

Regards sur la société canadienne

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

par Mireille Vézina et Shikha Gupta

Date de diffusion : le 22 avril 2026



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 la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

par Mireille Vézina et Shikha Gupta

Aperçu de l'étude

Le présent article vise à examiner la proportion de personnes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS) parmi les sept plus grands groupes racisés au Canada¹. Plus précisément, à l'aide des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2024, l'article présente comment la proportion de personnes ayant un FHSS diffère entre les populations racisées et la population non racisée et non autochtone. Il permet également de montrer comment cette proportion varie d'un groupe racisé à l'autre, de même qu'au sein de ces groupes, en fonction de caractéristiques démographiques telles que le genre, l'âge, le statut d'immigrant, la période d'immigration et la région.

- En 2024, une proportion plus faible de personnes racisées (79 %) que de personnes non racisées et non autochtones (84 %) ont déclaré avoir un FHSS. Toutefois, cet écart ne s'observait pas systématiquement pour toutes les caractéristiques sociodémographiques. Les populations arabe (71 %), latino-américaine (72 %), asiatique du Sud-Est (72 %) et noire (73 %) sont celles qui ont enregistré les plus faibles proportions à ce chapitre, tandis que la population philippine a affiché la proportion la plus élevée (86 %).
- Le fait d'avoir un FHSS augmente avec l'âge, aussi bien au sein de la population racisée qu'au sein de la population non racisée et non autochtone. En 2024, 66 % des personnes racisées âgées de 18 à 34 ans avaient un tel fournisseur, comparativement à 83 % des personnes racisées de 35 à 49 ans, à 90 % de celles de 50 à 64 ans et à 95 % de celles de 65 ans et plus.
- Les personnes racisées âgées de 18 à 34 ans (66 %) affichaient également une proportion de personnes ayant un FHSS moins élevée par rapport aux personnes non racisées et non autochtones du même groupe d'âge (78 %). Cependant, ce schéma était différent au sein des groupes plus âgés. La proportion de personnes racisées âgées de 35 à 49 ans (83 %) qui avaient un FHSS était similaire à celle des personnes non racisées et non autochtones du même groupe d'âge (82 %). Des proportions plus élevées ont été observées chez les personnes racisées de 50 à 64 ans (90 % par rapport à 85 % chez les personnes non racisées et non autochtones de ce groupe d'âge) et chez celles de 65 ans et plus (95 % par rapport à 90 %, respectivement).
- Au sein de la population racisée, les immigrants de longue date (89 %) affichaient une proportion plus élevée de personnes ayant un FHSS, comparativement aux immigrants récents (73 %) et aux personnes nées au Canada (83 %). Leur proportion (89 %) était également supérieure à celle observée chez les personnes non racisées et non autochtones nées au Canada (84 %). Chez les immigrants récents appartenant à un groupe racisé, la population philippine (84 %) affichait la proportion la plus élevée de personnes ayant un FHSS, tandis que les populations arabe (60 %) et noire (64 %) enregistraient les plus faibles proportions à ce chapitre.
- Les personnes racisées vivant dans les provinces de l'Atlantique (45 %) et au Québec (59 %) étaient les moins susceptibles de déclarer avoir un FHSS, tandis que celles qui habitaient en Ontario (85 %) étaient les plus susceptibles d'indiquer en avoir un.

Introduction

Le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé (FHSS)² permet de prévenir et de traiter sécuritairement des maladies et des problèmes de santé chroniques

courants. Un FHSS désigne tout professionnel de la santé qu'une personne peut consulter régulièrement lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils concernant

sa santé³. Cette grande catégorie de fournisseurs comprend les médecins de famille, ainsi que les médecins spécialistes, les infirmiers praticiens et d'autres professionnels de la santé.

Au Canada, l'accès aux soins médicaux nécessaires est appuyé par les droits fondamentaux et revêt une valeur importante pour l'ensemble de la population⁴. L'accès à un FHSS est une [priorité partagée en matière de santé du gouvernement du Canada](#) et un indicateur d'[inclusion sociale](#). Par ailleurs, le système de santé du Canada est considéré comme l'une des réalisations les plus importantes du pays par la plupart des Canadiennes et Canadiens, en particulier chez les personnes racisées⁵.

Cependant, l'obtention d'un FHSS, tel qu'un médecin de famille, un médecin spécialiste ou un infirmier praticien, peut être limité par des facteurs démographiques, personnels et structurels. Parmi ces facteurs figurent, par exemple, la disponibilité des services, le temps d'attente pour obtenir une consultation et la distance entre le domicile et les services offerts⁶.

De plus, les personnes appartenant aux groupes racisés sont généralement plus jeunes — en particulier les immigrants récents, c'est-à-dire établis au Canada il y a 10 ans ou moins — et davantage susceptibles de déclarer que leur état de santé est très bon ou excellent⁷. Par conséquent, les personnes racisées peuvent être moins susceptibles de tenter d'obtenir des suivis de santé réguliers et d'être traitées en priorité sur les listes d'attente lorsque les ressources sont limitées, comparativement aux personnes qui ont des problèmes de santé

chroniques ou plus graves ainsi qu'aux personnes plus âgées et aux enfants.

Compte tenu de la croissance des populations racisées au Canada, attribuable principalement à l'immigration⁸, il est important d'étudier les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant déclaré avoir un FHSS afin de veiller à ce que le système de soins de santé du pays demeure accessible à toute la population. À l'aide des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2024, le présent article vise à examiner la proportion des adultes (de 18 ans et plus) qui ont un FHSS parmi les sept plus grands groupes racisés⁹ au Canada (Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe et Asiatique du Sud-Est). L'étude présente également la manière dont la proportion de personnes ayant un FHSS varie au sein de ces groupes en fonction du genre, de l'âge, du statut d'immigrant, de la période d'immigration et de la région de résidence. Au Canada, la disponibilité des FHSS varie d'une région à l'autre, mais le présent article ne vise pas à mesurer l'incidence de ce facteur sur la probabilité d'avoir un tel fournisseur.

Une étude complémentaire, intitulée « [S'orienter dans le système de santé : l'accès à un fournisseur habituel de soins de santé chez les immigrants récents, les immigrants de longue date et les non-immigrants](#) », permet quant à elle d'examiner la proportion de personnes ayant un FHSS parmi les immigrants et les non-immigrants, ainsi que la variation des tendances à ce chapitre en fonction des facteurs démographiques et socioéconomiques.

Environ 8 adultes racisés sur 10 ont un fournisseur habituel de soins de santé

En 2024, environ 8 adultes racisés sur 10 (79 %) ont déclaré avoir un FHSS. À titre de comparaison, 84 % des personnes non racisées et non autochtones ont déclaré avoir un tel fournisseur (tableau 1)¹⁰. En 2024, les proportions d'adultes qui avaient un FHSS étaient similaires à celles enregistrées en 2023, tant au sein de la population racisée (80 %) qu'au sein de la population non racisée et non autochtone (83 %).

Parmi les sept plus grands groupes racisés, c'est la population philippine (86 %) qui affichait la proportion la plus élevée de personnes ayant un FHSS en 2024. Parallèlement, les populations arabe (71 %), latino-américaine (72 %), asiatique du Sud-Est (72 %) et noire (73 %) présentaient les plus faibles proportions de personnes ayant un FHSS, et par conséquent, les écarts en points de pourcentage les plus prononcés par rapport à la population non racisée et non autochtone au Canada (84 %).

Dans l'ensemble, les femmes racisées (82 %) étaient davantage susceptibles d'avoir un FHSS que les hommes racisés (76 %). Toutefois, seules les populations noire et sud-asiatique affichaient une différence significative par rapport au genre en ce qui concerne l'accès à un tel fournisseur.

Les hommes noirs (66 %) et les hommes arabes (70 %) affichaient les plus faibles proportions de personnes ayant un FHSS. Chez les femmes, les proportions les plus faibles à ce chapitre ont été observées au sein des populations arabe (71 %) et asiatique du Sud-Est (71 %). En revanche, chez les populations Chinoise et Philippine,

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

les proportions d'hommes (85 % et 79 %) et de femmes (87 % et 86 %) ayant un FHSS étaient similaires à celles enregistrées au sein de la population non racisée et non autochtone (81 % chez les hommes et 87 % chez les femmes).

La proportion d'adultes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé augmente avec l'âge

En général, le risque d'être atteint d'une maladie chronique augmente avec l'âge. Selon les données tirées de l'ESCC de 2024, les adultes plus jeunes étaient moins susceptibles de déclarer des maladies chroniques que les personnes de 50 ans et plus¹¹. Cette tendance donne à penser que les adultes plus âgés, en raison de leurs besoins accrus et continus en soins de santé, sont

davantage susceptibles de faire l'objet de suivis médicaux plus fréquents ou d'avoir droit à un traitement prioritaire auprès d'un FHSS, en particulier lorsque les ressources sont limitées¹².

En effet, les résultats révèlent que la proportion de personnes racisées déclarant avoir un FHSS augmente avec l'âge. En 2024, 66 % des personnes racisées âgées de 18 à 34 ans avaient un tel fournisseur, comparativement à 95 % des personnes de 65 ans et plus (tableau 2). La même tendance a été observée au sein de la population non autochtone et non racisée, mais l'écart entre les personnes plus jeunes et plus âgées était moins prononcé. Par exemple, 78 % des personnes non racisées et non autochtones âgées de 18 à 34 ans avaient un FHSS, comparativement à 90 % de celles âgées de 65 ans et plus.

Au sein de la population racisée, le groupe des 18 à 34 ans affichait non seulement la plus faible proportion de personnes ayant un FHSS, comparativement aux groupes plus âgés, mais enregistrait également l'écart le plus important (12 points de pourcentage) par rapport aux personnes non racisées et non autochtones du même âge. Cette tendance s'inversait toutefois pour les groupes plus âgés. En effet, chez les 35 à 49 ans, des proportions similaires de personnes racisées (83 %) et de personnes non racisées et non autochtones (82 %) déclaraient avoir un FHSS. Par ailleurs, une proportion plus élevée de personnes racisées avait un FHSS, comparativement aux personnes non racisées et non autochtones, au sein du groupe d'âge des 50 à 64 ans (90 % et 85 %, respectivement) et du groupe d'âge des 65 ans et plus

Tableau 1

Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et le genre, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Total			Hommes+ (réf.)			Femmes+		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
	pourcentage								
Total — Canada	83*	82	83	79*	78	80	86†	85	87
Total — population racisée	79*	77	81	76*	73	78	82*†	80	85
Sud-Asiatique	80*	76	83	76	70	80	86†	81	90
Chinois	83	79	86	79	74	84	86	81	90
Noir	73 *	68	77	66*	58	72	81*†	74	86
Philippin	86	80	91	85 ^E	73	92	87	80	92
Arabe	71*	63	77	70*	60	79	71*	60	80
Latino-Américain	72*	64	79	72	60	81	73*	62	82
Asiatique du Sud-Est	72*	62	81	74 ^E	59	84	71 ^{E*}	57	82
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	84	84	85	81	80	82	87†	86	88

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « personnes non racisées et non autochtones (réf.) » ($p < 0,05$)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « hommes+ (réf.) » ($p < 0,05$)

Notes : Dans ce tableau, le concept de « groupe racisé » est dérivé directement du concept de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Les Autochtones ne font pas partie de la population racisée ou de la population non racisée dans la présente analyse.

Étant donné la petite taille de la population non binaire, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes comprises dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composante annuelle, 2024.

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

(95 % et 90 %, respectivement). Ces taux plus élevés enregistrés chez les personnes plus âgées au sein de la population racisée peuvent toutefois témoigner de leurs besoins en santé plus importants ou de leur moins bon état de santé au fur et à mesure qu'elles vieillissent.

L'écart selon le groupe d'âge était particulièrement marqué au sein de certaines populations racisées, notamment les populations sud-asiatique et noire. Par exemple, 66 % des personnes Sud-Asiatiques

âgées de 18 à 34 ans avaient un FHSS, comparativement à 97 % des personnes Sud-Asiatiques âgées de 65 ans et plus, ce qui représente un écart de 31 points de pourcentage. À titre de comparaison, au sein de la population philippine, l'écart entre le groupe le plus jeune et le groupe le plus âgé était de 21 points de pourcentage. Conformément aux tendances générales, les personnes noires (63 %) et sud-asiatiques (66 %) âgées de 18 à 34 ans étaient proportionnellement

moins nombreuses à avoir un FHSS que la population non racisée et non autochtone du même groupe d'âge (78 %). Cependant, les personnes Sud-Asiatiques âgées de 35 à 49 ans étaient plus susceptibles d'avoir un FHSS que les personnes non racisées et non autochtones du même âge. Dans le cas des groupes d'âge de 50 à 64 ans et de 65 ans et plus, aucun écart n'a été observé entre les personnes non racisées et non autochtones et les personnes noires ou sud-asiatiques.

Tableau 2

Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et l'âge, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Groupe d'âge					
	18 à 34 ans (réf.)			35 à 49 ans		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
		pourcentage				
Total — Canada	73	72	75	82†	81	83
Total — population racisée	66*	62	69	83†	81	85
Sud-Asiatique	66*	59	72	90*†	85	93
Chinois	67*	59	75	86†	80	90
Noir	63*	53	72	74*	67	80
Philippin	76 ^E	60	87	88	81	92
Arabe	55 ^{E*}	41	69	74	63	82
Latino-Américain	62 ^{E*}	45	76	71 ^E	58	81
Asiatique du Sud-Est	51 ^{E*}	35	67	81 ^{E†}	68	90
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	78	76	80	82†	80	83

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

Tableau 2

Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et l'âge, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Groupe d'âge					
	50 à 64 ans			65 ans et plus		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
		pourcentage				
Total — Canada	86 [†]	85	87	91 [†]	90	92
Total — population racisée	90 ^{*†}	87	92	95 [†]	94	97
Sud-Asiatique	90 [†]	84	94	97 [†]	92	99
Chinois	91 [†]	85	95	95 [†]	92	97
Noir	81 ^E	69	89	94 [†]	87	97
Philippin	97 ^{*†}	92	99	97 ^{Et}	90	99
Arabe	93 ^{Et}	83	97	F	F	F
Latino-Américain	88 ^{Et}	78	94	F	F	F
Asiatique du Sud-Est	F	F	F	F	F	F
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	85 [†]	84	86	90 [†]	90	91

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « personnes non racisées et non autochtones (réf.) » ($p < 0,05$)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « 18 à 34 ans (réf.) » ($p < 0,05$)

Notes : Dans ce tableau, le concept de « groupe racisé » est dérivé directement du concept de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composante annuelle, 2024.

Les personnes racisées ayant immigré récemment sont moins susceptibles d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé

En 2024, la majorité des adultes racisés au Canada était nés à l'extérieur du pays (82 %); 24 % avaient immigré récemment au Canada (de 2014 à 2024), 49 % s'étaient établis avant 2014, et 10 % étaient des résidents non permanents [tableau A.1].

La littérature scientifique suggère¹³ que de nombreux immigrants, y compris les immigrants racisés, arrivent au pays avec un meilleur profil de santé que la population née au Canada, ce qui s'explique en partie par l'immigration sélective et les dépistages médicaux préalables à l'immigration. Au cours des 10 années suivant leur arrivée, les immigrants sont généralement en meilleure santé que les

personnes nées au Canada (les non-immigrants), un phénomène appelé « effet de l'immigrant en bonne santé ». Ils sont aussi plus portés à évaluer leur santé comme étant très bonne ou excellente en général¹⁴. En raison de leur meilleur état de santé et de la proportion plus élevée de personnes plus jeunes parmi eux, il est possible que les immigrants, en particulier les immigrants récents, ressentent moins le besoin de consulter régulièrement un FHSS. De plus, l'établissement des priorités en matière de soins et le temps d'attente pour avoir accès à certains types de FHSS dépendent de l'état de santé de la personne¹⁵ et de la disponibilité des services. Dans certains cas, on accorde la priorité aux adultes plus âgés, aux jeunes enfants et aux personnes souffrant de problèmes de santé chroniques lors de l'assignation d'un FHSS, et tout particulièrement

d'un médecin de famille. Cependant, l'effet de l'immigrant en bonne santé s'estompe au fil des années passées au pays¹⁶.

Au sein de la population racisée, les résidents non permanents (32 %) et les immigrants récents (73 %) étaient les personnes les moins susceptibles d'avoir un FHSS (tableau 3). En revanche, les immigrants racisés établis avant 2014 enregistraient le taux le plus élevé de personnes ayant un FHSS, soit 89 %. Ce résultat dépasse les taux observés chez les personnes nées au Canada, tant au sein de la population non racisée et non autochtone (84 %) que de la population racisée (83%). Des études antérieures^{17,18} à l'échelle nationale ont révélé des données similaires indiquant que les immigrants de longue date affichent souvent des taux d'accès à un FHSS comparables ou

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

légèrement supérieurs à ceux des non-immigrants, même en tenant compte de l'identité racisée¹⁹. Cette tendance peut être attribuable à la familiarité grandissante des immigrants de longue date avec le système de santé au fil du temps, à la proportion plus importante d'adultes plus âgés au sein de ce groupe, et au déclin des avantages initiaux des immigrants de leur état de santé, ce qui accroît les besoins en matière de soins^{20,21}.

Chez les immigrants récents racisés, la proportion la plus élevée de personnes ayant un FHSS a été enregistrée au sein de la population philippine (84 %), tandis que les populations arabe (60 %) et noire (64 %) présentaient les plus faibles proportions à ce chapitre. La ventilation des données selon le groupe racisé permet également de relever une proportion plus faible de personnes ayant un FHSS chez les immigrants récents, comparativement aux immigrants

ayant immigré avant 2014. Par exemple, les personnes arabes (60 %), noires (64 %), sud-asiatiques (76 %) et chinoises (74 %) ayant récemment immigré étaient de 16 à 26 points de pourcentage moins susceptibles d'avoir un FHSS que celles des mêmes groupes ayant immigré avant 2014 (Arabe : 86 %; Noir : 88 %; Sud-Asiatique : 93 %; Chinois : 90 %).

La proportion plus faible d'immigrants récents ayant un FHSS peut être attribuable à des facteurs tels que la moyenne d'âge plus jeune et l'état de santé généralement meilleur de ce groupe par rapport aux immigrants de longue date et aux personnes nées au Canada. D'autres facteurs qui pourraient avoir une incidence sur ce résultat comprennent les barrières linguistiques, le lieu de naissance, la région de résidence au Canada et le manque de familiarité avec le système de santé. Des recherches plus approfondies sur

les défis d'ordre financier et sur les réseaux sociaux limités chez ce segment de la population pourraient permettre de mieux comprendre les écarts entre les immigrants récents et les immigrants de longue date quant à la probabilité d'avoir un FHSS.

La proportion plus faible de personnes ayant un FHSS parmi les résidents non permanents peut quant à elle s'expliquer par le fait que ceux-ci sont admis au Canada sur une base temporaire. Les résidents non permanents comprennent les travailleurs étrangers temporaires, les étudiants internationaux et les demandeurs d'asile. Leur admissibilité à l'assurance maladie publique du Canada dépend de certains critères, lesquels varient selon la province ou le territoire de résidence. Ce facteur peut donc avoir une incidence sur leur probabilité de déclarer avoir un FHSS.

Tableau 3
Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et le statut d'immigrant, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Statut d'immigrant					
	Non-immigrants			Immigrants admis au Canada de 2014 à 2024		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
		pourcentage				
Total — Canada	84 [†]	83	85	71 [†]	67	74
Total — population racisée	83 [†]	79	87	73 [†]	69	76
Sud-Asiatique	84	74	91	76 [†]	68	82
Chinois	78 [†]	68	86	74 [†]	63	83
Noir	81	70	88	64 [†]	54	72
Philippin	F	F	F	84 ^{E*}	72	91
Arabe	F	F	F	60 ^{E†}	46	73
Latino-Américain	F	F	F	F	F	F
Asiatique du Sud-Est	F	F	F	F	F	F
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	84	84	85	59	49	69

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

Tableau 3

Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et le statut d'immigrant, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Statut d'immigrant					
	Immigrants admis au Canada avant 2014 (réf.)			Résidents non permanents		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	pourcentage					
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
Total — Canada	89	88	91	36[†]	29	43
Total — population racisée	89	87	91	32[†]	25	41
Sud-Asiatique	93	90	95	F [†]	26	54
Chinois	90	86	92	F [†]	19	51
Noir	88	83	93	F [†]	14	42
Philippin	90 ^E	78	95	F [†]	10	48
Arabe	86	77	92	F [*]	2	27
Latino-Américain	81	70	89	F [†]	13	44
Asiatique du Sud-Est	90 ^E	82	95	F [†]	6	43
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	90	88	91	47 [†]	32	62

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « personnes non racisées et non autochtones (réf.) » ($p < 0,05$)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « immigrants admis au Canada avant 2014 (réf.) » ($p < 0,05$)

Notes : Dans ce tableau, le concept de « groupe racisé » est dérivé directement du concept de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Les Autochtones ne font pas partie de la population racisée ou de la population non racisée dans la présente analyse.

Étant la petite taille de la population non binaire, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses.

Dans ces cas, les personnes comprises dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composante annuelle, 2024.

Les populations racisées sont les moins susceptibles de déclarer avoir un fournisseur habituel de soins de santé dans les provinces de l'Atlantique et au Québec

Outre l'âge et le statut d'immigrant, la région géographique influait également sur la proportion de personnes racisées déclarant avoir un FHSS, ce qui indique la possible incidence d'autres facteurs structurels à ce chapitre, tels que la disponibilité des services et des ressources. En 2024, les plus faibles proportions de personnes racisées ayant un FHSS ont été enregistrées dans les provinces de l'Atlantique (45 %) et au Québec (59 %), tandis que la proportion la plus élevée a été relevée en Ontario (85 %) [tableau 4]. Ces

variations à l'échelle régionale sont relativement cohérentes avec la tendance générale observée pour l'ensemble de la population adulte au Canada.

Dans les provinces de l'Atlantique, au Québec et en Ontario, les personnes racisées étaient moins susceptibles d'avoir un FHSS que les personnes non racisées et non autochtones. Ces deux groupes ne présentaient toutefois pas d'écarts significatifs dans les Prairies et en Colombie-Britannique. L'écart le plus important entre les populations racisées et la population non racisée et non autochtone a été enregistré dans les provinces de l'Atlantique (35 points de pourcentage), suivies du Québec (19 points de pourcentage).

En Ontario, bien que la proportion de personnes racisées ayant un FHSS (85 %) soit inférieure à celle des personnes non racisées et non autochtones (91 %), cette même proportion était similaire aux proportions enregistrées pour l'ensemble de la population canadienne (83 %) et l'ensemble de la population non racisée et non autochtone du Canada (84 %).

En dépit des disparités relevées à l'échelle régionale en matière d'accès à un FHSS, les proportions de personnes racisées ayant un tel fournisseur augmentaient avec l'âge et variaient selon le statut d'immigrant et la période d'immigration dans chacune des provinces. Les diverses tendances observées, en ce qui a trait à l'écart entre les populations racisées et

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

la population non racisée et non autochtone, sont présentes tout comme c'était aussi le cas dans les deux premières sections de l'article (données non présentées).

Dans toutes les provinces, la majorité des personnes racisées âgées de 18 à 34 ans n'avaient pas de FHSS; la proportion de celles n'ayant pas de FHSS variait de 52 %

au Québec à 69 % en Colombie-Britannique. À titre de comparaison, la proportion de personnes non racisées et non autochtones âgées de 18 à 34 ans qui n'avaient pas de FHSS était de 45 % ou moins dans toutes les provinces (tableau 5). Il est à noter que ces résultats ne tiennent pas compte des variations possibles à l'échelle des régions

métropolitaines de recensement à l'intérieur d'une même région géographique ou province. Par exemple, la proportion de personnes ayant un FHSS pourrait varier selon la région métropolitaine en fonction de la disponibilité des services de santé et de la capacité à les offrir.

Tableau 4

Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et la région géographique, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Région géographique								
	Ontario (réf.)			Provinces de l'Atlantique			Québec		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
pourcentage									
Total — Canada	89	87	90	77[†]	75	79	74[†]	73	76
Total — population racisée	85[*]	83	88	45^{†*}	36	55	59^{†*}	54	64
Sud-Asiatique	82 [*]	78	86	F	F	F	F	F	F
Chinois	88	83	92	F	F	F	F	F	F
Noir	86	80	91	F	F	F	54 ^{†*}	45	63
Philippin	89 ^E	75	96	x	x	x	F	F	F
Arabe	88 ^E	76	94	x	x	x	55 ^{†*}	44	65
Latino-Américain	85 ^E	73	92	x	x	x	66 ^E	52	77
Asiatique du Sud-Est	81 ^E	66	91	x	x	x	F	F	F
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	91	90	92	80 [†]	78	82	78 [†]	76	79

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

Tableau 4

Proportion des adultes qui ont un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe racisé et la région géographique, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Groupe racisé	Région géographique					
	Prairies			Colombie-Britannique		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure
		pourcentage			pourcentage	
Total — Canada	84 [†]	82	85	80 [†]	78	82
Total — population racisée	82	77	86	77 [†]	73	81
Sud-Asiatique	85	76	91	79	69	86
Chinois	81	71	88	80	74	85
Noir	85	76	91	F	F	F
Philippin	88	78	93	86 ^E	73	94
Arabe	F	F	F	x	x	x
Latino-Américain	F	F	F	F	F	F
Asiatique du Sud-Est	F	F	F	F	F	F
Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	85 [†]	83	86	82 [†]	79	84

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

[‡] à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « personnes non racisées et non autochtones (réf.) » ($p < 0,05$)

† valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « Ontario (réf.) » ($p < 0,05$)

Notes : Dans ce tableau, le concept de « groupe racisé » est dérivé directement du concept de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composante annuelle, 2024.

Tableau 5

Proportion des adultes âgés de 18 à 34 ans qui n'ont pas de fournisseur habituel de soins de santé, selon le statut racisé et la région géographique, Canada, 2024

Région	Personnes racisées			Personnes non racisées et non autochtones (réf.)			
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			
	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	Proportion	Limite inférieure	Limite supérieure	
		pourcentage			pourcentage		
Provinces de l'Atlantique	63*	51	73	29	24	35	
Québec	52*	45	60	26	23	30	
Ontario	68*	61	74	35	30	41	
Prairies	67*	57	75	45	39	50	
Colombie-Britannique	69*	60	76	41	35	47	

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « personnes non racisées et non autochtones (réf.) » ($p < 0,05$)

Notes : Dans ce tableau, le concept de « groupe racisé » est dérivé directement du concept de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composante annuelle, 2024.

Conclusion

Les résultats de cette étude révèlent que, dans l'ensemble, une proportion plus faible de personnes racisées déclarent avoir un FHSS, par rapport aux personnes non racisées et non autochtones. Cependant, la ventilation selon certaines caractéristiques a permis d'apporter des nuances à cette observation, dont l'âge, le statut d'immigrant et la région de résidence. Par exemple, lorsque l'on compare en fonction du statut d'immigrant, les proportions de personnes ayant un FHSS étaient similaires ou supérieures chez les personnes racisées par rapport aux personnes non racisées et non autochtones pour les populations nées au Canada, les immigrants de longue date et les immigrants récents.

Au sein des groupes racisés, des proportions moins élevées de personnes plus jeunes, d'immigrants récents et de personnes vivant dans les provinces de l'Atlantique et au Québec avaient un FHSS. Certains groupes affichaient toutefois des taux plus faibles que d'autres. Les taux les plus bas ont été enregistrés chez les personnes racisées plus jeunes et chez les populations Arabe et Noir ayant récemment immigré.

Cependant, les écarts relevés entre les populations racisées et la population non racisée et non autochtone parmi les plus jeunes adultes s'inversaient au sein des groupes plus âgés. Dans l'ensemble, les personnes racisées plus âgées étaient davantage susceptibles d'avoir un FHSS que les personnes non racisées et non autochtones du même âge.

Chez les autres groupes racisés qui ont enregistré les proportions les plus élevées de personnes déclarant

avoir un FHSS, tels que les personnes Philippines, la tendance à afficher de telles proportions pourrait être influencé par le fait que certains groupes racisés enregistrent une proportion plus élevée de femmes travaillant dans le secteur des soins de santé et de l'aide sociale. D'autres renseignements sur l'emplacement géographique du FHSS et sur le type d'assurance détenue contribueraient à expliquer les raisons pour lesquelles certains groupes, tels que les Philippines nés à l'extérieur du Canada et les immigrants en général, enregistrent des proportions plus élevées de personnes ayant un FHSS. Il serait également pertinent de mesurer l'accès à un tel fournisseur chez les groupes racisés en fonction d'autres facteurs, tels que la nature de la prestation des services — en personne ou virtuelle — ainsi que le type de service obtenu. Des renseignements supplémentaires à ces sujets aideraient à mieux comprendre les caractéristiques des fournisseurs de soins de santé que les personnes racisées consultent.

De plus, le fait d'avoir un FHSS ne signifie pas nécessairement qu'il est facile d'obtenir des services au besoin. Par exemple, il peut être difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement. Des renseignements sur la facilité d'accès à un FHSS lorsqu'une consultation est requise aideraient à comprendre certains des défis rencontrés.

Enfin, les croyances culturelles, la littératie en santé et les expériences personnelles liées aux obstacles systémiques ou à la discrimination au sein du système de santé peuvent avoir une incidence sur les comportements en matière de recours aux soins, ce qui a pour effet d'affecter davantage la perception du besoin de soins continus²². Par

exemple, les personnes racisées peuvent subir de la discrimination lors de la recherche d'un FHSS^{23,24}, ce qui pourrait miner leur confiance à l'égard du système de santé et les dissuader d'obtenir des soins lorsqu'elles en ont besoin²⁵. Le coût de certains services spécialisés, l'accès au remboursement des médicaments sur ordonnance²⁶ et la maîtrise des langues officielles²⁷ sont d'autres obstacles que peuvent rencontrer les populations racisées.

Par conséquent, une combinaison de facteurs démographiques et de déterminants sociaux plus vastes en matière de santé joue un rôle clé dans l'accès et le recours régulier aux soins de santé par les populations racisées au Canada.

Des recherches sur les services offerts dans les régions métropolitaines de recensement, sur la connaissance de la langue officielle prédominante et sur la familiarité avec le système de soins de santé canadien pourraient aider à mieux comprendre les obstacles rencontrés par les groupes racisés les moins susceptibles d'avoir un FHSS au Canada. En outre, des recherches supplémentaires qui tiennent compte de la répartition selon l'âge pourraient révéler l'incidence de ce facteur sur l'écart observé entre les populations racisées et la population non racisée et non autochtone en ce qui concerne la proportion de personnes ayant un FHSS.

Mireille Vézina est analyste au Centre de la statistique sociale et de la population de Statistique Canada.
Shikha Gupta est analyste principale au Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada.

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

Annexe

Tableau A.1

Caractéristiques démographiques, selon le groupe racisé, population âgée de 18 ans et plus, Canada, 2024

Caractéristiques	Personnes non racisées et non autochtones (réf.)									
	Total—Canada	Personnes non racisées et non autochtones (réf.)	Total — population racisée	Sud-Asiatique	Chinois	Noir	Philippin	Arabe	Latino-Américain	Asiatique du Sud-Est
	pourcentage									
Total—Canada	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Genre										
Hommes+	50	49	52*	58*	47	52	44	60*	55	49
Femmes+	50	51	48*	42*	53	48	56	40*	45	51
Groupe d'âge										
18 à 34 ans	29	25	39*	44*	31*	39*	34*	39*	38*	25*
35 à 49 ans	25	22	31*	30*	29*	35*	35*	38*	34*	22
50 à 64 ans	23	25	19*	17*	24	17*	21	17*	21	25
65 ans et plus	23	29	11*	9*	16*	10*	9*	6*	8*	29*
Statut d'immigrant										
Non-immigrants	70	89	18*	14*	20*	22*	16*	16*	16*	89*
Immigrants admis au Canada de 2014 à 2024	8	1	24*	28*	16*	32*	23*	28*	19*	1*
Immigrants admis au Canada avant 2014	20	9	49*	44*	60*	36*	57*	44*	50*	9*
Résidents non permanents	3	1	10*	14*	4*	10*	5*	12*	14*	1*
Région										
Provinces de l'Atlantique	7	9	2*	2*	2*	3*	2*	3*	1*	9*
Québec	22	26	14*	5*	7*	36*	6*	43*	27	26
Ontario	40	35	52*	64*	48*	43*	43*	42*	48*	35
Prairies	18	18	14*	15*	10*	15	30*	10*	13	18
Colombie-Britannique	14	13	18*	15	35*	3*	19	3*	11	13

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence « personnes non racisées et non autochtones (réf.) » ($p < 0,05$)

Notes : Dans ce tableau, le concept de « groupe racisé » est dérivé directement du concept de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». Les Autochtones ne font pas partie de la population racisée ou de la population non racisée dans la présente analyse. Étant donné la petite taille de la population non binaire, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes comprises dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre et sont désignées par le symbole « + ».

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — composante annuelle, 2024.

Sources de données, méthodes et définitions

La présente analyse est fondée sur les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2024. L'échantillon est représentatif de la population canadienne de 18 ans et plus vivant dans les provinces²⁸. Les pourcentages des indicateurs ont été calculés en excluant les cas de non-réponse ou les données manquantes du dénominateur. La population racisée couverte par l'enquête représente 8 085 personnes et 25 % de la population adulte canadienne.

La plupart des résultats sur les groupes racisés fournis dans le présent article sont disponibles dans les deux tableaux suivants :

[Tableau 13-10-0880-01 — Indicateurs de santé selon la minorité visible et certaines caractéristiques sociodémographiques : Canada sauf les territoires, estimations annuelles](#)

[Tableau 13-10-0881-01 — Indicateurs de santé selon la minorité visible et certaines caractéristiques sociodémographiques : Canada et régions géographiques du Canada sauf les territoires, estimations annuelles.](#)

Accès à un fournisseur habituel de soins de santé

Selon l'ESCC, un « fournisseur habituel de soins de santé » désigne tout professionnel des soins de santé qu'une personne consulte régulièrement lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils concernant sa santé. Il peut s'agir d'un médecin de famille, d'un médecin spécialiste, d'un infirmier praticien ou de tout autre professionnel de la santé²⁹.

L'ESCC de 2024 ne comprenait qu'une question sur les fournisseurs habituels de soins de santé (FHSS), laquelle permet de déterminer si une personne consulte régulièrement un même professionnel de la santé et, le cas échéant, le type de professionnel dont il s'agit. Aucun autre renseignement n'est disponible à ce sujet. Par exemple, on ignore dans quel pays le fournisseur de soins de santé est généralement consulté, si la consultation a habituellement lieu en personne ou de manière virtuelle, ou si le coût du service obtenu est remboursé par l'assurance maladie.

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

Les cas de non-réponse et les données manquantes sont exclus du dénominateur lors du calcul des proportions de personnes ayant accès à un FHSS.

L'[Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins — Soins primaires et spécialisés](#) (EASSES—SPS) est une autre enquête qui permet de recueillir des renseignements sur la population qui déclare avoir un FHSS.

Selon l'EASSES—SPS, un **FHSS** désigne un professionnel de la santé qu'une personne consulte régulièrement lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils concernant sa santé. Il peut s'agir d'un médecin de famille ou d'un généraliste, d'un médecin spécialiste, d'un infirmier praticien ou de tout autre professionnel de la santé.

Bien que la formulation de la définition d'un FHSS varie légèrement dans l'ESCC et l'EASSES—SPS, le concept est appliqué de façon similaire dans le cadre des deux enquêtes; il comprend les médecins de famille, les médecins généralistes, les infirmiers praticiens, les médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé. Cependant, en raison de différences mineures liées à la manière dont les questions sont formulées et au contexte de collecte, les estimations sur l'accès à des FHSS reposant sur les données tirées de ces deux enquêtes ne devraient pas être considérées comme étant entièrement comparables.

Groupe racisé

Le concept de « groupe racisé » est mesuré directement à partir de la variable « [minorité visible](#) » du Recensement de la population. Le terme « [minorité visible](#) » désigne le fait qu'une personne est ou non une minorité visible, tel que défini dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, font partie des minorités visibles « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». La population des minorités visibles comprend les groupes suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais.

Le présent article s'articule autour des sept plus grands groupes de minorité visible au Canada. Étant donné la petite taille des échantillons de l'ESCC pour les groupes « Asiatique occidental », « Coréen », « Japonais », « minorité visible, non incluse ailleurs » et « minorités visibles multiples », ces catégories sont comprises dans le total de la population des minorités visibles (appelée ici le total de la population racisée), mais ne sont pas présentées à titre distinct dans le présent article, pour des raisons de qualité des données et de respect des exigences sur la confidentialité en vertu de la *Loi sur la statistique*.

Étant donné l'échantillon plus petit de certains groupes racisés dans l'ESCC, leurs résultats devraient être interprétés avec prudence. Les résultats présentés dans cette analyse sont ceux de l'ESCC de 2024, mais des résultats différents pourraient être observés dans d'autres années de l'enquête, selon la taille de l'échantillon de chaque groupe racisé.

Les Autochtones ne font pas partie de la population racisée ou de la population non racisée dans la présente étude.

Genre

Le genre réfère à l'identité personnelle et sociale d'une personne en tant qu'homme, femme ou personne non binaire (qui n'est pas exclusivement homme ni femme).

Étant donné la petite taille de la population non binaire, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes comprises dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties dans les deux autres catégories de genre. Sauf indication contraire dans le texte, la catégorie « hommes » comprend les hommes et certaines personnes non binaires, tandis que la catégorie « femmes » comprend les femmes et certaines personnes non binaires.

Immigrants

Un **immigrant** désigne une personne qui est, ou qui a déjà été, un immigrant reçu ou un résident permanent. Il s'agit d'une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Les immigrants qui ont obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation sont compris dans ce groupe.

Un **immigrant récent** désigne une personne qui a obtenu la résidence permanente au Canada il y a 10 ans ou moins. Un **immigrant de longue date** désigne une personne qui a obtenu la résidence permanente au Canada il y a plus de 10 ans. Un **non-immigrant** désigne une personne qui est citoyenne canadienne de naissance.

Résidents non permanents

Un **résident non permanent** désigne une personne d'un autre pays qui réside temporairement au Canada³⁰. Ce groupe de population comprend les travailleurs étrangers temporaires, les étudiants internationaux et les demandeurs d'asile qui revendiquent le statut de réfugiés au Canada.

Notes

1. Tels que définis par la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*.
2. Un fournisseur habituel de soins de santé désigne tout professionnel de la santé qu'une personne consulte régulièrement pour obtenir des soins ou des conseils concernant la santé. Cette vaste catégorie comprend les fournisseurs de soins de santé primaires ainsi que les médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé. L'indicateur des fournisseurs habituels de soins de santé diffère de celui des fournisseurs de soins de santé primaires, qui se limite aux médecins de famille, aux médecins généralistes et aux infirmiers praticiens. La prudence est de mise lorsque l'on compare ces indicateurs, car leur définition et leur portée respectives ne sont pas équivalentes.
3. L'Enquête sur l'accès aux soins de santé et l'expérience de soins — Soins primaires et spécialisés (EASSES — SPS) est une autre enquête qui permet de recueillir des renseignements sur la population déclarant avoir un fournisseur habituel de soins de santé. Cependant, la mesure d'un fournisseur habituel de soins de santé selon l'EASSES — SPS est différente de la mesure utilisée dans le cadre l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cette différence pourrait avoir une incidence sur la comparabilité des estimations entre ces sources de données.
4. Gouvernement du Canada, 2026.
5. Statistique Canada, 2021a.
6. Clarke, 2016.
7. Statistique Canada, 2025a et 2025b.
8. Statistique Canada, 2022.
9. Cette classification des groupes racisés est fondée sur la question relative au groupe de population utilisée dans le Recensement de la population et les enquêtes sociales de Statistique Canada, dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Il est possible d'obtenir plus de renseignements sur les indicateurs et les concepts en consultant la section Sources de données, méthodes et définitions du présent article.
10. Des proportions similaires de personnes ayant accès à un fournisseur habituel de soins de santé avaient été enregistrées l'année précédente, en 2023, chez les groupes racisés (80 %) et les personnes non racisées et non autochtones (83 %). L'écart entre ces deux groupes de population avait donc déjà été observé en 2023 et était d'une ampleur similaire.
11. Statistique Canada, 2025b.
12. Agence de la santé publique du Canada, 2017.
13. Lu et Ng, 2019.
14. Statistique Canada, 2025a.
15. Breton et coll., 2017.
16. Fuller-Thomson et coll., 2011; McDonald et Kennedy, 2004.
17. Degelman et Herman, 2016.
18. Ssendikaddiwa et coll., 2023.
19. Lin et Fang, 2023.
20. Subedi et Rosenberg, 2014.
21. Muggah et coll., 2012.
22. Tsai et Ghahari, 2023.
23. Husbands et coll., 2022.
24. Mahabir et coll., 2021.
25. Husbands et coll., 2022.
26. Statistique Canada, 2024.
27. Al Shamsi et coll., 2020.
28. Pour en savoir davantage, voir Statistique Canada, 2023.
29. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2023, cet indicateur était fondé sur la question suivante : « Lequel des fournisseurs de soins de santé parmi les suivants consultez-vous régulièrement? ».
30. Statistique Canada, 2021b.

Documents consultés

- Agence de la santé publique du Canada. 2017. « [Quel est l'état de santé des Canadiens?](#) », *Vie saine*.
- Al Shamsi, Hilal, Abdullah G. Almutairi, Sulaiman Al Mashrafi et Talib Al Kalbani. 2020. « [Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review](#) », *Oman Med J.*, vol. 35, n° 2, p. e122.
- Assistance. PH. 2026. [Philhealth OFW benefits for Overseas Filipino Migrant Workers](#).
- Bajgain, Bishnu Bahadur, Kalpana Thapa Bajgain, Sujana Badal, Fariba Aghajafari, Jeanette Jackson et Maria-Jose Santana. 2020. « [Patient-Reported Experiences in Accessing Primary Healthcare among Immigrant Population in Canada: A Rapid Literature Review](#) », *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 17, n° 23, 8724.
- Breton, Mylaine, Michael Green, Sarah Kreindler, Jason Shuterland, Jaliba Jbilou, Sabrina T. Wong, Jay Shaw, Valorie A. Crooks, Damien Contandriopoulos, Mélanie Ann Smithman et Astrid Brousselle. 2017. « [A comparative analysis of centralized waiting lists for patients without a primary care provider implemented in six Canadian provinces: study protocol](#) », *BMC Health Services Research*, vol. 17, n° 60.
- Clarke, Janine. 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.
- Cornelissen, Louis. 2021. « [Portrait des personnes immigrantes qui exercent une profession infirmière ou d'aide aux soins de santé](#) », *Regards sur la société canadienne*, produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada.
- Degelman, Michelle L. et Katya M. Herman. 2016. « [Immigrant status and having a regular medical doctor among Canadian adults](#) », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 107, n° 1, p. e75 à e80.
- Fuller-Thomson, Esme, Andrea M. Noack et Usha George. 2011. « [Health decline among recent immigrants to Canada: findings from a nationally-representative longitudinal survey](#) », *Can J Public Health*, vol. 102, n° 4, p. 273 à 280.
- Gouvernement du Canada. 2026. [À propos du système de santé du Canada](#).
- Husbands, Winston, Daeria O. Lawson, Egbe B. Etowa, Lawrence Mbuagbaw, Shamara Baidooobonso, Wangari Tharao, Sanni Yaya, LaRon E. Nelson, Muna Aden et Josephine Etowa. 2022. « [Black Canadians' Exposure to Everyday Racism: Implications for Health System Access and Health Promotion among Urban Black Communities](#) », *Journal of Urban Health*, vol. 99, p. 829 à 841.
- Lin, Shen Lamson et Lin Fang. 2023. « [Chronic Care for All? The Intersecting Roles of Race and Immigration in Shaping Multimorbidity, Primary Care Coordination, and Unmet Health Care Needs Among Older Canadians](#) », *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, vol. 78, n° 2, p. 302 à 318.
- Lu, Chaohui et Edward Ng. 2019. « [Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada](#) », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
- Mahabir, Deb Finn, Patricia O'Campo, Aisha Lofters, Ketan Shankardass, Christina Salmon et Carles Muntaner. 2021. « [Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study](#) », *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, n° 74.
- McDonald, James Ted et Steven Kennedy. 2004. « [Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada](#) », *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 8, p. 1 613 à 1 627.
- Muggah, Elizabeth, Simone Dahrouge et William Hogg. 2012. « [Access to primary health care for immigrants: Results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada](#) », *BMC Family Practice*, vol. 13, n° 128.
- Ssendikaddiwa, Joseph M., Shira Goldenberg, Nicole S. Berry et M. Ruth Lavergne. 2023. « [Sex, immigration, and patterns of access to primary care in Canada](#) », *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 25, n° 3, p. 548 à 559.
- Statistique Canada. 2021a (28 septembre). « [Enquête sociale générale — Identité sociale, 2020 : Un aperçu de la fierté des groupes désignés à l'égard des réalisations canadiennes](#) », *Le Quotidien*.
- Statistique Canada, 2021b. [Dictionnaire, Recensement de la population, 2021](#).

Les groupes racisés qui ont un fournisseur habituel de soins de santé : un aperçu

- Statistique Canada. 2022 (26 octobre). « [Le recensement canadien, un riche portrait de la diversité ethnoculturelle et religieuse au pays](#) », *Le Quotidien*.
- Statistique Canada. 2023a. « [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Composante annuelle \(ESCC\)](#) », Enquêtes et programmes statistiques.
- Statistique Canada. 2023b. [Tableau 98-10-0330-01 — Minorité visible selon la profession, le plus haut niveau de scolarité et le statut des générations : Canada, provinces et territoires](#) [tableau de données].
- Statistique Canada. 2025a. « [Indicateurs de la santé perçue et du bien-être chez les groupes racisés, 2023](#) », *Série thématique sur l'ethnicité, la langue et l'immigration*, produit n° 89-657-X au catalogue.
- Statistique Canada. 2025b. « [La santé de la population canadienne](#) », Préparé par la Direction de la statistique de la santé, n° 82-570-X au catalogue.
- Subedi, Rajendra Prasad et Mark Warren Rosenberg. 2014. « [Determinants of the variations in self-reported health status among recent and more established immigrants in Canada](#) », *Social Science & Medicine*, vol. 115, p. 103 à 110.
- Tsai, Pei-Lin et Setareh Ghahari. 2023. « [Immigrants' Experience of Health Care Access in Canada: A Recent Scoping Review](#) », *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 25, p. 712 à 727.