

N° au catalogue 45200002
ISBN 978-0-660-41061-6

Études sur le genre et les identités croisées

Portrait des femmes et des filles selon l'éloignement relatif de leurs collectivités, Série 3 : Santé et bien-être

par Mandana Mardare Amini

Date de diffusion : le 21 mars 2022



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.

Remerciements

Cette étude est financée par le ministère des Femmes et de l'Égalité des genres.

Portrait des femmes selon l'éloignement relatif de leurs collectivités, Série 3 : Santé et bien-être

par **Mandana Mardare Amini**

Faits saillants

- Au Canada, on observe des différences significatives entre les femmes et les filles âgées de 12 ans et plus vivant dans les régions plus accessibles et celles vivant dans les régions plus éloignées en ce qui a trait à la santé perçue. La période de référence s'étend de 2015 à 2018.
 - ▶ Au cours de cette période, plus de la moitié des femmes et des filles au Canada ont déclaré que leur santé était très bonne ou excellente. Cette proportion était plus faible chez les femmes et les filles vivant dans les collectivités plus éloignées — elle était de 60,9 % dans les régions facilement accessibles et chutait à 51,7% dans les régions très éloignées.
 - ▶ Cette tendance était similaire chez les femmes et les filles autochtones. La proportion de cette population déclarant avoir une santé très bonne ou excellente était plus faible dans les régions plus éloignées par rapport à celle vivant dans les régions plus accessibles, atteignant 43,0 % dans les régions très éloignées.
 - ▶ Dans l'ensemble, la santé perçue chez les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées est passée de très bonne ou excellente à bonne comparativement à celles des autres catégories d'éloignement.
- Les femmes et les femmes autochtones âgées de 18 ans et plus vivant dans les régions très éloignées ont aussi déclaré les plus bas niveaux d'activité physique de toutes les catégories d'éloignement.
- La proportion de femmes et de filles ayant un fournisseur habituel de soins de santé était nettement inférieure dans les régions très éloignées (55,4 % dans les régions très éloignées par rapport à 87,7 % dans les régions facilement accessibles). On observait la même tendance chez les femmes et les filles autochtones, enregistrant un résultat encore plus bas pour les régions très éloignées (35,1 % des femmes et des filles autochtones dans les régions très éloignées ayant un fournisseur habituel de soins de santé, par rapport à 87,3 % dans les régions facilement accessibles).
 - ▶ L'absence de services a été mentionnée comme l'une des principales raisons de ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé, quelle que soit la catégorie d'éloignement de la région — bien que cet obstacle ait été plus fréquent dans les collectivités plus éloignées, en particulier dans les régions très éloignées.
- Reflétant les constats relatifs à la santé générale, une plus faible proportion de femmes et de filles vivant dans les collectivités plus éloignées ont déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente, par rapport aux autres catégories d'éloignement des régions. L'écart était plus marqué pour les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions très éloignées que pour celles vivant dans les régions facilement accessibles. On observait une transition similaire d'une très bonne ou excellente santé mentale à une bonne santé mentale au sein de la population féminine autochtone vivant dans les régions très éloignées.
 - ▶ La proportion de femmes et de filles au Canada ayant déclaré avoir consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle et mentale était similaire, quelles que soient les catégories d'éloignement des régions.

- ▶ Toutefois, les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions plus éloignées étaient moins susceptibles que celles vivant dans les régions plus accessibles de déclarer avoir eu recours à de tels services.
- ▶ En 2015-2016, une plus forte proportion de femmes et de filles autochtones âgées de 15 ans et plus vivant dans les régions plus accessibles ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires par rapport à celles des autres catégories d'éloignement des régions.
- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge chez les femmes et les filles était 1,5 fois supérieur dans les régions moins accessibles et 1,4 fois plus élevé dans les régions éloignées que celui observé chez les femmes et les filles vivant dans les régions facilement accessibles.
 - ▶ Les cinq principales causes de décès étaient similaires chez les femmes et les filles dans toutes les catégories d'éloignement des régions, à l'exception des régions très éloignées, où le suicide ou les lésions auto-infligées se classaient au deuxième rang des cinq principales causes de décès.
 - ▶ Le taux de suicide normalisé selon l'âge augmentait avec l'éloignement de la région. On constatait une forte disparité entre les régions très éloignées (31,5 décès pour 100 000 personnes) et les régions facilement accessibles (5,0 décès pour 100 000 personnes).

Introduction

Vivre dans une région rurale demeure un déterminant significatif des disparités en matière de santé pour les femmes, tant à l'échelle mondiale qu'au Canada (CCF-ONU, 2018; Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004)¹. Des études antérieures ont révélé que certains aspects de la santé des femmes vivant en milieu rural au Canada, comme la maladie, la mortalité et la disponibilité de ressources en santé, accusent un retard par rapport à leurs homologues vivant en milieu urbain, en raison des répercussions géographiques et socioculturelles de la ruralité (Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004; Leipert, 2005).

Les difficultés d'accès à de l'information en matière de santé et à des services de soins de santé, ainsi que des services de qualité moindre, font partie des facteurs pouvant jouer un rôle dans l'écart en matière de santé entre les femmes vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain au Canada (Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004; Subedi et coll., 2019). En 2015, par exemple, seulement 8 % des médecins exerçaient dans les collectivités rurales canadiennes (Institut canadien d'information sur la santé, 2016). De plus, un accès limité à l'infrastructure de communication et le manque de connectivité à large bande², entre autres, peuvent empêcher la population rurale de tirer pleinement parti des technologies novatrices en soins de santé, comme les ressources de santé en ligne (CRTC, 2020). Par conséquent, les populations rurales sont moins susceptibles d'avoir accès à un fournisseur habituel de soins de santé ou de consulter des spécialistes (Sibley et Weiner, 2011). Les résultats des femmes vivant en milieu rural au Canada étaient inférieurs à ceux de leurs homologues vivant en milieu urbain pour ce qui est de l'espérance de vie, de la santé générale autodéclarée, du risque de maladies chroniques, du taux de mortalité infantile, du taux de mortalité évitable et traitable et du taux de suicide (Institut canadien d'information sur la santé, 2006; Subedi et coll., 2019; Agence de la santé publique du Canada, 2018).

Bien que l'emplacement rural en soi n'entraîne pas nécessairement une mauvaise santé, des recherches antérieures ont démontré que le fait de vivre en région rurale pouvait non seulement limiter l'accès aux services de santé, mais également influencer d'autres déterminants socioéconomiques, environnementaux et relatifs à la santé au travail (Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004; Leipert, 2005). Des recherches laissent entendre que des

1. L'état de santé des femmes s'est toutefois amélioré depuis l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing en 1995 (Nations Unies, 1995). De nombreux pays, dont le Canada, ont établi des structures gouvernementales particulières en vue de promouvoir l'équité des filles et des femmes en matière de santé (Gouvernement du Canada, 2020). Par conséquent, au Canada, des progrès au chapitre de l'état de santé des femmes ont ainsi été enregistrés pour ce qui est du cancer du sein, du VIH-sida, de la toxicomanie ainsi que des technologies génésiques (procréation) et génétiques (Santé Canada, 2010). Cependant, malgré ces progrès, la route est encore longue pour atteindre l'égalité entre les genres en matière de santé, en particulier dans les collectivités rurales du monde entier (CCF-ONU, 2018). En 2018, la Commission de la condition de la femme des Nations Unies a reconnu que les filles et les femmes vivant en milieu rural continuaient de subir des inégalités dans une mesure limitant de façon significative la progression des objectifs liés au développement durable. C'est pourquoi habiliter cette population aidera à atteindre ces objectifs d'ici 2030. L'un des principaux obstacles au progrès est le manque de ressources et l'insuffisance de données désagrégées pour la recherche sur la santé des femmes dans le monde et au Canada (ONU Femmes, 2005).

2. En 2018, seulement 40,8 % des ménages ruraux avaient accès à Internet haute vitesse (un service de téléchargement de 50 Mbps et de téléversement de 10 Mbps), par rapport à 97,7 % des résidences en milieu urbain (CRTC, 2020).

déterminants sociaux comme l'éducation et la pauvreté sont étroitement liés à la santé de la population (Emploi et Développement social Canada, 2016). Par exemple, le revenu et l'éducation peuvent avoir une incidence sur les comportements de recherche d'aide et les comportements sains (comme l'activité physique), qui, à leur tour, peuvent influencer sur les résultats en matière de santé (Stackhouse, 2019; Leipert, 2005; Sibley et Weiner, 2011).

Des recherches antérieures ont révélé que les femmes et les filles vivant dans les régions rurales avaient un niveau de scolarité et des taux d'activité inférieurs à ceux de leurs homologues vivant dans les régions urbaines et qu'elles étaient surreprésentées dans les situations de faible revenu (Condition féminine Canada, 2016). Ainsi, leurs désavantages en matière de revenu pourraient, par exemple, amplifier les difficultés financières et émotionnelles auxquelles les femmes vivant en milieu rural font face lorsqu'elles parcourent de longues distances pour obtenir des soins de santé essentiels. De plus, un moins bon état de santé peut influencer sur la capacité des personnes à participer à l'économie ainsi que sur leur engagement dans leurs collectivités (Lavergne et Kephart, 2012; Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004). À ce titre, la ruralité constitue « un puissant déterminant de la santé des femmes en tant qu'influence géographique et socioculturelle » (Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004).

Au Canada, diverses normes sont utilisées pour définir la ruralité ou l'éloignement, même si la distance et la densité sont généralement acceptées dans la plupart des méthodes de classification (Subedi et coll., 2020). Les caractéristiques géographiques particulières du Canada, comme sa faible densité de population et la grande superficie de son territoire, en plus des différentes distances par rapport aux centres urbains, rendent les collectivités rurales hétérogènes sur le plan de l'isolement géographique, de la densité de population et de l'accessibilité des services (Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2004; Agence de la santé publique du Canada, 2018). Utilisant l'indice d'éloignement (IE) et la nouvelle Classification de l'IE, fusionnés avec l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD), le présent article examine les principaux indicateurs de la santé et du bien-être des femmes et des filles selon l'éloignement relatif de leurs collectivités. L'un des plus grands avantages de l'IE est que cet outil permet de désagréger encore plus les données en fonction de l'éloignement. L'IE attribue une valeur d'éloignement relatif à chaque subdivision de recensement, en fonction de la proximité aux agglomérations de recensement, comme données substitutives de l'accessibilité aux services. Combiné à la nouvelle classification de l'IE, cet outil permet de regrouper les subdivisions de recensement selon leur éloignement relatif en cinq catégories : les régions facilement accessibles, les régions accessibles, les régions moins accessibles, les régions éloignées et les régions très éloignées. Ces catégories d'éloignement plus précises peuvent contribuer à mieux différencier, décrire et comprendre les réalités très différentes des diverses collectivités au Canada.

Le présent document, qui est le troisième d'une série de quatre articles sur le profil socioéconomique et sociodémographique des femmes vivant dans des collectivités caractérisées par divers niveaux d'éloignement³, met l'accent sur la santé générale, la santé mentale et les principales causes de décès chez les femmes et les filles vivant à différents niveaux d'éloignement au Canada⁴. Contrairement aux première et deuxième séries, en raison de l'utilisation d'ensembles de données distincts présentant diverses tailles d'échantillon, les femmes et les filles n'ont pas fait l'objet d'une désagrégation selon certaines caractéristiques, comme le statut d'immigration ou les caractéristiques ethnoculturelles. Au lieu de cela, les données sur les femmes ont plutôt été désagrégées selon l'identité autochtone.

3. Les femmes et les filles représentaient un peu plus de la moitié de la population canadienne (50,8 %) en 2016. La majorité de la population vivait dans des régions facilement accessibles (68,5 %), suivies des régions accessibles (19,2 %), des régions moins accessibles (7,7 %), des régions éloignées (3,8 %) et des régions très éloignées (0,8 %). La répartition des femmes et des filles autochtones suivait une tendance similaire : 32,4 % des femmes et des filles autochtones vivaient dans des régions facilement accessibles, 25,8 % dans des régions accessibles, 15,1 % dans des régions moins accessibles, 15,6 % dans des régions éloignées et 11,1 % dans des régions très éloignées. Toutefois, leur représentation augmentait au fur et à mesure que leurs collectivités devenaient plus éloignées. En effet, les femmes et les filles autochtones représentaient 4,9 % de la population féminine totale au Canada, mais seulement 2,3 % de la population féminine vivant dans les régions facilement accessibles, 6,6 % dans les régions accessibles, 9,6 % dans les régions moins accessibles, 20,3 % dans les régions éloignées et 72,5 % dans les régions très éloignées (Leclerc, 2021).

4. Dans le présent article, on établit des comparaisons entre les femmes et les filles vivant dans différentes catégories d'éloignement des régions, en utilisant les régions facilement accessibles comme catégorie de référence. Les comparaisons ne sont pas faites entre les femmes et les filles et les hommes et les garçons. Un examen de l'association entre la santé et des facteurs sociodémographiques au sein de la population (comme les différences entre les genres) dépasse la portée du présent article.

Santé générale

La proportion de femmes et de filles déclarant avoir une santé très bonne ou excellente est la plus faible dans les régions très éloignées

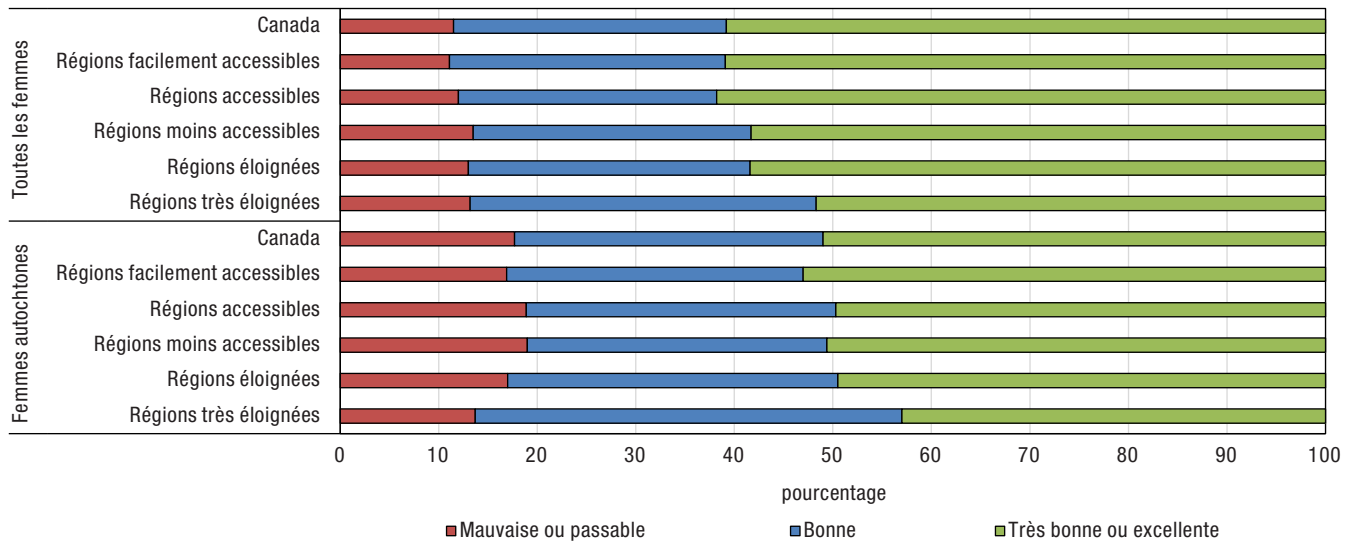
De 2015 à 2018, la majorité des femmes et des filles âgées de 12 ans et plus (60,7 %) au Canada ont indiqué avoir une santé très bonne ou excellente, suivies de 27,7 % déclarant avoir une bonne santé et de 11,5 % affirmant que leur santé était passable ou mauvaise (graphique 1)⁵. Toutefois, la santé générale perçue variait selon les catégories d'éloignement des régions. La santé perçue des femmes et des filles vivant dans les régions facilement accessibles était similaire à celle du Canada dans son ensemble, alors qu'elle était moins bonne pour celles vivant dans les régions plus éloignées. Les proportions de femmes et de filles déclarant avoir une santé très bonne ou excellente étaient en effet nettement inférieures dans les régions moins accessibles (58,3 %), éloignées (58,3 %) et très éloignées (51,7 %) que dans les régions facilement accessibles (60,9 %). En revanche, des proportions beaucoup plus élevées de femmes et de filles vivant dans les régions moins accessibles (13,5 %) et éloignées (13,0 %) ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise, par rapport à celles vivant dans les régions facilement accessibles (11,1 %). Les régions très éloignées se distinguent légèrement des deux autres régions plus éloignées. Alors que les régions très éloignées affichaient la proportion la plus faible de personnes percevant leur santé comme très bonne ou excellente, la différence dans les proportions entre les femmes et les filles déclarant avoir une santé passable ou mauvaise dans les régions très éloignées n'était pas significative par rapport à celles vivant dans les régions facilement accessibles. Il semble que la santé générale perçue des femmes et des filles vivant dans les régions très éloignées soit passée de très bonne ou excellente à bonne. En effet, une proportion nettement plus élevée de femmes et de filles vivant dans les régions très éloignées (35,1 %) ont déclaré être en bonne santé, par rapport à la proportion de celles vivant dans les régions facilement accessibles (28,0 %).

Parmi les femmes et les filles autochtones âgées de 12 ans et plus, plus de la moitié (51,0 %) ont indiqué avoir une santé très bonne ou excellente, suivies de 31,3 % déclarant avoir une bonne santé et de 17,7 % mentionnant avoir une santé passable ou mauvaise (graphique 1)⁶. La tendance en matière de santé perçue des femmes et des filles autochtones s'est avérée partiellement différente de celle décrite ci-dessus. Alors que la proportion de femmes et de filles autochtones vivant dans les régions très éloignées ayant indiqué avoir une santé très bonne ou excellente (43,0 %) était beaucoup plus faible que celles des femmes et des filles vivant dans les régions facilement accessibles (53,0 %), dans les régions moins accessibles et éloignées, les proportions déclarant une santé très bonne ou excellente ne variaient pas de façon importante. De plus, contrairement à l'ensemble de la population féminine, il n'y avait pas de différence significative dans les déclarations d'une santé passable ou mauvaise selon l'éloignement des régions. Enfin, de façon similaire à toutes les femmes et les filles, la proportion de femmes et de filles autochtones vivant dans les régions très éloignées qui ont déclaré avoir une bonne santé était la plus élevée de tous les niveaux d'éloignement — et égale à celles qui ont indiqué avoir une santé très bonne ou excellente (43,3 %). Dans l'ensemble, la santé perçue ne variait pas de façon significative dans les régions plus éloignées — sauf dans les régions très éloignées, où la proportion nettement plus faible de femmes et de filles autochtones déclarant avoir une santé très bonne ou excellente, combinée à la proportion beaucoup plus élevée indiquant être en bonne santé, indique une transition d'une santé perçue comme très bonne ou excellente à une bonne santé chez les femmes et les filles autochtones.

5. La santé perçue désigne la perception qu'à un répondant de sa santé générale. Les réponses possibles étaient « mauvaise », « passable », « bonne », « très bonne et excellente » ([site Web de l'ESCC](#)).

6. Il convient également de noter que l'ESCC ne couvre pas la population vivant dans les réserves ou autres établissements autochtones, régions qui sont principalement situées dans les régions éloignées ([site Web de Statistique Canada](#); Parrott et McCue, 2016; Gouvernement du Canada, 2011).

Graphique 1
Santé perçue chez les femmes et les filles, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

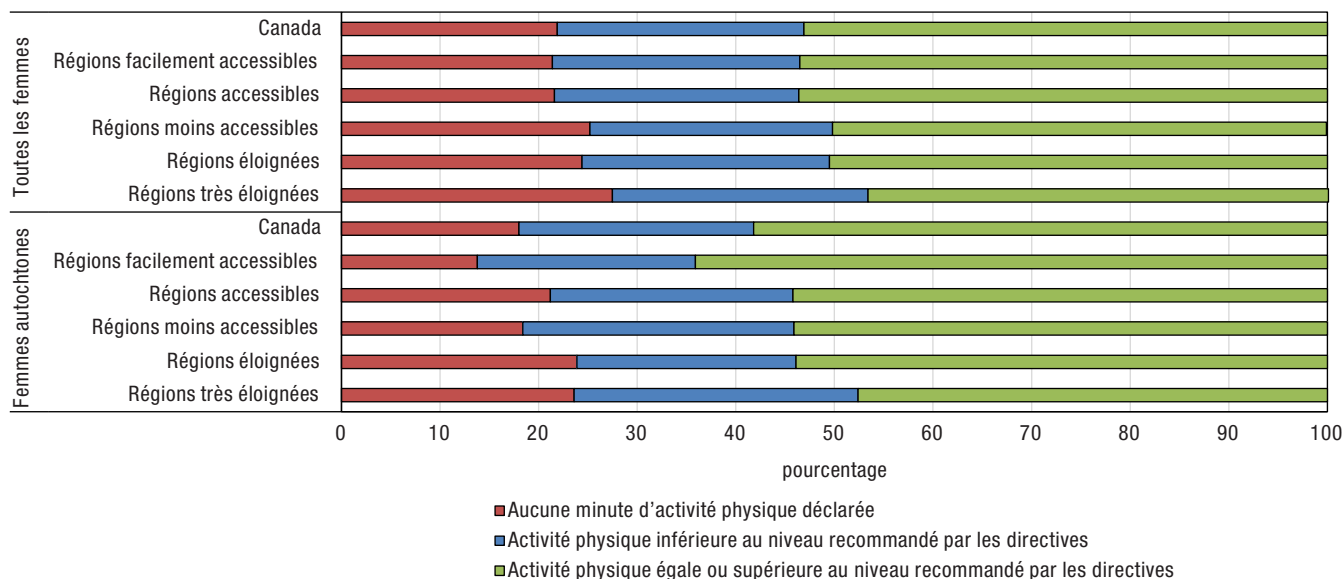
Les femmes vivant dans les régions très éloignées déclarent les niveaux d'activité physique les plus bas de toutes les catégories d'éloignement

Considérée comme un comportement influant sur la santé, l'activité physique est étudiée parallèlement à la santé générale. Toutefois, une attention moindre a été portée aux politiques, aux pratiques et aux recherches relatives à l'activité physique dans les régions rurales et éloignées (Nykiforuk et coll., 2018).

De 2015 à 2018, plus de la moitié des femmes âgées de 18 ans et plus⁷ au Canada (53,1 %) ont indiqué être physiquement actives au niveau ou au-dessus du niveau recommandé par les Directives canadiennes en matière d'activité physique au cours des sept derniers jours (graphique 2)⁸. Une femme sur quatre (25,0 %) au Canada a déclaré être physiquement active en deçà du niveau recommandé par ces directives, et un peu plus d'une femme sur cinq (21,9 %) a déclaré n'avoir fait aucune minute d'activité physique au cours des sept derniers jours. Les proportions de femmes vivant dans les régions accessibles et les régions facilement accessibles qui étaient physiquement actives au niveau recommandé par les directives ou à un niveau supérieur étaient similaires à la proportion enregistrée à l'échelle nationale. Toutefois, la prévalence des femmes respectant la recommandation des directives était beaucoup plus faible dans les collectivités plus éloignées — la plus grande différence ayant été observée dans les régions très éloignées, où 46,7 % des femmes respectaient la recommandation des directives, par rapport à 53,5 % dans les régions facilement accessibles. En revanche, comparativement aux femmes vivant dans les régions facilement accessibles, la déclaration d'aucune activité physique respectant la recommandation des directives était beaucoup plus courante chez les femmes vivant dans les régions moins accessibles, éloignées et très éloignées. Environ une femme sur cinq vivant dans les régions facilement accessibles (21,4 %) a déclaré n'avoir fait aucune minute d'activité physique selon la recommandation des directives, alors que les proportions étaient d'environ une sur quatre dans les régions moins accessibles (25,2 %) et les régions éloignées (24,4 %) et de plus d'une sur quatre dans les régions très éloignées (27,5 %).

7. L'activité physique chez les jeunes a été exclue de l'analyse en raison des contraintes relatives à la taille de l'échantillon.

8. « Les répondants de 18 ans ou plus devaient indiquer quelles activités physiques ils avaient pratiquées lors de leurs loisirs, travail, corvées ou transport. Ils devaient indiquer le nombre de séances d'activité physique modérée ou intense effectuées dans les 7 derniers jours (une activité modérée était définie comme induisant une augmentation des rythmes respiratoire et cardiaque). Les adultes ayant rapporté une séance ou plus ont indiqué le temps moyen d'activité à chaque fois (sous la forme ≤15 minutes, 16 à 30 minutes, 31 à 60 minutes, 61 minutes à 2 heures, ou >2 heures). Les données ont permis de déterminer la proportion d'individus respectant la recommandation de 150 minutes ou plus d'activité physique modérée ou intense par semaine » (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2012 et [site Web](#) de l'ESCC).

Graphique 2**Activité physique chez les femmes, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018**

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

Chez les femmes autochtones, plus de la moitié (58,2 %) ont déclaré avoir respecté la recommandation des directives qui est de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou vigoureuse par semaine; 23,8 % ont indiqué ne pas avoir respecté la recommandation des directives et 18,0 % ont mentionné n'avoir fait aucune minute d'activité physique (graphique 2). Parmi les femmes autochtones, celles déclarant les niveaux les plus élevés d'activité physique étaient concentrées dans les régions facilement accessibles : 64,1 % étaient physiquement actives au niveau ou au-dessus du niveau recommandé et 13,8 % ont déclaré n'avoir fait aucune minute d'activité physique. Les proportions de femmes autochtones ayant indiqué respecter la recommandation des directives étaient à peu près les mêmes dans les régions accessibles, moins accessibles et éloignées — et elles étaient nettement inférieures à celles observées dans les régions facilement accessibles. La proportion était la plus faible dans les régions très éloignées, où moins de la moitié des femmes autochtones (47,6 %) respectaient la recommandation des directives. Déclarer n'avoir fait aucune minute d'activité physique était beaucoup plus fréquent chez les femmes autochtones vivant dans les régions accessibles (21,2 %), éloignées (23,9 %) et très éloignées (23,6 %), par rapport à celles vivant dans les régions facilement accessibles.

Dans l'ensemble, parmi toutes les catégories d'éloignement, les régions très éloignées enregistraient la plus faible proportion de femmes et de femmes autochtones déclarant avoir respecté le niveau recommandé d'activité physique. On ignore si des services culturellement sécuritaires et inclusifs étaient offerts dans ces régions éloignées; toutefois, selon des études, de tels services pourraient être importants pour promouvoir l'activité physique (Baba, 2013; Giles et Darroch, 2014).

Bien que l'activité physique ne soit qu'un indicateur de comportement influant sur la santé parmi tant d'autres, ce n'est peut-être pas une coïncidence si les femmes vivant dans les régions plus éloignées déclarent à la fois une activité physique moindre et une santé perçue inférieure — surtout si l'on tient compte du fait que, comme l'ont démontré des recherches antérieures, les Canadiens qui ne sont pas physiquement actifs obtiennent généralement de moins bons résultats que ceux qui sont physiquement actifs en ce qui concerne de nombreuses mesures de la santé, comme l'embonpoint, le stress et la tension artérielle (Gilmour, 2007).

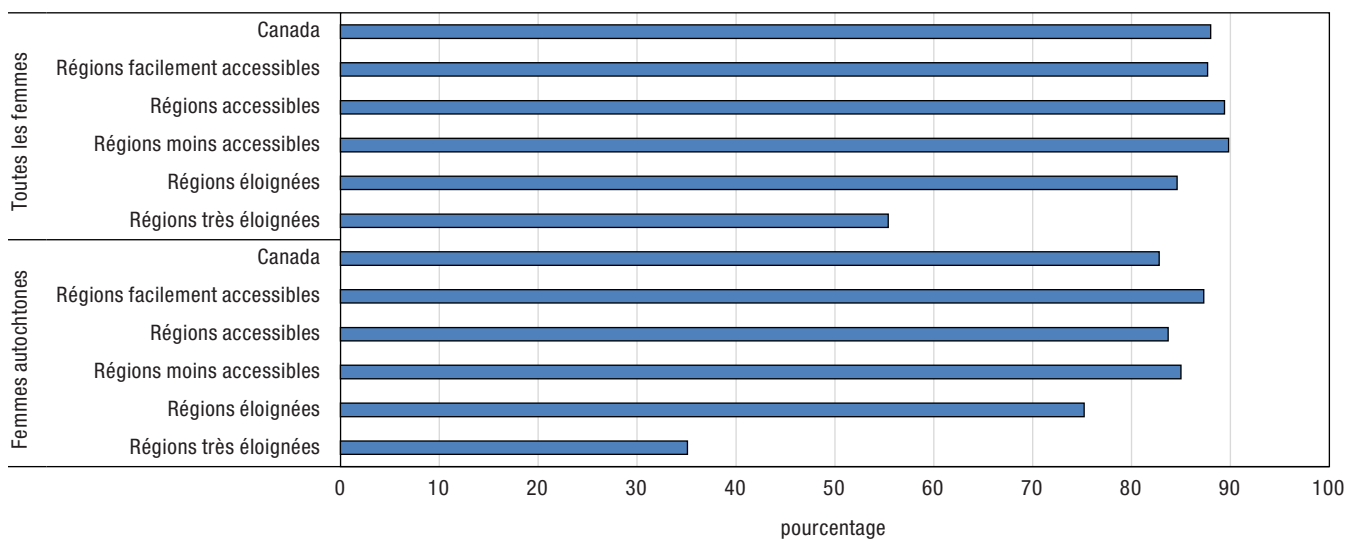
Parmi toutes les catégories d'éloignement, les régions très éloignées enregistrent la plus forte proportion de femmes et de filles n'ayant pas un fournisseur habituel de soins de santé

L'accès à un fournisseur habituel de soins de santé est généralement associé à de meilleurs résultats en matière de santé, du fait de soins de santé préventifs ainsi que d'une gestion de l'état de santé actuel, et diminue les coûts de santé (Shi, 2012; Statistique Canada, 2020).

De 2015 à 2018, en moyenne, environ 9 femmes et filles sur 10 âgées de 12 ans et plus au Canada (88,0 %) ont déclaré avoir un fournisseur habituel de soins de santé qu'elles consultent ou à qui elles parlent régulièrement lorsqu'elles ont besoin de soins ou de conseils en matière de santé (graphique 3). La proportion variait légèrement d'une catégorie d'éloignement à une autre, à l'exception des régions très éloignées, où la proportion était nettement plus faible, 55,4 % des femmes et des filles de ces régions ayant déclaré avoir un fournisseur habituel de soins de santé, par rapport à 87,7 % dans les régions facilement accessibles et à 88,0 %, en moyenne, Canada.

Graphique 3

Proportion de femmes et de filles ayant un fournisseur habituel de soins de santé, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

On observait une tendance similaire chez les femmes et les filles autochtones âgées de 12 ans et plus. À l'échelle nationale, plus de 8 femmes et filles autochtones sur 10 (82,8 %) ont déclaré avoir un fournisseur habituel de soins de santé (graphique 3). La proportion était beaucoup plus faible dans les régions éloignées (75,2 %), et elle atteignait son plus bas niveau dans les régions très éloignées (35,1 %) — presque 2,5 fois moins que dans les régions facilement accessibles (87,3 %).

Lorsqu'on leur a demandé pourquoi elles n'avaient pas un fournisseur habituel de soins de santé, les trois raisons les plus souvent déclarées par les femmes et les filles dans l'ensemble du Canada étaient « Le fournisseur est parti ou est retraité », « N'en a pas besoin »⁹ et « N'a pas essayé d'en trouver un » (graphique 4)¹⁰. Les mêmes principales raisons ont été fournies par les femmes et les filles vivant dans les régions facilement accessibles, alors que les femmes et les filles vivant dans les régions accessibles ont déclaré « Aucun dans la région ne prend de nouveaux patients » au lieu de « N'a pas essayé d'en trouver un ». Dans les régions plus éloignées, l'absence d'un fournisseur de soins de santé était la raison la plus fréquente de ne pas avoir de fournisseur habituel de soins de santé : « Le fournisseur est parti ou est retraité » et « Aucun fournisseur disponible dans la région » étaient les deux principales

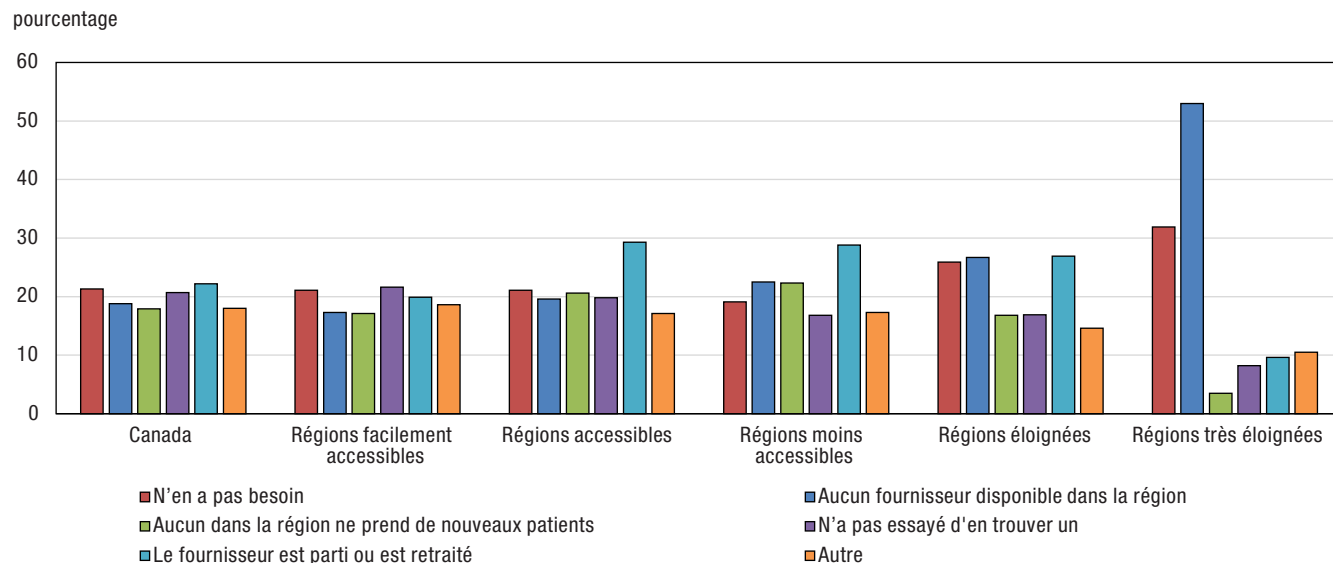
9. La question complète est « N'en a pas besoin d'un en particulier, mais a un endroit habituel où recevoir des soins ».

10. Cet indicateur n'a pas été estimé pour les femmes et filles autochtones en raison des contraintes relatives à la taille de l'échantillon.

raisons, suivies de « Aucun dans la région ne prend de nouveaux patients » dans les régions moins accessibles et « N'en a pas besoin » dans les régions éloignées.

Graphique 4

Raisons déclarées par les femmes et les filles de ne pas avoir de fournisseur habituel de soins de santé, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

La tendance était différente dans les régions très éloignées, où plus de la moitié des femmes et des filles ont indiqué que la principale raison de ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé était « Aucun fournisseur disponible dans la région » (53,0 %), alors que la même raison était fournie par 18,8 % des femmes et des filles à l'échelle nationale, 17,3 % dans les régions facilement accessibles, 19,6 % dans les régions accessibles, 22,5 % dans les régions moins accessibles et 26,7 % dans les régions éloignées. Bien que les régions rurales elles-mêmes ne mènent pas nécessairement à une mauvaise santé, le manque d'accès aux services de soins de santé ou la difficulté d'y avoir accès dans les régions éloignées jouent certainement un rôle dans l'inégalité en matière de santé (Subedi et coll., 2019).

La deuxième raison la plus courante dans les régions très éloignées, fournie par près d'un tiers des femmes et filles, était « N'en a pas besoin » (31,9 %). Les raisons sous-jacentes possibles de ce taux élevé pourraient être l'absence d'une médecine ou de méthodes de guérison traditionnelles offertes, le manque de services de soins de santé culturellement sécuritaires ou adaptés (Baba, 2013; Allen et coll., 2020; Services aux Autochtones Canada, 2021), le coût ou les dépenses, ou le manque de temps pour faire appel à un fournisseur habituel de soins de santé pour les femmes et les filles autochtones, qui étaient fortement représentées dans les régions très éloignées (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2020). Dans l'ensemble, bien que la non-disponibilité d'un fournisseur habituel de soins de santé ait été signalée dans toutes les catégories d'éloignement, la proportion la plus élevée a été observée dans les régions très éloignées.

Santé mentale

Les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées déclarent avoir une moins bonne santé mentale que celles des autres catégories d'éloignement des régions

La santé mentale perçue est un indicateur du bien-être général de la population, et il fournit des renseignements généraux sur la population atteinte d'un trouble mental ou affectif, ou de détresse.

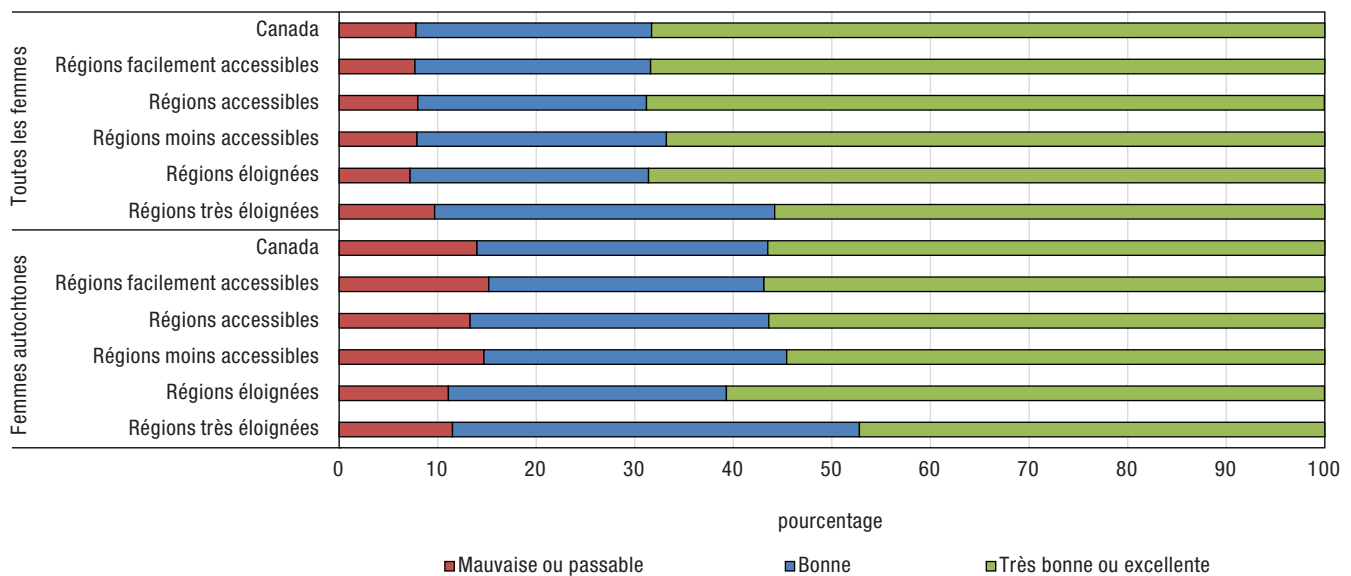
De 2015 à 2018, plus des deux tiers (68,3 %) des femmes et des filles âgées de 12 ans et plus au Canada ont indiqué que leur santé mentale était très bonne ou excellente, 23,9 % ont déclaré avoir une bonne santé mentale et 7,8 %

ont mentionné avoir une santé mentale passable ou mauvaise (graphique 5)¹¹. Tout comme la prévalence observée pour la santé perçue, l'état de santé mentale des femmes et des filles variait légèrement selon les catégories d'éloignement des régions, à l'exception des régions très éloignées. Les régions très éloignées enregistraient la plus faible proportion de femmes et de filles ayant déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente (55,8 %) et, à l'inverse, la plus forte proportion de femmes et de filles ayant indiqué avoir une bonne santé mentale (34,5 %), par rapport à leurs homologues vivant dans les régions facilement accessibles (68,4 % et 23,9 %, respectivement). Les proportions de femmes et de filles déclarant avoir une santé mentale passable ou mauvaise ne différaient pas significativement selon les catégories d'éloignement. De façon similaire à la santé générale perçue, les résultats indiquent une transition d'une santé mentale perçue comme très bonne ou excellente à une bonne santé mentale dans les régions très éloignées.

Parmi les femmes et les filles autochtones âgées de 12 ans et plus, plus de la moitié (56,5 %) ont indiqué avoir une santé mentale très bonne ou excellente, suivies de 29,5 % déclarant avoir une bonne santé mentale et de 14,0 % mentionnant avoir une santé mentale passable ou mauvaise (graphique 5). La santé mentale perçue des femmes et des filles autochtones selon les régions d'éloignement suivait une tendance similaire à celle décrite ci-dessus. La proportion de femmes et de filles autochtones vivant dans les régions très éloignées et ayant déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente (47,2 %) était la plus faible de toutes les catégories d'éloignement, alors que la proportion ayant indiqué avoir une bonne santé mentale était la plus élevée de toutes catégories (41,3 %) — ce qui constitue une hausse importante par rapport à leurs homologues vivant dans les régions facilement accessibles (27,9 %). On ne constatait aucune différence significative entre les proportions de femmes autochtones vivant dans les régions très éloignées et celles vivant dans les régions facilement accessibles qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise. Par conséquent, on a observé une transition similaire d'une santé mentale très bonne ou excellente à une bonne santé mentale chez les femmes autochtones vivant dans les régions très éloignées.

Outre certains facteurs socioéconomiques, comme le niveau de scolarité, l'emploi et la difficulté d'avoir accès aux ressources en soins de santé, le moins bon état de santé mentale des femmes et des filles autochtones peut aussi être attribuée à la marginalisation ainsi qu'aux traumatismes, causés par la colonisation et les expériences vécues dans les pensionnats, aux répercussions du racisme et de la discrimination, et au manque de services culturellement sécuritaires et adaptés offerts à la population (Baba, 2013; Roy, 2014).

Graphique 5
Santé mentale perçue chez les femmes et les filles, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

11. Les réponses possibles étaient « mauvaise », « passable », « bonne », « très bonne et excellente ».

Les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions plus accessibles sont plus susceptibles que celles des autres collectivités de déclarer avoir consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale et d'avoir une santé mentale très bonne ou excellente

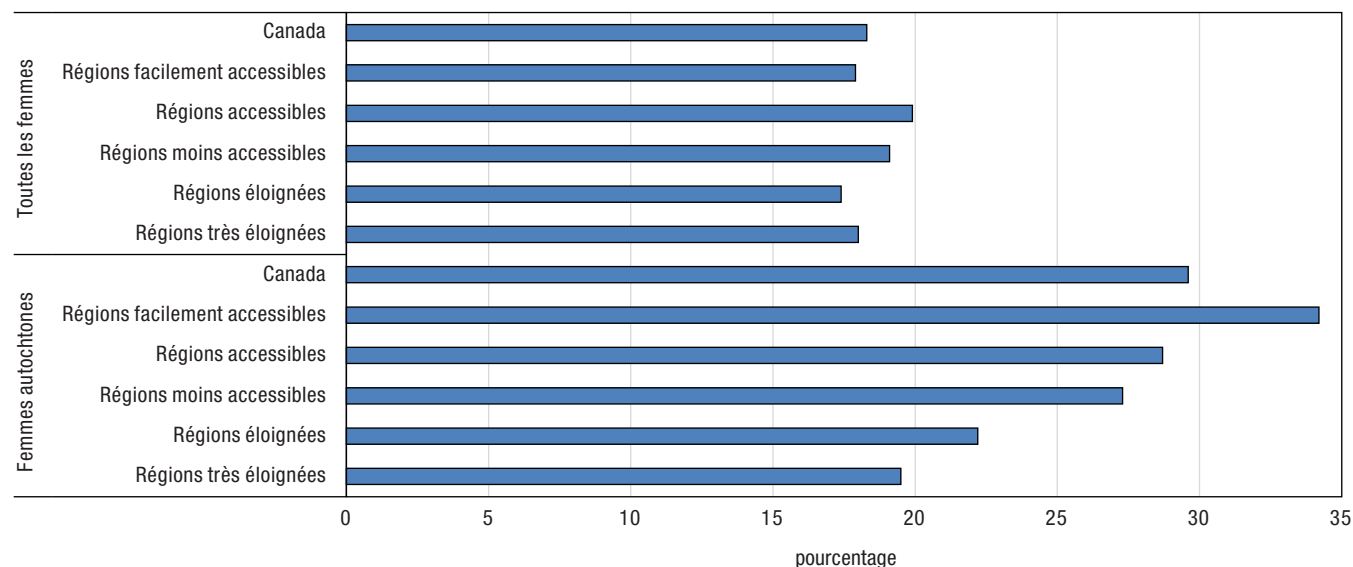
Il a été démontré que rechercher de l'aide auprès de professionnels de la santé mentale était essentiel pour la prévention, le diagnostic précoce et les mesures prises pour le traitement des problèmes de santé mentale, ainsi que pour le rétablissement potentiel relativement à ces problèmes (Gulliver et coll., 2012).

De 2015 à 2018 au Canada, 18,3 % des femmes et des filles âgées de 12 ans et plus ont consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 mois précédents. Cette proportion différerait légèrement entre les catégories d'éloignement et demeurerait, en général, inférieure à 20,0 % (graphique 6)¹².

Parallèlement, on observait de plus grandes variations chez les femmes et les filles autochtones ayant consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 mois précédents selon le niveau d'éloignement de leurs collectivités. De toutes les collectivités, la prévalence la plus élevée de femmes et de filles autochtones ayant consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours de la dernière année correspondait aux régions facilement accessibles (34,2 %). Les proportions étaient inférieures dans les régions plus éloignées et elles étaient les plus faibles chez celles vivant dans les régions éloignées (22,2 %) et très éloignées (19,5 %).

Graphique 6

Proportion de femmes et de filles ayant consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

Bien que la proportion de femmes et de filles au Canada qui avaient parlé avec un professionnel de la santé mentale ou en avaient consulté un ne différerait pas de façon significative entre les catégories d'éloignement, un contraste existait lorsqu'on comparait les proportions de celles qui ont déclaré avoir, ou non, une très bonne ou une excellente santé mentale. Une plus faible proportion de femmes et de filles vivant dans les régions très éloignées ont déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente. Parallèlement, la proportion de femmes et de filles ayant déclaré avoir consulté un professionnel de la santé mentale dans ces régions très éloignées ne dépassait pas celle des autres catégories d'éloignement.

12. La seule différence significative par rapport aux régions facilement accessibles (17,9 %) concernait les régions accessibles (19,9 %).

De façon similaire, alors que les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions très éloignées affichaient la plus faible proportion de femmes ayant déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente, elles représentaient également la proportion la moins élevée d'avoir parlé avec un professionnel de la santé mentale ou d'en avoir consulté un au cours des 12 mois précédents parmi toutes les catégories d'éloignement.

Le fait que les femmes et les filles vivant dans les collectivités plus éloignées ne soient pas plus susceptibles d'avoir parlé avec un professionnel de la santé mentale ou d'en avoir consulté un, malgré des proportions plus faibles de personnes ayant déclaré être en très bonne ou excellente santé, peut s'expliquer par un manque d'accès à des fournisseurs de services de santé mentale. Des études antérieures ont souligné que l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes vivant dans les régions rurales ne répondait pas aux besoins apparents, principalement en raison du coût et du manque de services (Moroz et coll., 2020; Sanmartin et Ross, 2006; Wilson et coll., 2020; Sibley et Weiner, 2011). Au Canada, des services de soins de santé mentale non médicaux — le soutien le plus courant en matière de santé mentale — et les médicaments sur ordonnance ne sont pas nécessairement couverts par les administrations publiques provinciales ou territoriales et la couverture dans le cadre de régimes d'assurances privées n'est généralement pas adéquate (Association canadienne pour la santé mentale, 2018; Moroz et coll., 2020). En outre les personnes vivant dans les régions rurales sont plus susceptibles de devoir se déplacer et de faire de longs trajets pour avoir accès aux services médicaux nécessaires (Chan et coll., 2007). De plus, la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins primaires, ainsi que l'autostigmatisation, sont d'autres exemples d'obstacles significatifs aux comportements de recherche d'aide en santé mentale (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2016; Knaak et coll., 2017). On a laissé entendre que l'autostigmatisation est plus fréquente dans les plus petites collectivités, comme les régions rurales, en raison des préoccupations relatives à la confidentialité (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2016). Le problème est probablement aggravé par le manque d'infrastructure permettant d'offrir des services supplémentaires, comme des consultations médicales en ligne ou par téléphone (CRTC, 2020). Enfin, il convient de noter que les questions de l'ESCC portaient spécifiquement sur les professionnels de la santé mentale et qu'il n'y avait pas une question sur le soutien traditionnel ou culturel en matière de santé mentale. Par conséquent, les répondants qui ont demandé un soutien en matière de santé mentale au moyen de la médecine traditionnelle ou de méthodes de guérison traditionnelles n'ont peut-être pas été pris en compte par la question ([site Web](#) de Statistique Canada).

Une plus forte proportion de femmes et de filles autochtones vivant dans des régions plus accessibles ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires

En moyenne, en 2015-2016¹³, plus de 1 femme ou fille sur 10 (13,3 %) âgée de 15 ans et plus au Canada a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de sa vie (graphique 7). La prévalence était légèrement plus faible chez les femmes et les filles vivant dans les régions facilement accessibles (12,8 %) et elle était beaucoup plus forte dans les régions accessibles (14,6 %). Bien que cette proportion atteint 17,0 % dans les régions très éloignées, la différence n'était pas significative par rapport aux régions facilement accessibles, peut-être en raison de la plus grande variabilité de l'échantillonnage dans les régions très éloignées.

La prévalence des pensées suicidaires chez les femmes et les filles autochtones était près de 3 sur 10 (29,5 %) en 2015-2016 (graphique 7). On observait la plus forte proportion de femmes et de filles autochtones déclarant avoir songé au suicide au cours de leur vie dans les régions facilement accessibles, où environ le tiers (32,1 %) de cette population a indiqué avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie. La prévalence était la plus faible dans les régions éloignées (22,4 %). La proportion dans les régions très éloignées (24,5 %) était inférieure à celle des régions facilement accessibles, mais l'écart n'était pas significatif, probablement, encore une fois, en raison de la plus grande variabilité de l'échantillonnage dans les régions très éloignées.

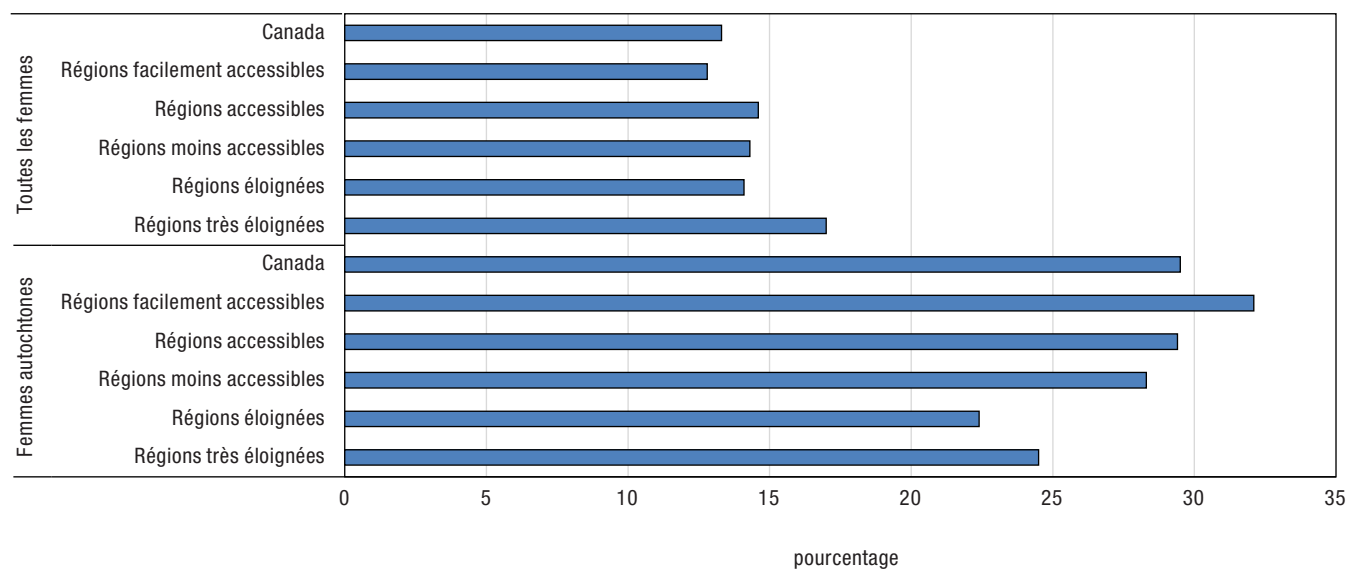
De nombreux facteurs complexes doivent être pris en compte pour comprendre la proportion élevée de femmes et de filles autochtones ayant déclaré avoir eu des pensées suicidaires dans les régions plus accessibles. Ce constat peut laisser entendre que le fait de vivre dans des régions plus urbaines, parfois loin de leurs communautés d'origine, peut contribuer à une possible marginalisation de la population. Ces femmes et ces filles peuvent rencontrer des barrières liées à la distance de leurs cultures et communautés d'origine, ainsi qu'à des stéréotypes négatifs ancrés dans le reste de la population, les traumatismes intergénérationnels ainsi que les effets de la colonisation (Environics Institute, 2010; Kumar et Tjepkema, 2019). De plus, le manque de services appropriés offerts dans les régions

13. Les questions sur le suicide n'ont pas été posées lors du cycle 2017-2018 de l'ESCC; on a donc utilisé le cycle 2015-2016 pour cet élément.

éloignées pourrait amener certaines femmes et filles à déménager vers des régions urbaines afin d'obtenir les soins nécessaires (Rechel et coll., 2016), ce qui pourrait entraîner une augmentation de la proportion de femmes et de filles autochtones ayant eu des pensées suicidaires dans ces régions. Enfin, la plus faible prévalence des pensées suicidaires chez les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions éloignées pourrait être partiellement attribuable au fait que l'ESCC ne couvre pas la population vivant dans les réserves ou d'autres établissements autochtones, qui sont pour la plupart situés dans des régions plus éloignées (Parrott et McCue, 2016; Gouvernement du Canada, 2011). Ainsi, la prévalence moins élevée des pensées suicidaires chez les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions plus éloignées pourrait provenir en partie de la couverture de l'enquête.

Graphique 7

Répartition des femmes et des filles ayant eu des pensées suicidaires, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015-2016



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2016 et Classification de l'indice d'éloignement.

Mortalité

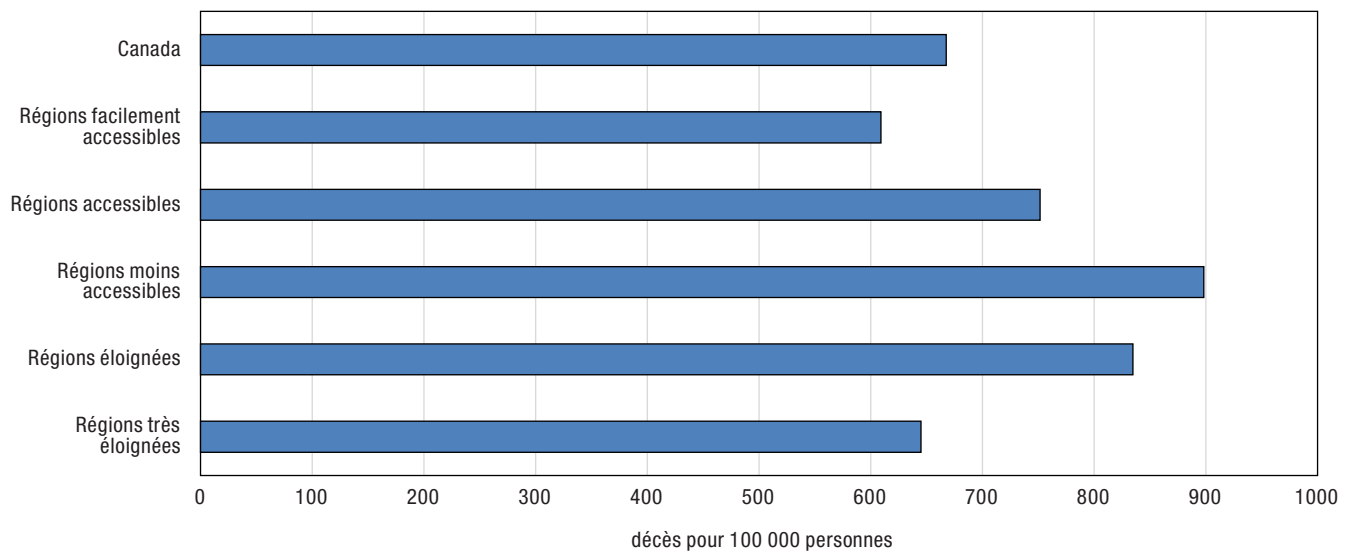
La mortalité, toutes causes confondues et par suicide, était beaucoup plus élevée chez les femmes et les filles vivant dans les régions plus éloignées

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge est une moyenne pondérée du taux de mortalité selon l'âge (TMNA) pour 100 000 personnes. Il s'agit d'un indicateur de la santé générale de la population. Il permet de comparer les taux entre les populations, les régions sociosanitaires, les provinces et différentes périodes, en tenant compte des différences dans la structure par âge de deux populations (Statistique Canada, 2017).

Selon la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD), le TMNA chez les femmes et les filles était de 667,5 décès pour 100 000 personnes au Canada de 2015 à 2018 (graphique 8)¹⁴. On observait le TMNA le plus bas de toutes les catégories d'éloignement dans les régions facilement accessibles (609,2 décès pour 100 000 personnes). Le taux était 1,2 fois plus élevé dans les régions accessibles, 1,5 fois plus élevé dans les régions moins accessibles, 1,4 fois plus élevé dans les régions éloignées et 1,1 fois plus élevé dans les régions très éloignées. Il convient de noter que les décès peuvent être enregistrés dans d'autres régions géographiques, car les personnes peuvent avoir besoin de soins de santé dans des centres de population plus importants. Cette situation peut être fréquente pour les personnes vivant dans les régions éloignées et très éloignées (Menec et coll., 2010).

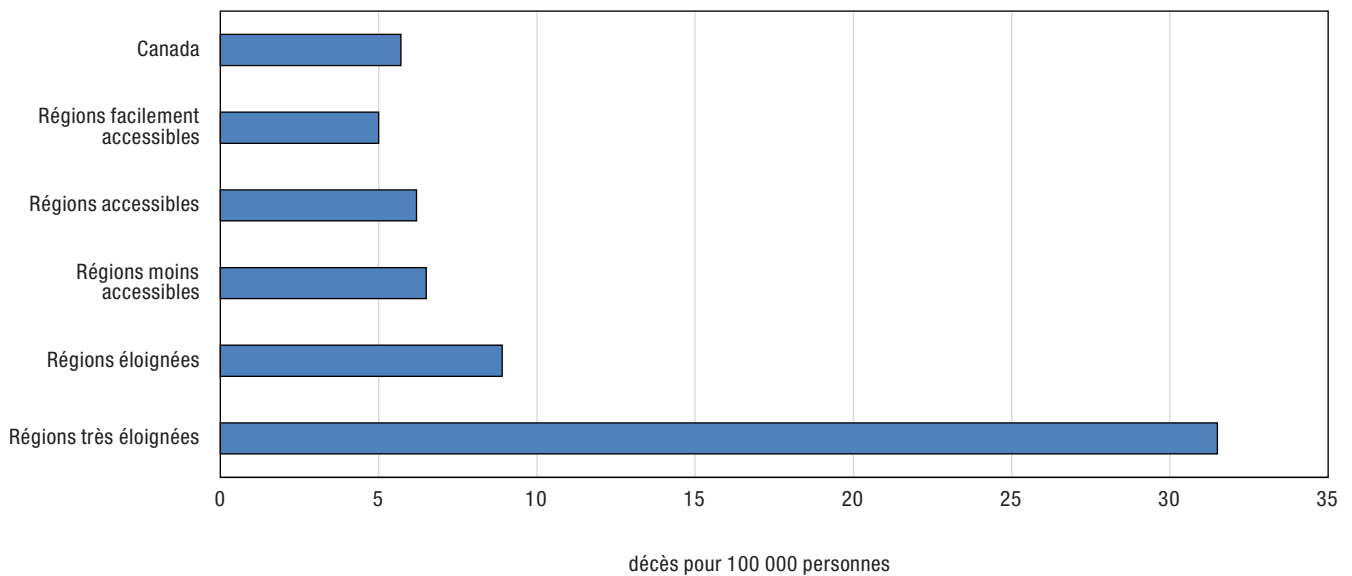
14. La mortalité normalisée selon l'âge, toutes causes confondues, a été estimée pour les catégories d'éloignement des régions selon la méthode directe de normalisation, en utilisant la population générale du Recensement de 2011 comme population type avec des groupes d'âge de cinq ans. Le Yukon a été exclu de toutes les estimations, puisque les données relatives au Yukon ne sont pas disponibles dans la BCDECD à partir de 2017 (site Web de la BCDECD). Les estimations présentées ici sont toutes des taux de mortalité selon l'âge.

Graphique 8
Taux de mortalité chez les femmes et les filles, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

Graphique 9
Taux de mortalité par suicide chez les femmes et les filles, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018



Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

Les taux de mortalité des femmes et des filles ont également été calculés pour le suicide (lésions auto-infligées) pour toutes les catégories d'éloignement des régions. Le TMNA par suicide était de 5,7 décès pour 100 000 personnes au Canada de 2015 à 2018 (graphique 9). Les femmes et les filles vivant dans les régions facilement accessibles affichaient le plus bas taux de suicide de toutes les catégories d'éloignement (5,0 décès pour 100 000 personnes), alors que les collectivités plus éloignées obtenaient un moins bon résultat. L'écart le plus marqué en matière de TMNA par suicide était entre les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées et celles vivant dans les

régions facilement accessibles : le taux pour les régions très éloignées était environ six fois plus élevé que celui des régions facilement accessibles (31,5 décès pour 100 000 personnes).

La disparité relative à la mortalité, toutes causes confondues et par suicide, observée chez les femmes et les filles vivant dans les régions plus éloignées par rapport à celles vivant dans les régions facilement accessibles, est conforme aux recherches antérieures. Par exemple, les résultats relatifs au suicide concordent avec les constats d'études antérieures qui ont démontré que les décès par suicide étaient plus élevés, de façon disproportionnée, dans les régions rurales canadiennes que dans les régions urbaines (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). Il convient également de souligner que, même si des études antérieures ont indiqué que le nombre de décès par suicide était plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones (Kumar et Tjepkema, 2019; Agence de la santé publique du Canada, 2018), les taux de mortalité n'ont pas pu être désagrégés en fonction de l'identité autochtone dans le présent article, en raison du manque de renseignements dans la BCDECD de 2015 à 2018 — il convient toutefois de noter que la majorité des femmes et des filles vivant dans les régions très éloignées étaient Autochtones (Leclerc, 2021).

Les principales causes de décès sont plus distinctes chez les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées que dans toutes les autres catégories d'éloignement

De 2015 à 2018, le « cancer », la « démence, sans précision », les « maladies du cœur », les « maladies cérébrovasculaires ou accidents vasculaires cérébraux » et les « maladies chroniques des voies respiratoires inférieures » étaient les cinq principales causes de décès chez les femmes et les filles au Canada (tableau 1)¹⁵. Des causes de décès similaires ont été observées dans les régions facilement accessibles, à l'exception de la « grippe et pneumonie », remplaçant les « maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ». Les femmes et les filles vivant dans les régions accessibles, moins accessibles et éloignées enregistraient les cinq mêmes principales causes de décès que celles des femmes et des filles à l'échelle nationale.

Les régions très éloignées se distinguaient des autres catégories d'éloignement des régions, car seulement trois des principales causes de décès observées chez les femmes et les filles des autres catégories d'éloignement y ont été constatées. Alors que le « cancer » était la principale cause de décès chez les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées, le « suicide » venait au deuxième rang et les « causes de mortalité mal définies et inconnues » arrivaient au troisième rang, suivies de la « démence, sans précision » et des « maladies du cœur ». Dans l'ensemble, contrairement aux données sur les pensées suicidaires, il s'avère que les décès par suicide ou lésions auto-infligées étaient plus courants chez les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées.

15. Des tableaux croisés ont été utilisés pour estimer la cause sous-jacente de décès désagrégée selon les catégories d'éloignement chez les femmes et les filles au Canada de 2015 à 2018. Par la suite, on s'est servi de regroupements pour déterminer la principale cause de décès en fonction de la liste qui a été élaborée et des regroupements qui ont été utilisés par le National Center for Health Statistics des États-Unis. La cause sous-jacente de décès est présentée à l'aide des codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10). Pour obtenir plus de renseignements sur les principales causes de décès, veuillez consulter Statistique Canada. [Tableau 13-10-0394-01 Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge.](#)

Tableau 1
Les cinq principales causes de décès et les taux relatifs chez les femmes et les filles au Canada, selon les catégories d'éloignement des régions, 2015 à 2018

Régions	Rang	Cause	Taux (%)
Canada	1	Cancer	10,9
	2	Démence, sans précision	8,9
	3	Maladies du cœur	8,1
	4	Maladies cérébrovasculaires ou accidents vasculaires cérébraux	3,4
	5	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	2,5
Régions facilement accessibles	1	Démence et maladie d'Alzheimer	12,1
	2	Cancer	11,0
	3	Maladies du cœur	8,3
	4	Maladies cérébrovasculaires ou accidents vasculaires cérébraux	3,1
	5	Grippe et pneumonie	2,2
Régions accessibles	1	Cancer	10,8
	2	Démence, sans précision	8,6
	3	Maladies du cœur	7,8
	4	Maladies cérébrovasculaires ou accidents vasculaires cérébraux	3,6
	5	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	2,8
Régions moins accessibles	1	Cancer	11,0
	2	Maladies du cœur	8,0
	3	Démence, sans précision	7,4
	4	Maladies vasculaires cérébrales ou accidents vasculaires cérébraux	4,0
	5	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	3,1
Régions éloignées	1	Cancer	10,7
	2	Maladies du cœur	7,4
	3	Démence, sans précision	6,7
	4	Maladies vasculaires cérébrales ou accidents vasculaires cérébraux	4,0
	5	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	3,1
Régions très éloignées	1	Cancer	6,6
	2	Suicide ou lésions auto-infligées	4,0
	3	Causes de mortalité mal définies et inconnues	3,9
	4	Démence, sans précision	3,4
		Maladies du cœur	3,0

Source : Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2015 à 2018 et Classification de l'indice d'éloignement.

Conclusion

La présente étude utilise la nouvelle Classification de l'indice d'éloignement (IE), couplée à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD) de 2015 à 2018, pour désagréger davantage les données relatives aux femmes et aux filles selon les catégories d'éloignement des régions afin de mieux décrire les variations associées à la santé et au bien-être de cette population.

En général, les femmes et les filles vivant dans les régions plus éloignées (les régions moins accessibles, éloignées et très éloignées) tiraient de l'arrière par rapport à leurs homologues vivant dans les régions plus accessibles (les régions facilement accessibles et accessibles) concernant plusieurs résultats en matière de santé, notamment la santé générale perçue, l'activité physique, l'accès à des services de santé (comme un fournisseur habituel de soins de santé), la santé mentale perçue, la consultation d'un professionnel de la santé mentale ainsi que les taux de mortalité toutes causes confondues et les taux de suicide.

Les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées se distinguaient également de celles vivant dans les régions moins accessibles et éloignées quant à plusieurs résultats en matière de santé. Par rapport à leurs homologues de ces catégories d'éloignement, les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées affichaient les plus faibles proportions déclarant avoir une santé générale et une santé mentale très bonnes ou excellentes ainsi que le plus bas taux de participation à des activités physiques au niveau recommandé ou au-dessus. Des proportions nettement plus élevées déclarant avoir une bonne santé générale et une bonne santé mentale, ainsi qu'un écart non significatif dans les proportions ayant indiqué que leur santé générale et leur santé mentale étaient passables ou mauvaises, indiquaient une transition d'une santé excellente ou très bonne à une bonne santé pour les deux indicateurs de santé chez les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées. En outre, les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées connaissaient de grandes disparités dans l'accès aux services de santé, comme un nombre exceptionnellement faible de personnes ayant un fournisseur habituel de soins de santé. On constatait un écart distinct dans l'accès aux services de santé dans les régions très éloignées par rapport aux autres collectivités. La non-disponibilité d'un fournisseur habituel de soins de santé dans la région a été déclarée comme le principal obstacle par les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées n'ayant pas un fournisseur habituel de soins de santé — soit deux fois le taux de celles vivant dans d'autres catégories d'éloignement des régions. Enfin, on observait un taux de suicide normalisé selon l'âge beaucoup plus élevé chez les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées, par rapport à toutes les autres catégories d'éloignement.

Les inégalités en matière de santé étaient plus prononcées chez les femmes et les filles autochtones pour toutes les catégories d'éloignement. Des disparités ont été observées dans les régions plus éloignées concernant l'activité physique et la consultation d'un professionnel de la santé mentale. Dans les régions très éloignées, la prévalence des femmes et des filles autochtones déclarant avoir une santé générale très bonne ou excellente et une santé mentale très bonne ou excellente était la plus faible de toutes les catégories d'éloignement des régions. En ce qui a trait à la santé mentale, moins de la moitié des femmes et des filles autochtones vivant dans les régions très éloignées ont déclaré avoir une santé mentale très bonne ou excellente, comparativement à tous les autres niveaux d'éloignement, où la majorité des femmes et des filles autochtones ont indiqué avoir une santé mentale très bonne ou excellente. Cette transition d'une santé perçue comme très bonne ou excellente à une bonne santé (aussi observée pour la santé mentale perçue) a été constatée chez les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions très éloignées, de façon similaire à toutes les femmes et les filles vivant dans les régions très éloignées. De plus, il y avait un écart important entre les femmes et les filles autochtones vivant dans les régions très éloignées et celles vivant dans d'autres régions éloignées en ce qui concerne l'accès à un fournisseur habituel de soins de santé. En revanche, la prévalence des pensées suicidaires était plus faible chez les femmes et les filles autochtones vivant dans des collectivités plus éloignées. Il faut tenir compte du fait que, comme il a été expliqué précédemment, les données servant aux estimations des cas de pensées suicidaires provenaient de l'ESCC, qui ne couvrait pas certaines populations, dont celles vivant dans les réserves et d'autres établissements autochtones. De plus, les périodes d'estimation n'étaient pas les mêmes, soit de 2015 à 2016 pour les pensées suicidaires et de 2015 à 2018 pour les principales causes de décès.

L'augmentation de la mortalité par suicide dans les régions éloignées à très éloignées pourrait être le résultat de l'absence de fournisseurs de soins de santé mentale ou d'un manque de services de santé mentale culturellement adaptés dans les collectivités (Kumar et Tjepkema, 2019).

L'accessibilité à des services de soins de santé joue un rôle important dans la santé et le bien-être des femmes et des filles, et le manque d'accessibilité aux services de santé dans les collectivités plus éloignées pourrait avoir une incidence sur la prévention, le traitement et l'égalité générale en matière de santé, en particulier chez les femmes et les filles autochtones, qui sont surreprésentées dans ces régions (Shi, 2012; Statistique Canada, 2020).

Outre le manque de services offerts dans les régions plus éloignées, les inégalités en matière de santé observées chez les femmes et les filles autochtones peuvent également être liées à certains facteurs clés autres que l'isolement géographique. La séparation des Autochtones de leurs terres et de leurs ressources, la colonisation et le déplacement de la population vers des collectivités éloignées inhabitables, le racisme systémique et le manque d'investissements économiques font partie des principaux éléments ayant contribué à la marginalisation et, par conséquent, certainement aux problèmes de santé disproportionnés chez les femmes et les filles autochtones (Affaires autochtones et du Nord Canada, 2018; Agence de la santé publique du Canada, 2018). Il convient également de noter que, pour bon nombre d'Autochtones et de collectivités autochtones, la santé et le bien-être nécessitent une perspective holistique, y compris la disponibilité de services de santé traditionnels, culturellement et spirituellement adaptés ainsi que de politiques et de services visant à promouvoir la santé physique, spirituelle et mentale (Baba, 2013; Allen et coll., 2020; Services aux Autochtones Canada, 2021).

Enfin, de nombreuses estimations relatives aux femmes et aux filles vivant dans les régions facilement accessibles étaient similaires à celles observées à l'échelle nationale, peut-être parce qu'une grande proportion (68,5 %) de femmes et de filles vivaient dans des régions facilement accessibles (Leclerc, 2021).

La présente étude comporte certaines limites. Parmi les principales, mentionnons le manque de données sur la population dans les réserves dans l'ESCC, le manque d'information sur l'identité autochtone dans la BCDECD et le manque de renseignements sur la disponibilité et l'accessibilité des services de santé holistiques, culturellement et traditionnellement sécuritaires dans les régions éloignées ou très éloignées. De plus, en raison de la taille insuffisante de l'échantillon, il n'a pas été possible d'examiner l'incidence des facteurs communautaires, comme la langue, les dépenses et les problèmes de transport, sur les comportements de recherche d'aide en matière de santé et de santé mentale, ainsi que les catégories de fournisseurs habituels de soins de santé (p. ex. les omnipraticiens, les spécialistes ou les infirmières praticiennes exclusivement) chez les femmes et les filles dans les collectivités autochtones.

Les grandes variations des résultats en matière de santé entre les catégories d'éloignement, et en particulier dans les régions très éloignées, soulignent la pertinence d'utiliser des catégories d'éloignement précises au Canada. Cela est nécessaire pour élaborer des approches stratégiques et des plans adéquats visant à accroître, surveiller, améliorer et mieux comprendre la santé des femmes et des filles au Canada, ainsi qu'à prioriser les régions touchées de façon disproportionnée.

Sources de données, méthodes et définitions

Sources de données

Reposant sur les cycles de 2015-2016 et de 2017-2018 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), la Base canadienne de données de l'état civil — Décès (BCDECD) de 2015 à 2018 et la Classification de l'indice d'éloignement (IE) mise à jour, ce troisième article de la série porte sur la santé et le bien-être des femmes et des filles selon l'éloignement relatif de leurs collectivités.

Définitions et mesures

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'ESCC est un ensemble d'enquêtes transversales nationales continues menées par Statistique Canada visant à recueillir des renseignements sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation des soins de santé de la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Cela exclut les personnes vivant dans les réserves et autres établissements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, la population vivant en établissement, les jeunes de 12 à 17 ans demeurant dans des familles d'accueil, ainsi que les personnes vivant dans les régions sociosanitaires, soit la région du Nunavik et la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

au Québec. Ces exclusions représentent moins de 3 % de l'ensemble de la population. Cette enquête a été lancée en 2000, a été menée selon un cycle de collecte de deux ans auprès d'un échantillon d'environ 130 000 répondants, puis est passée à une collecte annuelle auprès de 65 000 répondants à partir de 2007. La méthode d'interview sur place assistée par ordinateur ainsi que la méthode d'interview téléphonique assistée par ordinateur ont été utilisées. Pour obtenir plus de renseignements sur la méthodologie et les questionnaires de l'ESCC, veuillez consulter le [site Web](#) de Statistique Canada.

Définition et mesure des catégories d'éloignement des régions

La composition géographique et sociodémographique du Canada est très diversifiée; cette diversité se reflète également dans les régions rurales canadiennes. Toutefois, les concepts de régions urbaines et rurales ne sont pas clairement définis; il existe en effet plusieurs définitions des termes « urbaines » et « rurales » selon les régions géographiques et la population du Canada, mais aussi selon les questions ou objectifs à l'étude (Du Plessis et coll., 2001). Deux définitions qui sont largement utilisées par Statistique Canada sont les centres de population (CTRPOP) et les zones d'influence métropolitaine de recensement (ZIM) et agglomérations de recensement. Selon la définition des CTRPOP, toutes les collectivités ayant une population de moins de 1 000 habitants et une densité de moins de 400 personnes par kilomètre carré sont classées comme étant des régions rurales (Statistique Canada, 2019). La méthode des ZIM classe les subdivisions de recensement (SDR) comme faisant partie d'une région métropolitaine de recensement (RMR), d'une agglomération de recensement (AR), d'une ZIM ou des territoires. Les ZIM sont des régions à l'extérieur des RMR et des AR et sont définies par le degré d'influence des RMR ou des AR sur ces zones, c'est-à-dire le pourcentage de la population des ZIM qui fait la navette pour se rendre au travail dans l'une ou plusieurs SDR faisant partie du noyau de la RMR ou de l'AR (Statistique Canada, 2016).

En raison de la composition géographique et démographique particulière du Canada, la proximité des centres d'activité économique et des agglomérations de population est un déterminant important des possibilités et des résultats socioéconomiques des régions. Par conséquent, une classification géographique qui tient compte à la fois de la proximité des agglomérations et de la taille de la population (ou des services) de ces agglomérations est nécessaire pour définir plus précisément les termes « région urbaine », « région rurale » et « éloignement » (Alasia et coll., 2017).

Pour faire la distinction entre les collectivités rurales — et surtout pour différencier celles qui sont éloignées et très éloignées de celles qui sont près ou plus près des centres de population — Statistique Canada a élaboré un nouvel indice d'éloignement (IE) qui attribue une valeur d'éloignement relatif à chaque SDR en fonction de la proximité des AR comme indicateur de l'accessibilité des services. L'IE est une échelle continue allant de 0 à 1, où 0 représente les régions les plus accessibles et 1, les régions les moins accessibles (très éloignées) (Alasia et coll., 2017). La classification de l'IE permet de regrouper les SDR selon leur éloignement relatif en cinq catégories : les régions facilement accessibles, les régions accessibles, les régions moins accessibles, les régions éloignées et les régions très éloignées (Subedi et coll., 2020). Les points de démarcation entre les catégories ont été déterminés en fonction de la répartition des valeurs de l'IE et des seuils naturels dans les données, tout en tenant compte du nombre de SDR et de la répartition de la population dans chaque catégorie (Subedi et coll., 2020). L'ensemble de données classé selon l'IE appliqué dans le présent article utilise les valeurs de l'indice pour toutes les SDR au Canada qui ont déclaré une population en 2016.

Références

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA. 2018. *Gouvernement du Canada – Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, gouvernement du Canada. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/affaires-autochtones-nord/nouvelles/2018/06/gouvernement-du-canada--enquete-nationale-sur-les-femmes-et-les-filles-autochtones-disparues-et-assassinees.html>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2018. *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*, Réseau pancanadien de santé publique. En ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-fra.pdf>.

ALASIA, Alessandro, Frédéric BÉDARD, Julie BÉLANGER, Eric GUIMOND et Christopher PENNEY. 2017. « *Mesurer l'éloignement et l'accessibilité : un ensemble d'indices applicables aux collectivités canadiennes* », *Rapports sur les projets spéciaux sur les entreprises*, mai, produit n° 18-001-X au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/18-001-x/18-001-x2017002-fra.htm>.

ALLEN, Lindsay, Andrew HATALA, Sabina IJAZ, aîné David COURCHENE et aînée Burma BUSHIE. 2020. « *Indigenous-led health care partnerships in Canada* », *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)*, vol. 192, n° 90. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7055951/>.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. 2018. « *L'équité pour la santé mentale : mettre fin à la disparité en santé au Canada* ». En ligne : <https://cmha.ca/fr/brochure/plus-de-la-moitie-des-canadiens-considerent-lanxiete-et-la-depression-comme-une-epidemie/>.

BABA, Lauren. 2013. *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (NCCIH). En ligne : <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf>.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (CCNSA). 2020. « *Le développement économique comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis* », *Déterminants sociaux de la santé*, Colombie-Britannique, CCNSA. En ligne : <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-EconomicDevelopmentSDOH-2020-FR.pdf>.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. 2016. *Mental Health and Primary Care Policy Framework*. En ligne : https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/primarycarepolicyframework_march2016-pdf.pdf.

CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES. 2004. *Rural, Remote and Northern Women's Health Policy and Research Directions*, Centres d'excellence pour la santé des femmes, Réseau canadien pour la santé des femmes, vol. 7, n°s 2 et 3. En ligne : <http://www.pwhce.ca/RR.htm>.

CHAN Leighton, L. Gary HART et David C. GOODMAN. 2007. « *Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries* », *Rural Health*, vol. 22, n° 2. En ligne : <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2006.00022.x>.

COMMISSION DE LA CONDITION DE LA FEMME DES NATIONS UNIES (CCF-ONU). 2018. *Problèmes à régler et possibilités à exploiter pour parvenir à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles en milieu rural. 2018, Commission de la condition de la femme, Conclusions concertées*. Du 13 au 23 mars 2018. En ligne : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/62/CSW-Conclusions-62-FR.PDF>.

CONDITION FÉMININE CANADA (CFC). 2016. *Un profil des femmes dans les collectivités rurales, éloignées et nordiques du Canada*, gouvernement du Canada. En ligne : <https://cfc-swc.gc.ca/abu-ans/wwad-cqnf/wnc-fcn/profile-fr.html>.

CONSEIL DE LA RADIODIFFUSION ET DES TÉLÉCOMMUNICATIONS CANADIENNES (CRTC). 2020. « *Disponibilité du service LTE et de la large bande* », *Rapport de surveillance des communications*. En ligne : <https://crtc.gc.ca/fra/publications/reports/policymonitoring/2020/cmr4.htm>.

DU PLESSIS, Valérie, Roland BESHIRI, Ray D. BOLLMAN et Heather CLEMENSON. 2001. « Définitions de rural », *Bulletin d'analyse : régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 3, n° 3, produit n° 21-006-XIF au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/21-006-x/21-006-x2001003-fra.pdf>.

EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. 2016. *Vers une stratégie de réduction de la pauvreté – Document de travail*, Ottawa, gouvernement du Canada. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/reduction-pauvrete/document-travail.html>.

ENVIRONICS INSTITUTE. 2010. *Urban Aboriginal Peoples Study*, Toronto, Ontario, Environics Institute. En ligne : <https://www.uaps.ca>.

GILES, Audrey R., et Francine E. DARROCH. 2014. « The need for culturally safe physical activity promotion and programs », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 105, n° 4. En ligne : <https://link.springer.com/content/pdf/10.17269/cjph.105.4439.pdf>.

GILMOUR, Heather. 2007. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2006008/article/phys/10307-fra.pdf>.

GOVERNEMENT DU CANADA. 2011. *État de la situation des collectivités éloignées/hors réseau au Canada*, Ottawa, Ressources nationales Canada. En ligne : https://www.nrca.gc.ca/sites/www.nrca.gc.ca/files/canmetenergy/files/pubs/2013-118_fr.pdf.

GOVERNEMENT DU CANADA. 2020. *Promotion de l'égalité entre les genres et l'autonomisation des femmes et des filles*, Ottawa, gouvernement du Canada. En ligne : https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/gender_equality-egalite_des_genres/empowerment-autonomisation.aspx?lang=fra.

GULLIVER, Amelia, Kathleen M. GRIFFITHS, Helen CHRISTENSEN et Jacqueline L. BREWER. 2012. « A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress », *BMC Psychiatry*, vol. 12, n° 81. En ligne : <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2006. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/rural_canadiens_2006_report_f.pdf.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. 2016. *Les médecins au Canada, 2015*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/Rapport_Sommaire_2015_FR.pdf.

KNAAK Stephanie, Ed MANTLER et Andrew SZETO. 2017. « Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Canadian College of Health Leaders*, vol. 30, n° 2. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/>.

KUMAR, Mohan B., et Michael TJEPKEMA. 2019. *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011*, produit n° 99-011-X au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.htm>.

LAVERGNE, Ruth M., et George KEPHART. 2012. « Examining variations in health within rural Canada », *Rural Remote Health*, vol. 12, n° 1. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22384808/>.

LECLERC, Karine. 2021. « Portrait des femmes selon l'éloignement relatif de leurs collectivités, Série 1 : Profil sociodémographique », *Études sur le genre et les identités croisées*, produit n° 45200002 au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0002/452000022021001-fra.htm>.

LECLERC, Karine. 2022. « Portrait des femmes selon l'éloignement relatif de leurs collectivités, Série 2 : Niveau de scolarité », *Études sur le genre et les identités croisées*, produit n° 45200002 au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0002/452000022022001-fra.htm>.

LEIPERT, Beverly D. 2005. « Rural women's health issues in Canada: An overview and implications for policy and research », *Canadian Women Studies*, vol. 24, n° 4. En ligne : <https://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/view/6074/0>.

MENEC, Verena H., Scott NOWICKI et Alison KALISCHUK. 2010. « Transfers to acute care hospitals at the end of life: do rural/remote regions differ from urban regions? », *Rural Remote Health*, vol. 10, n° 1, p. 1281. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20095758/>.

MOROZ, Nicholas, Isabella MOROZ et Monika SLOVINEC D'ANGELO. 2020. « Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access », *Collège canadien des leaders en santé*, vol. 33, n° 6, p. 282 à 287. En ligne : <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>.

NATIONS UNIES. 1995. *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, Nations Unies. En ligne : <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>.

NYKIFORUK, Candace I. J., Kayla ATKEY, Sara BROWN, Wayne CALDWELL, Tracey GALLOWAY, Jason GILLILAND, Krystyna KONGATS, Jonathan MCGAVOCK et Kim D. RAINE. 2018. « Promotion of physical activity in rural, remote and northern settings: a Canadian call to action », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, vol. 38, n° 11. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30430816/>.

ONU FEMMES. 2005. *Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action and the Outcome Document of the Special Session of the General Assembly Entitled Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-first Century*, Nations Unies. En ligne : <https://www.un.org/womenwatch/daw/Review/english/background.htm>.

PARROTT, Zach, et Harvey MCCUE. 2016. « Canadian aboriginal reserves », *Encyclopedia Britannica*. En ligne : <https://www.britannica.com/place/Canadian-aboriginal-reserves>.

RECHEL, Bernd, Aleksandar DZAKULA, Antonio DURAN, Giovanni FATTORE, NIGEL EDWARDS, Michel GRIGNON, Marion HAAS, Triin HABICHT, Gregory P. MARCHILDON, Antonio MORENO, Walter RICCIARDI, Louella VAUGHAN et Tina ANDERSON SMITH. 2016. « Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries », *Health Policy*, vol. 120, n° 7, p. 758 à 769. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27312144/>.

ROY, Amrita. 2014. « Intergenerational trauma and Aboriginal women: Implications for mental health during pregnancy », *First Peoples Child & Family Review*, 2014. En ligne : <https://fpcfr.com/index.php/FPCFR/article/view/189/214>.

SANMARTIN, Claudia, et Nancy ROSS. 2006. « Difficultés d'accès aux soins de santé de première ligne au Canada », *Politiques de Santé*, vol. 1, n° 2, p.103 à 119. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585333/>.

SANTÉ CANADA. 2010. *Stratégie pour la santé des femmes*. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/rapports-publications/strategie-sante-femmes.html>.

SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA. 2021. *Soins de santé pour les Autochtones au Canada*, Services aux Autochtones Canada, gouvernement du Canada. En ligne : https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1626810177053/1_626810219482.

SHI, Leiyu. 2012. « The impact of primary care: A focused review », *Scientifica (Cairo)*, vol. 2012, article n° 432892. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24278694/>.

SIBLEY, Lyn M., et Jonathan P. WEINER. 2011. « An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada », *BMC Health Services Research*, vol. 11, n° 20. En ligne : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-20>.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. 2017. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes âgés de 18 à 64 ans : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil*. En ligne : https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/adultes_18-64/.

STACKHOUSE, Matthew J. 2019. « [The Canadian Urban – Rural Health Disparity: The Role of Health Lifestyles and an Alternative Explanation for Rural Higher BMI Rates](#) », Electronic Thesis and Dissertation Repository, London, Ontario, Université Western. En ligne : <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=8698&context=etd>.

STATISTIQUE CANADA. 2016. « [Zone d'influence métropolitaine de recensement \(ZIM\)](#) », *Dictionnaire, Recensement de la population, 2016*. En ligne : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo010-fra.cfm>.

STATISTIQUE CANADA. 2017. « [Taux normalisés selon l'âge](#) », *Le Quotidien*, 15 juin. En ligne : <https://www.statcan.gc.ca/fra/dai/btd/asr>.

STATISTIQUE CANADA. 2019. « [Centres de population \(CTRPOP\)](#) », *Dictionnaire, Recensement de la population, 2016*. En ligne : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo049a-fra.cfm>.

STATISTIQUE CANADA. 2020. « [Fournisseurs habituels de soins de santé, 2019](#) », *Feuillets d'information de la santé*, produit n° 82-625-X au catalogue. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-fra.htm>.

SUBEDI, Rajendra, T. Lawson GREENBERG et Shirin ROSHANAFSHAR. 2019. « [La géographie a-t-elle une incidence sur la mortalité? Analyse de la mortalité évitable selon l'indice d'éloignement au Canada](#) », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019005/article/00001-fra.htm>.

SUBEDI, Rajendra, Shirin ROSHANAFSHAR et T. Lawson GREENBERG. 2020. « [Élaboration de catégories utiles permettant de distinguer les niveaux d'éloignement au Canada](#) », *Études analytiques : méthodes et références*, produit n° 11-633-X au catalogue de Statistique Canada. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-633-x/11-633-x2020002-fra.htm>.

WILSON, Ruth C., James ROURKE, Ivy F. OANDASAN et Carmela BOSCO. 2020. « [Progress made on access to rural health care in Canada](#) », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 66, n° 1, p. 31 à 36. En ligne : <https://www.cfp.ca/content/66/1/31>.