

## Rapports sur la santé

# Accès à des services de soins de santé spécialisés au sein de la population canadienne âgée

par Md Kamrul Islam et Heather Gilmour

Date de diffusion : le 20 mars 2024



---

## 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, 2024

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

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

*This publication is also available in English.*

---

# Accès à des services de soins de santé spécialisés au sein de la population canadienne âgée

par Md Kamrul Islam et Heather Gilmour

**DOI :** <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400300002-fra>

## RÉSUMÉ

### Contexte

Le Canada assiste au vieillissement rapide de sa population, ce qui entraîne un grand nombre de répercussions, notamment une augmentation du besoin en services de soins de santé. Toutefois, très peu d'études portent sur l'utilisation des services de soins de santé spécialisés (p. ex. les consultations chez des médecins spécialistes, les examens non urgents et les interventions chirurgicales non urgentes) chez les Canadiens âgés.

### Données et méthodes

Les données tirées de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés de 2019-2020 ont été utilisées pour examiner le recours aux services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés. L'analyse des classes latentes a été calée à l'aide d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale composé de 39 047 Canadiens de 65 ans ou plus pour cerner des tendances distinctes quant aux facteurs de besoin liés à l'utilisation des services de soins de santé. La régression logistique multivariée, stratifiée par genre, a été employée pour examiner le lien entre les facteurs de prédisposition, les ressources habilitantes ainsi que les facteurs de besoin et le recours aux services de soins de santé spécialisés.

### Résultats

En 2019-2020, il a été estimé que 2,6 millions de Canadiens âgés (43,4 %) ont consulté un médecin spécialiste, que 1,4 million (23,2 %) ont passé des examens non urgents et que 0,6 million (10,4 %) ont subi des interventions chirurgicales non urgentes. Parmi ces personnes, 15,6 % ont déclaré avoir rencontré de la difficulté à accéder aux services. Les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents. Le fait d'avoir un niveau de scolarité plus faible était systématiquement associé à de plus faibles probabilités d'avoir recours à des services de soins de santé spécialisés. Les personnes qui faisaient partie des classes « multimorbidité », « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et « mauvaise santé physique et mentale » étaient plus susceptibles que les personnes faisant partie de la classe « comparativement en santé » d'avoir recours à des services de soins de santé spécialisés et de rencontrer de la difficulté à accéder à ces services.

### Interprétation

Les résultats de la présente étude font état d'écart entre les genres et montrent l'importance de tenir compte des facteurs de besoin multidimensionnels (allant des facteurs liés à la santé mentale et physique aux facteurs psychosociaux) au moment d'examiner le recours aux services de soins de santé spécialisés.

### Mots-clés

Canadiens âgés, examens non urgents, interventions chirurgicales non urgentes, médecins spécialistes, recours aux soins de santé.

## AUTEURS

Md Kamrul Islam et Heather Gilmour travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

### *Ce que l'on sait déjà sur le sujet*

- Les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé sont associés à divers types d'utilisation des services de soins de santé, comme l'accès à un médecin habituel, l'hospitalisation et le recours aux services d'urgence.
- Les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'avoir recours aux services de soins de santé, à quelques exceptions près. Cependant, on en sait peu sur les différences entre les genres en ce qui concerne l'influence des facteurs de prédisposition, des ressources habilitantes et des facteurs de besoin sur la détermination du recours aux services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés.
- Les Canadiens rencontrent plusieurs difficultés lorsqu'il s'agit d'accéder à des services de soins de santé spécialisés. Néanmoins, on en sait peu sur la mesure dans laquelle les Canadiens âgés ayant des tendances distinctes liées aux facteurs de besoin rencontrent des difficultés à accéder à des services de soins de santé spécialisés.

### *Ce qu'apporte l'étude*

- Il a été estimé que 2,6 millions de Canadiens âgés (43,4 %) ont consulté des médecins spécialistes, que 1,4 million (23,2 %) ont passé des examens non urgents et que 0,6 million (10,4 %) ont subi des interventions chirurgicales non urgentes en 2019-2020. Les Canadiens âgés faisant partie des classes « multimorbidité », « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et « mauvaise santé physique et mentale » étaient plus susceptibles d'utiliser des services de soins de santé spécialisés que ceux faisant partie de la classe « comparativement en santé », même après avoir pris en considération les facteurs de prédisposition et les facteurs habilitants.
- Le fait de ne pas avoir fait d'études postsecondaires était systématiquement associé à chaque type de recours aux services de soins de santé spécialisés chez les hommes comme chez les femmes. La corrélation entre le recours aux services et certains facteurs, comme le groupe d'âge, le statut d'immigrant, le revenu du ménage, le fait d'avoir un médecin habituel, la résidence en région rurale et la participation à l'enquête pendant la pandémie de COVID-19, variait selon le type de service spécialisé et le genre.
- Parmi les Canadiens âgés ayant accédé à des services de soins de santé spécialisés en 2019-2020, environ un demi-million (15,6 %) ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir les services. Les femmes faisant partie de toutes les classes de besoin affichaient de plus fortes probabilités de rencontrer des difficultés que les hommes faisant partie de la classe « comparativement en santé ». Quant aux hommes, on a observé la même tendance chez les répondants faisant partie des classes « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et « mauvaise santé physique et mentale ».
- Parmi les difficultés courantes à accéder aux services de soins de santé, on note la difficulté à être dirigé vers un médecin spécialiste, la difficulté à obtenir un rendez-vous, le temps d'attente trop long entre la prise de rendez-vous et l'obtention des services, et la non-disponibilité des services au moment requis.

Le Canada assiste au vieillissement rapide de sa population. Ce phénomène est principalement attribuable au vieillissement des membres de la génération du baby-boom, à l'accroissement de l'espérance de vie et à la baisse de la fécondité. En 2021, 18,5 % de la population était âgée de 65 ans ou plus, en hausse comparativement à la proportion de 13,0 % enregistrée en 2001<sup>1</sup>. D'ici 2030, on prévoit que ce taux augmentera pour se chiffrer de 21,4 % à 23,4 %<sup>2</sup>. Les personnes âgées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé multiples et complexes et, en 2020, elles représentaient 44 % des dépenses liées à la santé au Canada<sup>3</sup>. Par conséquent, le recours aux services de soins de santé, y compris le recours aux soins d'un médecin spécialiste, devrait croître dans l'avenir.

Bon nombre d'études portent sur le recours aux services de soins de santé chez les Canadiens<sup>4-10</sup>. Certaines ont permis d'examiner l'accès à un médecin habituel<sup>9,11</sup>, l'hospitalisation<sup>10,12</sup>, le recours aux services d'urgence<sup>13</sup> et la consommation de médicaments<sup>14</sup>. Cependant, seulement quelques études ont porté sur le recours aux services de soins de santé chez les Canadiens âgés (65 ans ou plus)<sup>4,9-10</sup>, en mettant l'accent sur les médecins spécialistes, les examens non urgents et les interventions chirurgicales non urgentes (ci-après appelés « services de soins de santé spécialisés ») et la difficulté à

accéder à ces services<sup>15</sup>. Veiller à un accès adéquat aux services de soins de santé spécialisés, y compris les interventions chirurgicales non urgentes et les examens non urgents, a divers effets bénéfiques sur la santé, surtout chez les populations à risque élevé comme les adultes âgés. Parmi ces bienfaits, on note une meilleure détection des problèmes de santé et un traitement précoce afin d'éviter l'aggravation des problèmes de santé existants<sup>16-17</sup>.

En s'appuyant sur le modèle comportemental d'Andersen quant au recours aux services de santé<sup>18</sup>, l'étude a permis de cerner divers facteurs de prédisposition et facteurs habilitants, comme le genre, l'âge, l'état matrimonial, le statut d'immigrant, la résidence en région rurale, le niveau de scolarité, la situation d'emploi, le revenu et le fait d'avoir un médecin habituel. Ces facteurs ont été associés à divers types de recours aux services de soins de santé<sup>4-6,8-10</sup>. Des facteurs de besoin individuels, comme l'état de santé et la solitude, ont aussi été associés au recours aux services de soins de santé<sup>5-7</sup>. Toutefois, la détermination des tendances liées aux facteurs de besoin qui sont souvent observés ensemble permet de reconnaître l'hétérogénéité des profils de la santé ainsi que le fait que les facteurs de besoin individuels n'apparaissent pas nécessairement indépendamment les uns des autres<sup>19</sup>. À cette

fin, l'analyse des classes latentes (ACL) a été utilisée pour regrouper les répondants en classes de besoins multidimensionnels uniques.

Reposant sur des données tirées de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA) de 2019-2020, la présente étude vise à examiner la prévalence du recours aux services de soins de santé spécialisés (médecins spécialistes, examens médicaux non urgents, interventions chirurgicales non urgentes) et le lien entre les facteurs de prédisposition, les ressources habilitantes et les facteurs de besoin et le recours aux services de soins de santé spécialisés au cours des 12 derniers mois chez les Canadiens de 65 ans ou plus vivant dans la collectivité. De plus, l'étude vise aussi à évaluer la prévalence des difficultés à accéder aux services de soins de santé spécialisés et les facteurs qui y sont associés, ainsi que les types de difficultés rencontrées. Les hommes et les femmes ont été analysés séparément.

Les données de l'ECSA de 2019-2020 ont été recueillies avant la mise en place des restrictions liées à la pandémie de COVID-19 (janvier à décembre 2019 et janvier à mars 2020) ainsi que pendant la pandémie (septembre à décembre 2020). Plusieurs facteurs ont pu influencer sur le recours aux services de soins de santé pendant la pandémie (p. ex. l'annulation des interventions non urgentes et la réduction du nombre de consultations en personne)<sup>20,23</sup>. C'est la raison pour laquelle le moment de la collecte des données de l'enquête a été pris en compte dans l'analyse.

## Méthodologie

### Source des données

Dans le cadre de l'ECSA de 2019-2020, qui est un supplément transversal de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), on a recueilli des renseignements de 41 635 répondants de 65 ans ou plus qui habitaient dans les 10 provinces. Les personnes qui vivaient dans les réserves et les autres peuplements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes qui vivaient en établissement et les personnes qui vivaient dans certaines régions sociosanitaires ont été exclus de l'enquête. Les données ont été recueillies de janvier 2019 à décembre 2020, en marquant une pause d'avril à août 2020 en raison de la pandémie. Le taux de réponse à l'ECSA de 2019-2020 s'est établi à 40,1 %, et 90,8 % des répondants ont accepté que leurs réponses soient couplées avec les données de l'ESCC. Les renseignements détaillés de l'ECSA de 2019-2020 sont accessibles à l'adresse suivante : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5267](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5267).

### Échantillon de l'étude

Les répondants substitués (n = 2 311) n'ont pas eu à répondre aux questions du module sur l'accès aux services de soins de santé et ont donc été exclus de la présente étude. En plus de la question sur le sexe à la naissance, on a demandé aux

répondants leur genre. Les réponses ont été regroupées de la façon suivante : hommes, femmes ou diverses identités de genre. Les répondants classés dans la catégorie des diverses identités de genre (<10), ceux qui n'ont pas indiqué leur genre (<10), ainsi que ceux qui n'ont pas déclaré avoir eu besoin de consulter un médecin spécialiste (n = 70), de subir une intervention chirurgicale non urgente (n = 48) ou de passer des examens non urgents (n = 194) au cours des 12 derniers mois, ont également été exclus. Par conséquent, l'échantillon final utilisé dans l'étude comprenait 39 047 personnes (16 600 hommes et 22 447 femmes), représentant 5,9 millions de Canadiens de 65 ans ou plus vivant dans la collectivité. La répartition démographique et socioéconomique de l'échantillon de l'étude est présentée à l'annexe A.

### Variables de résultat

Les répondants ont répondu à des questions pour déterminer s'ils ont eu recours à l'un des trois types de services de soins de santé spécialisés et, le cas échéant, s'ils ont eu de la difficulté à obtenir les services. Quatre variables de résultat distinctes ont été créées pour déterminer si une personne :

1. a eu besoin des services d'un médecin spécialiste pour un diagnostic ou une consultation au cours des 12 derniers mois (oui ou non) [notamment un cardiologue, un endocrinologue, un allergologue, un urologue ou un gynécologue, ou un psychiatre, à l'exclusion d'un optométriste];
2. a eu besoin d'une intervention chirurgicale non urgente au cours des 12 derniers mois (oui ou non). Cela comprend toute intervention chirurgicale non urgente, telle qu'une chirurgie cardiaque, une opération aux articulations (genou ou hanche) et une opération pour les cataractes, à l'exclusion des opérations au laser pour les yeux;
3. a eu besoin d'examens non urgents (imagerie par résonance magnétique [IRM], tomographie par ordinateur, angiographie) au cours des 12 derniers mois (oui ou non);
4. a rencontré des difficultés à recevoir des services de soins de santé spécialisés au cours des 12 derniers mois (oui ou non).

### Covariables

En s'appuyant sur le modèle comportemental d'Andersen quant au recours aux services de santé<sup>18,24-25</sup>, on a sélectionné trois types de covariables : facteurs de prédisposition, ressources habilitantes et facteurs de besoin. Les facteurs de prédisposition sont liés à la tendance à utiliser des services de soins de santé. Les ressources habilitantes font référence à la disponibilité des services et du personnel ainsi qu'à la connaissance des ressources offertes et à la capacité d'y accéder. Les facteurs de besoin, comme l'état de santé, influencent les besoins en matière de services.

## Facteurs de prédisposition

Le genre, l'âge et l'état matrimonial des répondants ont été pris en compte dans l'analyse en tant que facteurs de prédisposition<sup>26</sup>. Deux catégories de genre (hommes et femmes) ont été utilisées dans l'étude selon la question « Quel est votre genre? ». Les groupes d'âge utilisés étaient les suivants : 65 à 74 ans; 75 à 84 ans; 85 ans ou plus. L'état matrimonial a été classé comme suit : marié(e)s ou vivant en union libre; divorcé(e)s, séparé(e)s ou veuf(ve)s; célibataires, jamais marié(e)s. Le statut d'immigrant a été défini comme suit : immigrants européens; immigrants non européens; population née au Canada.

## Ressources habilitantes

Le plus haut niveau de scolarité a été réparti de la façon suivante : sans études postsecondaires; études postsecondaires ou niveau supérieur. Le revenu moyen du ménage pour les aînés de 2019 à 2020 a été utilisé comme seuil<sup>27</sup>, et le revenu total du ménage a été classé selon deux catégories : moins de 70 000 \$; 70 000 \$ et plus. Le fait d'avoir un médecin habituel a été ajouté sous forme de variable dichotomique (oui ou non). Le lieu de résidence a été défini comme étant une région urbaine ou une région rurale.

## Facteurs de besoin

Dans des études antérieures, un large éventail de facteurs qui influent sur le recours aux services de soins de santé ont été relevés, notamment la santé physique<sup>5</sup>, la santé mentale<sup>28</sup> et des facteurs psychosociaux<sup>29</sup>. En s'inspirant d'études antérieures, on a utilisé huit éléments dichotomiques, y compris des domaines de la santé physique et psychosociale, à titre de facteurs de besoin dans l'analyse : état de santé général perçu (mauvais ou passable, par opposition à bon, très bon ou excellent); stress perçu dans la vie (la plupart des journées sont extrêmement stressantes, assez stressantes, un peu stressantes ou pas tellement stressantes, par opposition à pas du tout stressantes); diagnostic autodéclaré de trouble de l'humeur (oui ou non) ou de trouble anxieux (oui ou non); obésité (obésité de classe I, II ou III) par opposition au fait de ne pas être obèse (excès de poids, poids normal ou poids insuffisant), données obtenues en fonction de la taille et du poids autodéclarés;

multimorbidité (p. ex. deux problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé ou plus [asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, apnée du sommeil, fibromyalgie, arthrite, ostéoporose, hypertension artérielle, hypercholestérolémie ou lipidémie élevée, maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, maladie d'Alzheimer, syndrome de fatigue chronique, maux de dos, maladie du rein chronique, troubles intestinaux, incontinence urinaire, maladie de Parkinson, cataractes, glaucome, rétinopathie diabétique ou dégénérescence maculaire liée à l'âge]); incapacité (aucune ou légère, par opposition à modérée ou grave), selon le Health Utilities Index Mark 3<sup>30</sup>; la solitude déterminée selon l'échelle de solitude à trois éléments (les personnes obtenant une cote de 5 ou plus sont considérées comme étant des personnes qui se sentent seules)<sup>31-32</sup>. Conformément aux constatations présentées dans les études antérieures, on s'attendait à une plus grande utilisation des services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés qui ont plus de facteurs de besoin. La répartition en pourcentage pondéré des facteurs de besoin est présentée à l'annexe B.

Le moment de l'enquête a été défini comme suit : avant les restrictions liées à la COVID-19 (de janvier à décembre 2019 et de janvier à mars 2020); pendant la pandémie de COVID-19 (de septembre à décembre 2020). Cette variable a été prise en compte dans l'analyse bidimensionnelle et a été utilisée à titre de covariable dans l'analyse multidimensionnelle afin de déterminer si le moment de collecte des données de l'enquête a influé sur les variables de résultat.

On a demandé aux répondants s'ils avaient rencontré des difficultés à accéder à chacun des types de services de soins de santé spécialisés au cours des 12 derniers mois, puis de préciser le type de difficulté rencontrée. En raison des limites de la taille de l'échantillon, les facteurs associés aux difficultés ont été analysés pour l'ensemble des services spécialisés et non pour chaque service individuel.

## Approche analytique

L'ACL a été utilisée pour cerner des groupes distincts en fonction de huit facteurs de besoin. L'objectif consistait à ce que les personnes d'un groupe aient des similitudes entre elles et soient différentes des personnes des autres groupes. L'ACL

**Tableau 1**  
Résumé des statistiques d'ajustement pour les modèles de classes latentes sur les facteurs de besoin en ce qui a trait au recours aux services de soins de santé spécialisés, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Modèles	AIC	BIC	SABIC	Entropie	Plus petit profil (%)
Classe 1	295406	295475	295449	...	...
Classe 2	281848	281994	281940	0,90	37,6
Classe 3	280226	280449	280366	0,89	6,9
Classe 4	279755	280055	279943	0,93	4,8
Classe 5	279321	279698	279558	0,90	5,7

... n'ayant pas lieu de figurer

**Notes :** AIC = critère d'information d'Akaike, BIC = critère d'information bayésien, SABIC = BIC ajusté pour l'échantillon. Tous les modèles de classes latentes sont fondés sur l'état de santé général perçu, le stress perçu dans la vie, le fait d'avoir un trouble de l'humeur, le fait d'avoir un trouble anxieux, l'obésité, la multimorbidité, le fait d'avoir une incapacité et la solitude; des poids d'échantillonnage ont été utilisés dans l'analyse des classes latentes. Le modèle « Classe 6 » n'a pas été bien défini.

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

**Tableau 2**  
**Probabilité d'appartenance à une classe latente et probabilités de réponse partielle pour les facteurs de besoin, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020**

Facteurs de besoin	Classe 1 : Comparativement en santé	Classe 2 : Stress élevé	Classe 3 : Multimorbidité	Classe 4 : Stress élevé, multimorbidité et incapacité	Classe 5 : Mauvaise santé physique et mentale
Probabilité d'appartenance à une classe latente au sein des classes (%)	32,6	15,3	23,2	23,2	5,7
Probabilités de réponse partielle pour les facteurs de besoin <sup>1</sup>					
Santé perçue comme mauvaise ou passable	0,02	0,00	0,12	0,46	0,48
Niveau élevé de stress	0,60	0,88	0,64	0,87	0,95
Trouble anxieux	0,01	0,06	0,02	0,05	0,45
Trouble de l'humeur	<0,01	0,06	0,03	0,01	0,67
Obésité	0,16	0,19	0,41	0,35	0,46
Multimorbidité <sup>2</sup>	0,37	0,60	0,95	0,95	0,96
Incapacité modérée ou grave	0,10	0,41	0,37	0,84	0,89
Solitude	0,05	0,40	0,04	0,31	0,58

1. Probabilités de réponse partielle au sein de chaque classe.

2. La multimorbidité a été définie comme le fait d'avoir deux problèmes de santé chroniques ou plus (à l'exclusion du trouble de l'humeur et du trouble anxieux).

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

permet de cerner les tendances les plus courantes quant aux facteurs de besoin en soins de santé qui sont souvent observés ensemble et de reconnaître l'hétérogénéité des besoins en soins de santé chez les Canadiens âgés. Elle permet aussi de reconnaître que les facteurs individuels ne se manifestent pas nécessairement indépendamment les uns des autres et qu'ils peuvent avoir un effet synergique sur d'autres facteurs.

Le nombre optimal de groupes (qui est de cinq dans la présente étude) a été déterminé en fonction du critère d'information d'Akaike, du critère d'information bayésien (BIC) et du BIC ajusté pour l'échantillon, pour lesquels les valeurs plus faibles indiquent un meilleur ajustement du modèle<sup>33</sup>. La valeur d'entropie de 0,90 dans le modèle à cinq classes indique une très bonne répartition des classes (tableau 1). Le pourcentage de répondants figurant dans la plus petite classe était de 5,7 %, ce qui indique un nombre adéquat de répondants pour caler l'analyse de régression. L'ACL a été mise en œuvre dans la version 17.0 de Stata, et des poids d'échantillonnage individuels ont été utilisés.

Chaque répondant a été attribué à une classe en fonction de sa plus forte probabilité d'appartenance à cette classe. Les cinq classes mutuellement exclusives ont été désignées comme suit : « comparativement en santé »; « stress élevé »; « multimorbidité »; « stress élevé, multimorbidité et incapacité »; « mauvaise santé physique et mentale ». La classe « comparativement en santé » englobait 32,6 % de l'échantillon total, la classe « stress élevé », 15,3 %, la classe « multimorbidité », 23,2 %, la classe « stress élevé, multimorbidité et incapacité », 23,2 %, et la classe « mauvaise santé physique et mentale », 5,7 %. Les répondants faisant partie de la classe « comparativement en santé » avaient les plus faibles probabilités d'avoir les facteurs de besoin, alors que ceux faisant partie de la classe « mauvaise santé physique et mentale » avaient les plus fortes probabilités (tableau 2).

Les pourcentages pondérés et les tableaux croisés pour le recours aux services de soins de santé spécialisés et la difficulté à obtenir ces services ont été estimés. La régression logistique multivariée a été utilisée pour évaluer la corrélation entre les

facteurs de prédisposition, les ressources habilitantes et les facteurs de besoin (représentés par les cinq classes de l'ACL) et le recours aux services de soins de santé spécialisés ainsi que la difficulté à accéder aux services. Le nombre de cas manquants était très faible, variant de 0,1 % (état matrimonial) à 1,2 % (niveau de scolarité). La suppression par liste des cas manquants a été appliquée lors du calage des modèles de régression.

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour tenir compte du plan d'enquête et des cas de non-réponse. Des poids bootstrap ont été appliqués au moyen de la version 11.0.3 du logiciel SUDAAN exécutable par SAS pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types attribuable au plan de sondage complexe<sup>34</sup>. Le seuil de signification a été fixé à  $p < 0,05$ .

## Résultats

### Caractéristiques de la population à l'étude

La population à l'étude représente 3,2 millions de femmes (54,0 %) et 2,7 millions d'hommes (46,0 %) de 65 ans ou plus vivant dans des ménages privés dans les 10 provinces. La majorité des répondants étaient âgés de 65 à 74 ans, mariés ou en union libre et nés au Canada. Plus de la moitié de la population à l'étude était titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires ou d'un diplôme de niveau supérieur. Chez les hommes, 53,6 % avaient un revenu du ménage de 70 000 \$ et plus, comparativement à une proportion de 42,7 % chez les femmes. La plupart des répondants avaient un médecin habituel et habitaient dans une région urbaine. La majorité des répondants figuraient dans la classe « comparativement en santé » (44,1 % pour les hommes et 38,3 % pour les femmes), alors que 3,2 % des hommes et 6,6 % des femmes figuraient dans la classe « mauvaise santé physique et mentale » (annexe A).



Tableau 3

Pourcentage de répondants ayant eu recours à des services de soins de santé spécialisés au cours des 12 derniers mois, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Médecins spécialistes						Examens non urgents						Interventions chirurgicales non urgentes					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	Intervalle de confiance à 95 %		% <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 %		% <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 %		% <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 %		% <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 %		% <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 %		% <sup>†</sup>
de	à	de		à	de		à	de		à	de		à	de		à	de	
<b>Dans l'ensemble</b>	45,5	44,1	47,0	41,6 <sup>†</sup>	40,3	43,0	24,1	22,9	25,4	22,3 <sup>†</sup>	21,2	23,5	10,9	10,0	11,9	10,1	9,3	10,9
<b>Facteurs de prédisposition</b>																		
<b>Groupe d'âge</b>																		
65 à 74 ans <sup>†</sup>	44,0	42,1	45,9	41,6	40,0	43,3	22,6	21,0	24,2	22,7	21,1	24,4	10,7	9,6	11,9	9,7	8,8	10,6
75 à 84 ans	49,2 <sup>*</sup>	46,4	52,0	43,4 <sup>†</sup>	41,0	45,7	27,7 <sup>*</sup>	25,3	30,3	23,0 <sup>†</sup>	21,0	25,0	11,4	9,8	13,2	11,2	9,8	12,8
85 ans ou plus	44,4	39,4	49,6	37,0 <sup>**†</sup>	33,1	41,1	23,6	19,2	28,8	18,2 <sup>*</sup>	15,5	21,2	10,3 <sup>E</sup>	7,0	14,7	9,0 <sup>E</sup>	6,5	12,3
<b>État matrimonial</b>																		
Marié(e)s ou vivant en union libre	46,6 <sup>*</sup>	44,9	48,4	43,1 <sup>†</sup>	41,2	44,9	24,6	23,1	26,1	22,6	20,9	24,4	10,8	9,7	12,0	10,0	9,0	11,1
Divorcé(e)s, séparé(e)s ou veuf(ve)s	42,5	39,7	45,4	40,4	38,6	42,3	23,6	21,3	26,1	22,6	21,1	24,1	11,4	9,5	13,6	9,8	8,8	10,9
Célibataires, jamais marié(e)s <sup>†</sup>	40,8	35,8	45,9	38,1	33,2	43,2	20,7	16,7	25,4	18,9	14,8	23,7	10,2	7,5	13,6	12,1 <sup>E</sup>	8,8	16,3
<b>Statut d'immigrant</b>																		
Immigrants européens	44,6	40,1	49,3	41,3	37,2	45,6	26,8	22,8	31,1	23,4	20,0	27,2	8,0 <sup>*</sup>	6,2	10,2	9,8	7,5	12,6
Immigrants non européens	47,8	42,6	53,1	35,7 <sup>**†</sup>	30,5	41,3	20,0	16,0	24,7	19,2	14,7	24,6	7,2 <sup>**E</sup>	5,1	10,1	10,3 <sup>E</sup>	7,3	14,3
Population née au Canada <sup>†</sup>	45,2	43,6	46,7	42,6 <sup>†</sup>	41,3	44,0	24,4	23,1	25,7	22,7	21,6	23,8	12,2	11,0	13,4	10,1 <sup>†</sup>	9,4	10,9
<b>Ressources habilitantes</b>																		
<b>Niveau de scolarité</b>																		
Études postsecondaires <sup>†</sup>	49,2	47,3	51,1	46,0 <sup>†</sup>	44,1	47,9	25,5	23,8	27,2	24,2	22,5	25,9	11,8	10,6	13,2	11,1	10,1	12,3
Sans études postsecondaires	39,2 <sup>*</sup>	37,0	41,4	36,6 <sup>*</sup>	34,8	38,6	21,0 <sup>*</sup>	19,3	22,8	20,1 <sup>*</sup>	18,7	21,6	9,5 <sup>*</sup>	8,3	10,8	9,0 <sup>*</sup>	8,0	10,2
<b>Revenu total du ménage</b>																		
70 000 \$ et plus <sup>†</sup>	47,9	45,8	50,1	44,2 <sup>†</sup>	41,9	46,5	23,5	21,8	25,4	22,6	20,6	24,7	12,3	10,9	13,9	10,5	9,3	11,9
Moins de 70 000 \$	42,8 <sup>*</sup>	40,8	44,8	39,7 <sup>**†</sup>	38,2	41,3	24,9	23,1	26,7	22,1 <sup>†</sup>	20,9	23,4	9,2 <sup>*</sup>	8,2	10,3	9,7	8,9	10,7
<b>Ont un médecin habituel</b>																		
Oui	46,7 <sup>*</sup>	45,2	48,2	42,5 <sup>**†</sup>	41,2	43,9	24,9 <sup>*</sup>	23,6	26,2	23,0 <sup>**†</sup>	21,8	24,2	11,0	10,1	12,1	10,2 <sup>*</sup>	9,5	11,1
Non <sup>†</sup>	29,7	25,0	34,7	26,8	22,8	31,1	14,3	11,2	18,1	10,8	8,5	13,5	8,9 <sup>E</sup>	6,4	12,2	7,5	5,6	9,9
<b>Lieu de résidence</b>																		
Région urbaine <sup>†</sup>	46,7	45,0	48,5	42,8 <sup>†</sup>	41,3	44,3	24,2	22,6	25,8	22,7	21,4	24,1	11,1	10,0	12,3	10,0	9,2	11,0
Région rurale	41,3 <sup>*</sup>	39,2	43,5	36,9 <sup>**†</sup>	34,9	39,0	24,1	22,2	26,1	20,5 <sup>**†</sup>	18,9	22,3	10,2	9,0	11,7	10,2	9,0	11,6
<b>Facteurs de besoin</b>																		
Comparativement en santé <sup>†</sup>	37,7	35,7	39,8	29,9 <sup>†</sup>	28,0	32,0	17,3	15,6	19,2	15,0	13,3	16,9	9,1	7,9	10,5	7,6	6,6	8,7
Stress élevé	39,2	34,4	44,3	38,2 <sup>*</sup>	34,0	42,5	18,5	14,6	23,2	16,7	13,7	20,1	11,4 <sup>E</sup>	8,4	15,4	8,2 <sup>E</sup>	6,1	11,0
Multimorbidité	46,1 <sup>*</sup>	42,6	49,6	42,9 <sup>*</sup>	39,7	46,1	23,9 <sup>*</sup>	21,1	26,9	21,2 <sup>*</sup>	18,9	23,8	11,8 <sup>*</sup>	9,8	14,1	10,1 <sup>*</sup>	8,6	11,9
Stress élevé, multimorbidité et incapacité	57,3 <sup>*</sup>	54,4	60,1	52,3 <sup>**†</sup>	49,9	54,6	35,3 <sup>*</sup>	32,5	38,2	29,9 <sup>**†</sup>	27,7	32,1	12,7 <sup>*</sup>	10,8	14,8	12,6 <sup>*</sup>	11,1	14,4
Mauvaise santé physique et mentale	61,5 <sup>*</sup>	54,4	68,1	59,9 <sup>*</sup>	55,7	64,0	34,6 <sup>*</sup>	28,7	41,1	37,9 <sup>*</sup>	33,4	42,7	13,0 <sup>E</sup>	9,5	17,5	14,5 <sup>*</sup>	11,7	17,7
<b>Moment de l'enquête</b>																		
Avant les restrictions liées à la COVID-19 <sup>†</sup>	46,8	45,1	48,5	42,3 <sup>†</sup>	40,7	43,8	23,6	22,2	25,1	23,4	22,1	24,7	10,2	9,3	11,3	10,1	9,2	11,0
Pendant la pandémie de COVID-19	43,5 <sup>*</sup>	40,8	46,2	40,7	38,4	42,9	24,9	22,6	27,4	20,6 <sup>**†</sup>	18,6	22,8	11,9	10,3	13,8	10,1	8,7	11,6

<sup>†</sup> catégorie de référence

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

<sup>†</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p<0,05)

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

**Note :** Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les prédicteurs).

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

## Recours aux services de soins de santé spécialisés

Selon l'ECSA de 2019-2020, environ 2,6 millions de Canadiens âgés (43,4 %, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 42,5 % à 44,4 %) ont déclaré avoir consulté des médecins spécialistes, 1,4 million (23,2 %, IC à 95 % : 22,3 % à 24,0 %) ont déclaré avoir passé des examens non urgents et 0,6 million (10,4 %, IC à 95 % : 9,9 % à 11,1 %) ont déclaré avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes au cours des 12 derniers mois, les femmes étant nettement moins susceptibles que les hommes d'avoir consulté un médecin spécialiste ou d'avoir passé des examens non urgents. Chez les hommes, ceux de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents que ceux de 65 à 74 ans. Chez les femmes, celles

de 85 ans ou plus étaient moins susceptibles d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents que celles de 65 à 74 ans (tableau 3).

Les personnes n'ayant pas fait d'études postsecondaires étaient moins susceptibles d'avoir consulté des médecins spécialistes, d'avoir passé des examens non urgents et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes. De façon similaire, le fait d'avoir un revenu du ménage de moins de 70 000 \$ était associé à une plus faible probabilité d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes (chez les hommes, mais pas chez les femmes). Les personnes ayant un médecin habituel étaient plus susceptibles d'avoir consulté des médecins spécialistes, d'avoir passé des examens non urgents et d'avoir subi des interventions



**Tableau 4**  
**Rapports de cotes corrigés en ce qui a trait au recours aux services de soins de santé spécialisés au cours des 12 derniers mois, en fonction de certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020**

Caractéristiques	Médecins spécialistes						Examens non urgents						Interventions chirurgicales non urgentes					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 % de	à
<b>Facteurs de prédisposition</b>																		
<b>Groupe d'âge</b>																		
65 à 74 ans <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
75 à 84 ans	1,3 *	1,1	1,5	1,1	1,0	1,2	1,3 *	1,1	1,6	0,9	0,8	1,1	1,1	0,9	1,4	1,2	1,0	1,4
85 ans ou plus	1,0	0,8	1,3	0,8 *	0,6	1,0	1,0	0,8	1,4	0,7 *	0,5	0,8	1,0	0,7	1,5	0,9	0,6	1,3
<b>État matrimonial</b>																		
Marié(e)s ou vivant en union libre	1,2	0,9	1,5	1,3	1,0	1,6	1,2	0,9	1,6	1,3	0,9	1,9	1,0	0,7	1,4	0,8	0,5	1,2
Divorcé(e)s, séparé(e)s ou veuf(ve)s	1,0	0,8	1,3	1,0	0,8	1,3	1,1	0,8	1,5	1,2	0,9	1,7	1,1	0,8	1,6	0,8	0,5	1,1
Célibataires, jamais marié(e)s <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Statut d'immigrant</b>																		
Immigrants européens	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	1,1	0,9	1,4	1,0	0,8	1,3	0,6 *	0,4	0,8	1,0	0,7	1,3
Immigrants non européens	1,0	0,8	1,2	0,7 *	0,5	0,9	0,7 *	0,5	0,9	0,8	0,5	1,1	0,5 *	0,4	0,8	1,0	0,7	1,4
Population née au Canada <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Ressources habilitantes</b>																		
<b>Niveau de scolarité</b>																		
Sans études postsecondaires	0,6 *	0,6	0,7	0,7 *	0,6	0,7	0,7 *	0,6	0,8	0,8 *	0,7	0,9	0,8 *	0,6	0,9	0,8 *	0,7	0,9
Études postsecondaires <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Revenu total du ménage</b>																		
Moins de 70 000 \$	0,8 *	0,7	1,0	0,9	0,8	1,0	1,2	1,0	1,4	1,0	0,9	1,2	0,7 *	0,6	0,9	0,9	0,7	1,1
70 000 \$ et plus <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Ont un médecin habituel</b>																		
Oui	1,9 *	1,5	2,5	1,8 *	1,4	2,2	1,8 *	1,4	2,4	2,2 *	1,7	3,0	1,3	0,9	1,8	1,3	0,9	1,7
Non <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Lieu de résidence</b>																		
Région urbaine <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Région rurale	0,8 *	0,7	0,9	0,8 *	0,7	0,8	1,0	0,9	1,2	0,9 *	0,8	1,0	0,9	0,7	1,1	1,1	0,9	1,3
<b>Facteurs de besoin</b>																		
Comparativement en santé <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Stress élevé	1,2	0,9	1,5	1,5 *	1,2	1,8	1,1	0,8	1,6	1,1	0,8	1,5	1,3	0,9	1,9	1,1	0,8	1,6
Multimorbidité	1,5 *	1,2	1,8	1,9 *	1,6	2,2	1,5 *	1,2	1,8	1,6 *	1,3	1,9	1,3 *	1,0	1,7	1,4 *	1,1	1,8
Stress élevé, multimorbidité et incapacité	2,3 *	1,9	2,6	2,8 *	2,5	3,2	2,6 *	2,1	3,1	2,5 *	2,1	2,9	1,5 *	1,2	1,9	1,8 *	1,5	2,2
Mauvaise santé physique et mentale	3,0 *	2,2	4,0	3,8 *	3,1	4,6	2,9 *	2,1	3,9	3,5 *	2,7	4,4	1,6 *	1,1	2,4	2,1 *	1,6	2,8
<b>Moment de l'enquête</b>																		
Avant les restrictions liées à la COVID-19 <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Pendant la pandémie de COVID-19	0,8 *	0,7	1,0	0,9	0,8	1,0	1,0	0,9	1,2	0,8 *	0,7	1,0	1,2	1,0	1,4	1,0	0,8	1,2

... n'ayant pas lieu de figurer

<sup>†</sup> catégorie de référence

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

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

chirurgicales non urgentes (chez les femmes, mais pas chez les hommes).

Les Canadiens âgés figurant dans les classes « multimorbidité » et « stress élevé, multimorbidité et incapacité » étaient nettement plus susceptibles d'avoir eu recours à chacun des types de services de soins de santé spécialisés, comparativement à ceux figurant dans la classe « comparativement en santé » (tant chez les hommes que chez les femmes). C'était également le cas pour les répondants figurant dans la classe « mauvaise santé physique et mentale », sauf en ce qui a trait aux interventions chirurgicales non urgentes chez les hommes.

## Résultats multivariés

Dans l'ensemble, les femmes étaient beaucoup moins susceptibles que les hommes d'avoir consulté des médecins spécialistes ou d'avoir passé des examens non urgents, même après la prise en compte des facteurs de prédisposition, des ressources habilitantes et des facteurs de besoin (données non présentées). Il n'y avait aucun écart entre les genres en ce qui a

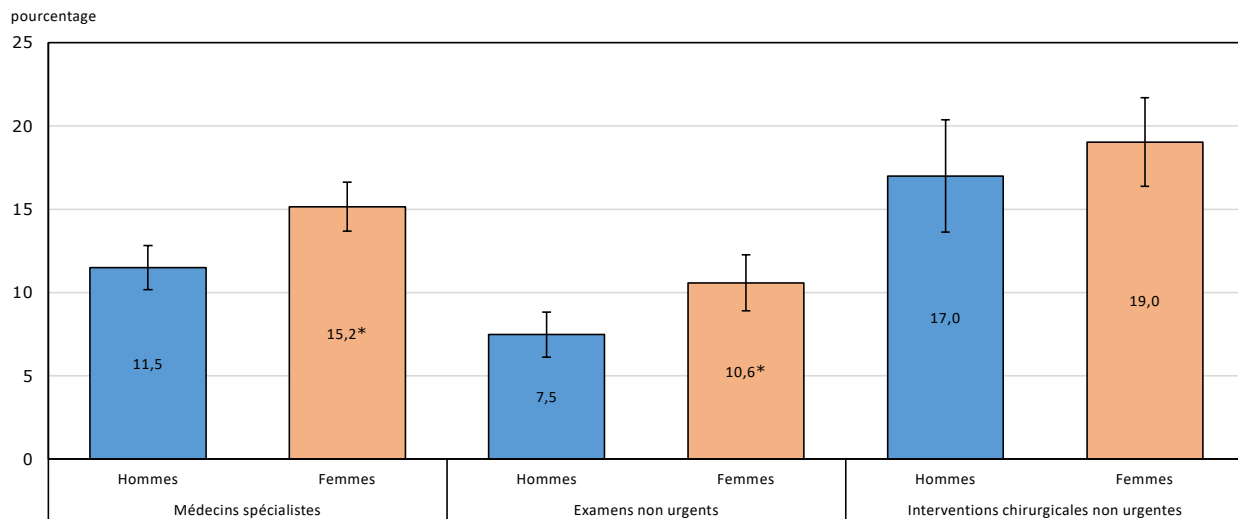
trait aux interventions chirurgicales non urgentes (données non présentées).

Certaines différences entre les âges sont demeurées significatives dans l'analyse multivariée en ce qui a trait aux répondants ayant consulté des médecins spécialistes et ayant passé des examens non urgents. Les hommes de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à ces services que ceux de 65 à 74 ans, alors que les femmes de 85 ans ou plus étaient moins susceptibles d'avoir eu recours à ces services (tableau 4).

Dans plusieurs cas, les immigrants étaient moins susceptibles d'avoir eu recours à des services de soins de santé spécialisés que leurs homologues canadiens (tableau 4). Par exemple, les femmes qui ont émigré de pays non européens étaient moins susceptibles d'avoir consulté des médecins spécialistes (0,7), les hommes qui ont émigré de pays européens étaient moins susceptibles d'avoir passé des examens non urgents (0,7) et les hommes qui ont émigré de pays européens et non européens

Graphique 1

Pourcentage de répondants ayant eu de la difficulté à obtenir des services de soins de santé spécialisés parmi ceux qui y ont eu recours au cours des 12 derniers mois, selon le type de service et le genre, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

étaient moins susceptibles d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes (0,6 et 0,5, respectivement).

Systématiquement pour les deux genres, les personnes n'ayant pas fait d'études postsecondaires étaient moins susceptibles d'avoir eu recours à chacun des services de soins de santé spécialisés (rapport de cotes : 0,6 à 0,8), comparativement à celles ayant un niveau de scolarité plus élevé (tableau 4). Cependant, chez les hommes seulement, un revenu du ménage inférieur à 70 000 \$ était associé indépendamment à de plus faibles probabilités d'avoir consulté des médecins spécialistes (0,8) et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes (0,7).

Les hommes et les femmes ayant un médecin habituel étaient plus susceptibles que ceux n'en ayant pas d'avoir consulté des médecins spécialistes (1,9 chez les hommes et 1,8 chez les femmes) et d'avoir passé des examens non urgents (1,8 chez les hommes et 2,2 chez les femmes).

Les hommes et les femmes qui vivaient dans des régions rurales étaient moins susceptibles que leurs homologues en régions urbaines d'avoir consulté des médecins spécialistes, et les femmes en régions rurales étaient moins susceptibles d'avoir passé des examens non urgents.

Des liens étroits étaient évidents pour chacun des services de soins de santé spécialisés pour les hommes et les femmes figurant dans les classes « multimorbidité », « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et « mauvaise santé physique et mentale », comparativement à ceux et celles figurant dans la classe « comparativement en santé ». Par exemple, chez les femmes, la probabilité accrue d'avoir consulté un médecin spécialiste s'établissait à 1,9 dans la classe « multimorbidité », à 2,8 dans la classe « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et à 3,8 dans la classe « mauvaise santé physique et mentale ». De plus, les femmes figurant dans la classe « stress élevé » étaient 1,5 fois plus susceptibles d'avoir consulté des médecins

spécialistes que les femmes figurant dans la classe « comparativement en santé ».

En ce qui a trait aux examens non urgents, en comparaison avec les hommes de la classe « comparativement en santé », les rapports de cotes s'établissaient à 1,5 pour les hommes de la classe « multimorbidité », à 2,6 pour ceux de la classe « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et à 2,9 pour ceux de la classe « mauvaise santé physique et mentale ». Pour les femmes, les probabilités d'avoir passé des examens non urgents dans ces trois classes étaient de 1,6, de 2,5 et de 3,5, respectivement.

Dans le cas des interventions chirurgicales non urgentes, les rapports de cotes s'établissaient à 1,3 pour les hommes de la classe « multimorbidité », à 1,5 pour ceux de la classe « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et à 1,6 pour ceux de la classe « mauvaise santé physique et mentale », comparativement aux hommes de la classe « comparativement en santé ». Pour les femmes, les probabilités d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes dans ces trois classes étaient de 1,4, de 1,8 et de 2,1, respectivement.

Les corrélations entre la COVID-19 et le recours aux services de soins de santé spécialisés étaient considérables dans quelques cas : les hommes étaient moins susceptibles (0,8) d'avoir consulté des médecins spécialistes pendant la pandémie, comparativement à avant la mise en place des restrictions liées à la pandémie, et les femmes étaient moins susceptibles d'avoir passé des examens non urgents pendant la pandémie. Il convient de noter que ces constatations sont représentatives des Canadiens âgés au niveau agrégé (toutes les provinces confondues). Étant donné qu'il y avait des différences considérables dans les restrictions liées à la pandémie d'une province à l'autre, le recours aux services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés pourrait varier de façon importante dans l'ensemble des provinces.

**Tableau 5**  
Types de difficultés rencontrées pour obtenir des services de soins de santé spécialisés chez les répondants y ayant eu recours au cours des 12 derniers mois, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Types de difficultés	Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
<b>Consulter des médecins spécialistes</b>						
Difficulté à être dirigé vers un spécialiste	11,5 <sup>E</sup>	7,6	17,1	8,5	6,4	11,1
Difficulté à obtenir un rendez-vous	39,2	33,3	45,5	40,9	36,1	46,0
Attente trop longue entre la prise de rendez-vous et la consultation	50,1	44,1	56,0	47,9	42,4	53,4
Attente trop longue avant de voir le médecin spécialiste	22,0	17,4	27,6	22,3	18,3	26,8
Service non disponible au moment requis	7,1 <sup>E</sup>	4,7	10,5	6,9 <sup>E</sup>	4,8	9,8
Service non disponible dans la région	7,9 <sup>E</sup>	5,5	11,2	5,4 <sup>E</sup>	3,9	7,5
Problèmes de transport	2,2 <sup>E</sup>	1,3	3,9	2,9	1,7	4,8
Coût	2,1 <sup>E</sup>	1,1	3,9	1,4 <sup>E</sup>	0,9	2,4
Détérioration générale de la santé	2,4 <sup>E</sup>	1,3	4,2	3,5 <sup>E</sup>	2,2	5,5
Rendez-vous annulé ou reporté par le spécialiste	6,9 <sup>E</sup>	4,4	10,7	7,0 <sup>E</sup>	4,7	10,4
Autres difficultés <sup>x</sup>	12,3	8,9	16,8	15,0	11,3	19,6
<b>Passer des examens non urgents</b>						
Difficulté à être dirigé vers un spécialiste	10,7 <sup>E</sup>	5,6	19,5	4,0 <sup>E</sup>	2,2	6,9
Difficulté à obtenir un rendez-vous	24,9	18,2	33,0	22,6	16,5	30,1
Attente trop longue pour obtenir un rendez-vous	54,6	44,9	63,9	56,4	48,5	64,0
Attente trop longue avant de passer l'examen	19,4 <sup>E</sup>	13,3	27,4	18,5 <sup>E</sup>	13,1	25,4
Service non disponible au moment requis	4,8 <sup>E</sup>	2,8	8,1	5,6 <sup>E</sup>	3,2	9,5
Autres difficultés <sup>xx</sup>	27,8 <sup>E</sup>	19,6	37,7	25,3 <sup>E</sup>	17,9	34,4
<b>Subir une intervention chirurgicale non urgente</b>						
Difficulté à obtenir un rendez-vous	21,3	15,3	28,9	33,9 <sup>†</sup>	26,5	42,2
Difficulté à obtenir un diagnostic, y compris un test diagnostique	8,1 <sup>E</sup>	4,7	13,7	11,9 <sup>E</sup>	8,0	17,5
Attente trop longue pour subir l'opération	59,6	48,2	70,1	67,0	60,1	73,3
Service non disponible dans la région	6,1 <sup>E</sup>	3,6	10,3	8,5 <sup>E</sup>	4,6	15,4
Rendez-vous annulé ou reporté par le chirurgien ou l'hôpital	11,7 <sup>E</sup>	7,2	18,6	11,0 <sup>E</sup>	6,5	18,1
Autres difficultés <sup>xxx</sup>	34,3 <sup>E</sup>	23,7	46,7	34,0	27,5	41,1

<sup>†</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

<sup>E</sup> à utiliser avec prudence

<sup>x</sup> autres difficultés relatives à la consultation d'un médecin spécialiste : problèmes de langue ou incapacité de sortir de son domicile en raison d'un problème de santé.

<sup>xx</sup> autres difficultés relatives aux examens non urgents : service non disponible dans la région, problèmes de transport, coût, détérioration générale de la santé, ne pas savoir où aller, incapacité de sortir de son domicile en raison d'un problème de santé.

<sup>xxx</sup> autres difficultés relatives aux interventions chirurgicales non urgentes : attente trop longue avant qu'un lit se libère à l'hôpital, problèmes de transport, problèmes de langue, coût, détérioration générale de la santé et incapacité de sortir de son domicile en raison d'un problème de santé.

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

## Difficulté à accéder à des services de soins de santé spécialisés

Parmi les Canadiens âgés ayant accédé à des services de soins de santé spécialisés en 2019-2020, environ un demi-million de répondants (15,6 %, IC à 95 % : 14,6 % à 16,6 %) ont déclaré avoir eu de la difficulté à obtenir les services. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir rencontré de la difficulté à consulter des médecins spécialistes et à passer des examens non urgents (graphique 1). Même si les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents, les facteurs indépendamment associés au recours à chaque type de service de soins de santé spécialisés étaient largement similaires pour les hommes et les femmes, à quelques exceptions près.

Environ la moitié ou plus des Canadiens âgés ont déclaré que le long temps d'attente représentait une difficulté à accéder aux

services de soins de santé spécialisés (p. ex. temps d'attente trop long entre la prise du rendez-vous et la consultation, temps d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous ou subir une intervention chirurgicale). La difficulté à obtenir un rendez-vous ou une recommandation a aussi été souvent mentionnée (tableau 5).

Dans l'ensemble, les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir rencontré de la difficulté à obtenir des services de soins de santé spécialisés, même après la prise en compte des facteurs de prédisposition, des ressources habilitantes et des facteurs de besoin (données non présentées).

Les facteurs associés indépendamment aux probabilités plus faibles de rencontrer de la difficulté à obtenir des services de soins de santé spécialisés comprenaient ce qui suit : être âgés de 75 à 84 ans pour les hommes (0,8) ou être âgées de 85 ans ou plus pour les femmes (0,5); être d'origine non européenne pour les femmes immigrantes (0,6); ne pas avoir fait d'études

**Tableau 6**  
**Rapports de cotes corrigés en ce qui a trait aux difficultés à obtenir des services de soins de santé spécialisés en fonction de certaines caractéristiques, parmi les répondants y ayant eu recours au cours des 12 derniers mois, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020**

Caractéristiques	Hommes			Femmes		
	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
<b>Caractéristiques prédisposantes</b>						
<b>Groupe d'âge</b>						
65 à 74 ans <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
75 à 84 ans	0,8 *	0,6	1,0	1,0	0,8	1,2
85 ans et plus	0,7	0,5	1,2	0,5 *	0,3	0,7
<b>État matrimonial</b>						
Marié(e)s ou vivant en union libre	0,9	0,5	1,4	1,0	0,7	1,5
Divorcé(e)s, séparé(e)s ou veuf(ve)s	0,8	0,5	1,2	0,9	0,6	1,3
Célibataires, jamais marié(e)s <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Statut d'immigrant</b>						
Immigrants européens	1,1	0,7	1,6	1,4 *	1,0	1,9
Immigrants non européens	0,8	0,6	1,3	0,6 *	0,4	1,0
Population née au Canada <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Ressources habitantes</b>						
<b>Niveau de scolarité</b>						
Sans études postsecondaires	0,7 *	0,6	1,0	0,7 *	0,6	0,9
Études postsecondaires <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Revenu total du ménage</b>						
Moins de 70 000 \$	0,9	0,7	1,2	0,8	0,7	1,0
70 000 \$ et plus <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Ont un médecin habituel</b>						
Oui	0,6 *	0,4	0,9	0,9	0,6	1,4
Non <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
<b>Lieu de résidence</b>						
Région urbaine <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
Région rurale	0,9	0,8	1,2	0,9	0,8	1,1
<b>Facteurs de besoin</b>						
Comparativement en santé <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
Stress élevé	1,2	0,8	1,8	1,7 *	1,2	2,4
Multimorbidité	1,1	0,8	1,5	1,4 *	1,0	1,9
Stress élevé, multimorbidité et incapacité	1,6 *	1,2	2,2	2,1 *	1,6	2,7
Mauvaise santé physique et mentale	2,4 *	1,5	3,7	2,9 *	2,1	4,0
<b>Moment de l'enquête</b>						
Avant les restrictions liées à la COVID-19 <sup>†</sup>	1,0	...	...	1,0	...	...
Pendant la pandémie de COVID-19	1,0	0,8	1,3	1,1	0,9	1,4

... n'ayant pas lieu de figurer

<sup>†</sup> catégorie de référence

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

Source : Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

postsecondaires pour les hommes et les femmes (0,7); avoir un médecin habituel pour les hommes (0,6) [tableau 6].

Les femmes qui ont émigré de pays européens étaient plus susceptibles de 40,0 % d'avoir rencontré de la difficulté à obtenir des services de soins de santé spécialisés, comparativement aux femmes nées au Canada. Les hommes et les femmes figurant dans les classes « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et « mauvaise santé physique et mentale » étaient plus susceptibles d'avoir rencontré des difficultés que ceux et celles figurant dans la classe « comparativement en santé ». Pour les femmes, c'était également le cas pour celles figurant dans les classes « stress élevé » et « multimorbidité ».

## Discussion

Selon l'ECSA de 2019-2020, il a été estimé que 2,6 millions de Canadiens âgés (45,4 %) ont consulté des médecins spécialistes,

que 1,4 million (23,2 %) ont passé des examens non urgents et que 0,6 million (10,4 %) ont subi des interventions chirurgicales non urgentes. Parmi ceux qui ont obtenu des services de soins de santé spécialisés, 0,5 million (15,6 %) ont déclaré avoir eu de la difficulté à y accéder.

La présente étude visait surtout à examiner les différences entre les genres en ce qui concerne les facteurs associés au recours aux services de soins de santé spécialisés. Même si les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents, les facteurs indépendamment associés au recours à chaque type de service de soins de santé spécialisés étaient largement similaires pour les hommes et les femmes, à quelques exceptions près. En ce qui a trait aux genres, les études antérieures ont présenté des constatations mitigées concernant le recours aux services de soins de santé. Par exemple, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir recours aux services de soins primaires<sup>35-36</sup>, mais moins susceptibles d'avoir recours aux services d'urgence et aux services hospitaliers<sup>35,37</sup>. De

même, les femmes étaient moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé mentale offerts par des médecins spécialistes<sup>38-39</sup>. Les études antérieures ont révélé que divers facteurs étaient attribuables aux écarts entre les genres au chapitre du recours aux services de santé, y compris les différences dans les perceptions et les attitudes à l'égard de la santé<sup>35</sup>, les tendances liées à la morbidité<sup>35,40</sup>, l'état de santé mentale<sup>40</sup>, les facteurs sociostructurels (p. ex. les conditions socioéconomiques, le soutien social, la situation familiale)<sup>41-42</sup>, le statut d'immigrant et la race ou l'origine ethnique<sup>43-44</sup>. De plus, le recours plus faible aux services de soins de santé spécialisés observé chez les femmes pourrait être attribuable à de plus grandes difficultés à accéder à ces services, comme on le montre dans la présente étude. Parmi d'autres facteurs, le recours plus faible aux services de soins de santé observé chez les femmes pendant la pandémie pourrait s'expliquer en partie par la plus grande crainte d'être exposé à la COVID-19 dans un établissement de soins de santé<sup>20</sup>.

Conformément aux attentes, de plus fortes probabilités d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents ont été observées chez les hommes plus âgés (ceux de 75 à 84 ans, comparativement à ceux de 65 à 74 ans). Cependant, les femmes de 85 ans ou plus étaient moins susceptibles d'avoir consulté des médecins spécialistes et d'avoir passé des examens non urgents, même si elles étaient moins susceptibles d'avoir rencontré des difficultés à accéder aux services de soins de santé spécialisés que les femmes de 65 à 74 ans. Il est possible que la population cible de l'ECSA (soit les personnes habitant dans la collectivité) mène à un biais lié aux répondants en santé. En excluant de la présente étude les personnes vivant dans des établissements institutionnels, qui sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé, on pourrait sous-estimer le besoin en services de soins de santé spécialisés, surtout chez les femmes de 85 ans ou plus. Dans ce groupe d'âge, 31,5 % des femmes et 19,5 % des hommes vivaient dans des établissements de soins de santé ou des établissements connexes en 2021<sup>45-46</sup>.

Certaines constatations de l'étude indiquent que les immigrants étaient moins susceptibles d'avoir accès à des services de soins de santé spécialisés, même s'il y avait des différences entre les genres et les types de service. Les immigrants originaires de pays non européens étaient moins susceptibles que leurs homologues nés au Canada d'avoir consulté un médecin spécialiste (femmes), d'avoir passé des examens non urgents (hommes) et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes (hommes), alors que les immigrants d'origine européenne étaient moins susceptibles d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes (hommes). Bien qu'il ne soit pas possible de faire des comparaisons directes entre la présente étude et les études antérieures en raison des différences à l'égard de la population à l'étude et des facteurs analysés, on constate que les études antérieures ont révélé un recours plus faible aux services de soins de santé chez les immigrants, par rapport à la population du pays hôte<sup>44,47</sup>, et l'ont attribué à des obstacles structurels (p. ex. problème de transport ou difficulté à obtenir la permission pour recevoir des soins pendant les

heures de travail) et à des obstacles culturels (p. ex. manque de services de santé adaptés à la langue et à la culture). Dans la présente étude, les corrélations entre le statut d'immigrant et les difficultés à obtenir des services étaient mitigées : aucun lien n'a été observé chez les hommes; en ce qui a trait aux femmes, les immigrantes d'origine européenne étaient plus susceptibles d'avoir rencontré des difficultés, alors que les immigrantes d'origine non européenne étaient moins susceptibles d'en avoir rencontré, comparativement aux femmes nées au Canada. D'autres recherches au moyen d'un échantillon relativement grand sont nécessaires afin de découvrir les motifs qui pourraient expliquer les probabilités plus faibles d'avoir rencontré des difficultés à accéder à des services de soins de santé spécialisés observées chez les femmes immigrantes qui ne sont pas originaires de l'Europe.

Un statut socioéconomique plus faible, et surtout le fait de ne pas avoir fait d'études postsecondaires, a été associé à de plus faibles probabilités d'avoir consulté des médecins spécialistes, d'avoir passé des examens non urgents et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes. Les hommes ayant un revenu plus faible étaient moins susceptibles d'avoir consulté un médecin spécialiste et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes. Des études antérieures ont aussi révélé un recours plus faible aux services de soins de santé spécialisés chez les répondants ayant un statut socioéconomique plus faible<sup>9</sup>, même s'ils pourraient avoir davantage besoin de ces services en raison d'un état de santé physique et mentale plus fragile, comparativement à leurs homologues ayant un statut socioéconomique plus élevé<sup>48</sup>. Pulok et Hajizadeh<sup>9</sup> ont déterminé que le niveau de scolarité était le deuxième facteur en importance, après le revenu, menant à l'inégalité observée au chapitre des consultations chez des médecins spécialistes pour les Canadiens âgés. Bien que le système de soins de santé universel du Canada (régime public d'assurance-maladie) offre un accès gratuit aux services hospitaliers et médicaux, les obstacles liés à l'accès (p. ex. capacité à obtenir des recommandations, coûts de déplacement) et l'abordabilité des services de soins de santé (p. ex. manque de couverture universelle pour les médicaments sur ordonnance) pourraient jouer un rôle dans le recours plus faible aux services de soins de santé spécialisés observé chez les personnes à plus faible revenu<sup>9</sup>.

En 2021, 4,7 millions de Canadiens de 12 ans ou plus (sauf les territoires) [14,5 %] n'avaient pas de fournisseur de soins de santé habituel. Parmi ces personnes, 0,4 million étaient âgées de 65 ans ou plus<sup>49</sup>. Le fait d'avoir un médecin habituel était associé à environ le double des probabilités de consulter un médecin spécialiste ou de passer des examens non urgents. Cette constatation est conforme à la structure du système de soins de santé au Canada, où il faut avoir une recommandation d'un médecin de famille pour avoir un rendez-vous chez un médecin spécialiste. Les résidents vivant dans les régions rurales étaient moins susceptibles de consulter des médecins spécialistes ou de passer des examens non urgents (femmes seulement), peut-être en raison de l'accès limité aux services de soins primaires pour obtenir des recommandations, ainsi que de

la concentration des services de médecins spécialistes dans les régions urbaines<sup>50</sup>.

On aurait pu s'attendre à ce que l'accès limité aux soins de santé non urgents et les préoccupations à l'égard de l'exposition à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé<sup>20</sup> mènent à des probabilités plus faibles d'avoir recours aux services de soins de santé spécialisés pendant la pandémie. Toutefois, ces probabilités plus faibles ont seulement été observées chez les hommes, pour les consultations chez les médecins spécialistes, et chez les femmes, pour les examens non urgents. L'utilisation accrue des options de soins virtuels pendant la pandémie pourrait avoir remplacé certains types de services de soins de santé spécialisés en personne, mais ces options variaient selon la province, et les personnes de 65 ans ou plus étaient moins susceptibles de les utiliser<sup>51</sup>.

La présente étude a permis de définir cinq classes distinctes de besoins liés à la santé en fonction de huit facteurs physiques, mentaux et psychosociaux. Les probabilités d'avoir recours aux services de soins de santé spécialisés ont augmenté lorsque l'on observait une plus forte concentration de problèmes de santé. Par exemple, les répondants faisant partie de la classe « mauvaise santé physique et mentale » étaient plus susceptibles d'avoir consulté un médecin spécialiste, d'avoir passé des examens non urgents et d'avoir subi des interventions chirurgicales non urgentes, comparativement à ceux faisant partie de la classe « comparativement en santé ». Il importe de répéter que la classe « mauvaise santé physique et mentale » est caractérisée par de plus fortes probabilités d'avoir les huit facteurs de besoin : état de santé général perçu mauvais ou passable, stress perçu dans la vie, trouble de l'humeur, trouble anxieux, obésité, multimorbidité, incapacité et solitude. De façon générale, ces résultats corroborent les conclusions tirées des recherches antérieures<sup>5-7,10</sup>, lesquelles étaient fondées sur les facteurs de besoin individuels (et non sur la combinaison de facteurs), comme la multimorbidité et la mauvaise santé physique et mentale.

Les constatations de l'étude permettent de déterminer la proportion d'adultes âgés ayant des facteurs de besoin multidimensionnels et mettent en lumière les effets de la combinaison des facteurs de besoin sur le recours aux services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés. Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale en plus d'avoir une mauvaise santé physique et des problèmes psychosociaux (p. ex. la solitude) étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à des services de soins de santé spécialisés. Le fait de reconnaître la complexité des besoins en matière de santé de ce groupe d'adultes âgés pourrait aider à orienter la prestation optimale des services de soins de santé spécialisés aux Canadiens.

Les femmes et les personnes ayant plus de facteurs de besoin, comme celles des classes « stress élevé, multimorbidité et incapacité » et « mauvaise santé physique et mentale », étaient plus susceptibles d'avoir rencontré des difficultés à accéder aux services de soins de santé spécialisés. Cela concorde avec les études antérieures<sup>15,20,52</sup>. Parmi les difficultés les plus souvent

rencontrées par les Canadiens âgés en 2019-2020, il y avait la difficulté à être dirigé vers un médecin spécialiste, la difficulté à obtenir un rendez-vous, le temps d'attente trop long (pour obtenir un rendez-vous et pour obtenir le service après la prise du rendez-vous) et la non-disponibilité des services au moment requis ou dans la région. Une récente étude a révélé que le temps d'attente entre la recommandation du médecin généraliste et la consultation avec un médecin spécialiste a augmenté, passant de 10,5 semaines en 2020 à 11,1 semaines en 2021. L'étude a aussi révélé que les Canadiens ont eu des temps d'attente importants en ce qui concerne diverses technologies de diagnostic (p. ex. 5,2 semaines pour passer une tomodensitogramme, 10,2 semaines pour passer une IRM et 3,6 semaines pour passer une échographie)<sup>53</sup>.

La difficulté à accéder aux services de soins d'un médecin spécialiste peut avoir diverses répercussions, comme la mauvaise observance du traitement ou le délai dans la recherche et l'obtention d'un traitement, ce qui mène à l'exacerbation des problèmes existants, à un diagnostic sous-optimal, à une mauvaise qualité de vie ou même au décès de la personne, ainsi qu'à un fardeau financier accru sur le système de soins de santé<sup>15,54</sup>. Cela est particulièrement important dans le contexte d'une population vieillissante ayant une prévalence élevée de problèmes de santé et une demande accrue en services de médecins spécialistes.

## Points forts et limites

Au meilleur des connaissances des auteurs, il s'agit de la première analyse en son genre à cerner les tendances relatives aux facteurs de besoin (au moyen de l'application de l'ACL) et leur corrélation avec le recours aux services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés. Le grand échantillon de l'ECSCA de 2019-2020 a permis d'analyser les hommes et les femmes de façon distincte. Le présent document a aussi porté sur la mesure dans laquelle les Canadiens âgés ont rencontré des difficultés à accéder aux services spécialisés, ainsi que les types de difficultés rencontrées.

En revanche, la présente étude comporte certaines limites. Dans l'ECSCA, on exclut les données sur les populations habitant dans les réserves et celles habitant en établissement institutionnel, comme les établissements de soins prolongés et les établissements de soins infirmiers, lesquelles pourraient être plus susceptibles d'avoir besoin de services de soins de santé spécialisés. Par conséquent, les résultats ne sont pas nécessairement représentatifs de ce groupe de population. Enfin, la collecte de données de l'ECSCA de 2020 a été interrompue en raison de la pandémie de COVID-19, et l'impossibilité de mener des interviews en personne pendant la pandémie a entraîné une baisse des taux de réponse. Des facteurs de pondération ont été utilisés dans les analyses pour réduire au minimum tout biais potentiel pouvant être attribuable à de faibles taux de réponse.

## Conclusion

La présente étude nationale fondée sur la population et portant sur le recours aux services de soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés a permis d'établir les groupes de besoins prédisposants, habilitants et multidimensionnels associés au recours aux soins de santé spécialisés chez les Canadiens âgés. Les femmes, les immigrants, les personnes ayant un statut socioéconomique plus faible et celles habitant dans des régions rurales étaient moins susceptibles d'avoir recours à ces services dans certains cas, alors que les personnes ayant un médecin habituel et un état de santé plus fragile étaient plus susceptibles

de les utiliser. Une meilleure compréhension des caractéristiques des Canadiens âgés qui utilisent les services de soins de santé spécialisés, selon le type de service et le genre, peut permettre d'orienter les politiques et les programmes de prestation de services et de cerner les iniquités. Les résultats de l'étude soulignent également l'importance de tenir compte de l'hétérogénéité des facteurs de besoin en matière de santé (allant de la santé physique à la santé mentale en passant par les facteurs psychosociaux) pour examiner le recours aux services de soins de santé spécialisés et la difficulté à les obtenir.

## Annexe A

### Répartition en pourcentage pondéré selon le genre et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Hommes				Femmes			
	nombre (en milliers)	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		nombre (en milliers)	%	Intervalle de confiance à 95 % de à	
<b>Facteurs de prédisposition</b>								
<b>Groupe d'âge</b>								
65 à 74 ans	1 736	63,9	63,4	64,4	1 895	59,4 <sup>†</sup>	58,8	59,9
75 à 84 ans	778	28,6	28,1	29,1	946	29,7 <sup>†</sup>	29,2	30,1
85 ans ou plus	204	7,5	7,0	8,0	350	11,0 <sup>†</sup>	10,5	11,4
<b>État matrimonial</b>								
Marié(e)s ou vivant en union libre	2 065	76,0	74,8	77,1	1 689	53,0 <sup>†</sup>	51,6	54,3
Divorcé(e)s, séparé(e)s ou veuf(ve)s	472	17,4	16,3	18,4	1 265	39,7 <sup>†</sup>	38,4	41,0
Célibataires, jamais marié(e)s	181	6,7	6,1	7,3	234	7,3	6,6	8,1
<b>Statut d'immigrant</b>								
Immigrants européens	356	13,1	12,0	14,3	403	12,7	11,7	13,7
Immigrants non européens	385	14,2	12,8	15,7	380	11,9 <sup>†</sup>	10,7	13,3
Population née au Canada	1 973	72,7	71,2	74,2	2 399	75,4 <sup>†</sup>	74,0	76,8
<b>Ressources habilitantes</b>								
<b>Niveau de scolarité</b>								
Études postsecondaires	1 658	62,3	60,8	63,7	1 645	52,7 <sup>†</sup>	51,4	53,9
Sans études postsecondaires	1 005	37,7	36,3	39,2	1 478	47,3 <sup>†</sup>	46,1	48,6
<b>Revenu total du ménage</b>								
70 000 \$ et plus	1 458	53,6	52,1	55,2	1 362	42,7 <sup>†</sup>	41,3	44,1
Moins de 70 000 \$	1 260	46,4	44,8	47,9	1 829	57,3 <sup>†</sup>	55,9	58,7
<b>Ont un médecin habituel</b>								
Oui	2 528	93,2	92,4	93,9	3 008	94,3 <sup>†</sup>	93,7	94,9
Non	185	6,8	6,1	7,6	181	5,7 <sup>†</sup>	5,1	6,3
<b>Lieu de résidence</b>								
Région urbaine	2 111	77,7	76,5	78,8	2 565	80,4 <sup>†</sup>	79,4	81,3
Région rurale	607	22,3	21,2	23,5	626	19,6 <sup>†</sup>	18,7	20,6
<b>Facteurs de besoin</b>								
Bonne santé	1 199	44,1	42,6	45,6	1 221	38,3 <sup>†</sup>	36,9	39,7
Stress	203	7,5	6,8	8,3	303	9,5 <sup>†</sup>	8,8	10,3
Multimorbidité	460	16,9	15,8	18,1	424	13,3 <sup>†</sup>	12,5	14,1
Stress, multimorbidité et incapacité	768	28,3	26,9	29,6	1 033	32,4 <sup>†</sup>	31,1	33,6
Mauvaise santé physique et mentale	88	3,2	2,8	3,8	210	6,6 <sup>†</sup>	6,0	7,2
<b>Moment de l'enquête</b>								
Avant les restrictions liées à la COVID-19	1 670	61,4	60,6	62,3	1 971	61,8	61,0	62,5
Pendant la pandémie de COVID-19	1 048	38,6	37,7	39,4	1 220	38,2	37,5	39,0

<sup>†</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p<0,05)

**Notes :** Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les prédicteurs). La population à l'étude représente 5,9 millions de Canadiens âgés (46,0 % d'hommes et 54,0 % de femmes).

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.



## Annexe B

## Répartition en pourcentage pondéré des facteurs de besoin selon le genre, population à domicile de 65 ans ou plus, Canada sans les territoires, 2019-2020

Caractéristiques	Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
<b>État de santé général perçu</b>						
Mauvais ou passable	16,9	15,7	18,0	17,1	16,2	18,1
Bon, très bon ou excellent	83,1	82,0	84,3	82,9	81,9	83,8
<b>Stress perçu dans la vie</b>						
Stress	69,3	67,9	70,7	76,8 <sup>†</sup>	75,7	77,9
Pas de stress	30,7	29,3	32,1	23,2 <sup>†</sup>	22,1	24,3
<b>Trouble de l'humeur</b>						
Oui	4,0	3,6	4,6	7,0 <sup>†</sup>	6,5	7,6
Non	96,0	95,4	96,4	93,0 <sup>†</sup>	92,4	93,5
<b>Trouble anxieux</b>						
Oui	3,5	3,0	4,0	6,8 <sup>†</sup>	6,2	7,5
Non	96,5	96,0	97,0	93,2 <sup>†</sup>	92,5	93,8
<b>Obésité</b>						
Oui	28,7	27,3	30,1	28,0	26,8	29,3
Non	71,3	69,9	72,7	72,0	70,7	73,2
<b>Multimorbidité</b>						
Oui	67,4	65,9	68,9	73,1 <sup>†</sup>	71,9	74,2
Non	32,6	31,1	34,1	26,9 <sup>†</sup>	25,8	28,1
<b>Incapacité</b>						
Incapacité modérée ou grave	39,4	38,0	40,8	45,7 <sup>†</sup>	44,3	47,1
Aucune ou légère incapacité	60,6	59,2	62,0	54,3 <sup>†</sup>	52,9	55,7
<b>Solitude</b>						
Oui	14,5	13,5	15,6	23,0 <sup>†</sup>	21,9	24,2
Non	85,5	84,4	86,5	77,0 <sup>†</sup>	75,8	78,1

<sup>†</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes (p<0,05)

**Note :** Selon l'analyse des cas disponibles (taille d'échantillon inégale entre les facteurs de besoin).

**Source :** Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2019-2020.

# Références

1. Statistique Canada. (2022a). Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique. [https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes\\_ages\\_et\\_vieillessement\\_demographique](https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillessement_demographique).
2. Statistique Canada. (2019). Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043) [produit n° 91-520-X au catalogue]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.htm>.
3. Institut canadien d'information sur la santé. (2022a). Les dépenses de santé consacrées aux personnes âgées ont-elles varié? [infographie]. <https://www.cihi.ca/fr/les-depenses-de-sante-consacrees-aux-personnes-agees-ont-elles-varie>.
4. Conde, H. et McDonald, J.T. (2007). The health services use among older Canadians in rural and urban areas. *SEDAP Research Paper*, n° 178, p. 1 à 41. <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap178.pdf>.
5. Fisher, K.A., Griffith, L.E., Gruneir, A. et coll. (2021). Effect of socio-demographic and health factors on the association between multimorbidity and acute care service use: Population-based survey linked to health administrative data. *BMC Health Services Research*, vol. 21, n° 62, p. 1 à 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06032-5>.
6. Gruneir, A., Markle-Reid, M., Fisher, K. et coll. (2016). Comorbidity burden and health services use in community-living older adults with diabetes mellitus: A retrospective cohort study. *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 40, n° 1, p. 35 à 42. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.09.002>.
7. Koné, A.P. et Scharf, D. (2021). Prevalence of multimorbidity in adults with cancer, and associated health service utilization in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *BMC Cancer*, vol. 21, n° 406, p. 1 à 13. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08102-1>.
8. Ng, E., Sanmartin, C.A. et Manuel, D.G. (2016). Hospitalisation en soins de courte durée, selon la catégorie d'immigration : couplage de données hospitalières avec le Fichier d'établissement des immigrants au Canada. Statistique Canada. *Rapports sur la santé*, vol. 27, n° 8, p. 13 à 21. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2016008/article/14648-fra.htm>.
9. Pulok, M.H. et Hajizadeh, M. (2022). Equity in the use of physician services in Canada's universal health system: A longitudinal analysis of older adults. *Social Science & Medicine*, vol. 307, 115186. <https://www.doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115186>.
10. Rotermann, M. (2017). Grande utilisation des services hospitaliers de soins de courte durée à 50 ans et plus. *Rapports sur la santé*, vol. 28, n° 9, p. 3 à 17. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2017009/article/54855-fra.pdf?st=9OW66dq>.
11. Islam, M.K., Kellett, P. (2022). Provincial variations in not having a regular medical doctor and having unmet healthcare needs among Canadians. *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 37, n° 4, p. 2090 à 2105. <https://doi.org/10.1002/hpm.3451>.
12. Ramage-Morin, P. L., Gilmour, H. et Rotermann, M. (2017). Risque nutritionnel, hospitalisation et mortalité chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus vivant dans la collectivité. *Rapports sur la santé*, vol. 28, n° 9, p. 18 à 29. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017009/article/54856-fra.pdf>.
13. Ionescu-Ittu, R., McCusker, J., Ciampi, A. et coll. (2007). Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 177, n° 11, p. 1362 à 1368. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061615>.
14. Ramage-Morin, P.L. (2009). Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés. *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 1, p. 39 à 47. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/82-003-x2009001-fra.pdf?st=clzns0Ep>.
15. Clarke, J. (2016). *Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada* (n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, p. 1 à 11). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2016001/article/14683-fra.pdf?st=VRYkel7n>.
16. Jorgensen, T., Jacobsen, R. K., Toft, U. et coll. (2014). Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ*, vol. 348, g3617. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3617>.
17. Liss, D. T., Uchida, T., Wilkes, C.L. et coll. (2021). General health checks in adult primary care: a review. *JAMA*, vol. 325, n° 22, p. 2294 à 2306. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6524>.
18. Andersen, R. (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 10. <https://doi.org/10.2307/2137284>.
19. Lafortune, L., Béland, F., Bergman, H. et coll. (2009). Health state profiles and service utilization in community-living elderly. *Medical Care*, vol. 47, n° 3, p. 286 à 294. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181894293>.
20. Frank, K. (2022). 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. *Rapports sur la santé*, vol. 33, n° 11, p. 17 à 28. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022011/article/00002-fra.htm>.
21. Glazier, R. H., Green, M. E., Wu, F.C. et coll. (2021). Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 193, n° 6, E200-E210. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202303>.
22. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2021). L'incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé du Canada. <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada>.
23. Hartnett, K. P., Kite-Powell, A., DeVies, J. et coll. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 69, n° 23, p. 699. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1>.

24. Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, vol. 46, n° 7, p. 647 à 653. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>.
25. Babitsch, B., Gohl, D. et Lengerke, T. (2012). Re-visiting Andersen's behavioral model of health services use: A systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, vol. 9, n° 1, p. 23 à 36. <https://doi.org/10.3205/psm000089>.
26. Lederle, M., Tempes, J. et Bitzer, E.M. (2021). Application of Andersen's behavioural model of health services use: a scoping review with a focus on qualitative health services research. *BMJ Open*, vol. 11, n° 5, e045018. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045018>.
27. Statista. (2023). *Average net household income in Canada from 2019 to 2020*. <https://www.statista.com/statistics/1317652/average-income-of-canadian-households-family/>.
28. Bastani, P., Mohammadpour, M., Samadbeik, M. et coll. (2021). Factors influencing access and utilization of health services among older people during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Archives of Public Health*, vol. 79, p. 1 à 1. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00719-9>.
29. Sirois, F.M. et Owens, J. (2023). A meta-analysis of loneliness and use of primary health care. *Health Psychology Review*, vol. 17, n° 2, p. 193 à 210. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1986417>.
30. Feng, Y., Bernier, J., McIntosh, C. et coll. (2009). Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3. *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 2, p. 45 à 53. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2009002/article/10863-fra.pdf>.
31. Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L.C. et coll. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, vol. 26, n° 6, p. 655 à 672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>.
32. Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 4, p. 3 à 13. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2012004/article/11720-fra.pdf?st=5m0pbakD>.
33. Weller, B. E., Bowen, N.K. et Faubert, S.J. (2020). Latent class analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, vol. 46, n° 4, p. 287 à 311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>.
34. Rust, K.F. et Rao, J.N.K. (1996). Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*, vol. 5, n° 3, p. 283 à 310. <https://doi.org/10.1177/096228029600500305>.
35. Bertakis, K.D., Azari, R., Helms, L. J. et coll. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 2, p. 147 à 152.
36. Lavergne, M. R., Bodner, A., Allin, S. et coll. (2023). Disparities in access to primary care are growing wider in Canada. *Healthcare Management Forum*, vol. 36, n° 5, p. 272 à 279. <https://doi.org/10.1177/08404704231183599>.
37. Giles, W. H., Anda, R.F., Casper, M. L. et coll. (1995). Race and sex differences in rates of invasive cardiac procedures in US hospitals: data from the National Hospital Discharge Survey. *Archives of Internal Medicine*, vol. 155, n° 3, p. 318 à 324. <https://doi.org/10.1001/archinte.1995.00430030116013>.
38. Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et coll. (2012). Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *Psychiatric Quarterly*, vol. 83, p. 41 à 51. <https://doi.org/10.1007/s1126-011-9181-3>.
39. Vasiliadis, H. M., Lesage, A., Adair, C. et coll. (2007). Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 1, p. 63 à 71. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.1.63>.
40. Merzel, C. (2000). Gender differences in health care access indicators in an urban, low-income community. *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 6, p. 909 à 916. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.6.909>.
41. Adler, N.E. et Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs*, vol. 21, n° 2, p. 60 à 76. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60>.
42. Denton, M., Prus, S. et Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, vol. 58, n° 12, p. 2585 à 2600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.008>.
43. Manuel, J.I. (2018). Racial/ethnic and gender disparities in health care use and access. *Health Services Research*, vol. 53, n° 3, p. 1407 à 1429. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12705>.
44. Tsai, P. L. et Ghahari, S. (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. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01461-w>.
45. Statistique Canada. (2022b). *Tableau 98-10-0045-01 : Type de logement collectif, âge et genre pour la population dans les logements collectifs : Canada, provinces et territoires*. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810004501&reque st\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810004501&reque st_locale=fr).
46. Statistique Canada. (2022c). *Tableau 98-10-0027-01 Âge (en années), âge moyen et âge médian et genre : Canada et régions de tri d'acheminement*. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810002701&reque st\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810002701&reque st_locale=fr).
47. Derr, A.S. (2016). Mental health service use among immigrants in the United States: A systematic review. *Psychiatric Services*, vol. 67, n° 3, p. 265 à 274. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500004>.
48. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, vol. 365, n° 9464, p. 1099 à 1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
49. Statistique Canada. (2022d). *Tableau 13-10-0096-01 Caractéristiques de la santé, estimations annuelles*. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601&reque st\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601&reque st_locale=fr).

50. 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, n° 20, p. 1 à 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-20>.
51. Institut canadien d'information sur la santé. (2022b). *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>.
52. Harrington, D. W., Wilson, K., Rosenberg, M. et coll. (2013). Access granted! barriers endure: Determinants of difficulties accessing specialist care when required in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 146, p. 1 à 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-146>.
53. Moir, M. et Barua, B. (2021). *Waiting your turn: Wait times for health care in Canada, 2021 Report*. Institut Fraser. <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2021.pdf>.
54. Santé Canada. (2013). *Les Canadiens et les Canadiennes en santé : rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé*. Ottawa (Ontario). <https://publications.gc.ca/site/fra/9.502542/publication.html>.