oosterveer, T. M., et T. K. Young. (2015). « Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North ». *International Journal of Circumpolar Health*, *Oct*(26). DOI : 10.3402/ijch.v74.29576.

Papautsky, E. L., D. R. Rice, H. Ghoneima, A. L. W. McKowen., N. Anderson, A. R. Wootton et C. Veldhuis. (2021). « Characterizing health care delays and interruptions in the United States during the COVID-19 pandemic: Internet-based, cross-sectional survey study ». *Journal of Medical Internet Research 23*(5). DOI : 10.2196/25446.

Power, T., D. Wilson, O. Best, T. Brockie, L. Bourque Bearskin, E. Millender et J. Lowe. (2020). « COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action ». *Journal of Clinical Nursing*, *29*(15-16), 2737 à 2741. DOI : 10.1111/jocn.15320.

Richardson, L., et A. Crawford. (2020). « COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health ». *JAMC*, *21*(192), E1098 à 1100. DOI : 10.1503/cmaj.200852.

Sibley, L. M., et J. P. Weiner. (2011). « An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada ». *BMC Health Services Research*, *11*(20). DOI : 10.1186/1472-6963-11-20.

Smylie, J., M. Firestone, M. W. Spiller et Tungasuvvingat Inuit. (2018). « Our health counts: Population-based measures of urban Inuit health determinants, health status, and health care access ». *Revue canadienne de santé publique*, *109*, 662 à 670. DOI : 10.17269/s41997-018-0111-0.

Statistique Canada. (2017). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016*. (11-001-X). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Statistique Canada. (2018). *Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor*. (89-659-X). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Statistique Canada. (2020). *Expérience de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19* (11-001-X). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Tjensvoll Kitching, G., M. Firestone, B. Schei, S. Wolfe, C. Bourgeois, P. O'Campo, M. Rotondi, R. Nisenbaum, R. Maddox et J. Smylie. (2020). « Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, *111*, 40 à 49. DOI : 10.17269/s41997-019-00242-z.