

Inégalités en matière de santé chez les adultes racisés au Canada



Le racisme est un déterminant clé de la santé et du bien-être^{1,2}. Le racisme influence l'accès aux ressources de promotion de la santé. Les populations considérées comme racisées par rapport à un groupe social « blanc » ou non racisé subissent divers facteurs de stress, comme une discrimination interpersonnelle et systémique, tout au long du parcours de vie².

Nous présentons ici un aperçu des inégalités sociales et des inégalités en santé qui touchent les populations issues de divers milieux culturels et raciaux.

Santé physique : diabète, obésité, santé autodéclarée



Par rapport aux adultes blancs, la prévalence de diabète³ est :



2,3x
PLUS ÉLEVÉ

chez les adultes d'Asie du Sud

1,9x
PLUS ÉLEVÉ

chez les adultes noirs

1,8x
PLUS ÉLEVÉ

chez les adultes arabes ou d'Asie de l'Ouest

Par 100 adultes, le nombre de personnes vivant avec le diabète, comparativement aux adultes blancs, est :

9
DE PLUS

chez les adultes d'Asie du Sud

6
DE PLUS

chez les adultes noirs

6
DE PLUS

chez les adultes arabes ou d'Asie de l'Ouest

Diabète selon le groupe racisé (adultes, 18 ans et plus)



* : Différence statistiquement significative par rapport à la catégorie de référence, par groupe de sexe/genre
E : Interpréter avec prudence

Si la plupart des adultes racisés sont moins susceptibles de déclarer une taille et un poids classés comme obèses, la prévalence d'obésité chez les femmes noires est **1,3x** supérieure à celle des femmes blanches.

Par rapport aux adultes blancs, les adultes racisés sont moins susceptibles de croire que leur santé est bonne ou excellente. Ces inégalités sont plus marquées chez les femmes.



Par 100 femmes, le nombre de femmes qui rapportent avoir une opinion très positive de leur santé, par rapport aux femmes blanches est :

17
DE MOINS

chez les femmes arabes ou d'Asie de l'Ouest

12
DE MOINS

chez les femmes d'Asie du Sud

10
DE MOINS

chez les femmes d'Asie l'Est ou du Sud-Est

8
DE MOINS

chez les femmes noires

8
DE MOINS

chez les femmes latino-américaines

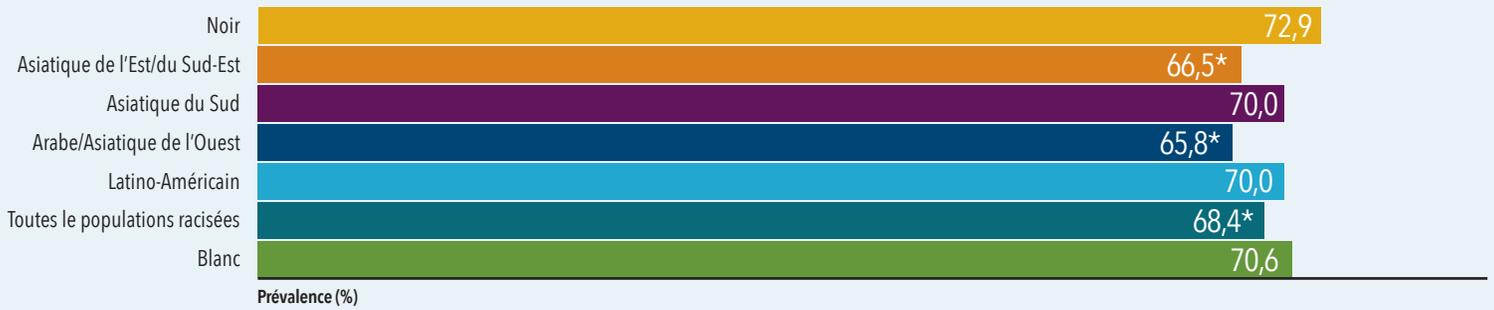
Santé mentale et bien-être : Santé mentale autoévaluée, stress au travail, satisfaction de vie



Partout au Canada, les communautés racisées ont généralement plus de sources de stress dans leur vie^{4,5}; cependant, les inégalités en matière de santé mentale peuvent sembler plus faibles dans ces communautés. Cela peut être dû à des différences culturelles dans la perception de la santé mentale, à l'expérience d'une stigmatisation, et à la présence d'obstacles en ce qui concerne l'accès aux services de santé mentale^{4,6}.

Par rapport aux adultes blancs, les adultes d'Asie de l'Est ou du Sud-Est et les adultes arabes ou d'Asie de l'Ouest sont moins susceptibles de déclarer que leur santé mentale est excellente ou bonne.

Santé mentale perçue, excellente ou très bonne, selon le groupe racisé (adultes, 18 ans et plus)



Les deux sexes

* : Différence statistiquement significative par rapport à la catégorie de référence.

Si la plupart des adultes racisés sont moins susceptibles de considérer que leur travail est assez ou extrêmement stressant, les hommes noirs et les hommes arabes ou d'Asie de l'Ouest sont **1,2X** plus susceptibles que les hommes blancs de déclarer que leur travail est assez ou extrêmement stressant.



Par rapport aux adultes blancs, il y a

8
ADULTES
DE MOINS

d'origine arabe ou asiatique de l'Ouest

par 100 personnes, qui se sentent satisfaits ou très satisfaits de leur vie.

Satisfaction de vie moyenne à élevée selon le groupe racisé (adultes, 18 ans et plus)



* : Différence statistiquement significative par rapport à la catégorie de référence, par groupe de sexe/genre.

Déterminants sociaux et comportements de santé

Les adultes racisés sont exposés à des inégalités sur le plan des déterminants sociaux de la santé, comme la sécurité alimentaire, le logement et l'accès aux services de santé.

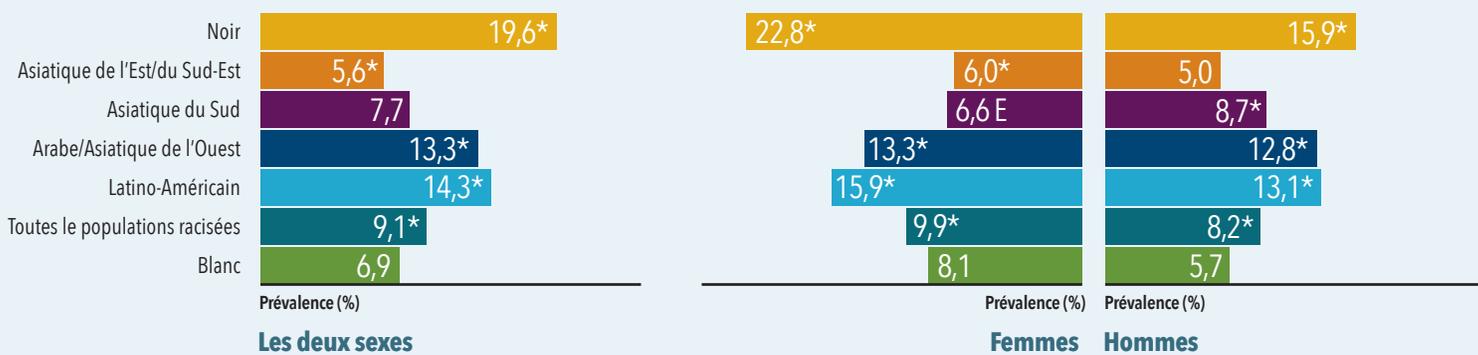


Sécurité alimentaire

Parmi tous les groupes racisés, ce sont les adultes noirs qui affichent la prévalence la plus élevée d'insécurité alimentaire, laquelle est **2,8X PLUS ÉLEVÉE** que chez les adultes blancs. Cela représente **13 ADULTES NOIRS DE PLUS** par 100 personnes qui sont en situation d'insécurité alimentaire.

Ces inégalités sont plus prononcées chez les femmes, et la plupart des adultes en situation d'insécurité alimentaire sont des femmes noires.

Insécurité alimentaire, modérée ou grave, selon le groupe racisé (adultes, 18 ans et plus)



*: Significantly different from reference category, by sex/gender groups
E: Interpret with caution



Logement

Les Canadiens racisés sont affectés de manière disproportionnée par les inégalités en matière de logement sûr et stable. Les Canadiens arabes ou d'Asie de l'Ouest et les adultes noirs sont les plus touchés.

Par rapport aux Canadiens blancs, la proportion de personnes éprouvant un besoin impérieux de logement⁷ est :



Par rapport à ce qui est observé chez les adultes blancs, les problèmes majeurs liés au quartier⁸ sont :



Les adultes noirs sont également **2,1X PLUS SUSCEPTIBLES** que les adultes blancs d'avoir été en situation d'itinérance.



Accès aux services de santé

Par rapport aux adultes blancs, il existe de grandes inégalités dans le contact des adultes racisés avec les professionnels de soins dentaires.



Parmi ces populations, il y a, par 100 personnes :

13
ADULTES
DE MOINS

arabes ou
d'Asie de l'Ouest

10
ADULTES
DE MOINS

d'Asie
du Sud

9
ADULTES
DE MOINS

noirs

qui ont des contacts avec un professionnel de soins dentaires.

Parmi ces populations, il y a, par 100 personnes :

8
ADULTES
DE MOINS

arabes ou
d'Asie de l'Ouest

6
ADULTES
DE MOINS

noirs



qui ont des contacts réguliers avec un professionnel de soins de santé.

Les taux les plus faibles sont observés chez les femmes arabes ou d'Asie de l'Ouest; parmi celles-ci, **7 ADULTES DE MOINS**, par 100 personnes, ont des contacts réguliers avec un professionnel de soins de santé.

 Suivez-nous @GouvCanSante

Il est possible d'explorer ces données et d'autres données, consultez le site :
<https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>.

Notes : Les taux présentés dans cette infographie sont standardisés selon l'âge d'après le Recensement de la population de 2016. Aucune donnée n'était disponible parmi les personnes qui s'identifient comme non-binaires, car les informations sur le genre n'ont pas été recueillies dans l'ESCC de 2015-2018. Pour plus d'informations, visitez : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/982000012021001>. L'ECL recueille des informations sur le sexe : homme, femme et autre. Seules les données de la catégorie "Autre" sont supprimées en raison des faibles nombres. Le stratificateur "Toutes les populations racisées" ne comprend pas les peuples de Premières nations, les Inuits et les Métis.

¹ Agence de la santé publique du Canada. (8 septembre 2020). *Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens noirs : un aperçu*. Canada.ca. Extrait le 22 avril 2022 à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/determinants-sociaux-iniquites-canadiens-noirs-apercu.html>

² Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Le racisme et l'équité en santé : parlons en* (Éd. rév.). Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

³ Diabète (autodéclaré) de type 1 ou de type 2 combiné, à l'exception du diabète gestationnel

⁴ Grace, S.L., Tan, Y., Cribbie, R.A. et al. The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care. *BMC Psychiatry* **16**, 47 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0759-z>

⁵ Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. (28 mai 2018). Gouvernement du Canada. Canada.ca. Extrait à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>

⁶ Chiu, M., Amartey, A., Wang, X., & Kurdyak, P. (2018). Ethnic differences in mental health status and service utilization: A population-based study in Ontario, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **63**(7), 481-491. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>

⁷ Besoin impérieux de logement : 1) ménage vivant dans un logement non conforme à une ou à plusieurs des normes de qualité, de taille et d'abordabilité; 2) ménage qui aurait à consacrer au moins 30 % de son revenu avant impôt à un logement qui répond aux trois normes ailleurs dans la collectivité. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/professionals/housing-markets-data-and-research/housing-research/core-housing-need/identifying-core-housing-need>

⁸ Problème majeur de quartier : Voisins bruyants ou fêtes bruyantes; personnes qui flânent dans la rue; déchets ou ordures qui traînent; vandalisme, graffitis ou autres dommages; attaques motivées par la race, l'origine ethnique ou la religion; consommation ou vente de drogues; personnes en état d'ébriété ou faisant du tapage dans les endroits publics; bâtiments abandonnés; smog ou pollution atmosphérique. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=assembleInstr&lang=en&Item_Id=1291909#qb1294199

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (2015-2016, 2017-2018); Enquête canadienne sur le logement (ECL) (2018).

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022
Cat. : HP35-167/5-2022F-PDF | ISBN : 978-O-660-43976-1 | Pub. : 220196