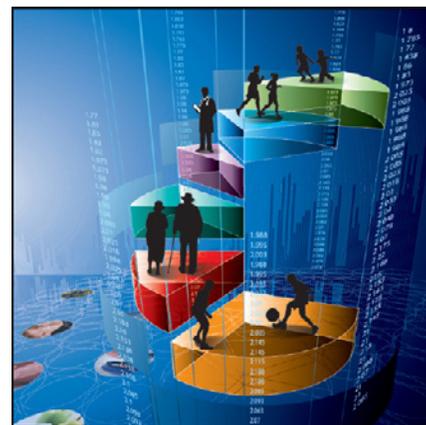


## Rapports sur la santé

# Difficulté d'accès aux soins de santé durant la pandémie de COVID-19 au Canada : comparaison entre les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et celles qui n'en ont pas

par Kristyn Frank

Date de diffusion : le 16 novembre 2022



---

## 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](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto: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](http://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 2022

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

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

*This publication is also available in English.*

---

# Difficulté d'accès aux soins de santé durant la pandémie de COVID-19 au Canada : comparaison entre les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et celles qui n'en ont pas

par Kristyn Frank

**DOI:** <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201100002-fra>

## RÉSUMÉ

### Contexte

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques sont plus susceptibles d'utiliser les services de soins de santé et peuvent présenter un risque plus élevé de subir des conséquences plus graves attribuables à la COVID-19. Il est donc possible que ces personnes aient eu plus de difficulté à accéder aux soins de santé durant la pandémie en raison des restrictions imposées aux services de soins de santé.

### Données et méthodes

La présente étude s'appuie sur des données de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie pour estimer, chez les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et les personnes n'en ayant pas, la proportion de celles qui ont eu de la difficulté à accéder à des services de soins de santé durant la pandémie au Canada. Des analyses multivariées ont porté sur les associations entre les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de la santé et la probabilité d'éprouver de la difficulté à accéder aux soins de santé pendant la pandémie. Les femmes, les immigrants et les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques étaient plus susceptibles que leurs homologues (hommes, personnes nées au Canada et personnes sans maladie chronique, respectivement) d'avoir retardé le contact avec un professionnel de la santé par crainte d'être exposés à la COVID-19.

### Résultats

Près d'un tiers (32,0 %) des personnes qui ont déclaré un ou plusieurs problèmes de santé chroniques et 24,2 % de celles qui n'ont déclaré aucun problème de santé chronique ont répondu qu'au moins un de leurs rendez-vous médicaux avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19. Des proportions plus faibles de personnes ayant des problèmes de santé chroniques (19,5 %) et de personnes n'ayant aucun problème de santé chronique (16,8 %) ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé. Les personnes plus jeunes ou ayant une incapacité étaient également plus susceptibles que les personnes plus âgées ou sans incapacité d'avoir eu un rendez-vous médical annulé, reporté ou retardé en raison de la pandémie.

### Interprétation

Les personnes ayant des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles que celles n'en ayant pas d'éprouver de la difficulté à accéder aux soins de santé durant la pandémie. Par conséquent, ces personnes pourraient être plus à risque de connaître des problèmes de santé à l'avenir.

### Mots-clés

accessibilité des services de santé, COVID-19, maladie chronique

## AUTEURS

Kristyn Frank travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à Ottawa, en Ontario.

## Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Avant la pandémie de COVID-19, les Canadiens ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles de déclarer des besoins en soins de santé insatisfaits, comparativement à ceux qui n'ont déclaré aucun problème de santé chronique.
- Les difficultés systémiques, comme la disponibilité des services, étaient la principale raison à l'origine des besoins en soins de santé insatisfaits chez les Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques avant la pandémie, bien que des raisons personnelles aient également joué un rôle.

## Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur la mesure dans laquelle les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et les personnes n'en ayant pas ont rencontré différents types de difficultés liées à l'accès aux services de soins de santé durant la pandémie au Canada.
- Elle permet de déterminer d'autres groupes de population qui risquent davantage d'éprouver des difficultés liées à l'accès aux soins de santé durant la pandémie.

Pendant la pandémie de COVID-19, des préoccupations ont été soulevées au sujet du fait que les Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques pouvaient présenter un risque plus élevé de subir des conséquences plus graves attribuables à la COVID-19<sup>1,2</sup>, bien que des recherches plus récentes montrent des renseignements contradictoires quant aux types de problèmes de santé associés à une plus grande gravité<sup>3,4</sup>. Parallèlement, l'accès aux services de soins de santé non urgents est devenu plus restreint, en particulier au début de la pandémie<sup>5</sup>. Ce changement peut avoir touché de manière disproportionnée les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques, car elles ont généralement des besoins médicaux plus complexes nécessitant un suivi fréquent<sup>6,7,8</sup>.

La hausse des risques pour la santé des personnes ayant des problèmes de santé chroniques durant la pandémie peut également avoir contribué à une plus grande réticence à recourir à des services de soins de santé<sup>9,10</sup>. En Italie et aux États-Unis, des chercheurs ont constaté que la crainte d'être exposé à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé a conduit les patients à retarder le recours des soins en personne<sup>11,12</sup>. En Ontario, on a également observé une diminution de la fréquence des visites de soins de santé primaires chez les personnes ayant des problèmes de santé chroniques<sup>7</sup>.

Des études antérieures indiquent que la prise en compte des obstacles tant systémiques que personnels aux soins de santé permet de mieux comprendre les difficultés éprouvées par les patients<sup>13,14,15,16</sup>. Avant la pandémie, les Canadiens ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles de déclarer avoir des besoins en soins de santé insatisfaits que ceux qui n'ont déclaré aucun problème de santé chronique<sup>16,17,18</sup>. En 2014, 14,0 % des Canadiens de 12 ans et plus ayant au moins un problème de santé chronique ont fait état de besoins en soins de santé insatisfaits, comparativement à 7,6 % des Canadiens n'ayant aucun problème de santé chronique<sup>18</sup>. Les problèmes systémiques, tels que la disponibilité des services, représentaient la principale raison de

ces besoins insatisfaits, tandis que les raisons personnelles, telles que l'acceptabilité perçue des services, ont également joué un rôle<sup>16,17,19</sup>. Pour les décideurs, il est intéressant de faire la distinction entre les défis de nature systémique et personnelle, car chacun d'entre eux aurait des incidences différentes sur les orientations : les problèmes systémiques relèvent souvent du champ de compétence des provinces ou d'autres autorités sanitaires, tandis que les raisons personnelles du non-recours aux soins pourraient faire intervenir des mesures différentes, comme celles visant à modifier les comportements<sup>17,20,21</sup> ou à fournir d'autres modes de prestation de soins<sup>22</sup>.

Compte tenu des difficultés liées à l'accès aux soins de santé que rencontraient les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques avant la pandémie, et vu leur risque de subir des effets indésirables et l'aggravation des maladies chroniques attribuables à la COVID-19, il est nécessaire de comprendre l'incidence de la pandémie sur l'accès aux soins de santé pour ces personnes par rapport aux autres. L'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP) fournit des données nouvelles permettant d'examiner les difficultés auxquelles se heurtent les personnes en ce qui a trait à l'accès à des services de soins de santé durant la pandémie.

La présente étude porte principalement sur les personnes qui ont déclaré un besoin de services de soins de santé pendant la pandémie. Deux grandes questions sont abordées : a) les personnes qui ont déclaré au moins un problème de santé chronique étaient-elles plus susceptibles que celles qui n'ont déclaré aucun problème de santé chronique de voir leurs rendez-vous médicaux annulés, reportés ou retardés en raison de la pandémie? b) les personnes qui ont déclaré au moins un problème de santé chronique étaient-elles plus susceptibles que celles qui n'ont déclaré aucun problème de santé chronique de remettre à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé au sujet d'un problème physique, émotionnel ou mental par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les

établissements de soins de santé? Compte tenu de la variation des cas de COVID-19 et des mesures de santé publique entre les provinces<sup>23,24,25,26</sup>, les résultats à l'échelon provincial sont aussi présentés. Les différences dans les types de rendez-vous médicaux touchés par la pandémie sont également abordées, selon l'existence de problèmes de santé chroniques.

Les chercheurs canadiens se sont également interrogés sur les disparités dans la façon dont la pandémie a touché d'autres populations, comme les immigrants et les groupes racisés<sup>27,28,29</sup>. S'appuyant sur des études utilisant le cadre de comportement ayant une incidence sur la santé d'Andersen<sup>17,30,31</sup>, la présente étude examine également si un ensemble de caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de la santé, déjà reconnu comme ayant une influence sur l'accès individuel aux soins de santé, était lié à des difficultés plus marquées d'accès aux soins de santé durant la pandémie. Ces renseignements peuvent aider à déterminer si certains groupes sont plus susceptibles d'avoir éprouvé des difficultés liées à l'accès aux soins de santé, ce qui pourrait les exposer à un risque accru d'obtenir de moins bons résultats en matière de santé à l'avenir.

## Données et méthodes

### Source de données

Les données de l'EASSPPP, une enquête qui a été menée afin de mieux comprendre comment les perturbations dans les services de soins de santé ont touché la population canadienne pendant la pandémie de COVID-19, ont été utilisées. Les données ont été recueillies entre le 8 mars et le 15 mai 2021, au

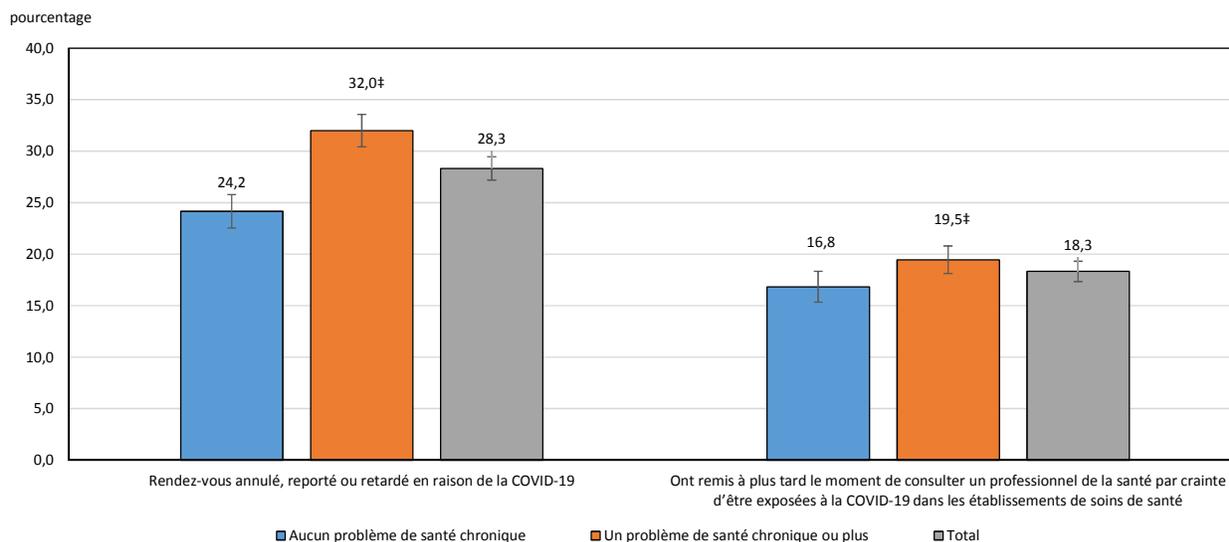
moyen d'un questionnaire électronique ou d'une interview téléphonique assistée par ordinateur. La population cible était composée de personnes âgées de 18 ans et plus qui vivent dans les 10 provinces du Canada. Sont exclues de la base de sondage les personnes vivant dans les réserves ou autres peuplements autochtones et les personnes vivant en établissement. Les Autochtones vivant hors réserve ont été suréchantillonnés; cependant, la présente étude ne fournit pas de résultats détaillés pour ce groupe — un autre document sera expressément axé sur les besoins en soins de santé des Autochtones pendant la pandémie<sup>32</sup>. Le taux de réponse était de 46,2 %, ce qui a donné lieu à un échantillon final de 25 268 répondants. D'autres renseignements au sujet de l'EASSPPP sont disponibles auprès de Statistique Canada<sup>33</sup>.

## Mesures

### Accès aux services de soins de santé

Les répondants qui ont déclaré qu'un ou plusieurs de leurs rendez-vous médicaux avaient été annulés, reportés ou retardés en raison de la pandémie de COVID-19 au cours des 12 derniers mois ont été désignés comme ayant éprouvé une difficulté systémique liée à l'accès aux soins de santé. Les types de rendez-vous touchés ont été classés en six groupes : les consultations ou traitements avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne, les consultations avec un médecin spécialiste, le traitement ou le suivi pour un problème de santé chronique (y compris le traitement du cancer), le dépistage ou les tests diagnostiques (à l'exception du dépistage de la COVID-19), la chirurgie et les autres services de soins de santé

**Figure 1**  
Personnes qui ont déclaré qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 et qui ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, selon l'existence de problèmes de santé chroniques, de la population à domicile

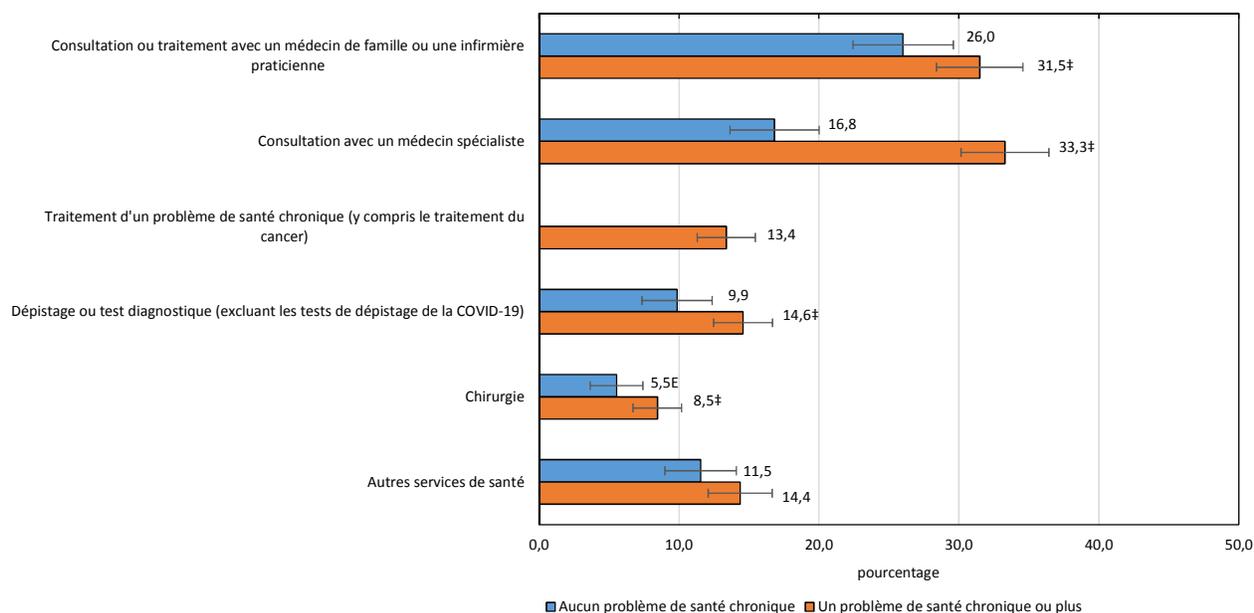


\* valeur significativement différente de celle des personnes ne présentant aucun problème de santé chronique d'après un test t ( $p < 0,05$ )

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Figure 2

Types de rendez-vous annulés, reportés ou retardés en raison de la COVID-19, selon l'existence de problèmes de santé chroniques, population à domicile âgée de 18 ans et plus qui a eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, et dont un rendez-vous a été annulé



<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

<sup>‡</sup> valeur significativement différente de celle des personnes ne présentant aucun problème de santé chronique d'après un test t ( $p < 0,05$ )

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021

(y compris les soins de santé mentale et pour la toxicomanie). Les soins dentaires n'ont pas été examinés dans la présente étude.

Les répondants qui ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé au sujet d'un problème physique, émotionnel ou mental par crainte d'être exposés à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé (p. ex. hôpital, clinique) au cours des 12 derniers mois ont été désignés comme ayant éprouvé des difficultés personnelles liées à l'accès aux services de santé. Bien que cette mesure représente un choix personnel, il est possible que des facteurs systémiques aient également influencé la décision. Étant donné que l'exposition à la COVID-19 représentait un risque réel pour les patients<sup>22</sup>, le report de leurs soins lié à la crainte d'être exposés à la COVID-19 pourrait être associé à des facteurs tels que les nouvelles mesures mises en place dans les établissements de soins de santé (p. ex. attendre à l'extérieur d'une clinique pour un rendez-vous), les décrets ordonnant de rester à domicile<sup>34</sup> ou le manque de solutions de rechange comme les soins virtuels. Par conséquent, ces facteurs peuvent avoir créé des obstacles supplémentaires à l'obtention de soins, ce qui peut avoir contribué à la crainte de certains patients d'être exposés à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé.

Les deux mesures de l'accès aux soins de santé renvoient aux expériences des répondants au cours des 12 derniers mois, ce qui correspond à la première année de la pandémie, pendant

laquelle des restrictions dans l'accès aux services de santé ont été mises en place<sup>25</sup>.

### Caractéristiques démographiques

Plusieurs caractéristiques démographiques, dont le sexe (hommes ou femmes), le groupe d'âge (18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans et 65 ans et plus) et le statut d'immigrant (personne née au Canada, immigrant ayant obtenu le droit d'établissement ou résident temporaire), ont été examinées. Les groupes racisés ont également été étudiés, selon la classification suivante : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, autres groupes racisés (Coréen, Japonais, groupes racisés non identifiés ailleurs et groupes racisés multiples), qui ont été regroupés en raison de la faible taille de l'échantillon; groupes non racisés et non autochtones; ou groupes manquants. Le concept de « groupe racisé » est utilisé pour désigner la variable de « minorité visible ». Cette dernière désigne les personnes appartenant à un groupe de minorités visibles, comme il est défini par la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, laquelle définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ».

On a également examiné les caractéristiques démographiques des 10 provinces du Canada.

Tableau 1

Personnes qui ont déclaré qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19, selon l'existence de problèmes de santé chroniques et la province, population à domicile âgée de 18 ans et plus qui a eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, Canada, sauf les territoires, 2021, résultats non corrigés

	Dans l'ensemble			Aucun problème de santé chronique			Un problème de santé chronique			valeur <i>p</i>
	%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		
		de	à		de	à		de	à	
Canada	28,3	27,1	29,5	24,2	22,5	25,8	32,0	30,4	33,6	<0,001
Terre-Neuve-et-Labrador	44,0	40,3	47,7	41,6	35,0	48,1	45,9	41,2	50,7	0,300
Île-du-Prince-Édouard	30,0	26,7	33,4	26,9	21,6	32,1	32,5	27,9	37,0	0,104
Nouvelle-Écosse	32,9	29,6	36,1	30,0	24,8	35,3	34,7	30,6	38,8	0,165
Nouveau-Brunswick	29,6	26,4	32,8	25,8	20,3	31,3	33,0	28,8	37,1	0,045
Québec	23,4	21,1	25,6	21,4	18,1	24,8	25,5	22,2	28,9	0,099
Ontario	33,1	30,7	35,4	27,6	24,3	30,9	37,6	34,3	40,8	<0,001
Manitoba	27,4	24,5	30,3	23,0	18,6	27,5	31,9	28,2	35,5	0,003
Saskatchewan	27,9	24,9	30,8	21,5	17,0	25,9	33,9	29,9	37,8	<0,001
Alberta	24,8	22,1	27,4	21,7	17,8	25,7	27,0	23,7	30,3	0,045
Colombie-Britannique	23,7	21,4	25,9	19,4	16,2	22,6	27,2	24,0	30,4	0,001

Note : La valeur *p* indique la signification statistique de l'écart observé entre les personnes n'ayant aucun problème de santé chronique et les personnes ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, dans chaque province.

Source : Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

### Caractéristiques socioéconomiques

Les caractéristiques socioéconomiques comprennent le revenu total des ménages (moins de 20 000 \$, de 20 000 \$ à 39 999 \$, de 40 000 \$ à 59 999 \$, de 60 000 \$ à 79 999 \$, de 80 000 \$ à 99 999 \$, de 100 000 \$ à 149 999 \$ et 150 000 \$ ou plus) et le niveau de scolarité, mesuré en fonction du plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu par les répondants (diplôme d'études secondaires ou moins; certificat ou diplôme d'une école de métiers, d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire inférieur au baccalauréat; et baccalauréat ou grade de niveau supérieur). En outre, le nombre de membres du ménage âgés de 18 ans et plus a été utilisé comme approximation du soutien social, car il est associé à une utilisation plus fréquente des services de soins de santé (une personne, deux personnes et trois personnes ou plus)<sup>35</sup>.

### Caractéristiques de la santé

On a demandé aux répondants s'ils avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé comme ayant un problème de santé de longue durée (six mois ou plus) et on leur a fourni la liste suivante : maladie pulmonaire chronique, asthme, maladie du cœur chronique, diabète, maladie rénale chronique, maladie du foie, hypertension artérielle, trouble sanguin chronique, système immunitaire affaibli, trouble neurologique chronique, accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence, problème de santé mentale, cancer, arthrite ou autres maladies.

Les autres variables relatives à la santé comprennent la santé physique et la santé mentale autodéclarées, toutes deux classées comme « mauvaise » ou « passable », « bonne » ou « très bonne » ou « excellente ». La situation vis-à-vis de l'incapacité a été définie par une personne s'identifiant comme une personne ayant une incapacité ou non. Enfin, l'accès à un fournisseur habituel de soins de santé a été défini comme le fait qu'une personne ait ou non accès à un professionnel de la santé qu'elle voit ou consulte régulièrement lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils de santé.

### Techniques d'analyse

L'échantillon d'analyse se limitait aux personnes au Canada qui ont déclaré avoir eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, ce qui a donné une taille d'échantillon de 20 914 répondants.

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour estimer chez les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et les personnes n'en ayant pas, la proportion de personnes qui ont éprouvé de la difficulté de nature systémique ou personnelle liée à l'accès aux soins de santé durant la pandémie. Les résultats sont présentés tant à l'échelon national que provincial. Une variable binaire relative aux problèmes de santé chroniques a été utilisée pour déterminer si une personne avait un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, ou si elle n'en avait aucun.

Deux modèles de régression logistique multivariés ont été utilisés pour examiner les liens entre les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de la santé (décrites ci-dessus) et la probabilité que les répondants (a) aient eu un ou plusieurs rendez-vous annulés, reportés ou retardés en raison de la COVID-19 et (b) aient remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé au sujet d'un problème physique, émotionnel ou mental par crainte d'être exposés à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé. Afin de déterminer si le fait d'avoir plusieurs problèmes de santé chroniques était lié à une plus grande difficulté d'accès aux soins de santé, les modèles de régression comprenaient une variable mesurant le nombre de problèmes de santé chroniques (aucun problème de santé chronique, un problème de santé chronique et deux problèmes de santé chroniques ou plus).

Tous les résultats ont été pondérés au niveau de la personne en utilisant le poids d'enquête de l'EASSPPP, qui correspond au nombre de personnes contenues dans la population que représente le répondant<sup>36</sup>. Afin de tenir compte des effets du plan d'enquête, les intervalles de confiance de 95 % et les tests d'hypothèse ont été estimés selon la technique de

Tableau 2

Personnes qui ont déclaré avoir remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, selon l'existence de problèmes de santé chroniques et la province, population à domicile âgée de 18 ans et plus qui a eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, Canada, sauf les territoires, 2021, résultats non corrigés

	Dans l'ensemble			Aucun problème de santé chronique			Un problème de santé chronique ou plus			valeur <i>p</i>
	%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		
		de	à		de	à		de	à	
Canada	18,3	17,3	19,3	16,8	15,3	18,3	19,5	18,1	20,8	0,012
Terre-Neuve-et-Labrador	10,4	7,9	12,8	8,0 <sup>E</sup>	4,5	11,4	12,2	8,8	15,6	0,086
Île-du-Prince-Édouard	8,9	6,8	11,0	9,1 <sup>E</sup>	5,5	12,7	8,2 <sup>E</sup>	5,7	10,6	0,671
Nouvelle-Écosse	13,1	10,8	15,4	10,1 <sup>E</sup>	6,6	13,6	15,2	12,2	18,3	0,031
Nouveau-Brunswick	8,2	6,3	10,0	6,6 <sup>E</sup>	3,6	9,6	9,3	6,8	11,7	0,182
Québec	13,2	11,3	15,0	11,5	8,7	14,2	14,1	11,5	16,8	0,165
Ontario	22,2	20,2	24,3	21,3	18,2	24,4	22,8	20,0	25,6	0,482
Manitoba	20,7	18,3	23,1	16,5	13,0	20,1	24,7	21,4	28,0	0,001
Saskatchewan	15,2	13,1	17,4	12,5	8,9	16,2	17,9	14,9	20,9	0,031
Alberta	17,7	15,6	19,8	15,7	12,6	18,8	19,7	16,9	22,6	0,073
Colombie-Britannique	20,1	17,8	22,4	19,2	15,6	22,9	20,9	17,9	23,8	0,497

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

**Note :** La valeur *p* indique la signification statistique de l'écart observé entre les personnes n'ayant aucun problème de santé chronique et les personnes ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, dans chaque province.

**Source :** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

rééchantillonnage bootstrap (500 itérations). Les différences statistiques entre les groupes ont été déterminées à l'aide de tests *t*. Les données ont été analysées avec Stata 14.

## Résultats

### Résultats descriptifs : difficulté d'accès aux soins de santé durant la pandémie

Dans l'ensemble, 28,3 % des personnes nécessitant des services de soins de santé au cours des 12 derniers mois ont déclaré qu'un ou plusieurs de leurs rendez-vous médicaux avaient été annulés, reportés ou retardés en raison de la COVID-19 (figure 1). Les personnes ayant des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles d'éprouver ce type de difficulté — près du tiers (32,0 %) des personnes ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques ont vu un de leurs rendez-vous perturbé en raison de la pandémie, comparativement à 24,2 % des personnes n'ayant aucun problème de santé chronique. Bien qu'une proportion moindre de répondants aient remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposés à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, les personnes ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles de déclarer ce type de difficulté que celles qui n'en ont pas (19,5 % par rapport à 16,8 %, respectivement).

Les types de rendez-vous les plus courants qui ont été annulés, reportés ou retardés sont les consultations ou les traitements avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne, et les consultations avec un médecin spécialiste (figure 2). Un tiers (33,3 %) des personnes ayant des problèmes de santé chroniques ont vu leur consultation avec un médecin spécialiste annulée, reportée ou retardée, comparativement à 16,8 % des personnes n'ayant aucun problème de santé chronique. L'écart entre les personnes ayant des problèmes de santé chroniques

(31,5 %) et celles qui n'en ont pas (26,0 %) dont les consultations ou les traitements avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne ont été perturbés en raison de la pandémie était moins important.

Les types de difficultés liées à l'accès aux soins de santé pendant la pandémie variaient selon les provinces (tableau 1). Les proportions les plus élevées de résidents qui ont déclaré qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 résidaient à Terre-Neuve-et-Labrador (44,0 %), en Ontario (33,1 %) et en Nouvelle-Écosse (32,9 %). Dans les autres provinces, de 23,4 % (Québec) à 30,0 % (Île-du-Prince-Édouard) des résidents ont connu ce type de difficulté.

Les personnes ayant des problèmes de santé chroniques étaient statistiquement plus susceptibles de faire état d'une difficulté systémique liée à l'accès aux soins de santé que leurs homologues n'ayant aucun problème de santé chronique dans certaines provinces. Les écarts étaient les plus importants en Saskatchewan, où les taux pour les résidents qui ont un problème de santé chronique et ceux qui n'en ont pas différaient de 12 points de pourcentage, et en Ontario, où les taux étaient séparés par 10 points de pourcentage.

Les proportions les plus élevées de personnes qui ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 ont été observées en Ontario (22,2 %), au Manitoba (20,7 %) et en Colombie-Britannique (20,1 %) (tableau 2). En revanche, moins de 1 résident sur 10 du Nouveau-Brunswick (8,2 %) et de l'Île-du-Prince-Édouard (8,9 %) a fait état de cette difficulté. Parmi les personnes qui ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19, les différences entre les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques et celles qui n'en ont pas n'étaient statistiquement différentes que chez les résidents de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et de la Saskatchewan.

### Résultats de la régression : prise en compte des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de la santé

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles que celles qui n'en ont pas d'éprouver des difficultés tant systémiques que personnelles liées à l'accès aux soins de santé durant la pandémie, après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et autres caractéristiques de la santé (tableau 3). Cependant, alors que les personnes qui présentaient

plusieurs problèmes de santé étaient plus susceptibles que celles qui n'ont déclaré aucun problème de santé de remettre à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 (rapport de cotes [RC] = 1,40;  $p < 0,01$ ), la probabilité chez les personnes présentant un problème de santé ne différait pas significativement de celles n'ayant aucun problème de santé dans la déclaration de ce type de difficulté.

Parmi les autres caractéristiques de la santé, seule la situation vis-à-vis de l'incapacité était associée à une difficulté

Tableau 3

Rapport de cotes corrigé de personnes qui ont déclaré qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 ou qui ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, selon les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de la santé, population à domicile âgée de 18 ans et plus qui a eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, Canada, sauf les territoires, 2021

	Rendez-vous annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19				Ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé			
	rapport de cotes	erreur-type	Intervalle de confiance de 95 %		rapport de cotes	erreur-type	Intervalle de confiance de 95 %	
			de	à			de	à
<b>Caractéristiques démographiques</b>								
<b>Sexe (hommes = groupe de référence)</b>								
Femmes	1,12	0,07	0,99	1,27	1,20 *	0,10	1,02	1,41
<b>Groupe d'âge (65 et plus = groupe de référence)</b>								
18 à 24 ans	1,48 *	0,27	1,03	2,13	1,39	0,30	0,91	2,14
25 à 34 ans	1,53 ***	0,17	1,22	1,90	1,28	0,18	0,96	1,70
35 à 44 ans	1,38 **	0,14	1,14	1,68	1,35 *	0,17	1,04	1,74
45 à 54 ans	1,43 **	0,15	1,17	1,76	1,26	0,16	0,98	1,63
55 à 64 ans	1,03	0,09	0,87	1,22	1,03	0,12	0,82	1,29
<b>Province (Ontario = groupe de référence)</b>								
Terre-Neuve-et-Labrador	2,73 ***	0,31	2,19	3,41	0,93	0,16	0,67	1,30
Île-du-Prince-Édouard	1,34 *	0,16	1,06	1,69	0,63 **	0,11	0,45	0,89
Nouvelle-Écosse	1,53 ***	0,16	1,24	1,89	1,06	0,15	0,80	1,41
Nouveau-Brunswick	1,40 **	0,16	1,11	1,75	0,67 *	0,12	0,47	0,94
Québec	1,53 ***	0,14	1,28	1,83	1,61 ***	0,19	1,28	2,03
Manitoba	1,23	0,14	0,99	1,53	1,70 ***	0,21	1,34	2,17
Saskatchewan	1,27 *	0,13	1,03	1,56	1,21	0,16	0,94	1,57
Alberta	1,04	0,11	0,84	1,28	1,38 **	0,17	1,09	1,75
Colombie-Britannique	1,03	0,11	0,84	1,26	1,39 *	0,18	1,08	1,79
<b>Statut d'immigrant (personne née au Canada = groupe de référence)</b>								
Immigrant	1,04	0,11	0,84	1,28	1,31 *	0,16	1,02	1,67
Résident temporaire	0,22 **	0,11	0,09	0,57	1,24	0,51	0,55	2,80
<b>Groupe racisé (non racisé et non autochtone = groupe de référence)</b>								
Sud-Asiatique	0,97	0,20	0,64	1,46	1,43	0,30	0,95	2,16
Chinois	0,74	0,13	0,53	1,04	2,14 ***	0,36	1,53	2,98
Noir	0,79	0,18	0,50	1,25	0,90	0,23	0,54	1,48
Philippin	0,62	0,18	0,35	1,08	1,29	0,37	0,73	2,27
Arabe	1,97 *	0,68	1,00	3,89	0,90	0,36	0,41	1,97
Latino-Américain	0,89	0,30	0,46	1,72	1,47	0,68	0,59	3,65
Asiatique du Sud-Est	0,64	0,25	0,30	1,40	0,54	0,23	0,23	1,26
Asiatique occidental	0,34 *	0,17	0,12	0,93	0,78	0,42	0,27	2,25
Autres groupes racisés	1,38	0,34	0,84	2,25	2,12 **	0,53	1,30	3,48
Données manquantes	1,03	0,07	0,90	1,18	1,42 ***	0,12	1,20	1,67

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

\*\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,01$ )

\*\*\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,001$ )

**Notes :** Le nombre d'observations du modèle qui examine si un rendez-vous a été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 était de 17 465. Le nombre d'observations du modèle qui examine si une personne a remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposée à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé était de 17 472. Le concept de population racisée est mesuré au moyen de la variable « minorité visible » dans le présent communiqué. Le terme « minorité visible » fait référence à l'appartenance ou non d'une personne à l'un des groupes de minorités visibles aux termes de 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 ».

**Source :** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

Tableau 3

Rapport de cotes corrigé de personnes qui ont déclaré qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 ou qui ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, selon les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et de la santé, population à domicile âgée de 18 ans et plus qui a eu besoin de services de soins de santé au cours des 12 derniers mois, Canada, sauf les territoires, 2021 (continue)

	Rendez-vous annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19				Ont remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé					
	rapport de cotes		intervalle de confiance de 95 %		rapport de cotes		intervalle de confiance de 95 %			
		erreur-type	de	à		erreur-type	de	à		
<b>Caractéristiques socioéconomiques</b>										
<b>Plus haut niveau de scolarité atteint (diplôme d'études secondaires ou moins = groupe de référence)</b>										
Certificat ou diplôme d'une école de métiers, d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire	1,30	**	0,11	1,10	1,54	1,08	0,11	0,89	1,32	
Baccalauréat ou diplôme de niveau supérieur	1,44	***	0,13	1,20	1,72	1,64	***	0,18	1,32	2,04
<b>Nombre de membres du ménage âgés de 18 ans et plus (un = groupe de référence)</b>										
Deux	0,98		0,07	0,85	1,13	1,03	0,09	0,87	1,23	
Trois ou plus	0,99		0,10	0,81	1,22	1,15	0,14	0,91	1,46	
<b>Revenu total des ménages (moins de 20 000 \$ = groupe de référence)</b>										
De 20 000 \$ à 39 999 \$	1,08		0,16	0,81	1,44	1,08	0,19	0,77	1,53	
De 40 000 \$ à 59 999 \$	1,07		0,17	0,79	1,46	0,96	0,17	0,68	1,37	
De 60 000 \$ à 79 999 \$	1,14		0,18	0,84	1,55	0,77	0,15	0,53	1,12	
De 80 000 \$ à 99 999 \$	1,23		0,21	0,88	1,73	1,03	0,21	0,69	1,52	
De 100 000 \$ à 149 999 \$	1,19		0,19	0,87	1,63	0,94	0,18	0,64	1,38	
150 000 \$ et plus	1,19		0,20	0,86	1,67	0,91	0,18	0,62	1,34	
<b>Caractéristiques de la santé</b>										
<b>Santé physique autodéclarée (mauvaise ou passable = groupe de référence)</b>										
Bonne	0,87		0,09	0,70	1,08	0,81	0,09	0,65	1,00	
Très bonne ou excellente	0,91		0,10	0,73	1,14	0,63	***	0,08	0,49	0,80
<b>Santé mentale autodéclarée (mauvaise ou passable = groupe de référence)</b>										
Bonne	1,06		0,10	0,88	1,27	0,86	0,08	0,71	1,04	
Très bonne ou excellente	0,88		0,08	0,73	1,06	0,59	***	0,07	0,48	0,74
<b>Situation vis-à-vis de l'incapacité autodéclarée (ne s'identifie pas comme une personne ayant une incapacité = groupe de référence)</b>										
S'identifie comme une personne ayant une incapacité	1,63	***	0,16	1,35	1,98	1,04	0,11	0,84	1,29	
<b>A un fournisseur habituel de soins de santé (oui = groupe de référence)</b>										
Non	1,04		0,10	0,86	1,25	1,19	0,14	0,94	1,50	
<b>Problèmes de santé chroniques (aucun problème de santé chronique = groupe de référence)</b>										
Un problème de santé chronique	1,32	***	0,10	1,13	1,54	1,09	0,11	0,90	1,33	
Deux problèmes de santé chroniques ou plus	1,64	***	0,16	1,36	1,97	1,40	**	0,17	1,11	1,77

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

\*\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,01$ )

\*\*\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,001$ )

**Notes :** Le nombre d'observations du modèle qui examine si un rendez-vous a été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 était de 17 465. Le nombre d'observations du modèle qui examine si une personne a remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposée à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé était de 17 472. Le concept de population racisée est mesuré au moyen de la variable « minorité visible » dans le présent communiqué. Le terme « minorité visible » fait référence à l'appartenance ou non d'une personne à l'un des groupes de minorités visibles aux termes de 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 ».

**Source :** Statistique Canada, Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, 2021.

systémique liée à l'accès aux soins de santé. Les personnes ayant une incapacité étaient plus susceptibles de déclarer qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19 ( $RC = 1,63$ ;  $p < 0,001$ ) que les personnes sans incapacité.

L'âge était également associé à une probabilité plus élevée d'éprouver une difficulté de nature systémique liée à l'accès aux services de soins de santé pendant la pandémie, alors que les adultes de moins de 55 ans étant plus susceptibles de voir un de leurs rendez-vous annulé, reporté ou retardé que les adultes de 65 ans et plus. De plus, comparativement aux personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou moins, celles ayant un

niveau de scolarité supérieur étaient plus susceptibles d'avoir affronté ce type de difficulté.

Plusieurs facteurs étaient associés aux personnes déclarant avoir remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19 dans un établissement de soins de santé. Les personnes ayant déclaré que leur santé physique ( $RC = 0,63$ ;  $p < 0,001$ ) ou mentale ( $RC = 0,59$ ;  $p < 0,001$ ) était « très bonne » ou « excellente » étaient moins susceptibles que celles ayant déclaré que leur santé physique ou mentale était « mauvaise » ou « passable » d'avoir remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la

COVID-19. Toutefois, les femmes, les immigrants, les personnes titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme d'études supérieures, et les Chinois ou les « autres » groupes racisés étaient plus susceptibles que leurs homologues (les hommes, les personnes nées au Canada, les personnes titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou moins, et les personnes non racisées et non autochtones, respectivement) de déclarer ce type de difficulté.

## Discussion

La pandémie a posé des défis importants pour l'accès des Canadiens aux services de soins de santé. L'objectif principal de la présente étude était de déterminer si les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles d'éprouver des difficultés pour accéder aux soins de santé pendant la pandémie que les personnes sans problème de santé chronique.

Les personnes ayant ou non des problèmes de santé chroniques ont rencontré des difficultés de nature systémique et personnelle liées à l'accès aux services de soins de santé, une plus grande proportion d'entre elles ayant déclaré des problèmes de nature systémique. Ce constat vient corroborer des recherches antérieures, qui ont révélé que les Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques ont plus souvent fait état de raisons systémiques pour justifier les modifications apportées à leurs traitements pendant la pandémie, plutôt que la crainte d'être exposées à la COVID-19<sup>10</sup>.

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles que celles qui n'en ont pas de voir un ou plusieurs de leurs rendez-vous annulés, reportés ou retardés en raison de la COVID-19, même après la prise en compte des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et autres caractéristiques de la santé. Ces constatations reposent probablement sur des niveaux plus élevés d'utilisation des soins de santé chez les personnes ayant des problèmes de santé chroniques, ce qui aurait multiplié les possibilités pour qu'un rendez-vous soit perturbé en raison de la pandémie, par rapport aux personnes n'ayant aucun problème de santé chronique<sup>37</sup>.

Un tiers des personnes ayant des problèmes de santé chroniques ont déclaré que leur consultation avec un médecin spécialiste avait été annulée, reportée ou retardée en raison de la pandémie, ce qui reflète, encore une fois, l'utilisation importante des services de soins de santé et les besoins médicaux complexes des personnes ayant des problèmes de santé chroniques<sup>6,7</sup>. Chez les personnes n'ayant aucun problème de santé chronique, le type de rendez-vous le plus souvent perturbé était la consultation ou le traitement avec un médecin de famille ou une infirmière praticienne. Cette situation peut être due à la réduction des services de soins de santé non urgents pendant la pandémie<sup>5</sup>.

À l'échelon provincial, les proportions les plus élevées de personnes ayant éprouvé une difficulté systémique liée à l'accès aux soins de santé se trouvaient à Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario. Alors que les résultats de l'Ontario peuvent être le reflet du nombre plus élevé de restrictions de santé publique mises en œuvre par la province comparativement à la plupart des autres provinces<sup>38</sup>, les résultats de Terre-Neuve-et-Labrador pourraient s'expliquer par d'autres facteurs, comme le fait que la province ait moins recours à la télésanté<sup>39</sup>. Les différences interprovinciales dans l'utilisation des soins de santé virtuels avant la pandémie ont probablement exercé une influence aux premiers stades de la pandémie. Par exemple, avant la pandémie, seuls la Colombie-Britannique et l'Ontario autorisaient les fournisseurs à facturer les consultations par vidéo en temps réel en dehors des sites de télésanté<sup>40</sup>. La composition par âge des provinces pourrait également contribuer à ces différences, car les Canadiens plus âgés étaient moins susceptibles d'avoir recours aux soins virtuels, comparativement aux personnes plus jeunes<sup>41</sup>. Des recherches supplémentaires sur les différences provinciales permettraient de mieux comprendre les expériences régionales dans l'ensemble du Canada.

Les préoccupations concernant le risque d'exposition à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé étaient également plus élevées chez les personnes ayant des problèmes de santé chroniques que chez celles qui n'en avaient pas. Cependant, lorsque d'autres caractéristiques ont été prises en compte, seules les personnes qui présentaient plusieurs problèmes de santé étaient nettement plus susceptibles que celles qui n'en avaient pas de remettre à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19. Par conséquent, les personnes qui présentent plusieurs problèmes de santé pourraient être plus exposées à de mauvais résultats en matière de santé à l'avenir parce qu'elles ont évité d'avoir recours aux services de soins de santé pendant la pandémie.

Si l'on compare les provinces, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique affichaient les proportions les plus élevées de résidents ayant remis à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposés à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé. Les proportions les plus faibles ont été recensées dans les provinces de l'Atlantique. Cette observation s'explique peut-être par des taux d'infection plus faibles et un plus grand niveau de « normalité » dans ces provinces, comparativement aux régions plus densément peuplées du Canada, au début de la pandémie<sup>42</sup>.

D'autres groupes ont également fait état de plus grandes difficultés liées à l'accès aux soins de santé durant la pandémie. L'âge, la situation vis-à-vis de l'incapacité et le niveau de scolarité étaient des prédicteurs importants de la rencontre d'une difficulté systémique. Les personnes plus jeunes, ayant une incapacité ou ayant un niveau de scolarité plus élevé, étaient plus susceptibles que leurs homologues plus âgés, sans incapacité ou titulaire d'un diplôme d'études secondaires ou

moins, de déclarer qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19. Les résultats relatifs à l'âge et au niveau de scolarité sont conformes à ceux de l'étude sur les besoins en soins de santé insatisfaits des Canadiens avant la pandémie<sup>17,43</sup>. Les résultats relatifs au niveau de scolarité peuvent être liés à une plus grande utilisation des services de soins de santé chez les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé<sup>44</sup>.

Des études antérieures révèlent que les femmes, les groupes racisés et les personnes ayant une incapacité craignaient davantage d'être exposés à la COVID-19 que leurs homologues (hommes, personnes non racisées et personnes sans incapacité, respectivement)<sup>34,45,46</sup>. Ce constat est largement confirmé par la présente étude, puisque les femmes, les immigrants et les personnes appartenant à certains groupes racisés, en particulier les Chinois, étaient plus susceptibles que leurs homologues (hommes, personnes nées au Canada et personnes non racisées et non autochtones, respectivement) de remettre à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposés à la COVID-19. Les personnes qui ont déclaré être en meilleure santé physique et mentale étaient moins susceptibles de rencontrer ce type de difficulté.

Les difficultés rencontrées par les personnes ayant des problèmes de santé chroniques liées à l'accès aux soins de santé pendant la pandémie pourraient entraîner des problèmes de santé plus importants à l'avenir<sup>34,47</sup>, car la recherche longitudinale révèle que les besoins en soins de santé insatisfaits ont une incidence négative sur les résultats en matière de santé<sup>43</sup>. L'augmentation des options de soins virtuels, l'amélioration des services de proximité et une meilleure coordination des soins ont été proposées comme des options possibles pour réduire au minimum les conséquences sur la santé des personnes dont l'accès aux soins de santé pendant la pandémie a été réduit<sup>22,47</sup>.

## Limites

L'échantillonnage pour l'EASSPPP comprenait des personnes âgées de 18 ans et plus, qui vivaient dans les 10 provinces, qui ne vivaient pas dans des réserves ou dans d'autres peuplements autochtones et qui ne vivaient pas en établissement. Par conséquent, les résultats ne représentent pas l'ensemble de la population du Canada.

En raison des limites des données, il n'a pas été possible de procéder à un examen des différences infraprovinciales. Bien que des études antérieures indiquent que les personnes vivant dans des régions rurales accèdent plus difficilement aux services de soins de santé<sup>48,49</sup>, les données des codes postaux dans l'EASSPPP étaient autodéclarées, ce qui a donné lieu à plusieurs cas de codes postaux manquants ou invalides. Le fait d'avoir exclu ces cas aurait considérablement réduit la taille de l'échantillon, influant ainsi sur la fiabilité des estimations. D'autres modèles de régression ont été estimés avec une variable indicatrice rurale-urbaine, à l'exception des cas dont

les codes postaux sont manquants ou invalides. Cette variable ne s'est pas avérée statistiquement significative. Il serait utile d'étudier plus à fond les variations géographiques liées à l'accès aux soins de santé pendant la pandémie.

Les futures recherches tireraient profit également des renseignements sur la manière dont les changements aux procédures liées aux rendez-vous de soins de santé ont pu avoir des conséquences sur le report des soins de santé des patients. De plus, des données détaillées concernant les types de problèmes de santé mentale qu'ont les répondants, et des recherches examinant les résultats en matière de santé par type de problème, permettraient d'avoir une compréhension plus nuancée des conséquences sur la santé du report des soins pour les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques.

## Conclusion

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles que celles qui n'en ont pas d'éprouver des difficultés liées à l'accès aux services de soins de santé durant la pandémie, montrant une plus grande vulnérabilité pour ce groupe. Les personnes plus jeunes, ayant une incapacité ou ayant un niveau de scolarité plus élevé étaient également plus susceptibles de déclarer qu'un de leurs rendez-vous avait été annulé, reporté ou retardé en raison de la COVID-19. Les femmes, les immigrants, certains groupes racisés et les personnes qui présentent plusieurs problèmes de santé étaient plus susceptibles que leurs homologues (les hommes, les personnes nées au Canada, les personnes non racisées et non autochtones et les personnes n'ayant aucun problème de santé, respectivement) de remettre à plus tard le moment de consulter un professionnel de la santé par crainte d'être exposés à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé. Ces constatations peuvent orienter les décideurs canadiens, les autorités sanitaires et les professionnels de la santé sur la mesure dans laquelle les personnes ayant des problèmes de santé chroniques ont été touchées par les restrictions en matière de soins de santé, et permettre de déterminer d'autres groupes qui pourraient être plus à risque de faire face à des problèmes de santé en raison des difficultés liées à l'accès aux soins de santé pendant la pandémie.

# Références

- O'Brien, K., M. St-Jean, P. Wood, S. Willbond, O. Phillips et coll. 2020. *Comorbidités liées aux décès impliquant la COVID-19 au Canada*, produit n° 45-28-0001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
- Ramage-Morin, P.L., et J.Y. Polsky. 2020. « Préoccupations liées à la santé et précautions pendant la pandémie de COVID-19 : une comparaison des Canadiens ayant des problèmes de santé sous-jacents avec ceux n'ayant pas de problème de santé sous-jacent », *Rapports sur la santé*, vol. 31, n° 5, p. 3 à 9.
- Biswas, M., S. Rahaman, T.K. Biswas, Z. Haque et B. Ibrahim. 2021. « Association of sex, age, and comorbidities with mortality in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis », *Intervirology*, vol. 64, p. 36 à 47.
- Wingert, A., J. Pillay, M. Gates, S. Guitard, S. Rahman et coll. 2021. « Risk factors for severity of COVID-19: A rapid review to inform vaccine prioritisation in Canada », *BMJ Open*, vol. 11, article e044684, doi : 10.1136/bmjopen-2020-044684.
- Glazier, R.H., M.E. Green, F.C. Wu, E. Frymire, A. Kopp et T. Kiran. 2021. « Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 193, n° 6, p. e200 à e210.
- Appireddy, R., S. Jalini, G. Shukla et L. Boissé Lomax. 2020. « Tackling the burden of neurological diseases in Canada with virtual care during the COVID-19 pandemic and beyond », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 47, n°5, p. 594 à 597.
- Stephenson, E., D.A. Butt, J. Gronsbell, C. Ji, B. O'Neill et coll. 2020. « Changes in the top 25 reasons for primary care visits during the COVID-19 pandemic in a high-COVID region of Canada », *PLoS ONE*, vol. 16, n° 8, p. 1 à 15.
- Weaver, R.G., B.J. Manns, M. Tonelli, C. Sanmartin, D.J.T. Campbell et coll. 2014. « Access to primary care and other health care use among western Canadians with chronic conditions: A population-based survey », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ) Open*, vol. 2, n° 1, p. e27 à e34.
- Clauw, D.J., W. Häuser, S.P. Cohen et M.-A. Fitzcharles. 2020. « Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic », *Pain*, vol. 161, n° 8, p. 1694 à 1697.
- Lacasse, A., M.G. Pagé, L. Dassieu, N. Sourial, A. Janelle-Montcalm et coll. 2021. « Impact of the COVID-19 pandemic on the pharmacological, physical, and psychological treatments of pain: Findings from the Chronic Pain & COVID-19 Pan-Canadian Study », *PAIN Reports*, vol. 6, n° 2, p. e891 à e903.
- Mantica, G., N. Riccardi, C. Terrone et A. Gratarola. 2020. « Non-COVID-19 visits to emergency departments during the pandemic: The impact of fear », *Public Health*, vol. 183, p. 40 à 41.
- Xu, S., S. Glann, L. Sy, L. Qian, V. Hong, D.S. Ryan et S. Jaconsen. 2021. « Impact of the COVID-19 pandemic on health care utilization in a large integrated health care system: Retrospective cohort study », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 23, n° 4, article e26558.
- Pandey, M., R. Kamrul, C.R. Michaels et M. McCarron. 2022. « Identifying barriers to healthcare access for new immigrants: A qualitative study in Regina, Saskatchewan, Canada », *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 24, p. 188 à 198.
- Romanelli, M., et K.D. Hudson. 2017. « Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 87, n° 6, p. 714 à 728.
- Ronksley, P.E., C. Sanmartin, D.J.T. Campbell, R.G. Weaver, G.M. Allan, K.A. McBrien et coll. 2014. « Obstacles perçus à l'obtention de soins primaires chez les Canadiens de l'Ouest atteints de maladies chroniques », *Rapports sur la santé*, vol. 25, n° 4, p. 3 à 11.
- Ronksley, P.E., C. Sanmartin, H. Quan, P. Ravani, M. Tonelli et coll. 2012. « Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs », *Open Medicine*, vol. 6, n° 1, p. e48 à e58.
- Sibley, L.M., et R.H. Glazier. 2009. « Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: A population-based provincial comparison », *Healthcare Policy*, vol. 5, n° 1, p. 87 à 104.
- Statistique Canada. 2016. « Besoins de santé non comblés, 2014 », *Feuilles d'information sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada.
- Chen, J., et F. Hou. 2002. « Soins de santé : besoins non satisfaits », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, p. 27 à 40.
- Chauhan, B.F., M. Jeyaraman, A.S. Mann, J. Lys, B. Skidmore, K.M. Sibley et coll. 2017. « Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice—an overview of reviews », *Implementation Science*, vol. 12, article 3, <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>.
- Kelly, M.P., et M. Barker. 2016. « Why is changing health-related behaviour so difficult? », *Public Health*, vol. 136, p. 109 à 116.
- Bahtia, R.S., K.G. Shojania et W. Levinson. 2021. « Cost of contact: Redesigning healthcare in the age of COVID », *BMJ Quality & Safety*, vol. 30, p. 236 à 239.
- Bignami, S. 2021. « The burden of COVID-19 in Canada », *Canadian Studies in Population*, vol. 48, p. 123 à 129.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2021. *L'incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé du Canada*, <https://www.cih.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada>.
- Detsky, A.S., et I.I. Bogoch. 2020. « COVID-19 in Canada: Experience and response », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 324, n° 8, p. 743 à 744.
- Polisena, J., M. Ospina, O. Sanni, B. Matenchuk, R. Livergant, S. Amjad et coll. 2021. « Public health measures to reduce the risk of SARS-CoV-2 transmission in Canada during the early days of the COVID-19 pandemic: A scoping review », *BMJ Open*, vol. 11, article e046177.

27. Anderson, G., J.W. Frank, C.D. Naylor, W. Wodchis et P. Feng. 2020. « Using socioeconomic factors to counter health disparities arising from the COVID-19 pandemic », *BMJ*, vol. 369, article m2149.
28. Etowa, J., Y. Sano, I. Hyman, C. Dabone, I. Mbagwu, B. Ghose et coll. 2021. « Difficulties accessing health care services during the COVID-19 pandemic in Canada: Examining the intersectionality between immigrant status and visible minority status », *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, p. 255.
29. McMahon, M., J. Nadigel, E. Thompson et R.H. Glazier. 2020. « Informing Canada's health system response to COVID-19: Priorities for health services and policy research », *Healthcare Policy*, vol. 16, n° 1, p. 112 à 124.
30. Andersen, R.M. 1995. « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 1 à 20.
31. Sanmartin, C., et N. Ross. 2006. « Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 2, p. 103 à 119.
32. Hahmann, T., et M.B. 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*, produit n° 45-28-0001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
33. Statistique Canada. 2021a. *Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP)*, Enquêtes et programmes statistiques — Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP) (statcan.gc.ca).
34. Czeisler, M.E., K. Marynak, K.E.N. Clarke, Z. Salah, I. Shakhya, J.M. Thierry et coll. 2020. « Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns — United States, June 2020 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 69, n° 36, p. 1250 à 1257.
35. Melchiorre, M.G., C. Chiatti, G. Lamura, F. Torres-Gonzalez, M. Stankunas, J. Lindert et coll. 2013. « Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries », *PLoS ONE*, vol. 8, n° 1, article e54856.
36. Statistique Canada. 2021b. *Guide de l'utilisateur de l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie (EASSPPP)*, Ottawa, Statistique Canada.
37. Institut canadien d'information sur la santé. Janvier 2014. « Gestion des maladies chroniques en soins de santé primaires : démonstration de l'utilité des données du DME pour la surveillance de la qualité et de l'utilisation du système de santé », *Analyse en bref*, [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Burden-of-Chronic-Diseases\\_PHC\\_2014\\_AiB\\_FR-web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Burden-of-Chronic-Diseases_PHC_2014_AiB_FR-web.pdf).
38. Breton, C., et M.-D. Tabbara. 22 avril 2020. « How the provinces compare in their COVID-19 responses », *Policy Options*, <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/avril-2020/how-the-provinces-compare-in-their-covid-19-responses/>.
39. Buote, R., S. Asghar, K. Aubrey-Bassler, J.C. Knight et J. Lukewich. 2019. « Primary health care services for patients with chronic disease in Newfoundland and Labrador: A descriptive analysis », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 191, n° 1, p. e8 à e14.
40. Falk, W. 2021. *L'état des soins virtuels au Canada à la troisième vague de la pandémie de COVID-19*, Ottawa, Santé Canada, [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency\\_229055456/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/template-wf-report-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/template-wf-report-fra.pdf).
41. Institut canadien d'information sur la santé. 2022. *Soins virtuels : un virage pour les Canadiens qui reçoivent des services dispensés par les médecins*, <https://www.cihi.ca/fr/soins-virtuels-un-virage-pour-les-canadiens-qui-recoivent-des-services-dispenses-par-les-medecins>.
42. Cameron-Blake, E., C. Breton, P. Sim, H. Tatlow, T. Hale, A. Wood et coll. 2021. *Variation in the Canadian Provincial and Territorial Responses to COVID-19*, Oxford (Royaume-Uni), Université d'Oxford, <https://centre.irpp.org/wp-content/uploads/sites/3/2021/03/Variation-in-the-Canadian-provincial-and-territorial-responses-to-COVID-19.pdf>.
43. Bataineh, H., R.A. Devlin et V. Barham. 2018. *Does Unmet Health Care Lead to Poorer Health Outcomes?*, « Cahier de recherche », n° 1803E, Université d'Ottawa, Département de science économique, <https://socialsciences.uottawa.ca/economics/sites/socialsciences.uottawa.ca/economics/files/1803e.pdf>.
44. Steele, L.S., C.S. Dewa, E. Lin et K.L.K. Lee. 2007. « Education level, income level and mental health services use in Canada: Associations and policy implications », *Healthcare Policy*, vol. 3, n° 1, p. 96 à 106.
45. Niño, M., C. Harris, G. Drawwe et K.M. Fitzpatrick. 2021. « Race and ethnicity, gender, and age on perceived threats and fear of COVID-19: Evidence from two national data sources », *SSM – Population Health*, vol. 13, p. 1 à 8.
46. Quadros, S., S. Garg, R. Ranjan, G. Vijayarathi et M.A. Mamun. 2021. « Fear of COVID-19 infection across different cohorts: A scoping review », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12.
47. Smith, M., M.V. Sarrazin, X. Wang, P. Nordby, M. Yu et coll. 2022. « Risk from delayed or missed care and non-COVID-19 outcomes for older patients with chronic conditions during the pandemic », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 70, n° 5, p. 1314 à 1324.
48. McDonald, J.T., et H. Conde. 2010. « Does geography matter? The health service use and unmet health care needs of older Canadians », *Canadian Journal on Aging*, vol. 29, n° 1, p. 23 à 37.
49. 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*, vol. 11, article 20, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-20>.