

N° 41-20-0002 au catalogue
ISBN 978-0-660-67620-3



Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020

par Kelsang Yangzom, Huda Masoud et Tara Hahmann

Date de diffusion : le 6 octobre 2023



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 le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2023

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.

Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020

par Kelsang Yangzom, Huda Masoud et Tara Hahmann

Remerciements

La présente étude a été financée par Services aux Autochtones Canada (SAC). Nous exprimons notre gratitude aux collègues, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de Statistique Canada, qui ont contribué par leur expertise à la révision de cet article. Nous remercions tout particulièrement le Congrès des peuples autochtones, dont les idées et les perspectives ont enrichi cette recherche.

Faits saillants

- En 2017-2020, des proportions beaucoup plus élevées de membres des Premières Nations vivant hors réserve (20,3 %), de Métis (17,9 %) et d'Inuit (56,5 %) partout au Canada ont déclaré ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS), comparativement aux personnes non autochtones (14,5 %).
- Des proportions plus élevées d'hommes et de jeunes adultes (18 à 34 ans) n'avaient pas de FHSS, comparativement aux femmes et aux groupes plus âgés, pour les trois groupes autochtones et les personnes non autochtones.
- À l'échelle régionale, environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (52,2 %) et des Métis (49,3 %) dans les territoires ont déclaré ne pas avoir de FHSS, comparativement à environ 1 répondant sur 10 pour ces mêmes groupes en Ontario (12,3 %; 11,8 %^E). Des constatations semblables, quoiqu'à des proportions moindres, ont été observées chez les personnes non autochtones dans les territoires (32,3 %) et en Ontario (9,5 %).
- Parmi les Inuit qui vivent dans l'Inuit Nunangat (à l'exception du Nunavik), plus de 8 répondants sur 10 (84,5 %) n'avaient pas de FHSS, comparativement à 73,3 % chez les personnes non autochtones. Environ 1 Inuit sur 5 (24,5 %^F) vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat n'avait pas de FHSS.
- Environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (50,4 %) et les Métis (51,7 %^F) vivant dans des régions éloignées n'avaient pas de FHSS. Il en était aussi de même pour un quart des répondants dans chaque groupe vivant dans des régions éloignées (26,6 %; 25,8 %). Chez les Inuit, environ 8 répondants sur 10 (81,6 %) vivant dans des régions très éloignées et près des deux tiers (64,5 %) de ceux vivant dans des régions éloignées n'avaient pas de FHSS. Aux fins de comparaison, les proportions pour les personnes non autochtones étaient nettement inférieures (30,1 %; 17,5 %).
- La proportion des membres des Premières Nations et des Métis ayant déclaré avoir à attendre plus de deux semaines pour voir leur FHSS pendant la période de 2017 à 2020 était plus élevée dans les provinces de l'Atlantique (19,7 %; 20,9 %^E) et au Québec (17,7 %^E; 27,0 %), comparativement à l'Ontario (12,9 %; 13,6 %) et, de façon plus générale, à d'autres régions.
- Environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (47,6 %) et des Métis (51,4 %) ont déclaré qu'un bureau de médecin était leur endroit habituel où ils recevaient des soins en 2017-2020, suivis des cliniques sans rendez-vous. Chez les Inuit, un cinquième (21,2 %) des répondants ont déclaré recevoir des soins à un bureau de médecin, alors qu'environ deux fois plus de répondants (41,8 %) ont déclaré se rendre à des centres de santé communautaires. En revanche, environ 6 personnes non autochtones sur 10 (57,5 %) ont déclaré qu'un bureau de médecin était l'endroit habituel où elles recevaient des soins.

Introduction

Pour la plupart des gens, les soins de santé primaires (SSP) sont habituellement le premier et principal point de contact avec le système de soins de santé (Santé Canada, s.d.). Les services de SSP sont habituellement rendus par des médecins de famille ou des infirmiers praticiens qui diagnostiquent et traitent des maladies courantes et des blessures, et qui coordonnent avec d'autres niveaux de soins (p. ex. les hôpitaux et les soins d'un spécialiste) et qui orientent les patients vers ces services (Santé Canada, s.d.). Le fait d'avoir un fournisseur de services de SSP est un élément clé du maintien de la santé d'un patient, car un diagnostic précoce et le traitement adéquat réduisent les risques de complications et préviennent l'aggravation de la maladie, évitant ainsi des hospitalisations inutiles. En réduisant le nombre d'hospitalisations et de visites aux salles d'urgence qui auraient pu être évitées, cela permet de réduire les coûts liés au système de soins de santé et d'améliorer l'efficacité. Voilà pourquoi un meilleur accès aux soins de santé primaires (SSP) a été associé à de meilleurs résultats pour nos patients et le système de soins de santé (Organisation de coopération et de développement économiques, OCDE, 2020).

Un système de SSP plus solide est aussi associé à des taux de mortalité inférieurs et à de meilleurs résultats pour les gens qui ont des problèmes de santé physique ou mentale chroniques, car il met l'accent sur les soins préventifs, comme l'immunisation, la détection précoce et les services de consultation. Les recherches indiquent aussi que les fournisseurs de SSP sont mieux placés pour améliorer l'équité des soins de santé, car il y a généralement moins d'inégalité liée au revenu dans l'établissement de l'accès aux services de SSP (p. ex. les visites chez les médecins généralistes), comparativement à l'établissement de l'accès aux services de spécialistes (OCDE, 2019).

Les peuples autochtones sont touchés depuis longtemps par des disparités sur le plan de la santé, comparativement à la population non autochtone (Loppie & Wien, 2022; Agence de la santé publique du Canada, 2018). Cela comprend des problèmes d'accès aux soins de santé, une situation qui s'est probablement détériorée en raison des multiples pénuries de médecins en soins de santé primaires dans l'ensemble du Canada (Institut Angus Reid, 2022). Les besoins en soins de santé des personnes autochtones suscitent un intérêt particulier en raison des données plus restreintes sur l'état de santé physique et mentale, ainsi que d'une prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques (p. ex. l'asthme et le diabète) et d'incapacités, comparativement aux personnes non autochtones (Hahmann et Kumar, 2022; Hahmann et coll., 2019). De plus, il a été démontré que l'espérance de vie des membres des Premières Nations, des Métis et des Inuit est constamment et considérablement inférieure à celle des personnes non autochtones (Tjepkema et coll., 2019).

Il est important de comprendre ces problèmes de santé dans le contexte des conditions historiques, politiques, sociales et économiques plus larges ayant eu des répercussions sur la santé des personnes autochtones au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2018). La colonisation, ainsi que ses politiques connexes, notamment les déplacements forcés à des communautés éloignées, a occasionné des possibilités de développement économique limitées et l'arrachement aux terres traditionnelles, à la culture et aux ressources, y compris l'accès à la médecine traditionnelle et aux pratiques de guérison. De plus, des facteurs comme l'assimilation culturelle forcée découlant des politiques coloniales, la défavorisation sociale et économique et la discrimination continuent d'avoir des répercussions négatives sur la santé des personnes autochtones (Wilk et coll., 2017).

Les peuples autochtones continuent d'être victimes de racisme systémique et de discrimination lorsqu'ils accèdent au système de soins de santé, ce qui a contribué à un manque de confiance à l'égard du système de soins de santé ainsi qu'à la perception que ce système n'est pas sécuritaire (Loppie et Wein, 2022). Il s'agit d'un important obstacle lié à l'accès aux soins de santé, et cela souligne la nécessité d'avoir un système de soins de santé qui est respectueux et libre de toute discrimination et qui offre des soins précis adaptés à la culture pour répondre aux besoins des personnes autochtones (Nelson et Wilson, 2018).

À l'aide des données annuelles tirées des cycles de 2017 et de 2020 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cette étude examine les indicateurs suivants chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit : accès¹ à un fournisseur habituel de soins de santé et raisons de ne pas en avoir un; temps d'attente pour obtenir un rendez-vous lorsque la personne nécessite des soins immédiats pour un

1. Dans le contexte de la présente analyse, les expressions « accès » ou « absence d'accès » sont utilisées pour déterminer si un répondant a un FHSS, peu importe la raison qui explique pourquoi le répondant n'a pas de FHSS. Pour certaines personnes, l'« absence d'accès » à un FHSS découle de leur choix, car elles pourraient estimer ne pas en avoir besoin. Toutefois, cette expression est utilisée dans un sens plus général.

problème de santé mineur; accès à un endroit habituel² où recevoir des soins et type de lieu (p. ex. une clinique sans rendez-vous ou une salle d'urgence d'un hôpital); accès à une équipe de spécialistes en SSP (c.-à-d., une équipe de professionnels de la santé). L'ESCC utilise le terme « fournisseur habituel de soins de santé » pour désigner un fournisseur de soins de santé primaires, qui est défini comme étant un professionnel de la santé qu'une personne visite ou consulte lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils au sujet de sa santé. Cela comprend les médecins de famille, les omnipraticiens, les spécialistes médicaux, les infirmiers praticiens (ou infirmiers hygiénistes en milieu éloigné), les pharmaciens, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.

Ces indicateurs sont explorés selon les diverses caractéristiques présentées dans la documentation qui influeraient sur l'accès aux soins de santé primaires. Ces indicateurs incluent le sexe³, l'âge, le revenu, l'emplacement géographique, l'éloignement, la présence de problèmes de santé chroniques et l'état de santé autodéclaré (Statistique Canada, 2020a; Statistique Canada, 2020b; Khan et coll., 2008; Clarke, 2016).

Source de données

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête transversale annuelle qui fournit des renseignements détaillés sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les comportements influant sur la santé chez la population canadienne aux échelles nationale, provinciale et territoriale ainsi qu'au sein des diverses régions sociosanitaires. Elle recueille aussi des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, comme les indicateurs liés au revenu, au niveau de scolarité et au marché du travail.

L'ESCC a pour champ d'observation la population de 12 ans et plus vivant hors réserve dans toutes les provinces et tous les territoires. Elle exclut les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les enfants placés en famille d'accueil, les personnes vivant dans des établissements, ainsi que les personnes vivant dans la Région du Nunavik et la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (régions sociosanitaires) du Québec. L'enquête utilise la base aréolaire de l'Enquête sur la population active (EPA) pour sélectionner l'échantillon de la population adulte (18 ans et plus) et la base de l'allocation canadienne pour enfants (ACE) pour sélectionner l'échantillon des personnes âgées de 12 à 17 ans, pour obtenir un échantillon annuel de 65 000 personnes.

Les taux de réponse pour les cycles annuels de 2017 à 2020 variaient entre 54 % et 63 %, exception faite du cycle de 2020 qui a enregistré un taux de réponse beaucoup plus faible se situant à 30 % en raison des défis liés à la collecte des données pendant la pandémie (voir ci-dessous). Afin de produire des estimations de bonne qualité pour les personnes vivant dans les territoires, les données tirées des fichiers de deux ans ont été utilisées pour toutes les provinces et régions. Ces fichiers combinaient quatre cycles annuels de l'ESCC (2017-2018 et 2019-2020).

L'identité autochtone désigne le fait qu'une personne soit identifiée comme membre des Premières Nations, Métisse ou Inuit. Les Autochtones qui ont déclaré plusieurs identités n'ont pas été inclus dans l'analyse en raison des limites liées à la petite taille des échantillons. De plus, l'ESCC ne fait pas une distinction entre les membres « inscrits » et « non inscrits » des Premières Nations. Dans l'ensemble, il y avait 6 519 répondants ayant déclaré appartenir uniquement au peuple autochtone en 2017-2018; 5 147 en 2019-2020.

Il est important de noter que, en 2020, la pandémie de COVID-19 a perturbé la collecte des données dans le Nord. Les interviews en personne sont habituellement le seul mode de collecte des données dans les régions éloignées de cette région, mais ils ont été en grande partie interrompus en raison de la pandémie. La collecte de données s'est donc limitée aux trois capitales des territoires (c.-à-d., Whitehorse, Yellowknife et Iqaluit).

Ces restrictions ont réduit considérablement les taux de réponse et, par conséquent, la couverture de la population cible pour 2019-2020 se situait à 82 % au Yukon, à 70 % dans les Territoires du Nord-Ouest et à 56 % au Nunavut, comparativement aux taux de 94 %, de 96 % et de 93 %, respectivement, en 2017-2018. Plus particulièrement, les taux de réponse pour la population inuite étaient beaucoup plus faibles en 2020.

2. L'endroit habituel où recevoir des soins correspond à l'endroit où se rendent habituellement les répondants lorsqu'ils ont besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur.

3. Puisque l'ESCC a seulement commencé à recueillir des données sur le sexe à partir de 2019, la présente étude utilisera le sexe afin de maintenir la cohérence conceptuelle pour la période visée (2017 à 2020). Dans le contexte de la présente analyse, le terme « hommes » est utilisé pour désigner les répondants ayant déclaré être de sexe masculin, et le terme « femmes » est utilisé pour désigner les répondantes ayant déclaré être de sexe féminin.

Des ajustements ont été apportés aux poids d'enquête globaux pour réduire au minimum tout biais. Néanmoins, il convient de faire preuve de prudence dans l'utilisation de ces données.

Méthodologie

Étant donné ces effets de la pandémie sur les taux de réponse dans le nord en 2020 et pour permettre une désagrégation plus poussée, la présente analyse utilise les données combinées de l'ESCC pour les cycles de 2017 à 2020 (c.-à-d., la combinaison des fichiers de deux ans de 2017-2018 et de 2019-2020).

Cette étude utilise aussi l'indice d'éloignement (IE) de Statistique Canada et la classification connexe pour catégoriser toutes les subdivisions de recensement (SDR) en divers niveaux d'éloignement, selon leur proximité aux centres de population⁴ (dans un rayon de 200 km), afin d'obtenir une approximation des concentrations de la population et des activités économiques et pour déterminer l'accessibilité aux services (Alasia et coll., 2017; Subedi et coll., 2020).

La méthode manuelle est utilisée pour classer le lieu de résidence (SDR) des répondants en cinq catégories en fonction des seuils de l'IE établis par Subedi et coll. (2020)⁵ : **facilement accessible** (p. ex. Calgary, Alberta; Port Hope, Ontario); **accessible** (p. ex. Halifax, Nouvelle-Écosse; Shediac, Nouveau-Brunswick); **moins accessible** (p. ex. Sunnyside, Terre-Neuve-et-Labrador; Wickham, Nouveau-Brunswick); **éloigné** (p. ex. Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest; Thunder Bay, Ontario); **très éloigné** (p. ex. Boyer 164, Alberta; Cambridge Bay, Nunavut).

Des comparaisons avec la population non autochtone sont fournies, lorsque le contexte l'exige, et des essais ont été effectués à un niveau de signification établi à 0,05 pour cerner toute variation importante sur le plan statistique entre les groupes et entre les diverses caractéristiques des groupes. L'échantillon de l'ESCC et les poids bootstrap ont été utilisés pour calculer les estimations et les variances connexes pour obtenir des intervalles de confiance de 95 % et des données statistiques découlant des essais.

De plus une analyse de régression logistique multivariée a été menée pour examiner les effets des facteurs sociodémographiques et liés à la santé sur l'accès à un fournisseur habituel de soins de santé chez les personnes autochtones en 2017-2020.

Conformément aux lignes directrices en matière de confidentialité qui sont recommandées par l'ESCC pour la publication des proportions, les estimations qui n'étaient pas fondées sur une taille d'échantillon non pondérée d'au moins 10 répondants dans le domaine de la caractéristique et d'au moins 20 répondants dans le domaine d'intérêt total ont été supprimées (indiquées d'un « X »). De plus, toutes les estimations ou les proportions qui ont des coefficients de variation (CV) au-delà de 15,0 % mais inférieurs ou égaux à 35,0 % ont été attribuées l'indicateur de qualité des données « E » et devraient être utilisées avec prudence. Les estimations ou proportions ayant un CV supérieur à 35,0 %, ont été accordé l'indicateur de qualité des données « F » et n'étaient pas suffisamment fiables pour être publiées.

Résultats

Population à l'étude

Le tableau 1 ci-dessous présente les caractéristiques de la population représentée par l'échantillon de personnes des Premières Nations vivant hors réserve, de Métis, d'Inuit et de personnes non autochtones. Ces données sont tirées des cycles combinés de l'ESCC pour la période de 2017 à 2020.

4. Le terme « centres de population » fait référence à la définition donnée par Statistique Canada d'une région ayant une population d'au moins 1 000 habitants et une densité de 400 personnes ou plus par kilomètre carré; les centres de population définis par Statistique Canada sont utilisés pour calculer les scores de l'indice (pour obtenir une définition détaillée, voir la page sur les définitions d'un [centre de population](#)).

5. Les valeurs de l'indice d'éloignement (IE) sont habituellement calculées selon les données géographiques existantes des SDR tirées du recensement et elles sont mises à jour en conséquence pour les nouveaux cycles de recensement. La classification de l'éloignement des SDR dans cet ensemble de données combinées de l'ESCC de 2017-2020 a été effectuée grâce aux valeurs et seuils de l'IE en fonction des données géographiques des SDR tirées du Recensement de 2016. Par conséquent, les valeurs attribuées et la catégorie d'éloignement peuvent ne pas refléter le profil d'accessibilité actuel d'une SDR, mais plutôt le profil observé en 2016.

La proportion de femmes était supérieure à celle des hommes pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Inuit, alors que l'inverse a été observé pour les Métis. Pour ce qui est de l'âge, un peu plus de 1 répondant sur 10 chez les membres des Premières Nations (11,9 %), les Métis (10,6 %) et les Inuit (13,4 %) était âgé de 12 à 17 ans, comparativement à seulement 7,0 % pour les répondants non autochtones. De même, environ un tiers des personnes des Premières Nations (34,6 %), des Métis (33,5 %) et des Inuit (36,5 %) étaient âgés de 18 à 34 ans, alors que seulement un quart des personnes non autochtones (26,2 %) faisaient partie de ce groupe d'âge.

Sur le plan géographique, les plus fortes proportions de personnes des Premières Nations vivant hors réserve résidaient en Ontario (34,3 %), puis en Colombie-Britannique (17,5 %) et en Alberta (11,7 %). Une tendance semblable a été remarquée chez les Métis – la plus forte proportion de Métis a été enregistrée en Ontario (23,0 %), puis en Alberta (20,5 %) et en Colombie-Britannique (15,4 %) (tableau 1). En ce qui a trait aux Inuit, plus de la moitié des répondants de ce groupe (53,4 %) vivaient dans l'Inuit Nunangat (exception faite de la Région du Nunavik), dont la majorité (86,4 %) vivaient au Nunavut.

En 2017 à 2020, 68,0 % des Inuit vivaient dans des régions éloignées ou très éloignées, comparativement à 13,5 % des membres des Premières Nations, à 10,5 % des Métis et à 3,3 % des personnes non autochtones.

Environ 6 Inuit sur 10 (59,0 %) ont déclaré n'avoir aucun problème de santé chronique⁶, ce qui reflète la structure par âge plus jeune et d'autres facteurs possibles, comme le sous-diagnostic en raison des obstacles aux services de soins de santé (p. ex. les diagnostics, les sous-déclarations liées à la stigmatisation et la normalisation d'un mauvais état de santé) (Horrell et coll., 2019; Smylie, Firestone, Spiller et Tungasuvvingat Inuit, 2018). Un peu moins de la moitié des membres des Premières Nations (46,2 %) et des Métis (46,0 %) ont déclaré n'avoir aucun problème de santé chronique, alors que ce taux de déclaration s'établissait à 54,9 % chez les personnes non autochtones. Une tendance semblable a été observée auprès des divers groupes en ce qui a trait à l'autoévaluation de la santé.

Bien que la répartition⁷ des revenus du ménage soit relativement semblable dans l'ensemble des quartiles pour les Métis et les personnes non autochtones, la répartition était fortement orientée vers les quartiles inférieurs du revenu pour les membres des Premières Nations et les Inuit. Environ un tiers (33,0 %) des Inuit et deux cinquièmes (39,8 %) des membres des Premières Nations avaient des revenus du ménage qui se situaient dans le quartile inférieur (tableau 1).

6. On a demandé aux répondants s'ils avaient reçu un diagnostic d'un professionnel de la santé à l'égard de l'un des problèmes de santé chroniques suivants : asthme, arthrite (à l'exception de fibromyalgie), hypertension artérielle, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), diabète, maladie du cœur, cancer, troubles attribuables à un accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, troubles de l'humeur comme la dépression, et anxiété comme les troubles paniques. La liste des problèmes de santé chroniques se limite à seulement les problèmes énoncés dans les deux cycles 2017-2018 et 2019-2020 de l'ESCC.

7. Pour les quartiles du revenu du ménage, les valeurs des quartiles étaient tout d'abord calculées par province ou région, et elles ont été par la suite fusionnées pour créer la répartition globale. Ceci a été effectué pour tenir compte des différences de revenus selon la région en raison de facteurs comme les variations dans le coût de la vie.

Tableau 1
Pourcentage de distribution de la population à l'étude âgée de 12 ans et plus, par identité autochtone et certaines caractéristiques, Canada, 2017 à 2020

	Membres des Premières Nations vivant hors réserve	Métis pourcentage	Inuit	Non-Autochtones
Sexe				
Masculin	46,3	51,6	45,8	49,4
Féminin	53,7	48,4	54,2	50,6
Âge				
12 à 17 ans	11,9	10,6	13,4	7,0
18 à 34 ans	34,6	33,5	36,5	26,2
35 à 64 ans	43,1	45,9	40,2	46,8
65 ans et plus	10,4	10,0	9,9 ^E	20,0
Classification par indice d'éloignement (2016)				
Facilement accessible	43,8	40,4	14,7 ^E	70,7
Accessible	27,5	32,3	10,2 ^E	18,9
Moins accessible	15,2	16,8	7,1 ^E	7,2
Éloigné	11,0	9,8	27,6	3,1
Très éloigné	2,5	0,7 ^E	40,4	0,2
Province ou région de résidence				
Terre-Neuve-et-Labrador	5,5	1,2	..	1,4
Maritimes	5,6	5,5	..	5,1
Québec ¹	8,6	11,0	..	23,3
Ontario	34,3	23,0	..	39,5
Manitoba	6,7	12,4	..	3,2
Saskatchewan	7,5	10,4	..	2,7
Alberta	11,7	20,5	..	11,4
Colombie-Britannique	17,5	15,4	..	13,3
Territoires	2,6	0,7	..	0,2
Régions inuites¹				
À l'intérieur de l'Inuit Nunangat	..	..	53,4	0,0
Nunatsiavut	..	..	X	X
Inuvialuit	..	..	13,0 ^E	19,9 ^E
Nunavut	..	..	86,4	79,8
Hors de l'Inuit Nunangat	..	..	46,6	100,0
Problèmes de santé chroniques				
Aucun	46,2	46,0	59,0	54,9
Un	24,2	24,6	21,3	24,2
Deux ou plus	29,6	29,4	19,8	21,0
Santé perçue				
Excellente/très bonne/bonne	81,8	84,1	86,5	89,4
Passable/mauvaise	18,2	15,9	13,5	10,6
Quartiles de revenu total du ménage				
Premier	39,8	28,9	33,0	24,6
Deuxième	24,2	23,6	23,9	24,9
Troisième	22,3	25,2	24,3	25,1
Quatrième	13,8	22,4	18,8	25,5

.. indisponible en 2017-2020

^E à utiliser avec prudenceX confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

1. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) exclut les personnes vivant dans la Région du Nunavik et la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (régions sociosanitaires) du Québec.

Notes : Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages. En raison de l'arrondissement, les totaux peuvent être différents de la somme de tous les pourcentages.**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020) et Classification de l'indice d'éloignement (2016).

Parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, il a été remarqué que les hommes et les jeunes adultes de 18 à 34 ans étaient moins susceptibles d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé

L'accès à un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS) joue un rôle important dans les soins préventifs et dans la gestion des problèmes de santé persistants. On a demandé aux répondants à l'ESCC de préciser s'il avait un FHSS qu'ils consultaient périodiquement.

En 2017-2020, des proportions beaucoup plus élevées de membres des Premières Nations vivant hors réserve (20,3 %), de Métis (17,9 %) et d'Inuit (56,5 %) ont déclaré ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS), comparativement aux personnes non autochtones (14,5 %).

Parmi les personnes autochtones et les personnes non autochtones, une proportion nettement plus élevée d'hommes ont déclaré ne pas avoir un FHSS, comparativement aux femmes. Par exemple, chez les personnes des Premières Nations, près d'un quart d'hommes (24,3 %) n'avaient pas de FHSS, comparativement à 16,8 % de femmes. On a aussi observé des proportions plus élevées d'hommes n'ayant pas de FHSS, par rapport aux femmes, chez les Métis (23,0 % par rapport à 12,5 %), les Inuit (62,4 % par rapport à 51,5 %) et les personnes non autochtones (18,2 % par rapport à 10,9 %) (tableau 2).

Les jeunes adultes de 18 à 34 ans étaient les moins susceptibles d'avoir un FHSS en 2017-2020, comparativement à tous les autres groupes d'âge, ceci étant le cas pour environ 1 jeune adulte sur 4 faisant partie des membres des Premières Nations (26,3 %), des Métis (24,7 %) et des personnes non autochtones (25,1 %). Chez les Inuit, la proportion était nettement supérieure puisqu'environ deux tiers (66,0 %) des jeunes adultes ont déclaré ne pas avoir un FHSS. Dans l'ensemble de tous les groupes, les personnes âgées (de 65 ans ou plus) étaient les plus susceptibles d'avoir un FHSS, particulièrement chez les Métis et les personnes non autochtones. Alors qu'une proportion plus élevée d'aînés inuits avaient un FHSS, comparativement aux jeunes adultes, environ 4 aînés sur 10 (41,7 %^E) n'avaient toujours pas de FHSS (tableau 2).

Dans l'ensemble, 8 Inuit sur 10 et la moitié des personnes des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis vivant dans des régions éloignées en 2017-2020 n'avaient pas un fournisseur habituel de soins de santé

La proportion des personnes sans fournisseur habituel de soins de santé (FHSS) était la plus élevée chez les personnes vivant dans des régions éloignées et très éloignées. Environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (50,4 %) et des Métis (51,7 %^E) vivant dans des régions très éloignées en 2017-2020 n'avaient pas de FHSS, comparativement à moins d'un tiers (30,1 %) des personnes non autochtones. Dans les régions éloignées, environ un quart des personnes des Premières Nations et des Métis ont signalé avoir un FHSS (26,6 % et 25,8 %, respectivement), alors que la proportion correspondante chez les personnes non autochtones était de 17,5 %.

Les proportions les plus élevées ont été observées chez les Inuit, avec environ 8 répondants inuits sur 10 (81,6 %) vivant dans des régions très éloignées et près des deux tiers (64,6 %) de ceux vivant dans des régions éloignées ont déclaré ne pas avoir un FHSS (tableau 2). Les collectivités inuites dans le nord du Canada sont plus isolées sur le plan géographique; plus des deux tiers (69,0 %) de la population inuite en 2021 vivaient dans la région d'Inuit Nunangat (la patrie inuite) (Statistique Canada, 2021).

Le taux d'accès à un fournisseur habituel en soins de santé chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis est le plus faible dans les territoires, mais le plus élevé en Ontario

Le taux d'accès à un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS) était le plus faible dans les territoires et le plus élevé en Ontario chez les personnes des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis. Dans les territoires, environ la moitié des personnes des Premières Nations (52,2 %) et des Métis (49,3 %) ont déclaré ne pas avoir un FHSS, alors que seulement 1 répondant sur 10 faisant partie de ces groupes a déclaré ne pas avoir un FHSS en Ontario (12,3 % et 11,8 %^E, respectivement). Des résultats semblables, quoiqu'à des proportions plus faibles, ont été observé chez les personnes non autochtones de ces régions (tableau 2).

Parmi les Inuit vivant à l'intérieur de l'Inuit Nunangat (à l'exception de la région du Nunavik⁸), plus de 1 répondant sur 8 (84,5 %) n'avait pas de FHSS, comparativement à 1 répondant sur 5 (24,5 %^E) pour les Inuit vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat.

8. L'échantillon de l'ESCC n'inclut pas les personnes qui vivent dans la région sociosanitaire de la Région du Nunavik.

Tableau 2
Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuit et des personnes non autochtones de 12 ans ou plus sans fournisseur habituel de soins de santé, selon certaines caractéristiques, Canada, 2017 à 2020

	Membres des Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuit	Non-Autochtones
	pourcentage			
Sexe				
Masculin [†]	24,3	23,0	62,4	18,2
Féminin	16,8*	12,5*	51,5*	10,9*
Âge				
12 à 17 ans	23,8	22,6	51,4	12,9
18 à 34 ans [†]	26,3	24,7	66,0	25,1
35 à 64 ans	16,4*	14,1*	53,1*	12,6*
65 ans et plus	12,4*	7,5 ^{E*}	41,7 ^{E*}	5,8*
Classification par indice d'éloignement (2016)				
Facilement accessible [†]	19,2	15,9	X	14,7
Accessible	20,6*	18,2	X	13,7
Moins accessible	13,4*	16,2	X	13,7*
Éloigné	26,6*	25,8*	64,6	17,5*
Très éloigné	50,4*	51,7 ^{E*}	81,6	30,1*
Province ou région de résidence				
Terre-Neuve-et-Labrador	13,0 ^F	23,2 ^{E*}	..	12,6*
Maritimes	16,9 ^F	15,3 ^F	..	11,7*
Québec ¹	22,6 ^{E*}	17,1	..	21,0*
Ontario [†]	12,3	11,8 ^F	..	9,5
Manitoba	25,7*	18,0*	..	15,4*
Saskatchewan	29,2*	19,7*	..	17,2*
Alberta	24,7*	21,7*	..	15,1*
Colombie-Britannique	24,6*	20,3*	..	18,0*
Territoires	52,2*	49,3*	..	32,3*
Régions inuites¹				
À l'intérieur de l'Inuit Nunangat [†]	84,5	73,3
Nunatsiavut	..	..	X	X
Inuvialuit	..	..	86,2	77,5
Nunavut [†]	84,6	72,5
Hors de l'Inuit Nunangat	..	..	24,5 ^{E*}	14,5*
Problèmes de santé chroniques				
Aucun [†]	24,8	25,0	63,7	19,5
Un	20,5	13,9*	53,4	10,4*
Deux ou plus	13,1*	10,1*	38,5 ^{E*}	6,2*
Santé perçue				
Excellente/très bonne/bonne [†]	20,4	19,1	57,2	15,1
Passable/mauvaise	19,8	11,3 ^{E*}	51,9	9,8*
Quartiles de revenu total du ménage				
Premier [†]	25,0	20,6	58,8	18,8
Deuxième	20,6	18,9	58,5	14,7*
Troisième	14,7*	17,4	56,6	13,0*
Quatrième	15,2 ^{E*}	13,9*	49,6	11,7*

.. indisponible en 2017-2020

^F à utiliser avec prudence

X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

1. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) exclut les personnes vivant dans la Région du Nunavik et la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (régions sociosanitaires) du Québec.

Notes : Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages. En raison de l'arrondissement, les totaux peuvent être différents de la somme de tous les pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020) et Classification de l'indice d'éloignement (2016).

Les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit ayant deux problèmes de santé chroniques ou plus étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé, comparativement aux personnes de ces groupes n'ayant pas de problème de santé chronique

Parmi les personnes des Premières Nations vivant hors réserve, un pourcentage plus élevé de répondants n'ayant pas de problème de santé chronique ont déclaré ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé comparativement aux personnes de ce groupe ayant au moins deux problèmes de santé chroniques (24,8 % par rapport à 13,1 %, respectivement). Des constatations semblables ont été observées chez les Inuit, mais les proportions étaient plus élevées (63,7 % par rapport à 38,5 %^E). Chez les Métis, un quart (25,0 %) des répondants n'ayant pas de problème de santé chronique n'avaient pas de FHSS, comparativement à 13,9 % des répondants de ce groupe qui avaient un problème de santé chronique et à 10,1 % des répondants qui avaient deux problèmes de santé ou plus.

Parmi les répondants ayant deux problèmes de santé chroniques ou plus, les membres des Premières Nations (13,1 %), les Inuit (38,5 %^E) et les Métis (10,1 %) étaient plus susceptibles de ne pas avoir un FHSS comparativement aux personnes non autochtones (6,2 %) (tableau 2).

La proportion des répondants ayant un fournisseur habituel de soins de santé était plus faible chez les personnes des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis dans les ménages à faible revenu

Des pourcentages plus élevés de personnes vivant dans un ménage à revenu plus faible ont déclaré ne pas avoir un FHSS comparativement aux personnes vivant dans un ménage à revenu plus élevé. Par exemple, 1 répondant sur 4 (25,0 %) parmi les personnes des Premières Nations vivant hors réserve et dont le revenu du ménage se trouvait dans le quartile inférieur a déclaré ne pas avoir un FHSS, comparativement à 15,2 %^F des personnes figurant dans le quartile de revenu supérieur. Des résultats semblables ont été observés chez les Métis et les personnes non autochtones.

Pour les Inuit, aucune variation significative n'a été constatée dans le pourcentage de personnes n'ayant pas de FHSS pour l'ensemble des groupes de revenu du ménage (tableau 2). Cela peut être attribuable au fait que bon nombre des Inuit vivent dans de petites collectivités dans des régions éloignées et très éloignées, où il y a un accès limité aux soins de santé primaires en raison des contraintes géographiques et des défis de recrutement des professionnels de la santé (Young et coll., 2017).

Une analyse de régression logistique a confirmé les constatations descriptives liées aux caractéristiques associées au fait que les répondants n'ont pas de FHSS (tableau A1 dans l'annexe).

Le manque de disponibilité d'un fournisseur habituel de soins de santé était la raison la plus couramment citée pour ne pas avoir un FHSS chez les femmes et les aînés métis et membres des Premières Nations vivant hors réserve

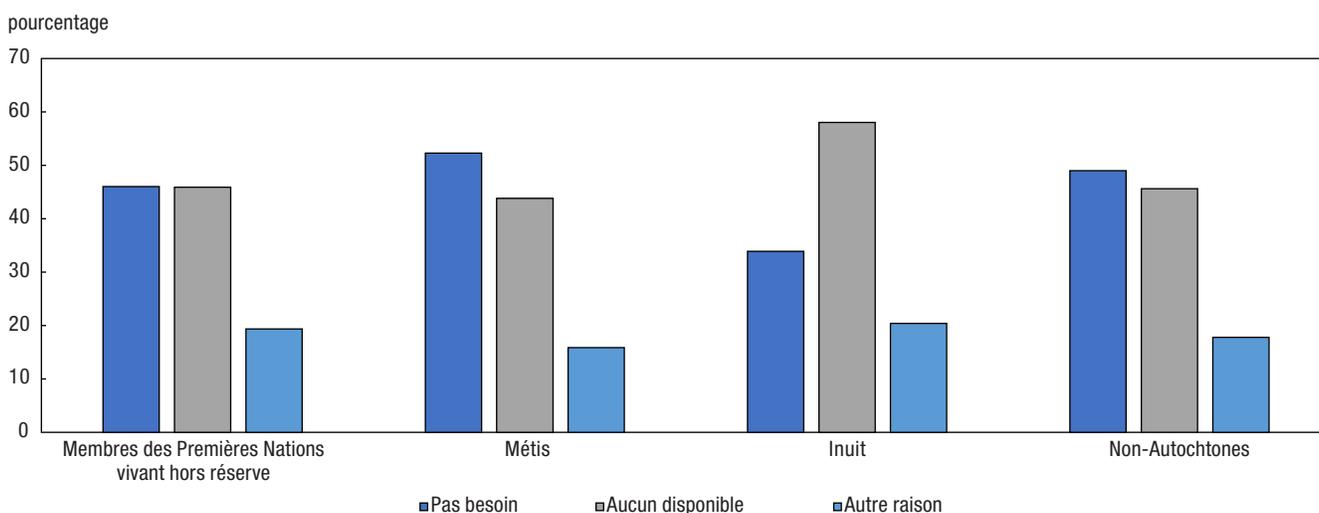
Si des personnes ont déclaré ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS), on leur a demandé d'en préciser la raison⁹. Pour les besoins de cette analyse, les catégories ont été regroupées de la façon suivante : (1) pas besoin (p. ex. le répondant n'a pas besoin d'un FHSS, mais a un endroit habituel où recevoir ses soins, ou il n'a pas trouvé un FHSS); (2) aucun disponible (p. ex. aucun fournisseur disponible; fournisseur n'accepte pas de nouveaux patients dans la région; ou avait un FHSS, mais il est parti ou a pris sa retraite); (3) autre (c.-à-d. une catégorie générale pour toute raison non incluse ailleurs dans la question).

9. Les catégories de réponse à la question « Pour quelles raisons n'avez-vous pas de fournisseur habituel de soins de santé? » étaient les suivantes (chaque répondant pouvait sélectionner plusieurs catégories) : (a) Pas besoin d'un en particulier, mais vous avez un endroit habituel où recevoir des soins; (b) Aucun disponible dans la région; (c) Aucun dans la région ne prend de nouveaux patients; (d) Vous n'avez pas essayé d'en trouver un; (e) En avait un, mais est parti ou est retraité; (f) Autre.

Dans l'ensemble, des proportions semblables de personnes des Premières Nations vivant hors réserve ont déclaré ne pas avoir un FHSS parce qu'aucun n'était disponible (45,9 %) ou qu'elles n'en avaient pas besoin, car elles avaient un endroit habituel où recevoir des soins (46,0 %). Chez les Métis, une proportion plus élevée de répondants ont déclaré ne pas avoir un FHSS, car ils n'en avaient pas besoin (52,3 %), comparativement aux répondants ayant fourni comme raison qu'il n'y avait aucun FHSS disponible (43,8 %). Cette tendance a aussi été observée chez les personnes non autochtones (49,0 % et 45,6 %, respectivement) (graphique 1). Chez les Inuit, le manque de disponibilité des FHSS (58,1 %) était la raison la plus prévalente expliquant pourquoi les répondants n'avaient pas de FHSS, comparativement aux répondants ayant déclaré ne pas en avoir besoin (33,9 %).

Graphique 1

Raisons de ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis, les Inuit et les personnes non autochtones de 12 ans ou plus sans fournisseur habituel de soins de santé, Canada, 2017 à 2020



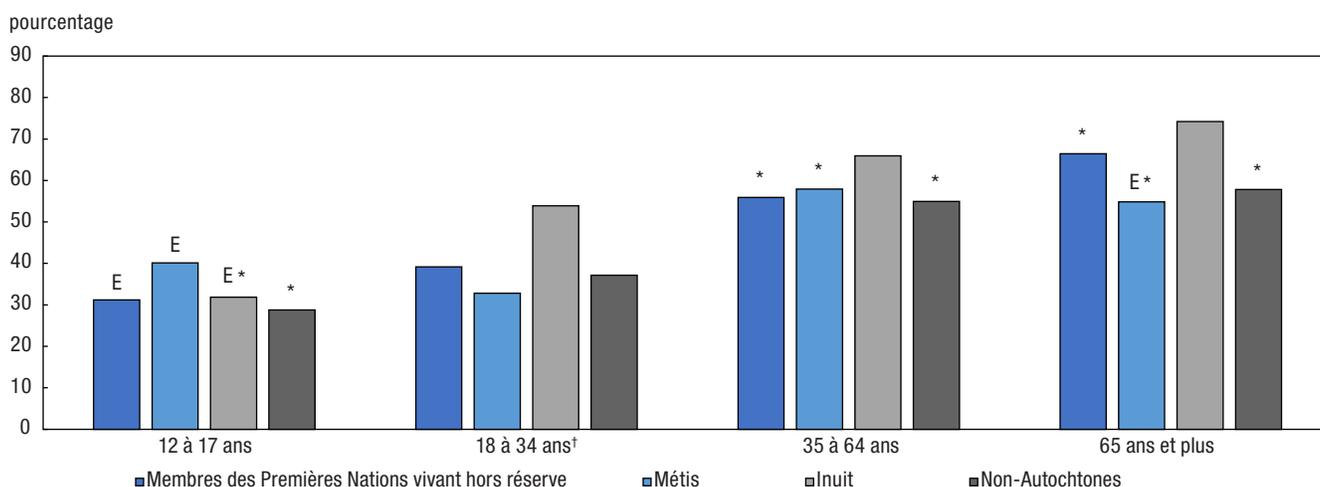
Notes : La catégorie « Pas besoin » inclut les personnes qui estiment ne pas avoir besoin d'un fournisseur habituel de soins de santé, mais qui ont tout de même un endroit habituel où ils reçoivent des soins, ainsi que les personnes qui n'ont pas essayé de trouver un fournisseur habituel de soins de santé. La catégorie « Aucun disponible » inclut les personnes ayant déclaré ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé puisqu'aucun fournisseur n'était disponible dans la région, ainsi que les personnes ayant déclaré qu'aucun fournisseur dans la région ne prenait de nouveaux patients ou que leur fournisseur était parti. Les répondants pouvaient choisir plus d'une catégorie à la question portant sur les raisons de ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé. Par conséquent, le total des pourcentages qui s'affichent ici dans l'ensemble des catégories n'équivaut pas à 100 %. Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020).

Les aînés métis et membres des Premières Nations (âgés de 65 ans ou plus) étaient plus susceptibles que les jeunes adultes (âgés de 18 à 34 ans) de déclarer ne pas avoir un FHSS parce qu'aucun n'était disponible (graphique 2), tandis que des proportions plus élevées de jeunes adultes métis et membres des Premières Nations ont déclaré que la principale raison de ne pas avoir un FHSS était parce qu'ils n'en avaient pas besoin. Des résultats semblables ont été observés chez les personnes non autochtones.

Graphique 2

Pourcentage des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis, des Inuit et des personnes non autochtones ayant déclaré le manque de disponibilité comme étant une raison de ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe d'âge, Canada, 2017 à 2020



† catégorie de référence

E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : La raison liée au manque de disponibilité inclut les personnes ayant déclaré ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé puisqu'aucun fournisseur n'était disponible dans la région, ainsi que les personnes ayant déclaré qu'aucun fournisseur dans la région ne prenait de nouveaux patients ou que leur fournisseur était parti. Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020).

Les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis qui résident dans les provinces des Prairies sont moins susceptibles de citer des problèmes de disponibilité comme étant une raison de ne pas avoir un fournisseur habituel de soins de santé comparativement aux autres régions

Plus de la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (51,0 %) et des Métis (51,6 %^E) en Ontario qui n'avaient pas de FHSS ont déclaré que la raison était le manque de disponibilité, comparativement à 42,9 % des répondants non autochtones de cette province. Dans les provinces des Prairies, les proportions étaient plus faibles, avec environ un quart des membres des Premières Nations au Manitoba et en Alberta (27,4 %^E et 24,1 %^E, respectivement) ayant cité des problèmes de disponibilité, comparativement à 26,1 %^E des Métis en Saskatchewan et à 28,7 %^E des Métis en Alberta.

Comme leurs homologues non autochtones, un pourcentage nettement plus élevé de Métis dans la région de l'Atlantique ont déclaré le manque de disponibilité comme étant un obstacle, comparativement à ceux en Ontario (76,5 % par rapport à 51,6 %^E). Parmi les Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat, 6 répondants sur 10 (60,1 %) ont également cité cette raison pour expliquer pourquoi ils n'ont pas de FHSS.

Parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve ayant déclaré ne pas avoir un FHSS, ceux résidant dans des régions très éloignées (61,3 %) étaient beaucoup plus susceptibles de citer comme raison le manque de disponibilité, comparativement à ceux résidant dans des régions accessibles (55,9 %) et très accessibles (37,2 %).

Un quart des membres des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis, ainsi qu'un tiers des Inuit résidant dans des régions éloignées ont déclaré avoir attendu plus de deux semaines pour avoir un rendez-vous avec leur fournisseur habituel de soins de santé

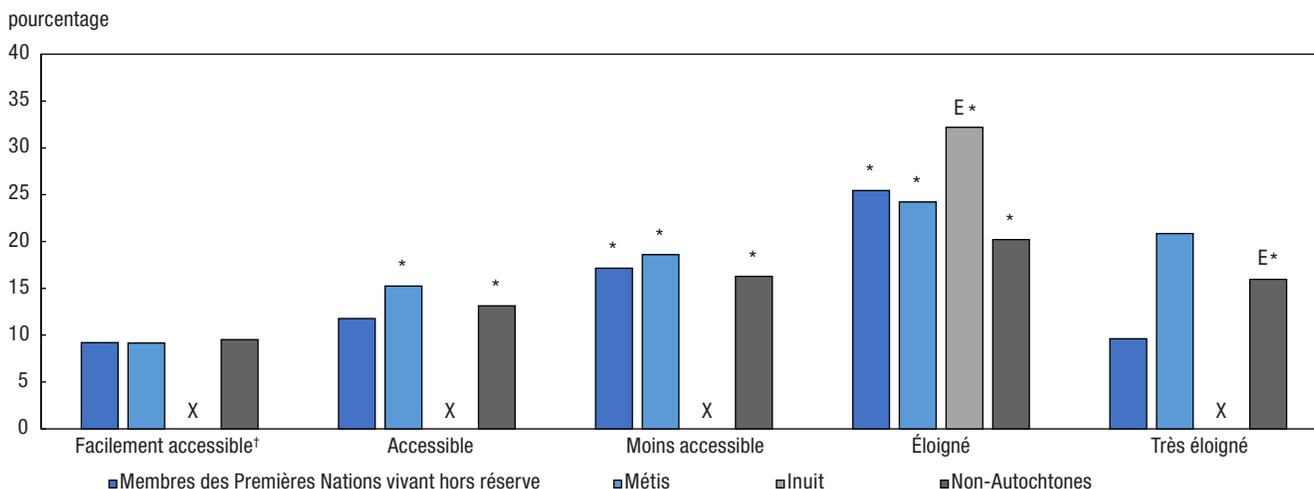
Les répondants de l'ESCC ayant déclaré avoir un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS) ont ensuite répondu à des questions sur le temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur ou un autre fournisseur du même bureau afin d'obtenir des soins immédiats pour un problème mineur. Pour les besoins de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées dans les quatre catégories suivantes : le même jour ou le lendemain; de 2 à 6 jours; de 1 à 2 semaines; plus de 2 semaines.

Pour la période de 2017 à 2020, des proportions semblables de membres des Premières Nations vivant hors réserve (12,9 %), de Métis (14,2 %), d'Inuit (11,6 %^E) et de personnes non autochtones (11,0 %) ont déclaré avoir attendu plus de deux semaines pour un rendez-vous avec leur FHSS.

Les personnes vivant dans des régions éloignées étaient beaucoup plus susceptibles de signaler des temps d'attente de plus de deux semaines, comparativement aux personnes vivant dans des régions accessibles. Environ un quart des personnes des Premières Nations (25,4 %) et des Métis (24,2 %) résidant dans des régions éloignées ont déclaré avoir attendu plus de deux semaines pour voir un FHSS, comparativement à 1 répondant sur 10 qui habite dans des régions facilement accessibles (graphique 3).

Graphique 3

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré avoir attendu plus de deux semaines pour avoir un rendez-vous avec un fournisseur habituel de soins de santé, selon l'identité autochtone et la catégorie d'éloignement, Canada, 2017 à 2020



[†] catégorie de référence

^E à utiliser avec prudence

X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : L'analyse du temps d'attente s'applique aux personnes ayant déclaré avoir un fournisseur habituel de soins de santé. La catégorie d'éloignement en fonction du lieu de résidence des répondants a été déterminée à l'aide de la méthode de classification manuelle décrite par Subedi et al. (2020). Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020) et Classification de l'indice d'éloignement (2016).

Une proportion plus élevée des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des personnes non autochtones résidant dans des régions facilement accessibles ont déclaré pouvoir voir leur FHSS le même jour ou le lendemain, comparativement à ceux qui vivent dans des régions éloignées. Il est intéressant de noter que, parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, ceux résidant dans des régions très éloignées (54,1 %) étaient plus susceptibles de pouvoir avoir un rendez-vous le même jour ou le lendemain comparativement à ceux qui résident dans des régions facilement accessibles (42,4 %), ce qui n'était pas le cas pour les Métis et les personnes non autochtones.

Des temps d'attente plus longs que deux semaines pour obtenir des soins immédiats ont été plus couramment signalés par les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis dans la région de l'Atlantique et le Québec

La proportion des membres des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis déclarant des temps d'attente plus longs que deux semaines pour voir leur fournisseur habituel de soins de santé (FHSS) était plus élevée dans les provinces de l'Atlantique (19,7 % et 20,9 %^F, respectivement) et le Québec (17,7 %^F et 27,0 %, respectivement), comparativement à l'Ontario (12,9 % et 13,6 %, respectivement). Des constatations semblables ont été observées chez les résidents non autochtones du Québec (22,7 %) et de la région de l'Atlantique (17,1 %), comparativement à ceux en Ontario (7,8 %).

En revanche, les répondants vivant en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique étaient moins susceptibles de déclarer avoir attendu plus de deux semaines parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les personnes non autochtones. La ressemblance générale des tendances régionales entre les groupes est attribuable à l'aspect juridictionnel du système de soins de santé publique au Canada, offert principalement par les administrations provinciales et territoriales.

Les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit de sexe masculin et les répondants âgés de moins de 35 ans étaient moins susceptibles d'avoir un endroit habituel où recevoir des soins

Il a été démontré que le fait d'avoir un endroit habituel où recevoir des soins était grandement associé à de plus fortes chances de recevoir des services préventifs et de dépistage, comme des vaccins contre la grippe et des tests Pap (Blewett et coll., 2008). L'ESCC a demandé aux répondants s'il y avait un endroit habituel où ils recevaient leurs soins et, le cas échéant, quel était ce type d'endroit. Ils pouvaient choisir parmi six catégories : (1) Bureau du médecin; (2) Clinique externe d'un hôpital; (3) Centre de santé communautaire (ou CLSC¹⁰); (4) Clinique - sans rendez-vous; (5) Salle d'urgence d'un hôpital; (6) Un autre endroit.

Environ 1 répondant sur 10 chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve (11,7 %), les Métis (12,5 %) et les Inuit (10,1 %) ont déclaré ne pas avoir un endroit habituel où recevoir leurs soins pour des problèmes de santé mineurs. Une proportion semblable a aussi été signalée chez les personnes non autochtones (11,4 %). Il y a une proportion plus élevée d'hommes que de femmes qui a déclaré ne pas avoir un endroit habituel où recevoir des soins, et ce, dans l'ensemble de tous les groupes de personnes autochtones ainsi que chez les personnes non autochtones.

Lorsqu'on examine l'absence d'un endroit habituel où recevoir des soins selon le groupe d'âge, on a observé une tendance semblable dans tous les groupes : plus de personnes plus jeunes ont déclaré ne pas avoir un endroit habituel où recevoir des soins comparativement aux adultes plus âgés. Par exemple, 14,3 % des personnes des Premières Nations âgées de 18 à 34 ans n'avaient pas un endroit habituel où recevoir des soins, comparativement à 8,8 % des répondants âgés de 35 à 64 ans. On a observé les plus fortes variations fondées sur l'âge chez les Inuit, où le groupe d'âge le plus jeune (12 à 17 ans) était presque trois fois plus susceptible de ne pas avoir un endroit habituel où recevoir des soins, comparativement aux personnes âgées de 18 à 34 ans (24,6 %^F par rapport à 9,2 %^F).

Selon le degré d'éloignement, une proportion plus élevée de Métis résidant dans des régions facilement accessibles (13,9 %) ont déclaré ne pas avoir un endroit habituel où recevoir des soins, comparativement à ceux résidant dans des régions très éloignées (2,9 %). Une observation semblable a été signalée chez les personnes non autochtones (12,0 % et 8,0 %, respectivement). En revanche, un pourcentage plus élevé d'Inuit habitant dans des régions très éloignées (10,6 %) ont déclaré qu'ils n'avaient pas un endroit habituel où recevoir des soins, comparativement aux Inuit habitant dans des régions facilement accessibles (2,5 %).

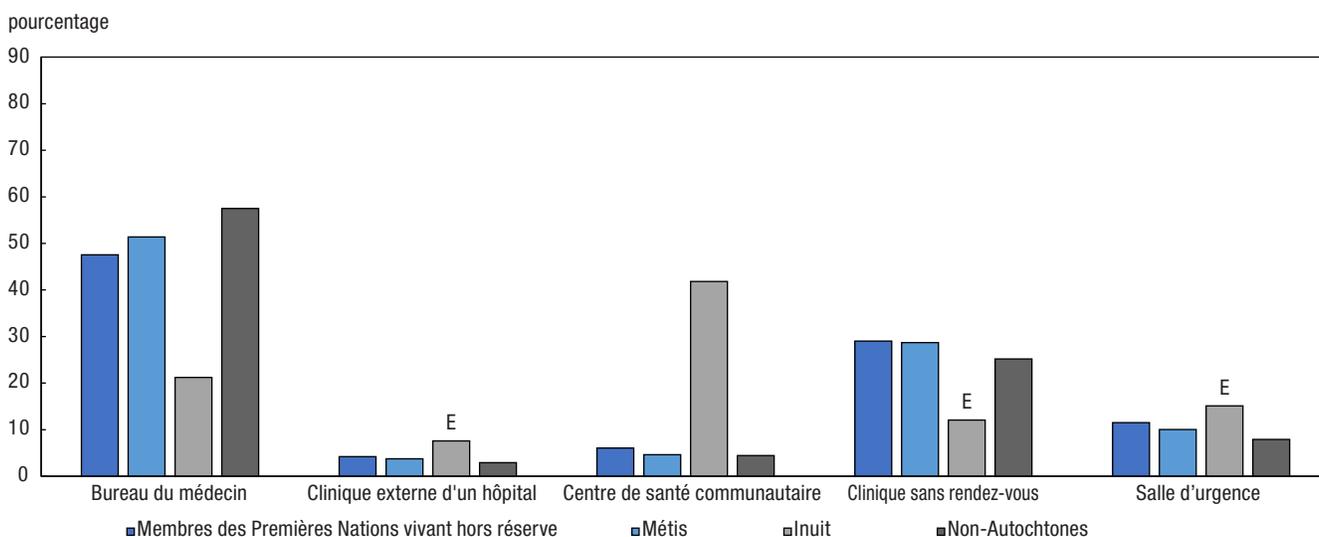
10. Les CLSC (centre local de services communautaires) sont des cliniques et hôpitaux gérés par le gouvernement du Québec.

Environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis entre 2017 et 2020 ont indiqué que l'endroit habituel où ils recevaient leurs soins était un bureau du médecin, alors que les deux cinquièmes des Inuit ont déclaré fréquenter des centres communautaires

Environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve (47,6 %) et des Métis (51,4 %) ont déclaré qu'un bureau de médecin était l'endroit habituel où ils recevaient des soins pour des problèmes de santé mineurs, suivi des cliniques sans rendez-vous. Chez les Inuit, un cinquième (21,2 %) des répondants ont déclaré recevoir des soins à un bureau de médecin, alors qu'environ deux fois plus de répondants (41,8 %) ont déclaré se rendre à des centres de santé communautaires. En revanche, environ 6 personnes non autochtones sur 10 (57,5 %) ont déclaré qu'un bureau de médecin était l'endroit habituel où elles recevaient des soins (graphique 4).

Graphique 4

Répartition en pourcentage du type d'endroit habituel où recevoir des soins chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis, les Inuit et les personnes non autochtones âgés de 12 ans et plus ayant déclaré avoir un endroit habituel où recevoir des soins, Canada, 2017 à 2020



^E à utiliser avec prudence

Note : Les réponses à la question sur le type d'endroit habituel où recevoir des soins incluent une catégorie « Un autre endroit ». Cette catégorie n'est pas affichée puisque ces données ont été supprimées afin de respecter les lignes directrices en matière de confidentialité de Statistique Canada. Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020).

Les femmes autochtones et les adultes âgés de 35 ans et plus étaient plus susceptibles que les hommes et les adultes plus jeunes à signaler un bureau du médecin comme endroit habituel où recevoir des soins

Dans les trois groupes autochtones et la population non autochtone, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes a déclaré recevoir leurs soins habituels à un bureau de médecin. Parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, plus de la moitié des femmes (52,1 %) a déclaré fréquenter un bureau de médecin, comparativement à 4 hommes sur 10 (41,9 %). L'inverse a été observé pour les cliniques sans rendez-vous : peu de femmes (26,1 %) ont sélectionné cette option comme endroit habituel où recevoir des soins, comparativement aux hommes (32,6 %).

Des tendances semblables ont été observées chez les femmes et les hommes métis et inuits, quoiqu'à des proportions plus élevées chez les Métis et à des proportions plus faibles chez les Inuit. De plus, une proportion plus élevée d'hommes métis a signalé qu'une salle d'urgence (12,1 %) était l'endroit habituel où recevoir des soins, comparativement aux femmes (8,0 %).

Bien que l'option la plus couramment citée comme endroit où recevoir des soins parmi les Inuit soit les centres de santé communautaires, une proportion nettement plus élevée d'hommes (49,0 %) que de femmes (36,2 %) a choisi cette option comme endroit habituel où recevoir leurs soins.

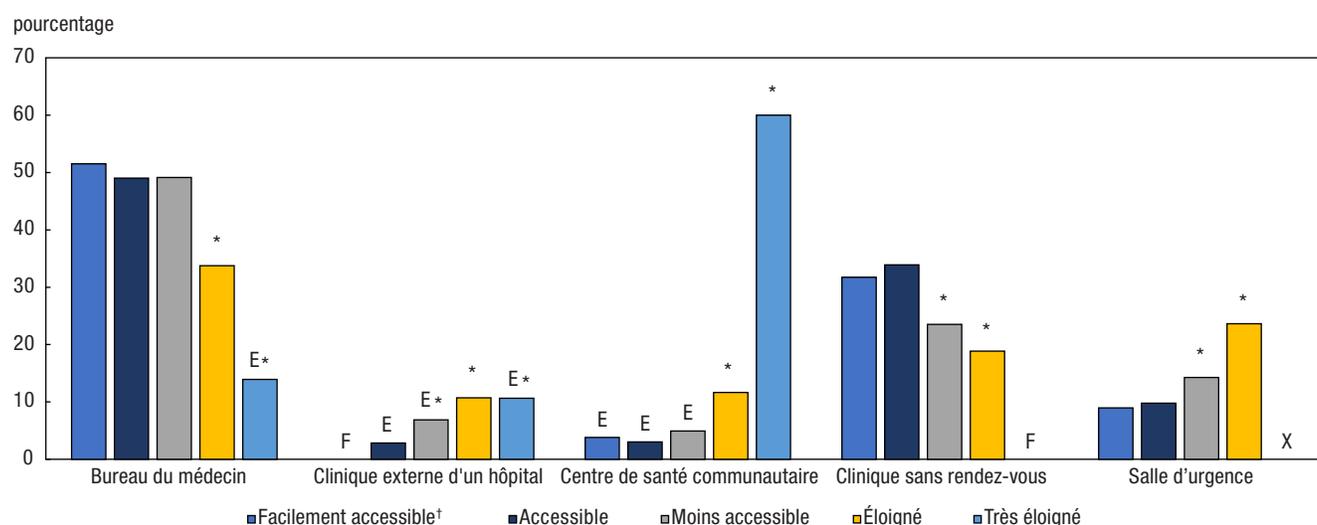
En général, les adultes autochtones et non autochtones âgés de 35 ans et plus étaient plus susceptibles de sélectionner un bureau de médecin, et moins susceptibles de sélectionner une clinique sans rendez-vous, comme endroit habituel où ils reçoivent leurs soins, comparativement aux adultes âgés de 18 à 34 ans. Une proportion nettement supérieure de jeunes métis âgés de 12 à 17 ans a déclaré avoir recours à une salle d'urgence comme endroit habituel où recevoir des soins, comparativement aux groupes plus âgés.

Les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit vivant dans des régions plus éloignées étaient plus susceptibles de déclarer que l'endroit habituel où ils recevaient leurs soins était un centre de santé communautaire ou une salle d'urgence

Parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, plus de la moitié (51,5 %) des répondants vivant dans les régions facilement accessibles ont déclaré que le bureau du médecin est l'endroit habituel où ils reçoivent leurs soins, comparativement à 13,9 %^E des répondants vivant dans les régions très éloignées.

En revanche, 6 répondants sur 10 (60,0 %) des membres des Premières Nations vivant dans des régions très éloignées ont déclaré avoir recours à un centre de santé communautaire comme endroit habituel où ils recevaient leurs soins, comparativement à 3,8 %^E des répondants vivant dans des régions facilement accessibles. Les répondants vivant dans des régions éloignées étaient aussi plus susceptibles de visiter une salle d'urgence (23,7 %) que ceux vivant dans des régions facilement accessibles (9,0 %), et moins susceptibles d'avoir recours à une clinique sans rendez-vous (18,9 % et 31,7 %, respectivement) (graphique 5). D'ordre général, des constatations semblables ont aussi été observées chez les Métis (graphique 6).

Graphique 5
Répartition en pourcentage du type d'endroit habituel où recevoir des soins chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve âgés de 12 ans et plus ayant déclaré avoir un endroit habituel où recevoir des soins, selon la catégorie d'éloignement, Canada, 2017 à 2020



[†] catégorie de référence

^E à utiliser avec prudence

X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

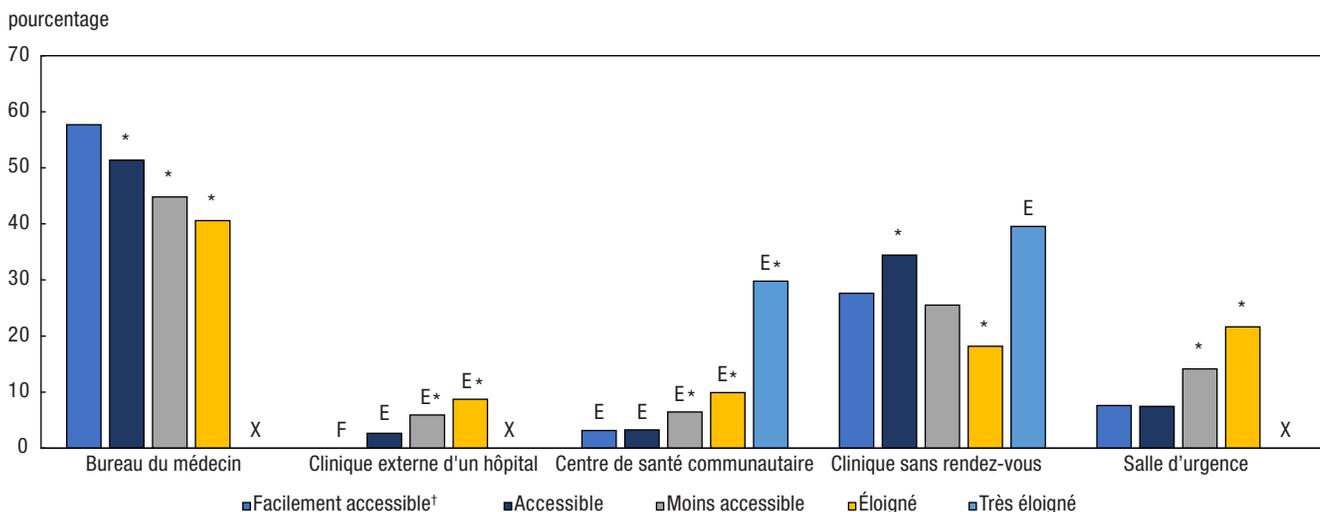
F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : Les réponses à la question sur le type d'endroit habituel où recevoir des soins incluent une catégorie « Un autre endroit ». Cette catégorie n'est pas affichée puisque ces données ont été supprimées afin de respecter les lignes directrices en matière de confidentialité de Statistique Canada. La catégorie d'éloignement en fonction du lieu de résidence des répondants a été déterminée à l'aide de la méthode de classification manuelle décrite par Subedi et al. (2020). Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020) et Classification de l'indice d'éloignement (2016).

Graphique 6
Répartition en pourcentage du type d'endroit habituel où recevoir des soins chez les Métis âgés de 12 ans et plus ayant déclaré avoir un endroit habituel où recevoir des soins, selon la catégorie d'éloignement, Canada, 2017 à 2020



† catégorie de référence

E à utiliser avec prudence

X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : Les réponses à la question sur le type d'endroit habituel où recevoir des soins incluent une catégorie « Un autre endroit ». Cette catégorie n'est pas affichée puisque ces données ont été supprimées afin de respecter les lignes directrices en matière de confidentialité de Statistique Canada. La catégorie d'éloignement en fonction du lieu de résidence des répondants a été déterminée à l'aide de la méthode de classification manuelle décrite par Subedi et al. (2020). Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020) et Classification de l'indice d'éloignement (2016).

Les Inuit ont enregistré l'écart le plus important entre le recours à un bureau du médecin et la fréquentation d'un centre de santé communautaire dans tous les indices d'éloignement. Bien que 80 % des Inuit vivant dans des régions accessibles recevaient habituellement des soins à un bureau de médecin, 91,6 % de ceux vivant dans des régions très éloignées ont déclaré recevoir leurs soins à un centre de santé communautaire.

Un quart des membres des Premières Nations vivant hors réserve et un tiers des Métis ayant déclaré recevoir leurs soins à un bureau du médecin avaient accès à une équipe de soins de santé primaires

Les répondants ayant déclaré qu'un bureau de médecin était l'endroit habituel où ils recevaient des soins ont ensuite eu à préciser le type de bureau. Voici les catégories des réponses : (1) un médecin exerce seul; (2) un médecin travaille avec une équipe de professionnels de la santé¹¹; (3) divers médecins qui travaillent de façon indépendante; (4) autre.

Environ 24,9 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve ayant déclaré que l'endroit habituel où ils reçoivent leurs soins est un bureau de médecin ont aussi précisé que leur médecin fait partie d'une équipe de professionnels de la santé, ce qui est semblable aux personnes non autochtones (26,0 %). La proportion était plus élevée chez les Métis, où 1 répondant sur 3 (32,8 %) avait accès à une équipe de soins de santé primaires.

11. Il est possible que les répondants n'aient pas fait la distinction entre les médecins qui travaillent dans une équipe de professionnels de la santé et ceux qui travaillent de façon indépendante (c.-à-d. les 2^e et 3^e catégories). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis qui habitaient dans des régions facilement accessibles étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des soins auprès d'une équipe de professionnels de la santé, comparativement à ceux qui habitent dans des régions moins accessibles ou éloignées

Parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve, la proportion des répondants qui avaient accès à une équipe de soins de santé primaires au bureau de leur médecin dans une région facilement accessible (32,8 %) était presque deux fois plus élevée que la proportion de leurs homologues vivant dans des régions accessibles (17,0 %^E). Chez les Métis, environ 4 répondants sur 10 (38,5 %) vivant dans des régions facilement accessibles avaient accès à des soins dispensés par une équipe, comparativement à 17,1 %^E des répondants vivant dans des régions éloignées et à 22,3 %^E des répondants vivant dans des régions moins accessibles. Des constatations semblables ont été observées chez des personnes non autochtones, bien que les variations entre les catégories d'éloignement étaient plus faibles.

Discussion

La présente étude utilise des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2017 à 2020 pour examiner l'accès aux fournisseurs de soins de santé primaires (ou fournisseurs habituels de soins de santé, FHSS, dans l'ESCC), les soins de santé fondés sur le travail d'équipe, les endroits habituels où recevoir des soins et les temps d'attente pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit. Les personnes autochtones au Canada sont touchées par d'importantes disparités sur le plan de la santé, notamment une prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques et de facteurs de risque liés aux déterminants sociaux de la santé, y compris l'accès à des soins de santé de qualité (Kim, 2019).

Pendant la période de 2017 à 2020, les proportions de membres des Premières Nations vivant hors réserve (20,3 %), des Métis (17,9 %) et des Inuit (56,5 %) n'ayant pas de FHSS étaient considérablement plus élevées que celles des personnes non autochtones (14,5 %). Les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit de sexe masculin, ainsi que les jeunes adultes (18 à 34 ans), étaient plus susceptibles de déclarer ne pas avoir un FHSS, comparativement aux femmes et aux groupes plus âgés. Les variations selon le sexe, où les femmes sont plus susceptibles d'avoir recours à des services de soins de santé (y compris les soins primaires), étaient bien documentées dans la littérature (Bertakis et coll., 2023; Wang et coll., 2013). Cela est attribuable à certains facteurs, notamment le besoin en soins génésiques, le taux plus faible d'autodéclaration de l'état de santé et une ouverture psychologique à recevoir des soins (Bertakis et coll., 2023; Mackenzie et coll., 2006; Kazanjian et coll., 2004).

Des proportions plus élevées de personnes autochtones ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques ont déclaré avoir un FHSS, comparativement aux répondants n'ayant pas de problème de santé chronique, ce qui suggère que des patients à besoins plus élevés pouvaient accéder à des soins. Toutefois, les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit ayant au moins deux problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles de ne pas avoir un FHSS, comparativement aux répondants non autochtones.

L'accès aux soins de santé est touché par divers facteurs, y compris l'emplacement géographique et les conditions économiques de la vie des gens. La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2012) a préconisé une meilleure équité dans l'ensemble du système de soins de santé afin d'améliorer la santé des personnes autochtones, surtout celles qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées mal desservies, qui sont aussi plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé propices aux soins ambulatoires (Institut canadien d'information sur la santé, 2012) et de moins bons résultats en matière de santé (Sibley et Weiner, 2011; Fleet et coll., 2018).

Les constatations de cette étude confirment que les problèmes d'accès aux soins de santé primaires sont plus considérables dans les régions éloignées et très éloignées, où on retrouve aussi les proportions les plus élevées de personnes autochtones n'ayant pas de FHSS. Cela est illustré davantage par le fait que les personnes vivant dans les territoires sont plus susceptibles de ne pas avoir un FHSS, alors que les personnes vivant en Ontario étaient les moins susceptibles de ne pas avoir un FHSS. Bien que ces tendances selon l'indice d'éloignement et la région soient aussi observées chez les personnes non autochtones, les proportions des personnes n'ayant pas de FHSS étaient constamment inférieures dans l'ensemble chez les groupes autochtones.

L'indice d'éloignement et le dénuement économique sont des facteurs étroitement liés qui ont une incidence sur l'accès aux soins de santé. Les personnes autochtones avec des revenus de ménage moins élevés étaient plus susceptibles de ne pas avoir un FHSS, comparativement à celles ayant un revenu de ménage plus élevé. Les obstacles aux soins de santé pour les personnes dans les ménages à faible revenu peuvent inclure ce qui suit : un environnement de vie difficile, des interactions indésirables entre les fournisseurs de soins de santé et les patients mal desservis, et des difficultés à naviguer dans des systèmes de soins de santé complexes (Loignon et coll., 2015). Ces enjeux sont particulièrement prononcés chez les populations autochtones qui font face un ensemble disparate de systèmes, de lois et de critères d'admissibilité à l'égard des soins de santé (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019).

Il y a une attention publique accrue sur les temps d'attente pour les soins de santé chez les Canadiens en général (Moir et Barua, 2022). Les temps d'attente peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé, y compris l'aggravation des symptômes ou l'apparition de nouveaux problèmes de santé. La présente étude a constaté des variations dans les temps d'attente selon l'indice d'éloignement et la région. Les personnes qui habitent dans des régions éloignées sont beaucoup plus susceptibles d'avoir à attendre plus de deux semaines pour voir leur FHSS ou un autre fournisseur du même bureau, comparativement aux personnes qui habitent dans des régions facilement accessibles. Ceci était plus couramment signalé par les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis dans la région de l'Atlantique et le Québec, et moins couramment signalé en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique.

Il est intéressant de noter que les Inuit qui vivent à l'intérieur de l'Inuit Nunangat (à l'exception de la Région du Nunavik) au lieu d'ailleurs, ainsi que les membres des Premières Nations vivant dans des régions très éloignées, étaient plus susceptibles de déclarer pouvoir voir leur FHSS le même jour ou le lendemain. Toutefois, pour de nombreux Inuit vivant dans de petites collectivités dispersées dans le Nord, les services de soins de santé primaires ne sont pas dispensés par des médecins, comme il en est le cas dans le reste du Canada, mais plutôt par le personnel infirmier (Young et coll., 2017). Les infirmières et infirmiers dans les régions éloignées ont dû s'adapter au manque de ressources et d'équipement et doivent parfois surmonter des défis qui sont au-delà de leur champ d'études (MacKinnon et Moffitt, 2014).

L'ESCC a aussi demandé aux répondants s'ils avaient un endroit habituel où recevoir des soins immédiats pour des problèmes de santé mineurs. La plupart des personnes autochtones ont déclaré avoir une telle place. Toutefois, les femmes et les adultes plus âgés étaient plus susceptibles de déclarer avoir un endroit habituel où recevoir ces soins, ce qui cadre avec les constatations liées à l'accès à un FHSS. Les constatations liées à l'endroit habituel où recevoir des soins offrent aussi des renseignements essentiels sur l'endroit où les personnes autochtones accèdent aux soins et sur les types de soins reçus.

Dans l'ensemble, environ la moitié des membres des Premières Nations vivant hors réserve et des Métis en 2017-2020 ont indiqué que l'endroit habituel où ils recevaient leurs soins était un bureau du médecin, alors que 41,8 % des Inuit ont déclaré recevoir leurs soins à des centres communautaires. Parmi les trois groupes autochtones, une proportion plus élevée de femmes et d'adultes plus âgés ont déclaré recevoir leurs soins habituels à un bureau de médecin. En revanche, les hommes autochtones et ceux âgés de moins de 35 ans étaient généralement plus susceptibles que les femmes et les adultes plus âgés à obtenir des soins à une clinique sans rendez-vous ou à une salle d'urgence.

Il y a d'importantes variations dans le type d'endroit habituel où les personnes autochtones reçoivent leurs soins selon les différents indices d'éloignement. Les personnes autochtones qui vivent dans des régions plus éloignées étaient, d'ordre général, moins susceptibles de déclarer recevoir des soins à un bureau de médecin ou à une clinique sans rendez-vous, et plus susceptibles d'avoir reçu des soins à des centres de santé communautaires et à des salles d'urgence. Les centres de santé communautaires et les salles d'urgence dans les régions rurales ont des difficultés à offrir des services de haute qualité, accessibles et efficaces en raison de divers facteurs, y compris la distance à parcourir pour se rendre à des centres spécialisés, l'accès à des spécialistes, l'obtention et le maintien de ressources humaines, et les insuffisances des infrastructures (Fleet et coll., 2020; Oosterveer et Young, 2015; Jull et coll., 2021).

De plus, pour les répondants ayant précisé qu'un bureau de médecin était l'endroit habituel où ils recevaient leurs soins, l'ESCC leur a demandé si ce bureau incluait une équipe de professionnels de la santé. Des éléments de preuve documentés attestent des effets bénéfiques d'un accès à des équipes de soins de santé primaires. Un examen systématique qui analyse les indications empiriques disponibles provenant de divers pays, y compris le Canada, a déterminé qu'un modèle de soins de santé primaires multidisciplinaires et dispensés par une équipe est associé à un meilleur dépistage des maladies et de meilleurs services de prévention, ainsi qu'à une amélioration de la gestion des maladies chroniques et à une fréquentation réduite des hôpitaux (Wranik et coll., 2019). Toutefois, en 2017-2020, seulement un quart des personnes des Premières Nations vivant hors réserve et un tiers des Métis ayant déclaré recevoir leurs soins à un bureau de médecin avaient également indiqué avoir accès à une équipe de soins de santé primaires, et la probabilité de recevoir ces soins était plus grande chez les personnes vivant dans des régions facilement accessibles.

La récente pandémie de COVID-19 a aggravé une crise de capacité en soins primaires qui était déjà existante, ce qui est attribuable à une gamme de facteurs. Par exemple, les patients consultaient un fournisseur de soins primaires pour des problèmes de santé plus complexes, car divers services médicaux étaient reportés. Un autre facteur était la hausse des taux d'épuisement professionnel étant donné que les fournisseurs de soins devaient entreprendre divers rôles, y compris le soutien de la santé publique et de la capacité de pointe dans les salles d'urgence (Ontario COVID-19 Science Advisory Table, 2022). Ces facteurs ont accéléré les tendances existantes, comme la hausse de la demande d'une population grandissante et vieillissante, la baisse du volume de soins prodigués par un effectif de médecins vieillissants, ainsi que la pénurie de personnel dans le secteur des soins primaires complets en raison des nouveaux diplômés et des médecins praticiens qui se tournent vers d'autres domaines de spécialisation.

La pandémie a aussi braqué les projecteurs sur de nombreuses inégalités sanitaires et sociales profondes, car elle a eu des effets disproportionnés sur les populations marginalisées, y compris les peuples autochtones (Power et coll. 2020; Hahmann et Kumar, 2022), comparativement aux personnes non autochtones. Ces répercussions incluaient la détérioration de l'état de santé en général, plus particulièrement la santé mentale (Arriagada et coll., 2020; Hahmann, 2021). Un récent rapport sur l'état de la santé publique au Canada pendant la COVID-19 a fourni des renseignements sur les membres des collectivités métisses, inuites et des Premières Nations. Pour atténuer certains des obstacles à l'accès aux soins de santé éprouvés par des personnes autochtones, ce rapport a cité la nécessité d'accroître le financement aux programmes de santé publique autochtone et d'établir des services spécialisés dans le Nord pour améliorer l'accès et assurer un contrôle autochtone dans les soins de santé (Mashford-Pringle et coll., 2021).

Limites

Les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ne sont pas pondérées en fonction des populations autochtones. Il est donc possible qu'elles ne reflètent pas les caractéristiques précises de ces populations (p. ex. la répartition selon la région géographique ou l'âge). Le Recensement de la population est le meilleur moyen d'obtenir des renseignements démographiques pour la population autochtone. De plus, l'ESCC ne fait pas une distinction entre les membres « inscrits » et « non inscrits » des Premières Nations.

En raison des considérations liées à la confidentialité et à la qualité des données, certaines estimations fondées sur les distinctions ne pouvaient pas être fournies à l'échelle régionale et entre les catégories d'éloignement, surtout chez les Inuit. L'ESCC n'a pas inclus dans les échantillons les personnes vivant dans les réserves, ainsi que celles vivant dans la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James et dans la Région du Nunavik (régions sociosanitaires) du Québec. En raison de ces exclusions, le présent rapport n'est pas en mesure de tirer des conclusions plus larges sur les peuples autochtones.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. 2018. [Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national](#). Réseau pancanadien de santé publique.
- Alasia, A., F. Bédard, J. Bélanger, E. Guimond et C. Penney. 2017. [Mesurer l'éloignement et l'accessibilité : Un ensemble d'indices applicables aux collectivités canadiennes](#). (18-001-X). Ottawa, Canada : Statistique Canada.
- Angus Reid Institute. 2022. [Doc Deficits: Half of Canadians either can't find a doctor or can't get a timely appointment with the one they have](#).
- Arriagada, P., T. Hahmann et V. O'Donnell. 2020. « [Les Autochtones et la santé mentale pendant la pandémie de COVID-19](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Produit n° 45-280-0001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Bertakis, K., R. Azari, L. Helms, E. Callahan et J. Robbins. 2000. « [Gender differences in the utilization of health care services](#) ». *J Fam Pract*, 49(2), p. 147 à 152.
- Blewett, L., P. Johnson, B. Lee et P. Scal. 2008. « [When a usual source of care and usual provider matter: adult prevention and screening services](#) ». *J Gen Intern Med*, 23(9), p. 1354 à 1360. DOI : 10.1007/s11606-008-0659-0.
- 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](#).
- Clarke, J. 2016. « [Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada](#) ». *Coup d'œil sur la santé*. Produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2012. [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#).
- Evans, D. B., J. Hsu et T. Boerma. 2013. « [Universal health coverage and universal access](#) ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 91(8), p. 546 à 546A.
- Fleet, R., C. Turgeon-Pelchat, M. A. Smithman, H. Alami, J.-P. Fortin, J. Poitras, J. Ouellet, J. Gravel, M.-P. Renaud, G. Dupuis et F. Légaré. 2020. « [Improving delivery of care in rural emergency departments: a qualitative pilot study mobilizing health professionals, decision-makers and citizens in Baie-Saint-Paul and the Magdalen Islands, Québec, Canada](#) ». *BMC Health Services Research*, 20(62). DOI : 10.1186/s12913-020-4916-1.
- Fleet, R., S. Bussières, F. K. Tounkara, S. Turcotte, F. Legare, J. Plant, J. Poitras, P. M. Archambault et G. Dupuis. 2018. « [Rural versus urban academic hospital mortality following stroke in Canada](#) ». *Plos One*, 13(1), p. 1 à 11.
- Haggerty, J., J. F. Levesque, M. Harris et coll. 2020. « [Does healthcare inequity reflect variations in peoples' abilities to access healthcare? Results from a multi-jurisdictional interventional study in two high-income countries](#) ». *Int J Equity Health*, 19, 167. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01281-6>.
- Hahmann, T., et M. Kumar. 2022. « [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](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Produit n° 45-28-0001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 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](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Produit n° 45-280-0001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, 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](#) ». *Enquête auprès des peuples autochtones*. Produit n° 89-653-X2019005 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- 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.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2012. [Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires](#). Ottawa, Canada.

- Jull, J., A. J. Sheppard, A. Hizaka et coll. 2021. « [Experiences of Inuit in Canada who travel from remote settings for cancer care and impacts on decision making](#) ». *BMC Health Services Research*, 21(328). DOI : 10.1186/s12913-021-06303-9.
- Kazanjian, A., D. Morettin et R. Cho. 2004. « [Health Care Utilization by Canadian Women](#) ». *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1s): S33. DOI : 10.1186/1472-6874-4-S1-S3.
- Khan, S., C. McIntosh, C. Sanmartin, D. Watson et K. Leeb. 2008. « [Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins](#) ». *Série de documents de travail de la recherche sur la santé*. Produit n° 82-622-X-002 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Kim, P. 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), p. 378 à 381. DOI : 10.1089/heq.2019.0041.
- Loignon, C., C. Hudon, É. Goulet et coll. 2015. « [Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealThY projec](#) ». *International Journal for Equity in Health*, 14(4).
- Loppie, C., et F. Wien. 2022. [Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux](#). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Mackenzie, C., W. Gekoski et V. Knox. 2007. « [Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes](#) ». *Aging & Mental Health*, 10(6), p. 574 à 582. DOI : 10.1080/13607860600641200.
- Mashford-Pringle, A., C. Skura, S. Stutz et T. Yohathan. 2021. [Ce que nous avons entendu : peuples autochtones & COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada](#). Gouvernement du Canada. Ottawa, Ontario.
- Moir, M., et Barua, B. 2022. [Le coût des subventions aux entreprises au Canada](#). Fraser Institute.
- 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 and Medicine*, 218, p. 21 à 27. DOI : 10.1016/j.socscimed.2018.09.017.
- 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*, 26.
- 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), p. 2737 à 2741. DOI : 10.1111/Jocn.15320.
- Randle, J. and Thurston, Z. 2022. « [Expériences en matière de logement au Canada : les Métis en 2016](#) ». *Statistiques sur le logement au Canada*. Produit n° 46-28-0001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Santé Canada. s.d. [Système de soins de santé du Canada](#).
- 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).
- 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, p. 662 à 670. DOI : 10.17269/s41997-018-0111-0.
- Statistique Canada. 2020a. « [Premières Nations, Métis, Inuits et la COVID-19 : Caractéristiques sociales et de la santé](#) ». *Le Quotidien*. Produit n°11-001-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Statistique Canada 2020b. « [Fournisseurs habituels de soins de santé, 2019](#) ». *Feuillets d'information sur la santé*. Produit n° 82-625-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Statistique Canada. 2021. « [La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance](#) ». *Le Quotidien*. Produit n° 11-001-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.
- Statistique Canada. 2022. [Identité autochtone par statut d'Indien inscrit ou des traités et résidence selon la géographie autochtone : Canada, provinces et territoires](#). Ottawa, Canada : Statistique Canada.
- Subedi, R., S. Roshanafshar et T. L. 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. Ottawa, Canada.

Tjepkema, M., T. Bushnik et E. Bougie. 2019. « [Espérance de vie des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile au Canada](#) ». *Rapports sur la santé*. Produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa, Canada.

Wang, Y., K Hunt, I Nazareth coll. 2013. « [Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data](#) ». *BMJ Open*, 3, e003320. DOI : 10.1136/bmjopen-2013-003320.

Wranik, W. D., S. Price, S. M. Haydt, J. Edwards, K. Hatfield, J. Weir et N. Doria. 2019. « [Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis](#) ». *Health Policy*, 123(6), p. 550 à 563. DOI : 10.1016/j.healthpol.2019.03.015.

Wilk, P., A. Maltby et M. Cooke. 2017. « [Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada—a scoping review](#) ». *Public Health Reviews*, 38(8). DOI : 10.1186/s40985-017-0055-6.

Young, T. K., et S. Chatwood. 2017. « [Delivering more equitable primary health care in Northern Canada](#) ». *CMAJ*, 189(45), p. E1377 à E1378. DOI : 10.1503/cmaj.170498.

Annexe

Tableau A1

Valeurs marginales prédites, rapports de cotes ajustés et intervalle de confiance (IC) de 95 % pour les Autochtones¹ âgés de 12 ans et plus sans fournisseur habituel de soins de santé, selon certaines caractéristiques, 2017 à 2020

	Valeurs marginales prédites (%)	Rapport de cotes (RC)	IC de 95 % (RC)
Sexe			
Masculin [†]	24,5	1,00	...
Féminin	16,5	0,57*	(0,48 à 0,68)
Âge			
12 à 17 ans	22,8	0,86	(0,65 à 1,13)
18 à 34 ans [†]	25,3	1,00	...
35 à 64 ans	17,6	0,60*	(0,49 à 0,73)
65 ans ou plus	12,4	0,38*	(0,28 à 0,50)
Province ou région de résidence			
Région de l'Atlantique	17,4	1,50*	(1,06 à 2,12)
Québec ²	22,3	2,09*	(1,44 à 3,03)
Ontario [†]	12,6	1,00	...
Manitoba	20,7	1,88*	(1,37 à 2,57)
Saskatchewan	24,0	2,31*	(1,60 à 3,35)
Alberta	22,6	2,12*	(1,55 à 2,91)
Colombie-Britannique	23,6	2,26*	(1,64 à 3,12)
Territoires	50,6	8,51*	(5,95 à 12,17)
Classification par indice d'éloignement (2016)			
Régions facilement accessibles [†]	20,3	1,00	...
Région accessible	19,1	0,92	(0,71 à 1,19)
Région moins accessible	15,4	0,69*	(0,53 à 0,90)
Région éloignée	26,5	1,48*	(1,16 à 1,90)
Région très éloignée	39,5	2,90*	(1,94 à 4,33)
Problèmes de santé chroniques			
Aucun [†]	24,8	1,00	...
Un	19,1	0,69*	(0,55 à 0,86)
Deux ou plus	14,1	0,46*	(0,36 à 0,58)
Santé perçue			
Excellente/très bonne/bonne [†]	20,4	1,00	...
Passable/mauvaise	20,7	1,02	(0,77 à 1,35)
Quartiles de revenu total du ménage			
Premier [†]	25,9	1,00	...
Deuxième	21,3	0,75*	(0,60 à 0,93)
Troisième	17,2	0,55*	(0,43 à 0,71)
Quatrième	14,6	0,44*	(0,34 à 0,58)

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

1. Exclut les membres des Premières Nations vivant dans des réserves et les répondants ayant déclaré avoir plusieurs identités autochtones (p. ex., Premières Nations et Métis).

2. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) exclut les personnes vivant dans la Région du Nunavik et la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (régions sociosanitaires) du Québec.

Note : Les réponses « Non déclaré », « Ne sait pas » et « Refus » sont exclues du calcul des pourcentages.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (fichiers combinés portant sur deux ans : 2017-2018 et 2019-2020) et Classification de l'indice d'éloignement (2016).