



CIRANO

Allier savoir et décision

EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET L'UTILISATION DES SERVICES PRÉVENTIFS PARMI LES POPULATIONS VISÉES PAR L'ÉQUITÉ AU CANADA ET AU QUÉBEC

MEHDI AMMI
ERIN STRUMPF



RP

2026RP-13
RAPPORT DE PROJET

Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs - Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
La Caisse
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Pratt & Whitney Canada
VIA Rail Canada

Partenaires gouvernementaux - Governmental partners

Ministère des Finances du Québec
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
Innovation, Sciences et Développement
Économique Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires - University Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site Web. CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Juin 2026. Mehdi Ammi et Erin Strumpf. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

ISSN 1499-8629 (version en ligne)

Effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'accessibilité des soins et l'utilisation des services préventifs parmi les populations visées par l'équité au Canada et au Québec^{*}

Mehdi Ammi[†] et Erin Strumpf[‡]

Résumé

La pandémie de la COVID-19 a bouleversé les systèmes de soins, réduit l'accessibilité des soins et des services préventifs, mais il n'est pas clair si les groupes visés par l'équité (femmes, minorités visibles, personnes autochtones, personnes en situation de handicap, minorités sexuelles, immigrants, personnes n'ayant pas complété leur secondaire) ont été davantage affectés au Canada et au Québec. Nous mobilisons deux grandes enquêtes populationnelles, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête canadienne sur le revenu, que nous augmentons par d'autres sources de données, ainsi que des méthodes économétriques quasi-expérimentales pour investiguer ce sujet. Nos résultats indiquent que si certains groupes minoritaires n'ont pas été touchés différemment par la pandémie, voire ont connu certaines améliorations, plusieurs autres ont vu leur accessibilité aux soins se détériorer davantage que celle de leurs homologues majoritaires : les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, celles en situation de handicap, certains groupes racisés et les Autochtones. Nos résultats indiquent par ailleurs que la sévérité des restrictions sanitaires tend à avoir amplifié ces effets. Ils mettent également à jour des particularités au Québec, où la détérioration de l'accès aux soins a été plus marquée chez les personnes sans diplôme d'études secondaires, les immigrants récents et les personnes allophones. Ces constats mettent en lumière la nécessité de politiques de santé ciblées et adaptées aux réalités de ces groupes visés par l'équité.

^{*} Nous avons bénéficié du soutien d'assistants de recherche à différents stades de ce projet. Pour la revue de la littérature, nous remercions Oumou Keita et Noah Merali. Pour la préparation des bases de données, nous remercions Tiffanie Perrault et Maeva Doumbia. Pour le soutien à l'analyse des données et au processus de divulgation, nous remercions Kwasi Tabiri. Les analyses des microdonnées ont été conduites au centre de données de recherche de l'Université Carleton (CDR-U-C) et nous remercions son personnel pour leur soutien. Le CDR-UC fait partie du Réseau canadien des centres de données de recherche (RCCDR). Ce service est offert grâce au soutien de la Fondation canadienne pour l'innovation, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines et de Statistique Canada, ainsi qu'à l'appui de l'Université Carleton. Les opinions exprimées sont celles des auteurs.

[†] School of Public Policy and Administration, Carleton University

[‡] Department of Economics and Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University

Abstract

The COVID-19 pandemic disrupted healthcare systems and reduced access to healthcare and preventive services. However, it remains unclear whether equity-deserving groups (women, visible minorities, Indigenous peoples, persons with disabilities, sexual minorities, immigrants, and individuals who did not complete secondary education) were disproportionately affected in Canada and Quebec. To investigate this issue, we draw on two large population-based surveys—the Canadian Community Health Survey and the Canadian Income Survey—which we supplement with additional data sources, and we employ quasi-experimental econometric methods. Our findings indicate that while some minority groups were not affected differently by the pandemic, and in some cases even experienced improvements, several others saw their access to healthcare deteriorate more than that of their majority-group counterparts. These include individuals who did not complete secondary education, persons with disabilities, certain racialized groups, and Indigenous peoples. Our results also suggest that the severity of public health restrictions tended to amplify these effects. Furthermore, we identify specific patterns in Quebec, where the deterioration in access to healthcare was more pronounced among individuals without a secondary school diploma, recent immigrants, and allophone populations. These findings highlight the need for targeted health policies that are responsive to the realities of equity-deserving groups.

Mots clés/Keywords : Accès aux soins; Vaccination; Inégalités de santé; Pandémie de la COVID-19 / Access to healthcare; Vaccination; Health inequalities; COVID-19 pandemic

Codes JEL/JEL Codes : I10, I14, I18, D63, H75

Pour citer ce document / To quote this document :

Ammi, M. & Strumpf, E. Effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'accessibilité des soins et l'utilisation des services préventifs parmi les populations visées par l'équité au Canada et au Québec (2026RP-13, Rapport de projet, CIRANO) <https://doi.org/10.54932/UVQR8144>

Approbation éthique : Nous avons accédé aux microdonnées par l'intermédiaire du CU-RDC de Statistique Canada. Les données analysées par l'intermédiaire du CU-RDC, qui suit des protocoles de divulgation stricts conformément aux lois de Statistique Canada, sont exemptées de l'examen du comité d'éthique de la recherche sur la base de l'énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2) article 2.2 (a). Les données secondaires et agrégées de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de l'Indice de rigueur des mesures sanitaires liées à la COVID-19 de la Banque du Canada et de mobilité de Google sont des données agrégées publiques et en accès libre, et ne nécessitent pas d'approbation éthique.

Résumé exécutif

1. L'étude vise à mesurer l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'accessibilité aux soins de santé au Canada et au Québec, en mettant l'accent sur les groupes visés par l'équité (femmes, minorités visibles, personnes autochtones, personnes en situation de handicap, minorités sexuelles, immigrants, minorités linguistiques et personnes à faible scolarité).
2. Trois dimensions principales de l'accès aux soins sont examinées : la probabilité de disposer d'un fournisseur de soins régulier, incluant l'accès rapide ou tardif à ce fournisseur de soins, les besoins de soins non comblés et la vaccination antigrippale.
3. L'analyse repose sur deux enquêtes nationales : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR). Ces enquêtes sont de plus enrichies par des données contextuelles telles que l'indice de sévérité des restrictions sanitaires de la Banque du Canada, les indicateurs de mobilité de Google et les mesures de densité médicale et infirmière de l'Institut canadien d'information sur la santé.
4. La méthodologie s'inspire des modèles de régression en double différence et, pour le Québec, en triple différence, permettant d'isoler l'effet différentiel de la pandémie sur les groupes visés par l'équité.
5. De façon générale au Canada, la pandémie a eu des effets nuancés, en ce qu'elle a amélioré l'accessibilité des soins pour certains groupes visés par l'équité, mais réduit l'accessibilité aux soins pour davantage de groupes visés par l'équité. Les effets positifs concernent les minorités sexuelles, alors que les effets négatifs ont été les plus marqués chez les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires, les personnes en situation de handicap, certains groupes racisés (particulièrement les Noirs et les Arabes) et les Autochtones. Notamment, l'accès rapide s'est détérioré continuellement, les besoins de soins non comblés ayant augmenté dans ces groupes, tandis que la vaccination antigrippale a reculé.
6. Au Canada, les restrictions sanitaires ont réduit l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et à la vaccination, particulièrement chez certains groupes visés par l'équité, notamment les allophones, les immigrants, les minorités visibles et les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires.
7. Plus spécifiquement au Québec, les effets différentiels de la pandémie sont plus marqués pour les personnes sans diplôme d'études secondaires, dont la probabilité de disposer d'un fournisseur de soins régulier a davantage diminué; les immigrants récents et les personnes allophones, qui ont connu une baisse d'accès rapide aux soins; les personnes en situation de handicap, particulièrement celles ayant un handicap sensoriel, présentent davantage de besoins de soins non comblés. Les résultats sont plus nuancés pour les minorités visibles et sexuelles : certaines présentent des améliorations relatives sur quelques indicateurs, mais une détérioration sur d'autres.
8. Les implications pour les politiques consistent à renforcer la collecte de données sur l'accès aux soins et les services préventifs et sur les caractéristiques personnelles liées à l'équité dans les enquêtes nationales, notamment en réintroduisant les modules retirés de l'ESCC. Nos résultats encouragent à mobiliser la nouvelle agence Santé Québec et le réseau de soins et de santé publique pour cibler les groupes les plus vulnérables identifiés dans cette étude, notamment dans les campagnes de vaccination et les stratégies d'attachement à un fournisseur de soins régulier.

Table des matières

1. Introduction	9
2. Contexte.....	10
2.1 Définitions et concepts	10
2.2 État des connaissances et hypothèses sur l'effet de la pandémie	13
3. Matériel et méthodes	16
3.1 Données.....	16
3.1.1 Sources de données initiales	16
3.1.2 Choix des variables clés	17
3.1.3 Sources de données additionnelles	21
3.2 Stratégie empirique.....	23
3.2.1 Effets de la pandémie sur les groupes minorisés au Canada	23
3.2.2 Effets des restrictions sanitaires et de la mobilité sur les groupes minorisés au Canada	26
3.2.3 Effets de la pandémie sur les groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada	27
4. Résultats	28
4.1 Accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale	28
4.1.1 Analyses descriptives pour l'accessibilité à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale	28
4.1.2 Estimation des effets de la pandémie sur l'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale au Canada.....	41
4.1.3 Estimation des effets de la pandémie au Québec par rapport au reste du Canada	71
4.2 Besoins de soins de santé non comblés.....	79
4.2.1 Analyses descriptives des besoins de santé non comblés.....	79
4.2.2 Estimation des effets de la pandémie sur les besoins de soins de santé non comblés au Canada	84
4.2.3 Estimation des effets sur les besoins de soins de santé non comblés au Québec par rapport au reste du Canada	94
5. Discussion.....	99
5.1 Résumé des faits saillants	99
5.2 Forces et limites de l'étude	101
5.3 Implications de politiques publiques	102
6. Conclusion	104
1. Tableau A1 : Comparaison des variables entre l'ESCC et l'ECR.....	ii

2. Tableau A2 : Statistiques descriptives de l'ESCC, avant et durant la COVID-19, Québec et reste du Canada : variables de contrôle	iii
3. Tableau A3 : Analyse secondaire, effets de la pandémie sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et au vaccin antigrippal par sous-groupes minorisés du Québec	vi
4. Tableau A4 : Analyse secondaire, effet par année pandémique sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada	x
5. Tableau A5 : Analyse secondaire, effets de la pandémie sur les besoins de soins non comblés par sous-groupes minorisés du Québec	xiv
6. Figure A1 : Tendances dans l'accès rapide (le jour même ou le lendemain) à un professionnel de soins régulier au Québec uniquement	xvi
7. Figure A2 : Tendances dans l'accès à un professionnel de soins régulier au Québec uniquement	xvii
8. Figure A3 : Tendances dans la vaccination antigrippale au Québec uniquement	xviii
9. Figure A4 : Étude d'événement, accès tardif	xix
10. Figure A5 : Étude d'événement, barrières systémiques à l'accès	xx
11. Figure A6 : Étude d'événement, barrières personnelles à l'accès	xxi
12. Figure A7 : Étude d'événement, Autochtones au Québec	xxii
13. Figure A8 : Étude d'événement, Femmes au Québec	xxiii

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Variables principales issues de l'ESCC</i>	20
<i>Tableau 2 : Variables principales issues de l'ECR</i>	23
<i>Tableau 3 : Statistiques descriptives de l'ESCC augmenté avant et durant la pandémie</i>	30
<i>Tableau 4 : Statistiques descriptives des variables principales au Québec et dans le reste du Canada, avant et durant la pandémie</i>	34
<i>Tableau 5 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale des groupes minoritaires dans l'ensemble du Canada</i>	43
<i>Tableau 6 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale par certains sous-groupes minoritaires dans l'ensemble du Canada</i>	54
<i>Tableau 7 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale : analyses intersectionnelles (femmes × autres groupes minorisés), Canada</i>	58
<i>Tableau 8 : Effets de la sévérité des restrictions sanitaires sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale dans l'ensemble du Canada</i>	63
<i>Tableau 9 : Effets des changements moyens de mobilité sur l'accessibilité aux soins et à la vaccination antigrippale dans l'ensemble du Canada</i>	67
<i>Tableau 10 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et à la vaccination antigrippale parmi les groupes minorisés du Québec</i>	73
<i>Tableau 11 : Statistiques descriptives de l'ECR avant et durant la pandémie</i>	80
<i>Tableau 12 : Statistiques descriptives de l'ECR au Québec et dans le reste du Canada, avant et durant la pandémie</i>	82

<i>Tableau 13 : Effets de la pandémie sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Canada</i>	85
<i>Tableau 14 : Effet par année pandémique sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Canada</i>	87
<i>Tableau 15 : Effet de la pandémie sur les besoins de soins de santé par sous-groupes minoritaires au Canada</i>	90
<i>Tableau 16 : Effet de la pandémie sur les besoins de soins de santé : analyses intersectionnelles (femmes × autres groupes minorisés), Canada</i>	92
<i>Tableau 17 : Effet de la pandémie sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada</i>	96

Table des figures

<i>Figure 1 : Tendances dans l'accès rapide à un professionnel de soins régulier au Canada</i>	37
<i>Figure 2 : Tendances dans l'accès à un professionnel de soins régulier au Canada</i>	39
<i>Figure 3 : Tendances dans la vaccination antigrippale au Canada</i>	40
<i>Figure 4 : Étude d'événement, accès rapide</i>	47
<i>Figure 5 : Étude d'événement, fournisseur de soins régulier</i>	49
<i>Figure 6 : Étude d'événement, vaccination antigrippale</i>	50

1. Introduction

La pandémie de la COVID-19 a eu de nombreux impacts sur la santé des populations et les services de santé et les services sociaux au Canada (Ammi et al., 2024; Desson et al., 2020; Statistique Canada, 2021a). Les infections par la COVID-19 ont touché disproportionnellement les populations visées par l'équité au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2022; Statistique Canada, 2020) et ailleurs dans le monde (Cronin & Evans, 2021; Lassale et al., 2020; Luck et al., 2022).

À mesure que la pandémie progressait, les réflexions et recherches ont commencé à se porter sur les effets indirects de la pandémie sur l'accès aux soins et la mortalité pour causes autres que la COVID-19 (Ammi, 2020; Fetzer et al., 2024; Zhang, 2021). La pandémie a en effet perturbé l'utilisation et l'accessibilité aux services et aux soins à travers le Canada : durant les premières vagues de la pandémie, les délestages ont particulièrement affecté les reports de chirurgie (CIHI, 2020), et plus tard sont par exemple apparues des difficultés d'accès aux soins pédiatriques (Weeks, 2022). Une littérature académique, principalement américaine, a exploré les effets des délestages durant la première vague de la COVID-19 sur l'utilisation des soins et sur la mortalité (Cantor et al., 2022; Gualano et al., 2021; Zhang, 2021). D'autres travaux de microsimulation ont également tenté de quantifier les impacts potentiels des délestages, particulièrement sur les cancers (Maringe et al., 2020; Yong et al., 2021; Yong & Garner, 2021). À mesure que de nouvelles vagues de données devenaient disponibles, de nouveaux travaux ont examiné les effets moyens négatifs de la pandémie (Bergeot & Jusot, 2024; R. Fu, Sutradhar, Li, Kamalraj, et al., 2023), toutefois une meilleure compréhension des inégalités et des différences entre sous-populations est encore à obtenir, et particulièrement au Québec et au Canada.

Le Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2021 rappelle que réduire les inégalités sociales de santé est un objectif central des systèmes de santé canadiens (Public Health Agency of Canada, 2021). Il est important de noter que les inégalités sociales de santé demeurent prévalentes au Canada (Hajizadeh et al., 2016, 2018) : elles préexistaient à la pandémie et avaient tendance à augmenter avant la COVID-19. Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins sont également une caractéristique du Canada. Le Canada figure en piètre position dans les classements internationaux pour l'accessibilité des soins (Davis et al., 2014; The Commonwealth Fund, 2021) et près de 15 % des Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille (Statistique Canada, 2021b). Là encore, ces difficultés d'accès préexistaient à la pandémie de la COVID-19.

Dans ce contexte, il y a un risque que la pandémie de la COVID-19 ait réduit l'accessibilité aux soins, et plus particulièrement pour les groupes faisant déjà face à des inégalités sociales de santé. Par exemple, de 2001 à 2014, les femmes ont eu davantage de besoins de soins de santé non comblés que les hommes, à état de santé égal (Allan & Ammi, 2021). De plus, l'utilisation de certains services préventifs a été réduite durant la pandémie (Ji et al., 2022; Léger Marketing, 2021; Yong et al., 2021). Or, l'utilisation de services préventifs tels que les vaccinations de routine ou les dépistages de cancer sont des outils efficaces pour maintenir la santé des populations. En somme, il est possible que la pandémie ait aggravé les inégalités d'accès aux soins au Québec et au Canada.

L'objectif de ce rapport est d'évaluer si la pandémie de la COVID-19 a conduit à une augmentation des inégalités d'accès aux soins de santé et l'utilisation des services préventifs pour les personnes

appartenant à des populations visées par l'équité au Canada, et si l'effet a été différent au Québec comparativement au reste du pays. La proportion sans médecin de famille au Québec est parmi les plus élevée au pays, à près de 20 % (Institut de la statistique du Québec, 2022) et le Québec a été affecté différemment par la pandémie, avec une première vague plus meurtrière et suivie par des restrictions sanitaires plus sévères (Desson et al., 2020). Il est donc possible que les populations visées par l'équité dans la province aient subi un impact différent. Précisément, nous répondrons aux questions de recherche suivantes :

- Quel a été l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier, sur les besoins de soins de santé non comblés et sur la vaccination antigrippale pour les populations visées par l'équité au Canada?
- Cet impact a-t-il été modulé par les différences de sévérité des restrictions sanitaires?
- Cet impact a-t-il été différent au Québec comparativement au reste du Canada?

Le reste du rapport s'organise comme suit. La section 2 présentera le contexte du rapport. Après une définition des concepts et mesures clés, cette section dressera un état des connaissances et permettra de formuler des hypothèses sur les effets attendus de la pandémie sur les populations visées par l'équité. La section 3 portera sur les données et méthodes du rapport. Les données et variables seront présentées, ainsi que les méthodes d'analyses. La section 4 exposera les résultats des analyses permettant de répondre à nos questions de recherche, puis la section 5 discutera ces résultats, leurs limites et leurs implications pour les politiques de santé. La section 6 conclura le rapport.

2. Contexte

2.1 Définitions et concepts

Ce rapport se concentre sur l'accessibilité des soins, un concept multifacette et complexe qui mérite qu'on s'y attarde. Selon l'Institute of Medicine, l'accessibilité aux soins de santé signifie « pouvoir bénéficier en temps opportun de services de santé personnalisés afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de santé » (Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, 1993). L'accessibilité des soins a également été définie comme l'utilisation des soins de santé, en fonction des besoins en matière de soins (Waters, 2000). L'accessibilité des soins inclut de pouvoir recevoir le bon soin, au bon moment et au bon endroit (Hou et Chen 2002). Pour (Levesque et al., 2013), l'accessibilité recouvre cinq dimensions : des soins accessibles sont des soins abordables, acceptables, disponibles, abordables et adéquats.

Un tel concept multiforme a naturellement conduit à différentes mesures d'accessibilité. Parmi les principales, notons l'utilisation des soins de santé, la présence d'un prestataire de soins régulier ou l'existence de besoins de soins de santé non comblés (Dunlop et al., 2000). L'utilisation des soins de santé comme mesure d'accessibilité tend néanmoins à être délaissée. En effet, les mesures d'utilisation ne permettent pas de déterminer si les soins fournis ont répondu aux besoins des individus, ni si ceux-ci ont rencontré des difficultés pour accéder aux soins (Allin et al., 2010; Sibley & Glazier, 2009). La présence d'un prestataire de soins régulier est une mesure d'accessibilité

potentielle (Andersen, 1995). Elle est particulièrement usitée pour les politiques de santé, que ce soit au Québec ou au Canada, avec l'inscription auprès d'un médecin de famille présenté comme un objectif de politique de santé. Comme le notent (Strumpf et al., 2022), le système d'inscription à un médecin de famille est perçu comme un élément central des soins de première ligne qui permettrait l'atteinte de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Ceci peut notamment s'expliquer parce que la présence d'un médecin de famille régulier réduit les difficultés d'accès aux soins (Sanmartin & Ross, 2006) et l'utilisation des services des spécialistes (Dumontet et al., 2017). Enfin, les besoins de soins de santé non comblés sont généralement définis comme « la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus » (Sanmartin et al., 2002). La présence de besoins de soins de santé non comblés traduit un manque d'accessibilité des soins. Bien que les besoins de soins de santé non comblés puissent être validés par des cliniciens, la recherche s'est concentrée sur les besoins de soins de santé non comblés déclarés par les individus, autrement dit des besoins subjectifs. Bien que cela puisse s'expliquer par la difficulté à obtenir des données validées par les cliniciens rencontrant les patients, l'utilisation d'une mesure subjective reconnaît que les individus sont souvent les mieux placés pour évaluer leurs propres besoins (Allin et al., 2010; Sibley & Glazier, 2009). La validité de cette mesure subjective d'accessibilité est confirmée, puisque sa présence permet de prédire une détérioration future de l'état de santé (Bergeot & Jusot, 2024; Gibson et al., 2019).

Les soins de santé préventifs incluent les mesures visant à prévenir l'apparition des maladies et à les détecter précocement pour en bloquer l'évolution. Les soins de santé préventifs s'inscrivent dans une démarche proactive et leurs résultats sont différés dans le temps (par exemple, une maladie future évitée) alors que les soins de santé curatifs découlent d'une logique réactive avec des résultats plus immédiats (par exemple, une maladie courante guérie) (Buttet & Fournier, 2003; Colombet & Ménard, 2007). Les soins de santé préventifs incluent les vaccinations obligatoires et recommandées, telles que le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la polio, ou le vaccin contre la grippe (Agence de la santé publique du Canada, 2024). Ils incluent également les dépistages du cancer, tels que la mammographie pour le dépistage du cancer du sein (Corkum et al., 2023).

La notion de populations visées par l'équité vient initialement de la Loi fédérale sur l'équité en matière d'emploi de 2007. Dans cette loi, quatre groupes sont identifiés : les femmes, les personnes autochtones, les personnes en situation de handicap et les minorités visibles (Emploi et Développement social Canada, 2018). Ces groupes ont initialement été identifiés car ils n'avaient pas les mêmes chances de succès dans l'emploi que le groupe majoritaire. Pour les femmes, il s'agit de disparités salariales avec les hommes, d'obstacles à l'avancement professionnel et d'une sous-représentation dans certains secteurs ou dans les postes au sommet de la hiérarchie (Fortin, 2019; Fortin et al., 2017). Les personnes autochtones incluent les Premières Nations, les Inuit et les Métis, des peuples confrontés à des discriminations historiques et à des inégalités en matière d'emploi (Durand-Moreau et al., 2022), ce que les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada visent à redresser. Les personnes en situation de handicap rencontrent des obstacles à l'emploi en raison de manque d'aménagements adéquats ou de préjugés à l'embauche, malgré une progression de leur diplomation (Stewart & Schwartz, 2018). Les minorités visibles, aussi appelées personnes racisées, sont les personnes, autres que les Autochtones, qui

n'ont pas la peau blanche. Les personnes racisées continuent d'avoir des moins bons accès à l'emploi et des plus faibles salaires (Banting & Thompson, 2021; Statistique Canada, 2023).

À mesure que les efforts pour améliorer l'équité, la diversité et l'inclusion se sont déployées, la définition des groupes visés s'est progressivement élargie à d'autres groupes faisant face à des barrières comportementales, historiques, sociales ou liées à l'environnement tels que les immigrants, les minorités sexuelles et de genres, et les minorités linguistiques (Canada Council for the Arts, n. d.). Les immigrants subissent une dévalorisation de leurs diplômes, une absence de reconnaissance de leur expérience professionnelle les conduisant souvent à accepter des emplois sous-qualifiés et à connaître des revenus plus faibles que ceux des natifs du pays (Banerjee et al., 2024; Hou & Bonikowska, 2016). Les minorités sexuelles et de genres (2ELGBTQI+), bien qu'ayant bénéficié de progrès législatifs notables, continuent d'être confrontées à des discriminations dans les domaines de la santé, de l'emploi, du logement et de la justice (G. Bauer & Scheim, 2015; D. of J. Government of Canada, 2021), et subissent des expériences de stigmatisation et de discrimination persistantes (Gouvernement du Canada, 2024; Liu et al., 2023). Les minorités linguistiques officielles, c'est-à-dire les francophones hors Québec et anglophones au Québec, rapportent encore vivre de l'insécurité ou de la discrimination linguistique (Pépin-Filion et al., 2024) et subissent des obstacles en matière d'accès à des services sociaux et de santé dans leur langue (Éthier & Carrier, 2022). En plus des minorités linguistiques officielles, les allophones, c'est-à-dire les personnes dont la langue maternelle n'est pas la langue officielle du pays ou de la région où elles vivent, font faces à des défis importants sur le marché du travail (Premji et al., 2021) ou dans la sécurité des soins reçus (Canadian Institute for Health Information, 2024). On peut également ajouter que les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires font face à plusieurs obstacles significatifs en matière d'emploi, de revenu et de bien-être social (Uppal, 2017).

La plupart des exemples ci-haut mentionnés démontrent les difficultés additionnelles rencontrées sur le marché de l'emploi, et comme nous le verrons dans la section suivante, les populations visées par l'équité rencontrent également des barrières aux soins de santé. Nous nous concentrerons donc sur l'accessibilité des soins des populations visées par l'équité dans ce rapport. Nous parlerons de manière équivalente de populations visées par l'équité, de groupes minorisés ou de groupes minoritaires. Le concept de groupes minorisés, issu de la sociologie, permet de souligner que les groupes de personnes ciblés subissent des discriminations et une inégalité de pouvoir par rapport à un groupe dominant, indépendamment de leur nombre (Cheng & Weinberg, 2025). Néanmoins, ce concept est encore relativement peu usité en dehors de champs de recherche spécifiques (Wingrove-Haugland & McLeod, 2021), contrairement à la notion de groupe minoritaire⁴. Les groupes minorisés et les mesures d'accessibilité des soins spécifiques que nous investiguerons dépendent des données disponibles dans les différentes enquêtes utilisées, et nous les décrivons davantage dans la section 3.1.

⁴ Pour s'en rendre compte, le lecteur pourra mener une recherche sur Google scholar avec les termes « minority groups » comparativement à « minoritized groups ». Les auteurs de ce rapport préfèrent néanmoins l'utilisation du terme « groupe minorisé », et l'utiliseront autant que possible.

2.2 État des connaissances et hypothèses sur l'effet de la pandémie

Les mesures de restrictions sanitaires mises en place au Canada pendant la pandémie de la COVID-19 visaient à limiter la propagation du virus par la réduction des contacts sociaux et des déplacements. Elles comprenaient notamment la fermeture d'écoles et de lieux de travail, l'interdiction de rassemblements, la restriction des déplacements interprovinciaux et internationaux, ainsi que diverses obligations de confinement (Banque du Canada, n. d.). Ces restrictions sanitaires ont contribué à contenir la propagation de la COVID-19, limiter les hospitalisations et la mortalité (Amami et al., 2024; Desson et al., 2020), mais aussi à réduire l'utilisation des soins (Cantor et al., 2022; Zhang, 2021).

Une littérature issue de diverses disciplines établit que l'accès aux soins de santé et l'utilisation des services préventifs sont en général moins bons pour les groupes minorisés. Nous avons déjà mentionné quelques-uns de ces travaux en sous-sections précédentes (Canadian Institute for Health Information, 2024; Durand-Moreau et al., 2022; Éthier & Carrier, 2022; Falconer & Quesnel-Vallée, 2015). Sans chercher à être exhaustifs, notons une revue de littérature qui synthétise les évidences sur l'existence de racisme dans l'accès aux soins de santé (Hamed et al., 2022), bien que la littérature soit principalement états-unienne. Une littérature récente en économie de la santé utilisant la méthode des études randomisées par test de correspondance (« audit experiments ») trouve également des discriminations multiples dans l'accès et l'utilisation des soins, en fonction de l'orientation sexuelle, du statut socioéconomique et du niveau d'étude des patients simulés (Angerer et al., 2019; Fumarco et al., 2024; Olah et al., 2013). Enfin, des travaux observationnels récents explorant les tendances pré-COVID-19 indiquent que l'iniquité dans l'utilisation des soins persiste au Canada, notamment sur la base du revenu (Hirello et al., 2022), et même que les disparités dans l'accès aux soins de premières lignes tendent à augmenter durant la période prépandémique (Lavergne et al., 2023).

De façon distincte, une littérature grandissante cherche à évaluer les effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'accès et l'utilisation des soins. Parmi les études utilisant une seule vague de données en coupe transversale, notons que (Anderson et al., 2021) estiment que près de la moitié des répondants à une enquête américaine déclarent avoir renoncé aux soins durant la première vague de la pandémie en 2020. Parmi la population âgée canadienne répondant à une enquête de septembre à décembre 2020, un quart ont rencontré des difficultés pour accéder aux services de santé (Khattar et al., 2023). Début 2021 au Canada, entre un quart et un tiers des répondants déclarent avoir eu des rendez-vous médicaux annulés, reportés ou retardés en raison de la COVID-19 (Frank, 2022). Des études utilisant des devis de recherche plus rigoureux avec des méthodes de doubles différences, et tenant compte des variations de restriction de santé publique au cours du temps, montrent que l'utilisation des soins de santé, incluant des services préventifs, a été réduite aux États-Unis (Cantor et al., 2022; Zhang, 2021), en Chine (Huang & Liu, 2023) et en Italie (Franzoni et al., 2025). En ce qui concerne l'utilisation des services préventifs, la situation des vaccinations est nuancée. Au Québec, il y a eu une baisse notable des vaccinations infantiles au début de la pandémie, mais suivie par un rattrapage (Kiely et al., 2022). Ce fut aussi le cas en Alberta, néanmoins, un second déclin des vaccinations fut observé par la suite (MacDonald et al., 2022). Dans l'ensemble, la tendance des vaccinations infantiles est à la baisse au Canada, comme ailleurs dans le monde (Haeuser et al., 2025). Pour les dépistages, deux revues systématiques de la littérature récentes indiquent de manière inéquivoque une baisse des dépistages du cancer du sein

(Li et al., 2023) et du cancer colorectal (Mazidimoradi et al., 2022), avec pour conséquence une proportion plus élevée de cas de cancer relativement plus avancés que pendant la période prépandémique. C'est notamment le cas en Alberta (Heer et al., 2023). Bien que les dépistages des cancers aient également baissé en Ontario (Walker et al., 2021), l'augmentation de la mortalité par cancer n'a pas été immédiate parmi les patients qui ont pu recevoir un diagnostic (R. Fu, Sutradhar, Li, Kamalraj, et al., 2023), mais leur modalité de traitement a changé pour des actions plus agressives (R. Fu, Sutradhar, Li, Hanna, et al., 2023).

Les deux champs de littérature qui viennent d'être discutés suggèrent deux points : premièrement, les groupes minorisés ont dans l'ensemble un moins bon accès aux soins de santé; deuxièmement, la pandémie de la COVID-19 a dans l'ensemble réduit l'accès aux soins de santé et l'utilisation des services préventifs. Et qu'en est-il pour les groupes minorisés durant la pandémie?

En Europe, les besoins de soins non comblés se sont accrus parmi la population âgée durant la pandémie, mais l'iniquité horizontale basée sur le revenu s'est accrue en faveur des plus riches seulement dans quelques pays, alors qu'elle augmentait en faveur des plus pauvres dans d'autres (González-Touya et al., 2021). En Grande-Bretagne, les besoins de soins non comblés ont particulièrement augmenté durant la pandémie pour les soins hospitaliers, et dans une moindre mesure pour les soins de première ligne, et si les iniquités en faveur des plus riches se sont accrues durant la première vague de la COVID-19, ces iniquités sont ensuite revenues à leur niveau initial (Davillas & Jones, 2021). Cependant, toujours en Grande-Bretagne, l'accès aux soins des migrants a été disproportionnellement négativement affecté pour ceux avec les plus grands besoins de soins de santé (L. Fu et al., 2022). Spécifiquement pour l'accès aux soins périnataux, en Ontario, l'accès s'est détérioré davantage pour les immigrantes en début de pandémie, avec un rattrapage subséquent (Hetherington et al., 2024). Au Canada, les personnes ayant un handicap rapportent davantage avoir eu leur rendez-vous médical annulé, reporté ou retardé en raison de la pandémie, alors que les femmes et les immigrants ont davantage retardé leur consultation avec un professionnel de la santé par crainte d'être exposés à la COVID-19 (Frank, 2022). En ce qui a trait à l'utilisation des services préventifs, les disparités dans le dépistage mammographique en Ontario n'ont pas augmenté au début de la pandémie (soit jusqu'en décembre 2020), mais des disparités persistent toujours, incluant en défaveur des femmes immigrantes (R. Fu et al., 2024). Toujours en Ontario, l'utilisation de contraceptifs par les adolescentes a baissé plus fortement durant la pandémie chez les immigrantes et réfugiées (Vandermorris et al., 2024). En Angleterre, l'inégalité d'utilisation des principales interventions de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles a été à la hausse durant la première année de la COVID-19, particulièrement pour les personnes noires, les hommes gays et ceux vivant dans des quartiers défavorisés (Dema et al., 2023; Sonubi et al., 2023).

En résumé, il semble que lorsque les inégalités d'accès aux soins et d'utilisation des services préventifs se sont accentuées durant la pandémie de la COVID-19, cela a été temporaire. Certains groupes minorisés semblent plus particulièrement affectés de façon durable, notamment les immigrants et les minorités sexuelles. De plus, il faut considérer que la littérature disponible est principalement hors Canada et que tous les groupes minoritaires présentés en section 2.1 n'ont pas été analysés dans les recherches existantes.

Sur la base de l'ensemble de la littérature décrite dans cette section 2.2., nous formulons les hypothèses de recherche suivantes :

- H1 : La réduction d'accès aux soins et d'utilisation des services préventifs est plus forte pour les groupes minorisés au Canada
 - H1a : Cet effet est possiblement temporaire.
- H2 : Ce phénomène est amplifié en cas de plus fortes restrictions sanitaires.
- H3 : Le Québec a une expérience différente du reste du pays en termes d'accessibilité aux soins des groupes minorisés durant la pandémie.

Concernant H1, nous nous fondons sur les résultats mentionnés deux paragraphes plus haut, notamment canadiens (Frank, 2022; R. Fu et al., 2024; Hetherington et al., 2024; Vandermorris et al., 2024). H1a reconnaît que la littérature suggère un effet seulement temporaire.

Concernant H2, nous nous appuyons sur les études montrant une réduction plus forte de l'utilisation des soins en présence de plus de restrictions sanitaires (Cantor et al., 2022; Franzoni et al., 2025; Huang & Liu, 2023). De notre point de vue, si ces restrictions ont réduit l'accès aux soins et l'utilisation de services préventifs en moyenne, sous réserve que H1 soit correct, alors l'effet devrait être plus fort encore pour les groupes minorisés.

Concernant H3, nous nous appuyons sur l'existence de différences du Québec avec le reste du Canada. Ces différences incluent des différences d'exposition à la crise épidémiologique (Institut National de Santé Publique du Québec, 2024), de réponses de politiques de santé sous la forme de restrictions sanitaires (Banque du Canada, n. d.), de composition des groupes minorisés (Boudarbat & Adom, 2024) et d'accessibilité des soins (Institut de la Statistique du Québec, 2022) avec le reste du Canada. Ces éléments suggèrent que l'expérience québécoise pourrait diverger de celle observée ailleurs au pays, mais sans que le sens de cette divergence puisse être déterminé a priori. D'une part, on peut anticiper une détérioration plus marquée au Québec : dans un contexte où l'accessibilité aux soins était déjà relativement plus faible avant la pandémie, un choc supplémentaire pourrait affecter disproportionnellement les groupes minorisés, en raison d'une plus grande fragilité initiale. D'autre part, il est également possible que la détérioration y soit relativement plus limitée : partant d'un niveau d'accès déjà faible, la marge de déclin additionnel pourrait être plus restreinte, alors que les provinces affichant initialement de meilleurs indicateurs pourraient connaître un recul plus prononcé. En raison de ces mécanismes théoriques opposés, nous formulons H3 comme une hypothèse non directionnelle.

3. Matériel et méthodes

3.1 Données

Nous présentons d'abord les microdonnées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, puis les différents jeux de données agrégés utilisés pour augmenter ces microdonnées, avant de nous tourner vers la présentation des microdonnées supplémentaires, à savoir l'Enquête canadienne sur le revenu.

3.1.1 Sources de données initiales

Notre principale source de microdonnées provient de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisée par Statistique Canada. Cette enquête représentative vise la population de 18 ans et plus résidant au Canada. Certaines populations n'y sont toutefois pas incluses : les personnes vivant dans les réserves et autres communautés autochtones situées en province, les membres des Forces canadiennes à temps plein, les individus vivant en établissement ainsi que les habitants du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec. Selon Statistique Canada, ces groupes exclus représentent moins de 3 % des Canadiens adultes. (Statistique Canada, 2023b).

L'ESCC est une enquête par coupe transversale répétée annuellement, avec environ 65 000 répondants pour chaque cycle annuel. L'échantillonnage est principalement stratifié par région sociosanitaire et des pondérations d'échantillon sont nécessaires pour rendre les analyses représentatives de la population. Bien que le premier cycle de l'ESCC remonte à 2000/2001, Statistique Canada a changé la structure de son enquête ainsi que la formulation de certaines questions en 2015, ce qui rend difficile la comparaison aux cycles précédents. Nous retenons donc les cycles de 2015 à 2022, la dernière année disponible au moment de l'analyse. Cette limitation temporelle n'affecte pas la portée de notre étude, puisqu'elle porte sur les écarts d'accessibilité aux soins et de recours aux services préventifs parmi les groupes minorisés, avant et pendant la COVID-19. La période couverte par nos données de l'ESCC permet ainsi d'inclure à la fois des années pré-pandémiques et pandémiques. Nous accédons aux microdonnées confidentielles de l'ESCC au centre de données de recherche de l'Université Carleton.

Nous enrichissons les microdonnées de l'ESCC par trois sources de données supplémentaires. Ces données sont observées soit au niveau des régions sociosanitaires, soit au niveau provincial, et jumelées à l'ESCC.

La première source supplémentaire est issue des données de densité des professionnels de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ces données de l'ICIS sont annuelles et nous utilisons le niveau géographique le plus fin disponible, à savoir le niveau des régions sociosanitaires. Les différences de densité médicale pouvant affecter l'accessibilité des soins (Silhol et al., 2020), notamment les densités de médecin généraliste et spécialiste sont des prédicteurs des besoins de soins non comblés (Allan & Ammi, 2021). La présence d'infirmière peut également affecter l'accessibilité des soins (Ammi et al., 2017) et l'utilisation de services préventifs (Mousquès et al., 2010). Nous utilisons des données de la densité de médecins et d'infirmières de

l'ICIS dans les tableaux de données historiques disponibles publiquement⁵ (ICIS, 2025). Nous jumelons les données de l'ICIS à l'ESCC en fonction de la région sociosanitaire du répondant pour chaque année, de 2015 à 2022.

La deuxième source supplémentaire provient des données de la Banque du Canada sur la sévérité des restrictions de santé publique (Cheung et al., 2021), qui permet d'obtenir de l'information au niveau de chacune des dix provinces et de façon journalière du 1^{er} janvier 2020 au 15 juillet 2022. L'indice de sévérité de la Banque du Canada est une adaptation de l'indice de sévérité d'Oxford (Hale et al., 2021). Nous collectons cette information car davantage de restrictions sanitaires peuvent conduire à moins d'accessibilité des soins et services préventifs (Cantor et al., 2022; Franzoni et al., 2025; Huang & Liu, 2023). Nous jumelons les indices de la Banque du Canada aux répondants de l'ESCC en fonction de leur province de résidence et de leur date d'entrevue. Nous sommes donc en mesure de connaître les restrictions auxquelles les individus faisaient face au moment de répondre à l'enquête⁶.

Enfin, la troisième source supplémentaire provient des données de mobilité de Google (Google LLC, n. d.). L'entreprise, qui a rendu publiques⁷ ces données en début de pandémie, fournit sur une base quotidienne des estimations de la fréquentation de différentes catégories de lieux (tels que les commerces d'alimentation, les parcs ou les gares) pour les utilisateurs ayant autorisé le partage de leurs données de localisation. Les indices de mobilité de Google ont été utilisés dans plusieurs recherches sur les effets de la pandémie, incluant sur le port du masque (Chernozhukov et al., 2021; Karaivanov et al., 2021) ou la propagation du virus et la vaccination contre la COVID-19 (Ammi et al., 2024; Sen, 2021). Disponibles au niveau de la province et jusqu'au 15 octobre 2022, les indices de mobilité de Google sont exprimés en comparaison avec une période de référence antérieure à la pandémie, et capturent donc des changements de mobilité à la hausse comme à la baisse. Les jours de référence sont définis comme la médiane des observations du 3 janvier au 6 février 2020, ce qui permet d'ajuster les données aux différences de comportements entre jours ouvrables et fins de semaine. Comme pour le second jeu de données supplémentaire, nous jumelons les indices de mobilité de Google aux répondants de l'ESCC en fonction de leur province de résidence et de leur date d'entrevue.

3.1.2 *Choix des variables clés*

3.1.2.1 Variables dépendantes : accessibilité aux soins et utilisation de services préventifs

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), les variables dépendantes retenues visent à couvrir deux dimensions centrales : l'accessibilité aux soins et l'utilisation de services préventifs. Pour l'accessibilité, deux indicateurs sont habituellement disponibles dans l'enquête : le fait d'avoir un professionnel de santé régulier et les besoins de soins de santé non comblés. Toutefois, la question relative aux besoins de soins de santé non comblés a disparu du questionnaire en 2020 et dans les cycles suivants, ce qui rend impossible toute comparaison avant

⁵ Pour les médecins, il s'agit du tableur Excel téléchargeable nommé [Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 1971-2023 — données historiques](#). Pour les infirmières, [les tableaux de données sont ici](#).

⁶ Les indices de restriction sanitaire de la Banque du Canada sont en accès libre ([ici](#)).

⁷ Les données de mobilité de Google sont disponibles en accès libre ([ici](#)).

et pendant la pandémie de la COVID-19. Nous avons donc dû restreindre l'analyse à la première dimension, soit l'accès à un professionnel de santé régulier, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une infirmière.

Pour ce volet, l'ESCC comprend plusieurs questions de suivi permettant de caractériser plus finement l'accès. Ainsi, pour les répondants disposant d'un professionnel de santé, il est possible de mesurer le délai d'obtention d'un rendez-vous, et nous distinguons entre un accès rapide (le jour même ou le lendemain) et un accès très tardif (un mois ou plus). Pour ceux qui n'ont pas de professionnel attribué, l'enquête documente les raisons de cette absence à partir d'une liste de choix offerte aux répondants, qui peuvent être regroupées entre facteurs personnels (par exemple manque de temps) et facteurs systémiques (par exemple absence de professionnels disponibles). Ces informations nous permettent de définir cinq variables dépendantes dichotomiques liées à l'accessibilité des soins : (i) avoir un professionnel de santé régulier, (ii) obtenir un rendez-vous rapidement, (iii) obtenir un rendez-vous très tardivement, (iv) ne pas avoir de professionnel pour des raisons personnelles, et (v) ne pas avoir de professionnel pour des raisons systémiques.

Concernant l'utilisation des services préventifs, l'ESCC recueille traditionnellement des données sur la vaccination contre la grippe ainsi que sur le dépistage de certains cancers (sein, côlon et utérus). Toutefois, les questions sur les dépistages des cancers ont été soit supprimées en 2020, soit limitées à un nombre restreint de provinces, comme c'est le cas pour les mammographies, ce qui ne permet pas une analyse cohérente à l'échelle nationale et dans le temps. En conséquence, nous concentrons l'analyse sur la vaccination contre la grippe. Cette variable présente néanmoins certaines limites : elle n'a pas été mesurée en 2021, année où elle a été remplacée par une question sur la vaccination contre la COVID-19. Seules les données de 2020 (à partir du 20 mars) et de 2022 sont disponibles pour la période pandémique. De plus, bien que l'ESCC propose des questions de suivi sur les raisons du non-recours à la vaccination antigrippale, la variabilité des catégories de réponse d'un cycle à l'autre empêche toute analyse longitudinale⁸. La variable dépendante relative aux services préventifs se résume donc à (vi) avoir reçu le vaccin contre la grippe.

3.1.2.2 Variables indépendantes : groupes minorisés

Les variables indépendantes clés tirées de l'ESCC permettent d'identifier différents groupes minorisés de manière aussi exogène que possible par rapport à l'accès aux soins et aux services préventifs. Au total, huit groupes minorisés sont distingués. Pour six d'entre eux, l'exogénéité ne pose pas de difficulté puisqu'il ne s'agit pas de caractéristiques résultant d'un choix individuel : s'identifier comme une femme (comparativement à un homme), s'identifier comme Autochtone (comparativement à non-Autochtone), appartenir à une minorité linguistique officielle (comparativement à langue officielle de la province), appartenir à une minorité allophone (comparativement à non-allophone), s'identifier comme membre d'une minorité sexuelle (comparativement à hétérosexuel) et s'identifier comme une minorité visible (comparativement à population blanche). À ces six catégories s'ajoutent deux autres groupes pour lesquels l'exogénéité peut être discutée, soit les personnes immigrantes (comparativement à natives) et celles n'ayant

⁸ Nous avons tenté de regrouper les questions au sein de catégories plus larges qui soient conceptuellement cohérentes, malheureusement sans succès.

pas complété leurs études secondaires (comparativement à diplôme d'études secondaires ou plus). Leur inclusion se justifie néanmoins en raison de leur pertinence pour l'analyse des inégalités liées à la santé.

Dans nos données, nous définissons les minorités linguistiques officielles comme les personnes dont la langue principale est le français ou l'anglais, mais non celle officielle de la province : les anglophones au Québec et les francophones dans les autres provinces (Pépin-Filion et al., 2024). Nous considérons comme appartenant aux minorités linguistiques allophones les personnes qui déclarent ne parler ni l'anglais ni le français suffisamment bien pour tenir une conversation. Dans l'ESCC, les questions sur l'orientation sexuelle permettent d'identifier les personnes gays, lesbiennes et bisexuelles, mais l'enquête n'inclut pas de questions sur les personnes transgenres, asexuelles ou intersexes. Autrement dit, les minorités sexuelles sont identifiées mais pas les minorités de genre. En analyse principale, la variable minorité sexuelle est dichotomique, mais de précédents travaux (Badgett, Carpenter, et Sansone 2021) montrent qu'il est préférable de stratifier entre hommes gays et femmes lesbiennes (comparativement aux personnes hétérosexuelles) car les comportements de santé des hommes gays diffèrent fortement des femmes lesbiennes, ce dont nous ferons état en analyse secondaire. De même pour les minorités ethniques, nous commencerons par comparer l'ensemble des minorités ethniques aux personnes blanches, mais nous sommes conscients que les expériences face à la santé varient également entre minorités ethniques (Mohsin Khan et al. 2017), et nous examinerons sept groupes ethnoculturels en analyse secondaire.

En ce qui concerne le statut d'immigrant, l'analyse débutera avec une variable dichotomique opposant immigrants et non-immigrants. Toutefois, cette mesure peut être partiellement endogène : la population ayant immigré durant la pandémie de la COVID-19 peut différer systématiquement de celle arrivée avant, notamment en matière de santé, de besoins en soins et d'utilisation des services. Pour réduire ce biais potentiel, nous distinguerons en analyse secondaire les immigrants établis depuis cinq ans ou plus des immigrants récents (comparativement aux non-immigrants). Pour les premiers, la décision d'immigrer ne peut avoir été influencée par la pandémie, ce qui renforce la plausibilité d'une exogénéité de la variable.

En ce qui a trait au niveau de scolarité, nous privilégions l'utilisation d'une variable fondée sur l'éducation (avoir ou non complété des études secondaires) plutôt que sur le revenu. Bien que ces deux dimensions soient corrélées, elles présentent des propriétés différentes : chez les adultes, le niveau d'éducation constitue généralement une variable de stock, relativement stable dans le temps et plus encore en cas de décrochage scolaire au secondaire (Vinciguerra et al., 2021), alors que le revenu est une variable de flux, fortement sensible aux chocs conjoncturels. En estimant l'effet différentiel de la pandémie sur les personnes à faible revenu, on capterait à la fois l'effet direct de la pandémie sur ce groupe (effet recherché) et l'effet indirect de la pandémie sur les revenus eux-mêmes (effet confondant, non contrôlable dans nos données).

Le tableau 1 ci-après résume les variables dépendantes et indépendantes clés issues de l'ESCC.

Tableau 1 : Variables principales issues de l'ESCC

Variables dépendantes (ESCC)	Variables indépendantes, analyse principale (ESCC)	Variables indépendantes, analyse secondaire (ESCC)
Avoir un professionnel de santé régulier	Femme (comparativement à homme)	
Obtenir un rendez-vous rapidement avec son professionnel de santé	Identité autochtone (comparativement à non-Autochtone)	
Obtenir un rendez-vous très tardif avec son professionnel de santé	Minorité linguistique officielle (comparativement à langue officielle majoritaire de la province)	
Ne pas avoir de professionnel de santé pour raisons personnelles	Allophone (comparativement à non-allophone)	
Ne pas avoir de professionnel de santé pour raisons systémiques	Minorité sexuelle (comparativement à hétérosexuelle)	Hommes gays, femmes lesbiennes, personnes bisexuelles (comparativement aux personnes hétérosexuelles)
Avoir reçu le vaccin contre la grippe	Minorité visible (comparativement à population blanche non-Autochtone)	Sept groupes ethnoculturels distincts (comparativement à population blanche non-Autochtone)
	Immigrant (comparativement à natif)	Immigrants établis (5 ans et +) et récents (<5 ans) (comparativement aux non-immigrants)
	Niveau de scolarité secondaire non complété (comparativement à secondaire ou plus)	

3.1.2.3 Autres variables indépendantes

L'ESCC comprend d'autres variables que nous utiliserons comme variables de contrôle dans nos régressions. Ces variables incluent le revenu, le capital social et la situation familiale. Particulièrement important pour notre sujet de recherche, l'ESCC inclut des variables mesurant la santé. En effet, un besoin de soins de santé dépend de l'état de santé de l'individu, qui peut varier systématiquement entre groupes minorisés et les autres, et nous contrôlerons pour la santé physique et la santé mentale.

Les variables de contrôle issues de l'ICIS que nous utiliserons englobent la densité de médecins (toutes spécialités), la densité d'infirmières praticiennes ainsi que la densité d'infirmières autorisées, toutes les densités étant calculées pour 100 000 habitants.

Pour les données de la Banque du Canada, nous utiliserons l'indice général de restriction sanitaire. Cet indice est une moyenne de douze sous-indices capturant les restrictions liées à la fermeture des établissements d'enseignement, la fermeture des lieux de travail, l'annulation ou la limitation des événements publics, les restrictions concernant les rassemblements privés, la suspension des services de transport collectif, l'imposition d'obligations de confinement à domicile, les restrictions sur les déplacements à l'intérieur d'une province ainsi qu'entre provinces et à l'international, la mise en œuvre de mécanismes d'application, tant à l'égard des particuliers que des entreprises, et enfin les campagnes d'information publique (Cheung et al., 2021). Il se situe sur une échelle de 0 (pas de restriction) à 100.

Pour les données de mobilité Google, tous les indices de mobilité n'ont pas la même fiabilité, et certaines ont de nombreuses valeurs manquantes (Ritchie, 2020). Nous suivons des précédents travaux (Ammi et al., 2024; Chernozhukov et al., 2021; Karaivanov et al., 2021) et calculons une moyenne des indices du commerce de détail, de l'alimentation et des pharmacies, ainsi que des indices liés au lieu de travail, afin de créer un indice de mobilité unique.

Soulignons que la variable globale de restrictions sanitaires de la Banque du Canada et la variable moyenne de mobilité de Google doivent être considérées comme complémentaires. La première reflète l'intensité des mesures imposées par les autorités publiques, traduisant le degré formel de contrainte réglementaire, tandis que la seconde renseigne sur la réponse comportementale des populations, en indiquant dans quelle mesure ces restrictions se sont effectivement matérialisées par une diminution de la mobilité.

3.1.3 Sources de données additionnelles

Pour tenter de dépasser les défis liés à la disparition de certaines variables clés de l'ESCC, nous nous sommes mis à la recherche d'autres sources de microdonnées. Nous avons pris connaissance que l'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) qui incluait un module sur les besoins de soins de santé non comblés. Tout comme l'ESCC, nous avons alors accédé aux microdonnées confidentielles de l'ECR au centre de données de recherche de l'Université Carleton.

L'Enquête canadienne sur le revenu (ECR) est menée chaque année par Statistique Canada. Il s'agit d'une enquête transversale visant à brosser un portrait du revenu et de ses sources chez les Canadiens, en combinant les données issues de l'Enquête sur la population active (EPA) et les données fiscales. Sont exclus du champ de l'enquête : les personnes vivant dans les réserves et autres communautés autochtones en province, les personnes en établissement ainsi que les ménages situés dans des régions éloignées à faible densité de population. Ces exclusions totalisent moins de 2 % de la population d'après Statistique Canada (Statistique Canada, 2023c). L'échantillonnage de l'ECR est basé sur un sous-échantillon de l'EPA, un plan stratifié et à plusieurs degrés utilisant un échantillonnage probabiliste. L'échantillon comprend environ 60 000 ménages et l'utilisation des pondérations d'échantillon est nécessaire pour rendre les estimés représentatifs de la population.

L'accès aux données au centre de données de recherche a permis de constater que l'année 2018 ne comportait finalement pas de variables relatives aux besoins de santé non comblés, de sorte que seules les années 2019 à 2022 sont exploitables. Contrairement à l'ESCC, l'ECR ne fournit pas

l'information sur la date d'entrevue, ce qui rend impossible le couplage avec les données de la Banque du Canada et de Google. En conséquence, seules les données de densité issues de l'ICIS ont pu être intégrées aux analyses, le jumelage se faisant au niveau de l'année et de la région sociosanitaire.

Dans l'ECR, la présence de besoins de soins de santé non comblés constitue la variable dépendante principale. Une question demande aux répondants s'il y a déjà eu un moment dans l'année où ils ont ressenti un besoin de soins de santé mais ne les ont pas reçus. Les répondants ont un besoin de santé non comblé s'ils répondent par l'affirmative. Une question de suivi demande aux répondants de l'ECR de choisir une raison pour laquelle ils n'ont pas pu obtenir leurs soins, que nous classifions raisons systémiques ou raisons personnelles (Allan et Ammi 2021), afin de faciliter la comparaison avec l'ESCC. Ce sont donc trois variables dépendantes qui sont utilisées dans l'ECR : (i) avoir un besoin de soins de santé non comblés, (ii) en avoir pour raisons systémiques ou (iii) pour raisons personnelles.

Pour les variables indépendantes, l'ECR permet d'analyser quatre des groupes minorisés également présents dans l'ESCC : les femmes (comparativement aux hommes), les personnes autochtones (comparativement aux non-Autochtones), les immigrants (comparativement aux natifs) et ceux qui n'ont pas complété leur éducation secondaire (comparativement à ceux qui l'ont complétée). Pour la variable d'immigration, nous procéderons également à une analyse secondaire en distinguant les immigrants récents et établis. L'ECR n'inclut pas de variable sur la langue parlée ou sur l'orientation sexuelle. Une question sur l'appartenance ethnoculturelle, qui permet de définir le statut de minorité visible, n'est ajoutée à l'ECR qu'en 2020, ce qui n'autorise pas une comparaison avant comparativement à durant la pandémie. En revanche, l'ECR inclut une variable sur la situation de handicap (comparativement à sans handicap)⁹. Le handicap est identifié à l'aide des questions de filtrage sur l'incapacité élaborées par Statistique Canada. Ces questions s'appuient sur le modèle social du handicap et définissent comme ayant une incapacité les personnes qui déclarent que leurs activités quotidiennes sont limitées en raison d'un problème de santé ou d'une condition de longue durée devant durer au moins six mois (Statistique Canada, 2022). Bien que cette variable soit potentiellement endogène, si le handicap est lui-même affecté par la COVID-19, les personnes en situation de handicap demeurent un groupe pertinent à analyser pour comprendre les impacts de la pandémie sur les inégalités de santé. Les mesures de limitations fonctionnelles nous permettent de creuser plus finement la question du handicap. Nous construisons des catégories de handicap mutuellement exclusives à partir des limitations déclarées par les répondants, en nous appuyant sur la méthodologie de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (Statistique Canada, 2023a), laquelle reprend le découpage en domaines fonctionnels proposé par l'OMS (World Health Organization, 2001). Étant donné qu'un individu peut rapporter plusieurs types de limitations, nous retenons une approche hiérarchique fondée sur la limitation principale afin que chaque répondant soit attribué à une seule catégorie, tel que recommandé dans la littérature. La hiérarchie adoptée est la suivante : (1) handicaps développementaux ou cognitifs, (2) handicaps liés à la santé mentale, (3) handicaps physiques, (4) handicaps sensoriels, et (5)

⁹ Les questions de limitations fonctionnelles qui permettent de construire la mesure de handicap ne sont pas posées dans toutes les provinces dans chaque cycle de l'ESCC.

autres ou non précisés¹⁰. Chaque individu est ainsi assigné à la catégorie la plus élevée dans l'ordre établi. Par exemple, une personne déclarant à la fois une limitation de mobilité et un problème de santé mentale sera classée dans la catégorie « Santé mentale ».

Le tableau 2 présente les principales variables dépendantes et indépendantes de l'ECR, tandis que le tableau A1 en annexe offre un aperçu des similitudes et des différences entre les deux ensembles de données.

Tableau 2 : Variables principales issues de l'ECR

Variables dépendantes (ECR)	Variables indépendantes, analyse principale (ECR)	Variables indépendantes, analyse secondaire (ECR)
Avoir un besoin de soins de santé non comblé	Femmes (comparativement aux hommes)	
Avoir un besoin de soins de santé non comblé pour raisons systémiques	Identité autochtone (comparativement à non-Autochtone)	
Avoir un besoin de soins de santé non comblé pour raisons personnelles	Immigrants (comparativement aux natifs)	Immigrants établis (5 ans et +) et récents (<5 ans) comparativement aux non-immigrants
	Niveau de scolarité secondaire non complété (comparativement au secondaire ou plus élevé)	
	Personne en situation de handicap (comparativement à sans handicap)	Cinq catégories de handicap (comparativement à sans handicap)

3.2 Stratégie empirique

Notre stratégie empirique s'articule autour des trois hypothèses de recherche définies en section 2.2, et nous la présentons en trois sous-sections.

3.2.1 Effets de la pandémie sur les groupes minorisés au Canada

Nous nous intéressons ici à l'hypothèse H1. Pour évaluer les effets de la pandémie sur l'accessibilité des soins et l'utilisation des services préventifs sur les groupes minoritaires au Canada, nous estimerons un modèle de régression de type doubles différences (DiD), une méthode quasi-expérimentale bien établie en économie (Roth et al., 2023) et en recherche sur les systèmes de santé (Wing et al., 2018). Nous commencerons par un design classique en 2*2 pour mesurer les effets avant-après de la pandémie. Les différents groupes minorisés seront tour à tour considérés comme les groupes traités, par rapport à leur pendant majoritaire (par exemple immigrants comparativement aux non-immigrants).

¹⁰ Des exemples incluent : (1) difficultés d'apprentissage, de mémoire ou troubles du développement, (2) les conditions psychologiques ou émotionnelles, (3) des troubles de la mobilité, flexibilité, dextérité ou des douleurs chroniques, (4) les troubles d'audition ou de vision.

Il convient toutefois de préciser que, dans notre cas, l'appartenance à un groupe minorisé ne constitue pas un traitement au sens strict du terme, puisqu'il s'agit d'une caractéristique des individus et non d'une intervention susceptible de varier dans le temps et qui puisse être allouée de manière aléatoire à un individu (Cook et al., 2021). Le modèle de type doubles différences demeure néanmoins approprié, dans la mesure où il permet d'estimer les effets différentiels de la pandémie sur les groupes minorisés, relativement aux groupes majoritaires, plutôt qu'un effet causal de « devenir » minorisé. Autrement dit, le paramètre d'interaction mesure la différence dans l'évolution temporelle des indicateurs étudiés entre les deux groupes, sous l'hypothèse de tendances parallèles en l'absence de pandémie. Cette interprétation, centrée sur les contrastes de trajectoires plutôt que sur un traitement au sens expérimental, est conforme à l'usage de la DiD.

Comme expliqué en section 3.1.2.2, le fait d'être membre d'un groupe minorisé peut être considéré comme raisonnablement exogène. De plus, l'absence de comportement anticipatoire, une hypothèse centrale en DiD, est également très raisonnable puisque les individus ne pouvaient pas avoir prévu la pandémie et changer leurs comportements d'accès et d'utilisation des soins et services préventifs au préalable. Notons également l'hypothèse de tendances communes, qui indique que les groupes traités et non traités auraient dû poursuivre sur la même tendance (mais pas au même niveau) en l'absence de pandémie. Nous évaluerons cette hypothèse graphiquement, et par une étude d'événement (*event-study*)¹¹, lorsque possible. Comme les données de l'ESCC et de l'ECR ne sont pas en panel mais en coupe transversale, notre régression DiD sera du type :

$$y_{it} = \alpha + \beta \text{Minorit}_{it} + \gamma \text{Pand}_t + \delta(\text{Minorit}_{it} \times \text{Pand}_t) + \rho X'_i + P_p + T_t + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Avec y_{it} représentant les mesures d'accessibilité des soins ou d'utilisation de services préventifs, Minorit_{it} le fait d'être membre d'un groupe minorisé, Pand_t l'indicateur d'observation durant la pandémie et X'_i le vecteur de variables de contrôle. α est la constante et ε_{it} représente le terme d'erreur aléatoire. En analyse principale, nous utiliserons des variables Minorit_{it} binaires, et en analyses secondaires, des variables catégorielles dichotomisées plus fines pour certains groupes (voir tableaux 1 et 2). À noter que Pand_t est définie de manière légèrement différente dans l'ESCC et l'ECR. Comme l'ESCC inclut la date d'entrevue, un répondant est observé durant la pandémie s'il a répondu après le 11 mars 2020, date de déclaration officielle de la pandémie au Canada (Government of Canada, 2022). Dans l'ECR, faute de date d'entrevue, l'année 2020 est considérée comme pandémique dans son ensemble. P_p est l'effet fixe de province de résidence qui permet de capturer les effets des différences entre provinces, incluant le différentiel d'exposition à la pandémie de la COVID-19. T_t est l'effet fixe temporel pour contrôler l'effet de l'année de réponse non mesuré par les variables observées. Le paramètre d'intérêt est δ et mesure l'effet différentiel d'appartenance à un groupe minorisé pendant la pandémie sur les variables dépendantes. Nous

¹¹ Il n'y a pas à notre connaissance de terme français communément accepté pour traduire le design de recherche par *event-study*. La littérature académique en finance utilise le terme étude d'événement pour les designs de recherche qui visent à mesurer l'impact d'un événement spécifique (comme une fusion) sur la valeur d'une entreprise sur les marchés boursiers. Comme cette méthode en finance présente des similarités avec la méthode en économie (Huntington-Klein, 2022), c'est la terminologie que nous retiendrons.

estimerons toutes nos régressions par moindre carrés ordinaires, comme c'est la norme dans la littérature économique DiD (Roth et al., 2023), avec des erreurs-types robustes¹².

Dans la mesure où les effets de la pandémie peuvent varier au cours du temps, conformément à notre hypothèse H1a, nous étendrons le modèle DiD initial à un modèle dynamique. Il nous faut ajouter que les enjeux rencontrés par la DiD dynamique dans le cadre de traitement variant dans le temps ne se posent pas ici (Goodman-Bacon, 2021), puisque les groupes traités le demeurent (c.-à-d. qu'un membre d'un groupe minorisé le reste au cours du temps). Il n'est donc pas nécessaire de recourir aux méthodes d'estimation plus complexes (Callaway & Sant'Anna, 2021).

Dans l'ECR, seule l'année 2019 est observée en pré-période. Nous distinguons deux années pandémiques, 2020 et 2021, à l'aide de variables indicatrices distinctes ($Pand_{2020,t}$, $Pand_{2021,t}$). Le modèle estimé est le suivant :

$$y_{it} = \alpha + \beta Minorit_{it} + \gamma_1 Pand_{2020,t} + \gamma_2 Pand_{2021,t} + \delta_1 (Minorit_{it} \times Pand_{2020,t}) + \delta_2 (Minorit_{it} \times Pand_{2021,t}) + \rho X'_{it} + P_p + T_t + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Les variables de l'équation (2) reprennent celles du modèle précédent, à l'exception des indicatrices temporelles. La variable $Pand_{2020,t}$ représente la première année pandémique (2020), tandis que $Pand_{2021,t}$ correspond à la deuxième (2021). Les coefficients δ_1 et δ_2 mesurent respectivement l'effet différentiel de la pandémie sur les besoins de soins non comblés des groupes minorisés durant la première et la deuxième année pandémique, par rapport à la période pré-pandémique (2019).

L'ESCC incluant un plus grand nombre de périodes d'observation avant la pandémie (depuis 2015), il est possible d'y estimer un modèle de régression de type étude d'événement complet :

$$y_{it} = \alpha + \sum_{k \in \{-5, -4, -3, -2\}} \beta_k D_{it}^k + \sum_{k \in \{0, +1, +2\}} \beta_k D_{it}^k + \rho X'_{it} + P_p + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

$D_{it}^k = \mathbf{1}_{\{t - T_i = k\}}$ est l'indicateur de temps relatif à l'événement (*event time*) alors que la période $k = -1$ est omise et sert de catégorie de référence. Les autres variables sont définies comme dans l'équation (1). Les coefficients β_k pour $k < 0$ (pré-périodes) permettront de tester l'hypothèse de tendances communes, leurs valeurs estimées devraient être statistiquement proches de zéro dans ce cas. Les coefficients pour $k \geq 0$ (post-périodes) permettront de mesurer l'effet dynamique des

¹² Le choix des erreurs-types fait l'objet d'une littérature à part entière. Nous choisissons d'estimer des erreurs-types robustes à la Huber-White car notre variable de traitement (groupe minorisé) ne dépend pas des lignes géographiques provinciales habituelles. La littérature DiD initiale sur ce sujet recommandait des erreurs-types groupées au niveau provincial (Bertrand et al., 2004). Toutefois, le choc commun ne dépend pas de la résidence dans une province dans notre cas, mais plutôt du statut minoritaire. Comme c'est la norme en économie, nous avons néanmoins estimé les régressions avec les erreurs-types groupées CRVE au niveau de la province. Le CRVE (Colin Cameron & Miller, 2015), typiquement utilisé, a des propriétés asymptotiques et est donc mal adapté au faible nombre de provinces (dix). La littérature en économie appliquée canadienne utilise maintenant le *wild-cluster bootstrap* (Roodman et al., 2019), ce que nous avons également estimé. Comme les résultats sont qualitativement similaires entre les différentes méthodes, et qu'il n'y a pas de bonne raison de retenir le *clustering* au niveau provincial, nous reportons ici uniquement les résultats avec les erreurs-types robustes standard.

différentes années de pandémie par rapport à la dernière année prépandémique sur l'accès à un professionnel de soins régulier et aux soins préventifs des groupes minorisés.

3.2.2 Effets des restrictions sanitaires et de la mobilité sur les groupes minorisés au Canada

Nous portons maintenant notre intérêt sur l'hypothèse H2. Pour rappel, nous avons enrichi les données de l'ESCC à l'aide des indicateurs de restrictions sanitaires de la Banque du Canada et des indices de mobilité de Google, ce qui n'a toutefois pas été possible pour l'ECR. En conséquence, la stratégie d'analyse présentée dans cette sous-section s'applique uniquement aux données de l'ESCC et porte, de ce fait, sur les différences d'accès à un professionnel de soins régulier ainsi qu'à certains services préventifs.

Les indices de restrictions sanitaires de la Banque du Canada, qui reflètent les politiques mises en place, et les indices de mobilité de Google, qui traduisent leurs effets sur les déplacements, présentent une forte corrélation. Afin d'éviter des problèmes de multicollinéarité, nous choisissons donc d'estimer séparément deux régressions distinctes. Pour l'indice de restrictions sanitaires, la spécification retenue est la suivante :

$$y_{it} = \alpha + \beta Minorit_{it} + \gamma BoC_p + \theta_1 (Minorit_{it} \times BoC_p) + \rho X'_{it} + P_p + T_t + \varepsilon_{it} \quad (4)$$

Avec $0 \leq BoC_p \leq 100$ l'indice de restrictions sanitaires mesuré pour la province p . Dans ce modèle, le paramètre θ_1 mesure l'effet différentiel d'une augmentation d'un point de l'indice de sévérité des restrictions sur l'accès à un professionnel de soins régulier et aux soins préventifs des groupes minoritaires, relativement aux groupes majoritaires.

De manière analogue, l'indice de mobilité de Google fait également l'objet d'une estimation séparée, selon la spécification suivante :

$$y_{it} = \alpha + \beta Minorit_{it} + \gamma \overline{Mob}_p + \theta_2 (Minorit_{it} \times \overline{Mob}_p) + \rho X'_{it} + P_p + T_t + \varepsilon_{it} \quad (5)$$

Avec $\overline{Mob}_p$ l'indice de mobilité moyen mesuré pour la province p , et calculé comme expliqué en section 3.1.2.3. Nous nous attendons à ce que les coefficients θ_1 et θ_2 présentent des signes opposés : une augmentation de BoC_p indique un renforcement des restrictions, alors qu'une augmentation de $\overline{Mob}_p$ traduit une augmentation de la mobilité par rapport à la période de référence prépandémique.

3.2.3 Effets de la pandémie sur les groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada

Nous concluons notre section méthodologique en nous intéressant à l'hypothèse H3. Nous nous concentrons ici sur les différences avant-après entre groupes minorisés et majoritaires, puisque les tailles d'échantillon de certains groupes minorisés, en particulier dans les analyses secondaires, peuvent devenir très faibles au sein d'une année donnée pour les répondants situés au Québec. Avec ce design avant-après, les analyses sont conduites à la fois sur les données de l'ESCC et de l'ECR. Notre spécification s'apparente alors à un design en triples différences (Olden & Møen, 2022) :

$$y_{it} = \alpha + \beta \text{Minorit}_{it} + \gamma \text{Pand}_t + \theta \text{QC}_i + \delta (\text{Minorit}_{it} \times \text{Pand}_t) + \pi (\text{QC}_i \times \text{Pand}_t) + \varphi (\text{QC}_i \times \text{Minorit}_{it}) + \tau (\text{Minorit}_{it} \times \text{QC}_i \times \text{Pand}_t) + \rho X'_{it} + P_p + T_t + \varepsilon_{it} \quad (6)$$

Dans cette équation, le paramètre d'intérêt τ permettra de mesurer le surcroît d'effet de la pandémie au Québec pour les groupes minorisés par rapport à leurs homologues majoritaires, et ce différentiel est comparé à celui observé dans le reste du Canada. À noter que les effets fixes provinciaux P_p n'incluent que les provinces autres que le Québec

Comme pour le modèle en doubles différences, le modèle en triples différences doit être interprété comme une mesure des écarts différentiels d'impact de la pandémie entre groupes et entre régions, plutôt que comme une estimation d'un effet de traitement au sens strict. En d'autres termes, le paramètre τ saisit le surcroît d'effet du choc pandémique sur l'écart minorisés-majorité au Québec, comparativement à cet écart observé dans les autres provinces, sous l'hypothèse de tendances parallèles en l'absence de pandémie. Cette approche permet d'isoler la composante contextuelle propre au Québec.

4. Résultats

Pour faciliter la lecture, la section des résultats est structurée autour de deux grands ensembles de variables dépendantes : d'une part, l'accès à un professionnel de soins régulier et la vaccination antigrippale (issus de l'ESCC); d'autre part, les besoins de soins de santé non comblés (issus de l'ECR). Dans chaque cas, nous présentons d'abord les analyses descriptives, puis les résultats des régressions.

4.1 Accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale

4.1.1 Analyses descriptives pour l'accessibilité à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale

Pour rappel, les variables relatives à l'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale proviennent de l'ESCC. Nous présentons dans un premier temps des tableaux de statistiques descriptives comparant ces variables d'intérêt avant et pendant la pandémie. Nous examinons ensuite graphiquement les tendances de l'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale, en distinguant les groupes minorisés de leurs homologues majoritaires.

4.1.1.1 Statistiques descriptives avant et durant la pandémie

Le tableau 3 présente les statistiques descriptives pour l'ensemble du Canada, avant et durant la pandémie. On y observe qu'entre les deux périodes, la proportion de personnes ayant un professionnel de soins régulier est modestement à la hausse (86 % durant contre 85 % avant la pandémie), mais que la capacité à obtenir un rendez-vous avec ce professionnel régulier est à la baisse, avec une baisse très marquée pour l'obtention d'un rendez-vous le même jour ou le lendemain (33 % contre 41 %). La proportion de personnes n'ayant pas de professionnel de soins régulier pour des raisons systémiques augmente marginalement (7,4 % contre 6,8 %) alors qu'elle diminue pour les raisons personnelles (6,1 % contre 7,6 %). En somme, la tendance d'accessibilité des soins à un professionnel de soins régulier semble à la baisse durant la pandémie. Enfin, il y a une plus forte adhésion à la vaccination antigrippale durant la pandémie, puisque 37 % des répondants ont reçu le vaccin, contre 33 % précédemment.

Concernant les variables de statut minorisé, la proportion de femmes, de minorités linguistiques officielles et de personnes allophones, demeure stable entre les deux périodes. En revanche, on observe une progression de la part des minorités sexuelles (+1 point de pourcentage), des minorités visibles (+2 p.p.) ainsi qu'une hausse particulièrement marquée de la proportion d'immigrants (+19 p.p.). À l'inverse, les parts des personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires (-3 p.p.) et celle des Autochtones (-0,5 p.p.) sont en diminution. Ces évolutions peuvent traduire à la fois des changements dans la structure démographique canadienne, notamment l'accroissement exceptionnel du nombre d'immigrants en 2022 (S. C. Government of Canada, 2023), et des variations dans la composition des répondants entre les cycles de l'ESCC.

Les variables restantes permettent d'apprécier d'éventuels changements de composition entre la période prépandémique et la période pandémique, et soulignent, d'un point de vue méthodologique, l'importance d'intégrer ces variables de contrôle dans les régressions. Nous observons ainsi, durant la pandémie, une dégradation de l'état de santé perçu, tant général que mental, une proportion plus élevée de personnes en situation d'obésité, ainsi qu'une légère augmentation de la prévalence de certaines maladies chroniques, notamment l'hypertension. À l'inverse, certaines variables évoluent favorablement : un plus fort sentiment d'appartenance à la communauté, une diminution de la proportion de fumeurs et d'individus consommant régulièrement de l'alcool (bien que la part des buveurs occasionnels progresse), ainsi qu'une hausse de la densité des professions de santé. Dans l'ensemble, ces évolutions confirment la nécessité d'inclure ces dimensions comme variables de contrôle dans les analyses de régression. Enfin, comme attendu, la mobilité moyenne a reculé et l'indice de restrictions sanitaires s'est accru durant la pandémie.

Tableau 3 : Statistiques descriptives de l'ESCC et des données complémentaires avant et durant la pandémie

Pandémie de la COVID-19				
	Avant	Durant	Total	Test
<i>Variables d'accès aux soins et vaccination antigrippale</i>				
A un professionnel de soins régulier	84,5 %	85,7 %	85,1 %	<0,001
Rendez-vous le jour même ou le lendemain	41,4 %	33,3 %	38,3 %	<0,001
Rendez-vous après un mois ou plus	5,1 %	4,2 %	4,8 %	<0,001
Pas de professionnel de soins régulier (raisons systémiques)	6,8 %	7,4 %	7,0 %	0,006
Pas de professionnel de soins régulier (raisons personnelles)	7,6 %	6,1 %	7,0 %	<0,001
A reçu le vaccin contre la grippe	32,7 %	36,8 %	34,3 %	<0,001
<i>Variables de statut minorisé</i>				
Femme	50,8 %	50,7 %	50,7 %	0,84
Minorité sexuelle	3,2 %	4,3 %	3,8 %	<0,001
Pas d'éducation secondaire	11,6 %	9,3 %	10,4 %	<0,001
Immigrant	27,4 %	46,0 %	36,9 %	<0,001
Autochtone	3,6 %	3,1 %	3,4 %	<0,001
Minorité visible	21,9 %	23,7 %	22,9 %	<0,001
Minorité linguistique	5,1 %	5,1 %	5,1 %	0,963
Allophone	26,5 %	26,8 %	26,7 %	0,359
<i>Variables de contrôle</i>				
Âge	47,9 (18,0)	48,9 (18,3)	48,4 (18,2)	<0,001
Marié ou conjoint de fait	62,5 %	62,6 %	62,6 %	0,691
Revenu familial				<0,001
moins que 5k	0,8 %	0,8 %	0,8 %	
5k+ moins que 10k	1,0 %	0,5 %	0,7 %	
10k+ moins que 15k	1,9 %	1,0 %	1,4 %	
15k+ moins que 20k	2,8 %	1,4 %	2,1 %	
20k+ moins que 30k	6,4 %	4,5 %	5,4 %	
30k+ moins que 40k	7,3 %	5,4 %	6,4 %	
40k+ moins que 50k	7,2 %	5,9 %	6,6 %	
50k+ moins que 60k	7,2 %	6,2 %	6,7 %	
60k+ moins que 70k	6,7 %	5,9 %	6,3 %	
70k+ moins que 80k	6,6 %	5,7 %	6,1 %	
80k+ moins que 90k	6,3 %	5,8 %	6,0 %	

90k+ moins que 100k	5,2 %	5,4 %	5,3 %	
100k+	40,5 %	51,6 %	46,1 %	
Santé autodéclarée				<0,001
excellente	23,5 %	20,5 %	22,0 %	
très bonne	36,6 %	36,8 %	36,7 %	
bonne	28,3 %	29,9 %	29,1 %	
passable	8,5 %	9,7 %	9,1 %	
mauvaise	3,1 %	3,2 %	3,2 %	
Santé mentale autodéclarée				<0,001
excellente	32,7 %	23,6 %	28,0 %	
très bonne	36,7 %	34,6 %	35,6 %	
bonne	23,3 %	29,3 %	26,4 %	
passable	5,8 %	10,0 %	7,9 %	
mauvaise	1,5 %	2,5 %	2,0 %	
Indice de masse corporelle				<0,001
sous-poids	1,5 %	1,7 %	1,6 %	
normal	35,7 %	33,7 %	34,7 %	
surpoids	36,0 %	35,2 %	35,6 %	
obèse	26,8 %	29,4 %	28,1 %	
Statut tabagique				<0,001
ne fume pas	82,8 %	87,2 %	85,0 %	
fume tous les jours	12,2 %	9,5 %	10,8 %	
fume occasionnellement	5,1 %	3,3 %	4,2 %	
Statut de consommation d'alcool				<0,001
consomme régulièrement	63,3 %	59,7 %	61,5 %	
consomme occasionnellement	16,4 %	17,2 %	16,8 %	
pas de consommation dans les 12 derniers mois	20,3 %	23,0 %	21,7 %	
Arthrite	20,5 %	20,3 %	20,4 %	0,457
Asthme	8,1 %	8,6 %	8,1 %	0,049
Hypertension artérielle	18,7 %	19,5 %	19,1 %	<0,001
Maladie cardiaque	4,8 %	5,3 %	5,1 %	<0,001
Diabète	7,7 %	8,0 %	7,9 %	0,052
Sentiment d'appartenance à la communauté				0,004
très faible	7,6 %	7,4 %	7,5 %	
plutôt faible	24,8 %	24,0 %	24,5 %	
plutôt fort	50,1 %	51,5 %	50,6 %	

très fort	17,5 %	17,0 %	17,3 %	
Province de résidence				0,003
Terre-Neuve-et-Labrador	1,5 %	1,4 %	1,5 %	
Île-du-Prince-Édouard	0,4 %	0,4 %	0,4 %	
Nouvelle-Écosse	2,7 %	2,6 %	2,7 %	
Nouveau-Brunswick	2,1 %	2,1 %	2,1 %	
Québec	23,3 %	22,6 %	22,9 %	
Ontario	39,0 %	39,4 %	39,2 %	
Manitoba	3,4 %	3,3 %	3,3 %	
Saskatchewan	2,9 %	2,8 %	2,9 %	
Alberta	11,4 %	11,3 %	11,4 %	
Colombie-Britannique	13,3 %	13,9 %	13,6 %	
Année				<0,001
2015	19,4 %	0,0 %	9,5 %	
2016	19,6 %	0,0 %	9,6 %	
2017	19,8 %	0,0 %	9,7 %	
2018	20,1 %	0,0 %	9,9 %	
2019	20,4 %	0,0 %	10,0 %	
2020	0,8 %	19,1 %	10,1 %	
2021	0,0 %	36,5 %	18,5 %	
2022	0,0 %	44,4 %	22,6 %	
<i>Variables complémentaires</i>				
	120,2	125,5		
Densité de médecins	(28,5)	(28,6)	122,7 (28,7)	<0,001
	122,9	158,7		
Densité d'infirmières praticiennes	(118,7)	(140,2)	139,2 (130,2)	<0,001
	6 550,8 (4	6 792,3 (5	6 660,7 (5	
Densité d'infirmières autorisées	979,7)	453,9)	202,2)	<0,001
Variation moyenne de la mobilité (Google)	2,5 (5,7)	-11,0 (14,7)	-10,9 (14,7)	<0,001
Sévérité des restrictions sanitaires (BdC)	4,6 (3,8)	43,4 (19,6)	43,1 (19,9)	<0,001
	9 077 351	9 376 541	18 453 893	
Taille d'échantillon (pondérée)	(49,2 %)	(50,8 %)	(100,0 %)	

Note : Les pourcentages ou les moyennes avec écart-types entre parenthèses sont présentés. Les densités sont pour 100 000 habitants. Les valeurs p en dernière colonne sont pour un test de Student (variable continue ou binaire) ou un test du khi-deux (χ^2) (variable catégorielle) entre les périodes avant et durant la pandémie. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un. D'autres catégories (par exemple inscription sur liste d'attente) sont présentes dans certains questionnaires plus récents mais ne sont pas disponibles de manière constante sur toute la période étudiée.

Nous portons maintenant notre attention sur les différences entre le Québec et le reste du Canada, telles que présentées au tableau 4. Pour des raisons de concision, la discussion se limite aux variables liées à l'accès à un professionnel de soins régulier, à la vaccination antigrippale et au statut minorisé. Le tableau A2 en annexe présente les autres variables.

Concernant l'accès aux soins, il est notable que la proportion de personnes obtenant un rendez-vous après un mois ou plus a diminué au Québec (de 14 % à 10 %), alors qu'elle est demeurée stable ailleurs au pays, mais à un niveau beaucoup plus faible (3 %). À l'inverse, le fait de ne pas avoir de professionnel de soins régulier pour des raisons systémiques est demeuré stable au Québec (12 %), tandis qu'il a légèrement augmenté dans le reste du Canada (de 5 % à 6 %), mais est demeuré à un niveau plus faible. La couverture vaccinale contre la grippe est clairement plus faible au Québec et y est restée stable (25 %) alors que cette couverture a augmenté hors Québec (de 36 % à 40 %). Pour les autres indicateurs d'accès, les tendances pendant et durant la pandémie sont semblables entre le Québec et le reste du pays.

Du côté des variables de statut minorisé, on observe qu'entre avant et durant la pandémie, la proportion de personnes issues de minorités sexuelles ou autochtones est demeurée stable au Québec, alors que les premiers ont augmenté et les seconds baissé ailleurs au pays. En revanche, bien qu'en baisse, la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires demeure plus élevée au Québec (de 15 % à 13 %) qu'ailleurs au Canada (de 11 % à 8 %). Enfin, la part des minorités linguistiques est légèrement plus élevée au Québec (6 % contre 5 %), alors que celle des minorités visibles y est nettement plus faible (14 % contre 27 %).

Tableau 4 : Statistiques descriptives des variables principales au Québec et dans le reste du Canada, avant et durant la pandémie

	Québec				Reste du Canada			
	Avant la COVID-19	Durant la COVID-19	Total	Test	Avant la COVID-19	Durant la COVID-19	Total	Test
<i>Variables d'accès aux soins</i>								
A un professionnel de soins régulier Rendez-vous le jour même ou le lendemain	76,5 %	79,0 %	77,7 %	<0,001	86,9 %	87,7 %	87,3 %	0,003
Rendez-vous après un mois ou plus	34,3 %	29,4 %	32,5 %	<0,001	43,2 %	34,3 %	39,8 %	<0,001
Pas de professionnel de soins régulier (raisons systémiques)	14,0 %	10,2 %	12,6 %	<0,001	2,8 %	2,7 %	2,8 %	0,531
Pas de professionnel de soins régulier (raisons personnelles)	11,8 %	11,8 %	11,8 %	0,972	5,3 %	6,1 %	5,6 %	<0,001
A reçu le vaccin contre la grippe	10,6 %	7,8 %	9,5 %	<0,001	6,7 %	5,6 %	6,3 %	<0,001
	23,4 %	24,5 %	23,8 %	0,045	35,6 %	40,3 %	37,5 %	<0,001
<i>Variables de statut minorisé</i>								
Femme	50,5 %	50,3 %	50,4 %	0,725	50,9 %	50,8 %	50,8 %	0,958
Minorité sexuelle	3,6 %	3,9 %	3,7 %	0,18	3,2 %	4,4 %	3,8 %	<0,001
Pas d'éducation secondaire	15,4 %	12,7 %	14,0 %	<0,001	10,5 %	8,3 %	9,3 %	<0,001
Immigrant	17,1 %	44,2 %	30,7 %	<0,001	30,6 %	46,6 %	38,8 %	<0,001
Autochtone	1,7 %	1,5 %	1,6 %	0,116	4,1 %	3,6 %	3,9 %	<0,001
Minorité visible	12,2 %	14,0 %	13,1 %	0,002	24,9 %	26,6 %	25,8 %	<0,001
Minorité linguistique	6,5 %	6,5 %	6,5 %	0,876	4,6 %	4,7 %	4,6 %	0,729
Allophone	16,2 %	17,1 %	16,6 %	0,145	29,6 %	29,6 %	29,6 %	0,973
	2 114 603	2 119 288	4 233 891		6 962 748	7 257 253	14 220 001	
Taille d'échantillon (pondérée)	(49,9 %)	(50,1 %)	(100,0 %)		(49,0 %)	(51,0 %)	(100,0 %)	

Note : Les valeurs p en dernière colonne sont pour un test de Student (variable continue ou binaire) ou un test du khi-deux (χ^2) (variable catégorielle) entre les périodes avant et durant la pandémie. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

4.1.1.2 Tendances d'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale

En complément à l'analyse descriptive numérique présentée dans la sous-section précédente, nous présentons maintenant une analyse visuelle des tendances par année. En raison du volume considérable d'indicateurs (six variables binaires d'accès aux soins et aux services préventifs, huit variables binaires de statut minorisé, et leur déclinaison selon les deux espaces géographiques), une présentation exhaustive des résultats visuels produirait un nombre trop élevé de graphiques (144 au total¹³). Afin de privilégier la clarté, nous choisissons de nous concentrer sur les tendances pour trois variables : l'obtention rapide d'un rendez-vous, l'accès à un professionnel de soins régulier et la vaccination contre la grippe.

En ce qui concerne les tendances dans l'accès rapide à un professionnel régulier au Canada présentées en figure 1, malgré une tendance générale à la baisse, la variation entre groupes minorisés est notable : il n'y a pas de différences marquées entre hommes et femmes; les personnes issues de minorité visible, les immigrants et les allophones sont proportionnellement plus nombreux à avoir accès aux soins rapidement; les personnes autochtones, celles n'ayant pas complété le secondaire, et les minorités sexuelles le sont moins, avec toutefois une amélioration durant la pandémie; et il y a une détérioration marquée dans l'accès rapide aux soins pour les minorités linguistiques officielles durant la pandémie. La figure A1 en annexe présente les mêmes graphiques mais pour le Québec uniquement. Le contraste le plus saisissant vient de la large baisse d'accès rapide à un professionnel de soins chez les femmes au Québec, mais il faut également noter une forte amélioration pour les minorités visibles, les allophones et les immigrants pour qui la tendance pré-pandémique était à une accessibilité moins bonne que leurs pendants majoritaires.

L'accès rapide étant conditionné à avoir un professionnel de soins régulier, il est utile d'explorer cette variable pour commencer à comprendre l'amélioration d'accès rapide pour certains groupes minorisés, ce qui est fait en figure 2. Dans l'ensemble du Canada, il apparaît que l'accès plus rapide des personnes de minorités visibles et des immigrants se fait en dépit d'une proportion plus faible ayant un professionnel de soins régulier, proportion toutefois en relative augmentation durant la pandémie. À l'inverse, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir accès à un professionnel de soins régulier, ce qui ne change pas durant la pandémie, pourtant elles n'ont pas un accès plus rapide que les hommes. Les minorités sexuelles sont proportionnellement moins nombreuses à avoir un fournisseur de soins régulier, ce qui amplifie leur accès moins rapide. Il n'y a pas de tendance claire pour les autres groupes minoritaires. La figure A2 en annexe répète l'exercice seulement au Québec. Les résultats sont très similaires avec le Canada, bien qu'il faille noter que les Autochtones ont, sur l'ensemble de la période d'observation, un meilleur accès à un professionnel de soins régulier au Québec, ce qui n'est pas le cas pour le Canada.

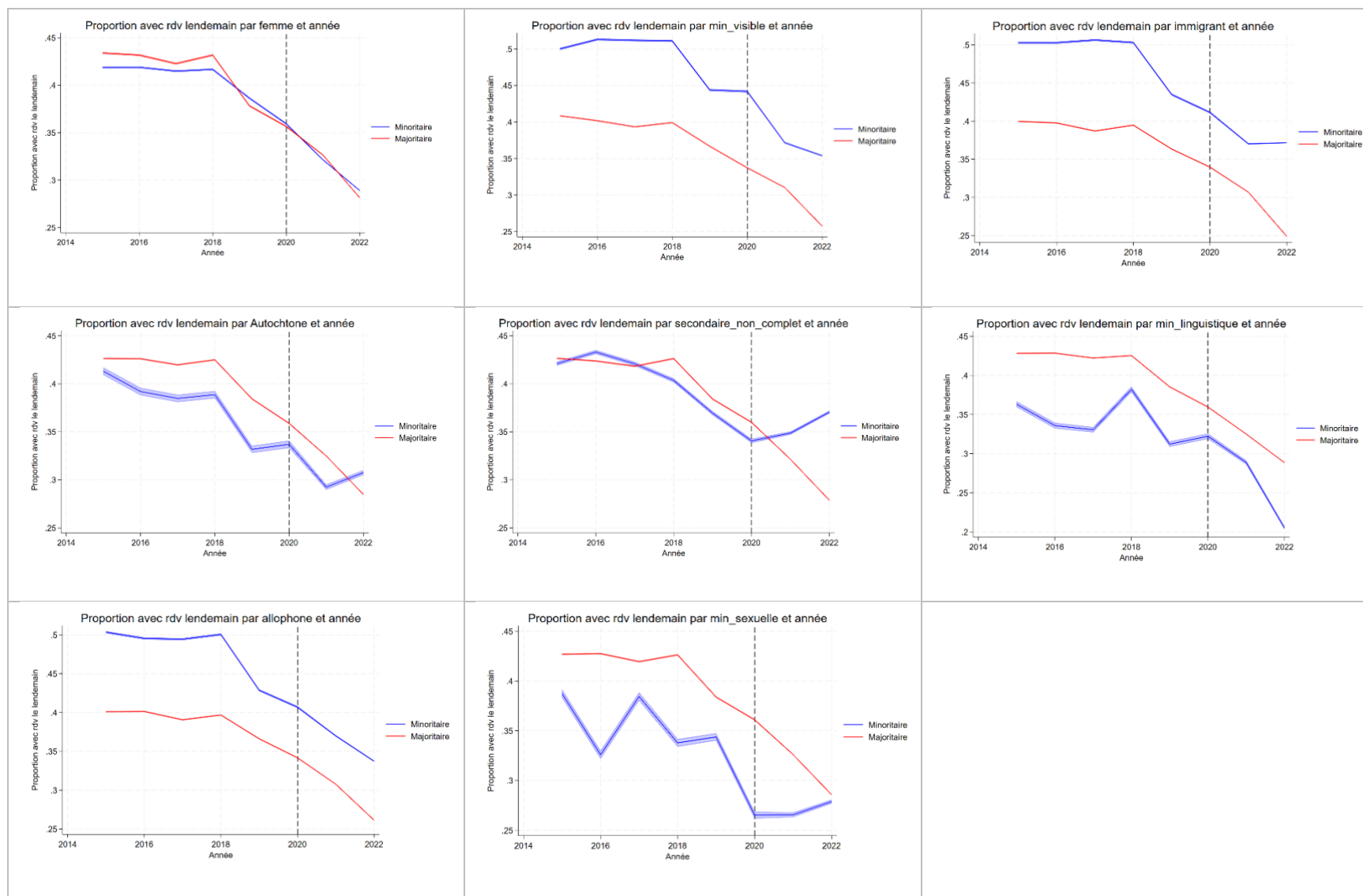
Nous concluons cette analyse des tendances avec la vaccination antigrippale, en figure 3. Rappelons que cet indicateur n'est pas disponible pour l'année 2021. Les tendances de vaccination contre la grippe pour les groupes minorisés et majoritaires sont très comparables, incluant durant la pandémie, à l'exception notable des immigrants qui ont maintenu un niveau relatif élevé durant la pandémie. Il faut toutefois noter la différence entre les femmes, les personnes n'ayant pas

¹³ Ces graphiques ont été produits et sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

complété le secondaire et les minorités linguistiques, qui se vaccinent plus que leur contrepartie majoritaire, alors que les minorités visibles, les allophones et les Autochtones se vaccinent moins. La figure A3 en annexe présente les mêmes graphiques mais pour le Québec uniquement. Les différences les plus notables viennent d'un accroissement relativement plus fort de la vaccination antigrippale chez les immigrants comparativement aux natifs durant la pandémie, ainsi qu'à une hausse de vaccination contre la grippe chez les minorités sexuelles, dépassant celle des hétérosexuels durant la pandémie au Québec uniquement.

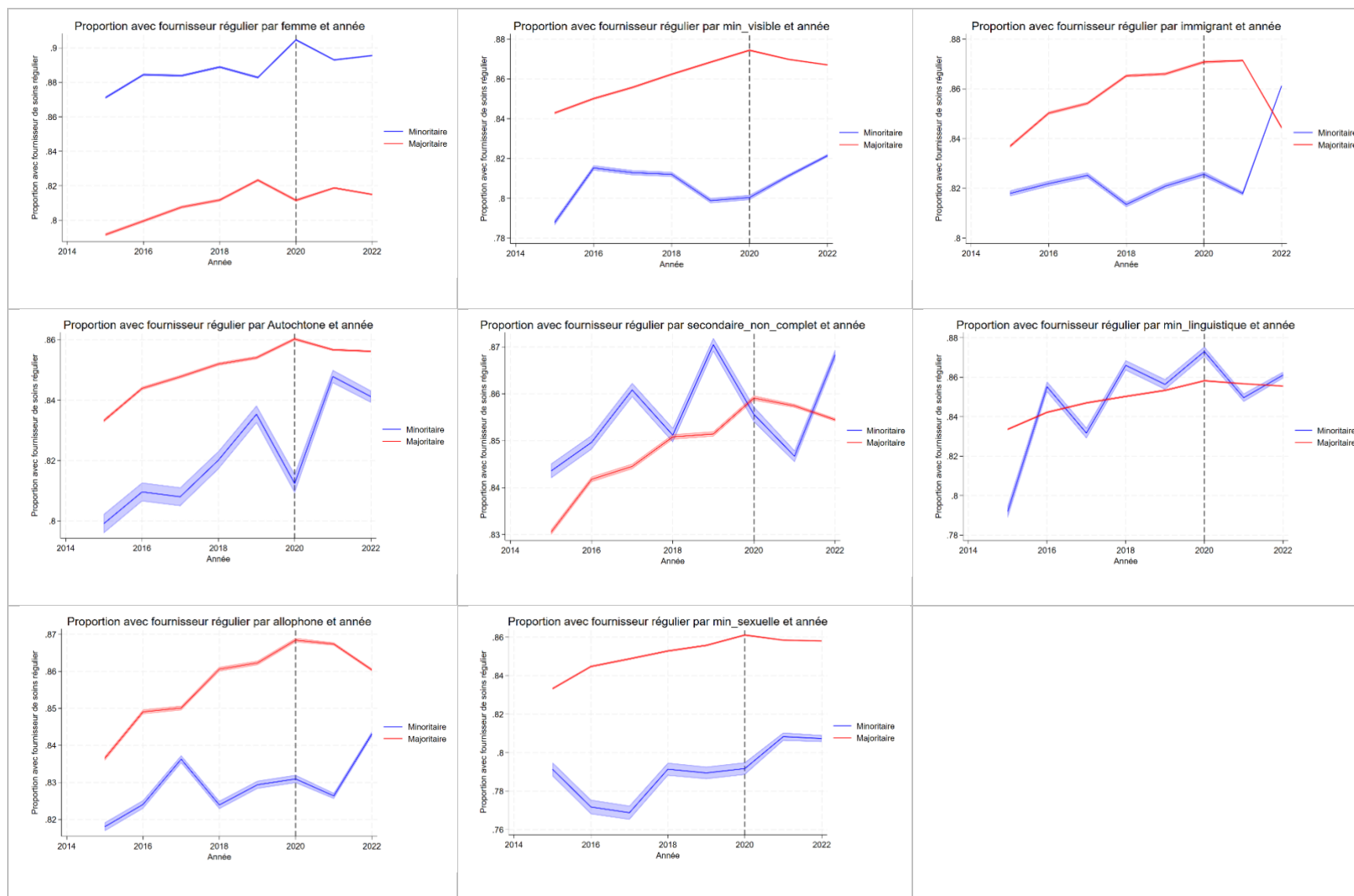
Ces tendances descriptives sont utiles en ce qu'elles permettent de brosser un portrait nuancé des différences entre groupes minorisés et majoritaires : l'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination est meilleur pour certains groupes minorisés, pire pour d'autres, et tous n'ont pas été affectés de la même manière par la pandémie. Toutefois, ces tendances ne permettent pas de tenir compte de différence de composition entre les groupes minorisés et majoritaires. Nous nous tournons maintenant vers les analyses de régressions.

Figure 1 : Tendances dans l'accès rapide à un professionnel de soins régulier au Canada



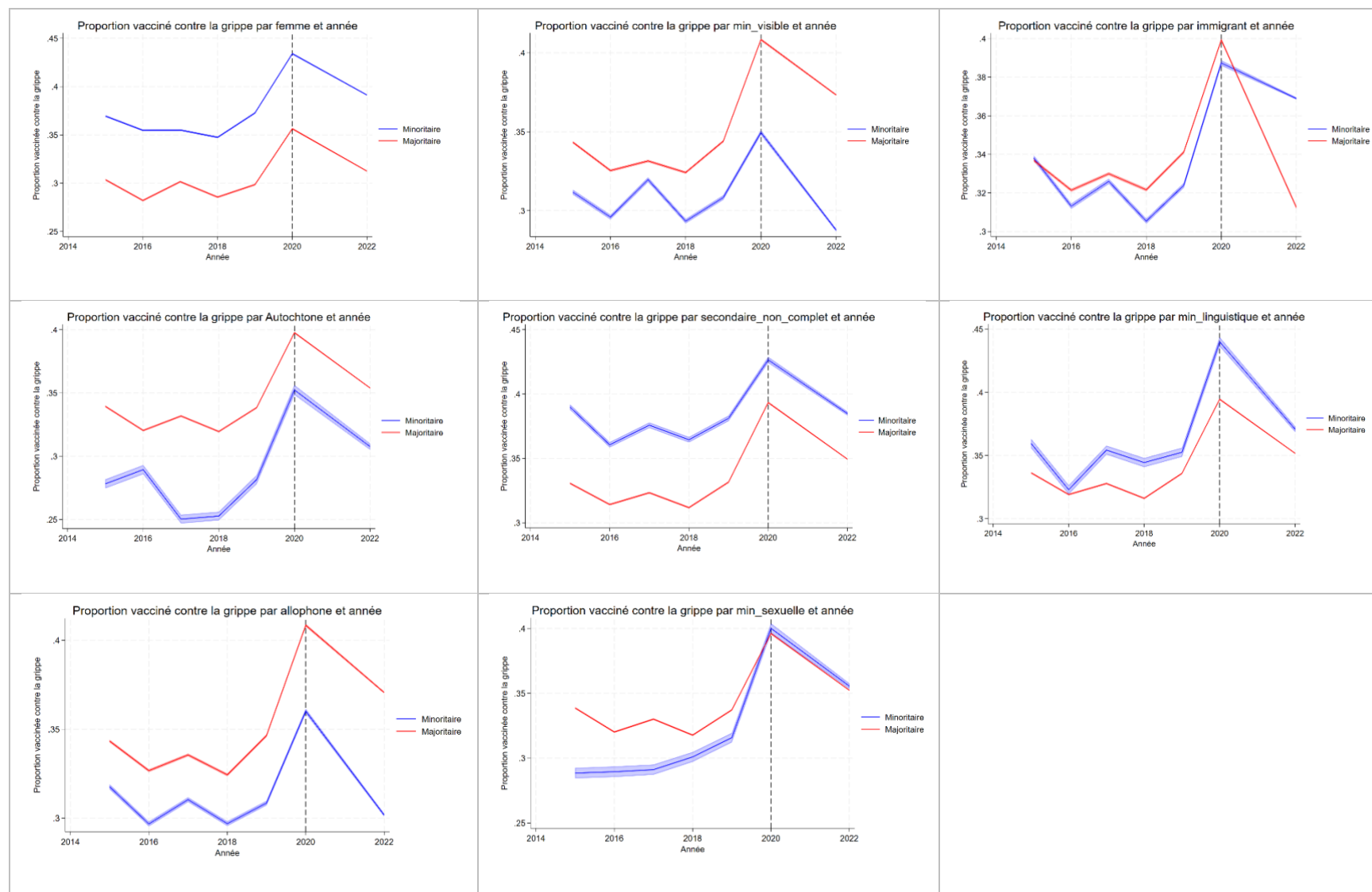
*Note : Un accès rapide est défini par l'obtention d'un rendez-vous le jour même ou le lendemain. Proportion moyenne par année et groupe avec intervalle de confiance à 95 % en ombré. Le groupe minorisé est en bleu. min_visible = minorité visible; secondaire_non_complet = secondaire non complété; min_linguistique = minorité linguistique officielle; min_sexuelle = minorité sexuelle.

Figure 2 : Tendances dans l'accès à un professionnel de soins régulier au Canada



Note : Proportion moyenne par année et groupe avec intervalle de confiance à 95 % en ombré. Voir légende en figure 1.

Figure 3 : Tendances dans la vaccination antigrippale au Canada



Note : Proportion moyenne par année et groupe avec intervalle de confiance à 95 % en ombré. Voir légende en figure 1.

4.1.2 *Estimation des effets de la pandémie sur l'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale au Canada*

4.1.2.1 Estimation avant-durant la pandémie au Canada

Les régressions discutées dans cette sous-section correspondent à l'équation (1) de la section méthode, et visent à identifier l'effet d'appartenir à un groupe minorisé durant la pandémie sur les différentes mesures d'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale. Nous présentons l'ensemble de ces régressions au tableau 5. Pour chaque indicateur, nous présentons les régressions sans (colonnes impaires) et avec (colonnes paires) variables de contrôle. Les estimés pour les variables de contrôle y sont absents, car ils ne sont pas d'intérêt ici. Les effets fixes annuels et provinciaux sont systématiquement inclus. Chaque panel du tableau correspond à un groupe minorisé investigué (femmes, minorités sexuelles, etc.). Bien qu'elle résulte en un imposant tableau, cette présentation permet de rapporter en une seule fois l'ensemble des résultats pour les 48 combinaisons possibles entre indicateur d'accès et de minorité. Toutes les variables dépendantes étant binaires, nos régressions sont des modèles de probabilité linéaire, et les estimés peuvent être interprétés comme un changement de probabilité en pourcentage. Nous discutons les résultats minorité par minorité en favorisant les régressions avec l'ensemble des variables de contrôle.

Durant la pandémie, les femmes ont eu un plus fort accès à un fournisseur de soins régulier (+1,5 %), qui s'explique par une réduction des barrières systémiques (-1 %) et s'est traduit par une réduction de l'accès tardif (un mois et plus) au fournisseur de soins (-1 %). Il faut toutefois noter que les femmes ont de plus fortes chances d'avoir un accès tardif que les hommes. Une fois les variables de contrôle incluses, l'effet de la pandémie sur la vaccination antigrippale chez les femmes devient non significatif (+0,7 %, n. s.), les femmes ayant néanmoins une probabilité de 5 % plus élevée d'être vaccinées que les hommes.

La pandémie a affecté l'accessibilité aux soins et services préventifs des minorités sexuelles sur uniquement deux dimensions : une réduction dans la probabilité d'avoir des barrières systémiques à l'accès aux soins (-4 %) et une augmentation de la vaccination antigrippale (+5 %). En d'autres termes, l'accessibilité des soins semble s'être améliorée pour les minorités sexuelles durant la pandémie.

Pour ceux n'ayant pas complété leur secondaire, la pandémie a réduit l'accès à un fournisseur de soins régulier (-2 %), vraisemblablement en raison d'une augmentation des barrières personnelles (+2 %), ce qui a possiblement contribué à la réduction observée dans la vaccination (-3 %). Ce résultat est d'autant plus problématique que les personnes n'ayant pas complété leur secondaire avaient déjà une probabilité 2 % plus faible d'être vaccinées que les autres.

De nombreux estimés apparaissent significatifs pour l'interaction entre pandémie et statut d'immigrants uniquement dans les régressions sans variables de contrôle, soulignant de possibles effets de composition. Cela dit, la réduction d'accès rapide aux soins (-3 %) parmi les immigrants durant la pandémie demeure statistiquement significative dans toutes les régressions.

La pandémie réduit l'accès à un fournisseur de soins régulier (-4 %) chez les personnes autochtones. Il faut toutefois noter qu'en dehors même de la période pandémique, être Autochtone est associé à un moins bon accès sur tous les indicateurs : moins d'accès rapide (2 % de moins que les non-Autochtones), plus d'accès tardif (+1 %), plus de barrières systémiques (+1 %) et moins de vaccination antigrippale (-3 %). En d'autres termes, bien que la situation des Autochtones n'apparaisse pas s'être détériorée davantage durant la pandémie, elle demeure néanmoins moins bonne que pour les non-Autochtones.

En ce qui concerne les minorités visibles, l'accessibilité s'est détériorée relativement plus durant la pandémie pour un seul indicateur, la vaccination contre la grippe (-3 %). Nous verrons en sous-section 4.1.2.3., que ce regroupement de toutes les minorités visibles en un seul groupe masque d'importantes disparités.

L'accès aux soins des minorités linguistiques n'apparaît pas affecté par la pandémie. Il n'en demeure pas moins que l'accessibilité est moins bonne pour ce groupe que pour les locuteurs de la langue majoritaire : moins de chances d'avoir un fournisseur régulier (-2 %), d'avoir un accès rapide (-4 %) et plus de chances d'avoir un accès tardif (+2 %) et de faire face à des barrières systémiques dans l'accès à un fournisseur régulier (+1 %).

Enfin, pour les allophones, c'est l'accès rapide qui est comparativement réduit durant la pandémie (-4 %), et de manière intéressante, cette réduction s'opère depuis un niveau plus élevé d'accès à un rendez-vous rapidement que les locuteurs des langues officielles (+6 %).

Tentons un premier résumé, avec deux points qui ressortent particulièrement : d'abord, les résultats apparaissent cohérents entre les différentes mesures d'accès, mais toutes les mesures ne sont pas affectées par la pandémie pour tous les groupes minorisés; ensuite, bien que la situation de certains groupes minorisés se soit détériorée ou soit restée stable à des moins bons niveaux que les groupes majoritaires, elle semble s'être améliorée pour deux groupes minorisés.

• H1 : La réduction d'accès aux soins et d'utilisation des services préventifs est plus forte pour les groupes minorisés au Canada.

=> Cette hypothèse est partiellement confirmée. Seuls certains groupes minorisés voient une détérioration des indicateurs d'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et de vaccination. D'autres groupes minorisés voient en revanche une amélioration.

Comme montré par la plupart des figures 1 à 3, les groupes minorisés et majoritaires semblent suivre une tendance commune (non ajustée) avant la pandémie pour les indicateurs d'accès aux soins et aux services préventifs. L'hypothèse de tendance commune est essentielle aux régressions DiD, et nous l'investiguons davantage en sous-section suivante avec les régressions d'études d'évènement.

Tableau 5 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale des groupes minoritaires dans l'ensemble du Canada

	Fournisseur régulier		Accès rapide		Accès tardif		Systémique		Personnel		Vaccin antigrippal	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Femmes												
Pandémie	0,0356*	0,0084	0,0098	0,0043	-0,0134	-0,0102	-0,0064	-0,0023	-0,0331**	-0,0112	0,0913***	0,0453*
	(0,0208)	(0,0229)	(0,0265)	(0,0287)	(0,0153)	(0,0171)	(0,0156)	(0,0180)	(0,0166)	(0,0176)	(0,0245)	(0,0258)
Femmes	0,0751***	0,0773***	-0,0070*	-0,0064	0,0055***	0,0050***	-0,0153***	-0,0150***	-0,0592***	-0,0607***	0,0652***	0,0522***
	(0,0026)	(0,0027)	(0,0039)	(0,0041)	(0,0015)	(0,0016)	(0,0017)	(0,0019)	(0,0019)	(0,0020)	(0,0032)	(0,0033)
Femmes*Pandémie	0,0049	0,0151*	0,0053	0,0102	-0,0041	-0,0115**	-0,0090**	-0,0111*	0,0038	-0,0042	0,0126**	0,0074
	(0,0046)	(0,0081)	(0,0083)	(0,0118)	(0,0032)	(0,0045)	(0,0042)	(0,0060)	(0,0043)	(0,0062)	(0,0064)	(0,0099)
N	407,443	267,380	282,551	217,913	282,551	217,913	347,883	268,671	347,883	268,671	353,337	267,683
R 2	0,0307	0,1050	0,0225	0,0286	0,0393	0,0477	0,0162	0,0306	0,0222	0,0758	0,0253	0,1347
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités sexuelles												
Pandémie	0,0393*	0,0198	0,0095	0,0044	-0,0141	-0,0158	-0,0104	-0,0054	-0,0303*	-0,0158	0,1082***	0,0582**
	(0,0216)	(0,0228)	(0,0268)	(0,0285)	(0,0157)	(0,0171)	(0,0162)	(0,0182)	(0,0172)	(0,0176)	(0,0241)	(0,0245)
Minorités sexuelles	-0,0598***	0,0034	-0,0578***	-0,0411***	0,0037	-0,0027	0,0311***	0,0078	0,0159***	-0,0195***	-0,0285***	0,0412***
	(0,0087)	(0,0087)	(0,0118)	(0,0122)	(0,0047)	(0,0049)	(0,0062)	(0,0063)	(0,0053)	(0,0055)	(0,0097)	(0,0101)
Minorités sexuelles*Pandémie	0,0086	-0,0051	-0,0075	-0,0264	0,0111	0,0181	-0,0209*	-0,0372***	0,0182	0,0119	0,0276	0,0535*
	(0,0144)	(0,0276)	(0,0229)	(0,0273)	(0,0100)	(0,0139)	(0,0116)	(0,0133)	(0,0157)	(0,0213)	(0,0179)	(0,0274)
N	386,326	260,929	267,203	212,934	267,203	212,934	327,668	261,143	327,668	261,143	342,384	260,352
R 2	0,0199	0,0942	0,0226	0,0287	0,0392	0,0473	0,0153	0,0299	0,0099	0,0643	0,0201	0,1327
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Moins que secondaire												
Pandémie	0,0442**	0,0212	0,0098	0,0125	-0,0158	-0,0162	-0,0131	-0,0099	-0,0365**	-0,0177	0,1011***	0,0540**
	(0,0209)	(0,0223)	(0,0263)	(0,0282)	(0,0155)	(0,0170)	(0,0157)	(0,0178)	(0,0168)	(0,0172)	(0,0247)	(0,0253)
Moins que secondaire	0,0192***	-0,0198***	0,0074	-0,0044	0,0074***	0,0049*	-0,0042*	0,0052*	-0,0174***	0,0118***	0,0630***	-0,0217***
	(0,0035)	(0,0040)	(0,0055)	(0,0063)	(0,0024)	(0,0028)	(0,0024)	(0,0027)	(0,0024)	(0,0028)	(0,0047)	(0,0049)
Moins que secondaire*Pandémie	-0,0102	-0,0232*	0,0161	-0,0223	-0,0020	-0,0020	0,0072	0,0131	0,0169**	0,0231*	-0,0161	-0,0317**
	(0,0070)	(0,0136)	(0,0122)	(0,0169)	(0,0049)	(0,0080)	(0,0069)	(0,0101)	(0,0068)	(0,0121)	(0,0101)	(0,0148)
N	402,623	264,195	278,949	215,412	278,949	215,412	343,176	265,441	343,176	265,441	349,268	264,482
R 2	0,0189	0,0933	0,0225	0,0287	0,0393	0,0477	0,0148	0,0294	0,0095	0,0630	0,0213	0,1317
Contrôles		X		X		X		X		X		X

Effets fixes annuels		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		
Effets fixes provinciaux		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		
Immigrants																	
Pandémie		0,0332	0,0165		0,0214	0,0177		-0,0179	-0,0180		-0,0148	-0,0099		-0,0323*	-0,0119	0,0883***	0,0472*
		(0,0207)	(0,0222)		(0,0264)	(0,0283)		(0,0153)	(0,0170)		(0,0156)	(0,0178)		(0,0168)	(0,0173)	(0,0246)	(0,0255)
Immigrants		-0,0511***	-0,0488***		0,0801***	0,0606***		-0,0120***	-0,0084***		-0,0013	-0,0029		0,0367***	0,0364***	-0,0196***	-0,0275***
		(0,0033)	(0,0035)		(0,0050)	(0,0055)		(0,0018)	(0,0020)		(0,0021)	(0,0024)		(0,0026)	(0,0028)	(0,0042)	(0,0044)
Immigrants*Pandémie		0,0183***	-0,0034		-0,0284***	-0,0319**		0,0083**	0,0063		0,0137**	0,0078		0,0049	-0,0040	0,0479***	0,0102
		(0,0059)	(0,0106)		(0,0104)	(0,0150)		(0,0038)	(0,0051)		(0,0054)	(0,0073)		(0,0060)	(0,0084)	(0,0081)	(0,0126)
N		403,381	264,778		280,007	215,952		280,007	215,952		343,082	265,020		343,082	265,020	348,611	264,198
R 2		0,0217	0,0970		0,0264	0,0307		0,0389	0,0470		0,0148	0,0298		0,0137	0,0667	0,0203	0,1324
Contrôles			X			X			X			X			X		X
Effets fixes annuels		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
Effets fixes provinciaux		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
Autochtones																	
Pandémie		0,0400*	0,0211		0,0124	0,0066		-0,0159	-0,0158		-0,0114	-0,0082		-0,0318*	-0,0166	0,1013***	0,0508**
		(0,0208)	(0,0223)		(0,0262)	(0,0281)		(0,0154)	(0,0170)		(0,0157)	(0,0178)		(0,0167)	(0,0172)	(0,0246)	(0,0253)
Autochtones		-0,0351***	-0,0059		-0,0338***	-0,0175*		0,0168***	0,0095**		0,0219***	0,0104**		0,0110**	-0,0010	-0,0802***	-0,0271***
		(0,0062)	(0,0065)		(0,0091)	(0,0098)		(0,0039)	(0,0042)		(0,0044)	(0,0048)		(0,0046)	(0,0050)	(0,0070)	(0,0071)
Autochtones*Pandémie		0,0110	-0,0372*		0,0072	0,0081		0,0230*	-0,0060		0,0027	0,0155		-0,0080	0,0185	0,0142	-0,0031
		(0,0110)	(0,0217)		(0,0206)	(0,0301)		(0,0128)	(0,0092)		(0,0101)	(0,0161)		(0,0093)	(0,0170)	(0,0145)	(0,0254)
N		402,492	263,852		278,956	215,232		278,956	215,232		341,682	264,083		341,682	264,083	347,940	263,270
R 2		0,0190	0,0942		0,0227	0,0288		0,0390	0,0467		0,0149	0,0299		0,0095	0,0640	0,0206	0,1320
Contrôles			X			X			X			X			X		X
Effets fixes annuels		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
Effets fixes provinciaux		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
Minorités visibles																	
Pandémie		0,0381*	0,0226		0,0192	0,0082		-0,0166	-0,0168		-0,0106	-0,0101		-0,0331**	-0,0159	0,1119***	0,0567**
		(0,0207)	(0,0222)		(0,0266)	(0,0284)		(0,0154)	(0,0170)		(0,0156)	(0,0178)		(0,0167)	(0,0172)	(0,0249)	(0,0252)
Minorités visibles		-0,0686***	-0,0312***		0,0806***	0,0736***		-0,0085***	-0,0073***		0,0075***	-0,0016		0,0468***	0,0241***	-0,0423***	0,0161***
		(0,0039)	(0,0042)		(0,0059)	(0,0066)		(0,0021)	(0,0023)		(0,0025)	(0,0029)		(0,0031)	(0,0033)	(0,0049)	(0,0052)
Minorités visibles*Pandémie		-0,0031	-0,0207		-0,0205	-0,0021		0,0038	0,0033		-0,0001	0,0129		0,0111	0,0047	-0,0521***	-0,0257*
		(0,0071)	(0,0132)		(0,0126)	(0,0184)		(0,0043)	(0,0059)		(0,0059)	(0,0090)		(0,0073)	(0,0110)	(0,0091)	(0,0147)
N		401,896	263,912		278,891	215,266		278,891	215,266		341,627	264,145		341,627	264,145	347,425	263,331
R 2		0,0251	0,0950		0,0261	0,0315		0,0387	0,0470		0,0146	0,0297		0,0160	0,0650	0,0232	0,1320
Contrôles			X			X			X			X			X		X
Effets fixes annuels		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
Effets fixes provinciaux		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
Minorités linguistiques																	
Pandémie		0,0434*	0,0254		0,0152	0,0094		-0,0173	-0,0174		-0,0161	-0,0134		-0,0360*	-0,0210	0,1387***	0,0816***

	(0,0233)	(0,0255)	(0,0290)	(0,0310)	(0,0197)	(0,0222)	(0,0177)	(0,0204)	(0,0196)	(0,0211)	(0,0223)	(0,0224)
Minorités linguistiques	-0,0171**	-0,0182***	-0,0258***	-0,0357***	0,0192***	0,0215***	0,0116**	0,0119**	0,0033	0,0039	0,0210***	-0,0075
	(0,0067)	(0,0069)	(0,0089)	(0,0095)	(0,0049)	(0,0051)	(0,0049)	(0,0051)	(0,0048)	(0,0050)	(0,0079)	(0,0078)
Minorités linguistiques*Pandémie	0,0064	0,0205	0,0234	0,0224	-0,0074	-0,0227**	-0,0149	-0,0228	0,0121	0,0043	-0,0025	0,0450
	(0,0114)	(0,0215)	(0,0206)	(0,0312)	(0,0090)	(0,0107)	(0,0097)	(0,0145)	(0,0122)	(0,0169)	(0,0156)	(0,0286)
N	338,833	223,792	236,797	183,662	236,797	183,662	289,862	225,034	289,862	225,034	294,114	224,207
R 2	0,0164	0,0785	0,0182	0,0240	0,0365	0,0449	0,0110	0,0255	0,0116	0,0557	0,0220	0,1428
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Allophones												
Pandémie	0,0393*	0,0213	0,0193	0,0170	-0,0180	-0,0186	-0,0126	-0,0097	-0,0328**	-0,0150	0,1073***	0,0509**
	(0,0208)	(0,0223)	(0,0263)	(0,0282)	(0,0154)	(0,0170)	(0,0157)	(0,0178)	(0,0167)	(0,0173)	(0,0249)	(0,0255)
Allophones	-0,0407***	-0,0218***	0,0718***	0,0564***	-0,0085***	-0,0064***	-0,0000	-0,0049**	0,0290***	0,0184***	-0,0413***	-0,0262***
	(0,0034)	(0,0036)	(0,0051)	(0,0056)	(0,0018)	(0,0020)	(0,0022)	(0,0025)	(0,0026)	(0,0028)	(0,0042)	(0,0045)
Allophones*Pandémie	-0,0035	-0,0073	-0,0282***	-0,0346**	0,0086**	0,0083	0,0047	0,0057	0,0087	-0,0016	-0,0337***	-0,0064
	(0,0062)	(0,0110)	(0,0110)	(0,0158)	(0,0041)	(0,0058)	(0,0053)	(0,0078)	(0,0061)	(0,0086)	(0,0082)	(0,0131)
N	403,502	264,541	279,699	215,776	279,699	215,776	342,670	264,775	342,670	264,775	348,840	263,952
R 2	0,0213	0,0945	0,0255	0,0305	0,0386	0,0469	0,0147	0,0299	0,0124	0,0645	0,0224	0,1325
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1

Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance.

Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

4.1.2.2 Estimation dynamique des effets de la pandémie au Canada

Les régressions discutées dans cette sous-section correspondent à l'équation (3) de la section méthode. L'objectif de cette estimation dynamique est double : d'abord, s'assurer de la plausibilité de l'hypothèse des tendances communes et d'absence d'anticipation, ce que l'on observera à travers les estimés des variables avancées (*leads*) ; ensuite, évaluer un potentiel effet dynamique de la pandémie en examinant les variables retardées (*lags*). Comme les études d'événements mènent à estimer des valeurs pour de multiples variables avancées et retardées (sept variables ici) plutôt qu'une en particulier dans un DiD classique, il est d'usage de les présenter sous forme visuelle avec des graphiques pour faciliter la lecture. Il faut néanmoins bien comprendre que ces graphiques ne reportent pas des statistiques descriptives non ajustées mais bien des estimés (et leurs intervalles de confiance à 95 %) issus de régressions, incluant les mêmes variables de contrôles qu'en sous-section précédente.

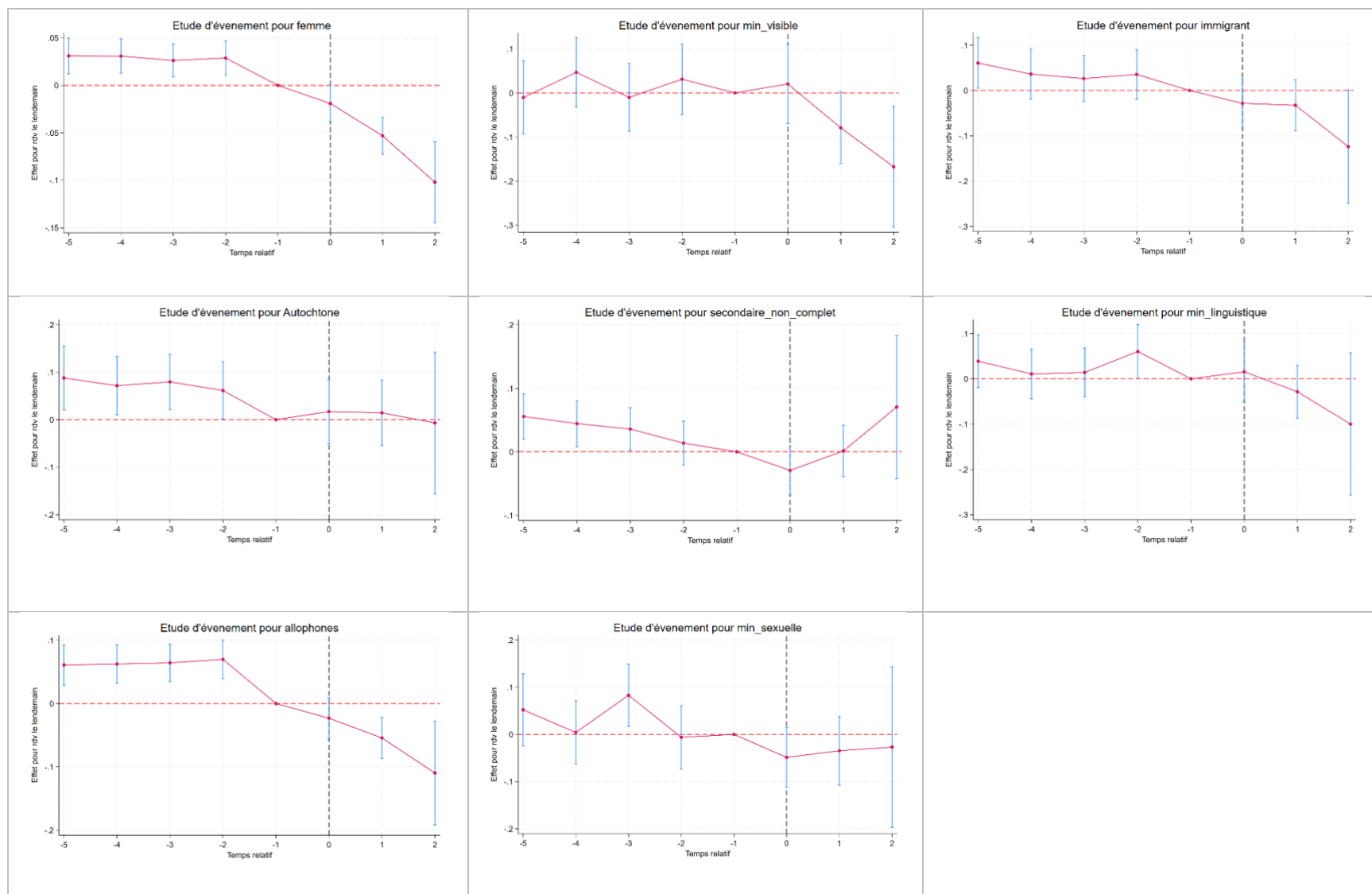
Tout comme dans la section graphique descriptive, nous nous concentrons sur trois variables clés : l'accès rapide à un professionnel de soins régulier, l'accès à un fournisseur de soins régulier et la vaccination antigrippale. À noter que pour cette dernière, nous nous intéresserons surtout aux variables avancées, puisque la question du vaccin contre la grippe n'avait pas été posée aux répondants de 2021.

La figure 4 présente les résultats pour l'accès rapide. Les variables avancées (partie gauche des graphiques) montrent dans l'ensemble un respect des tendances communes. Seuls les estimés pour les femmes et les allophones sont statistiquement différents de zéro, mais sur une ligne horizontale, donc sans évidence d'une prétendance pouvant biaiser les estimés présentés au tableau 5. Presque tous les graphiques montrent un clair changement de tendance à la baisse (sauf pour ceux n'ayant pas complété leur secondaire et les minorités sexuelles), indiquant une réduction de l'accès rapide au professionnel de soins régulier durant la pandémie (commençant à la ligne verticale pointillée). Surtout, les variables retardées montrent qu'il n'y a pas de changement de tendance entre 2020, 2021 et 2022. Spécifiquement, la réduction d'accès rapide s'aggrave significativement pour les femmes, les minorités visibles, les immigrants et les allophones (et de manière non significative pour les immigrants).

La figure 5 se concentre sur l'accès à un fournisseur de soins régulier, une précondition à un accès rapide à ce même fournisseur. On notera là encore que les variables avancées renforcent la plausibilité de l'hypothèse de tendances communes et d'absence d'anticipation, à l'exception du groupe des minorités visibles. Pour ce groupe, les tendances de préperiode sont parfois statistiquement différentes de zéro, en dents de scie mais sans tendance nette. Le résultat principal pour cette variable est que l'amélioration d'accès à un fournisseur régulier pour les immigrants et les minorités sexuelles n'a lieu qu'en dernière année observée (à savoir 2022).

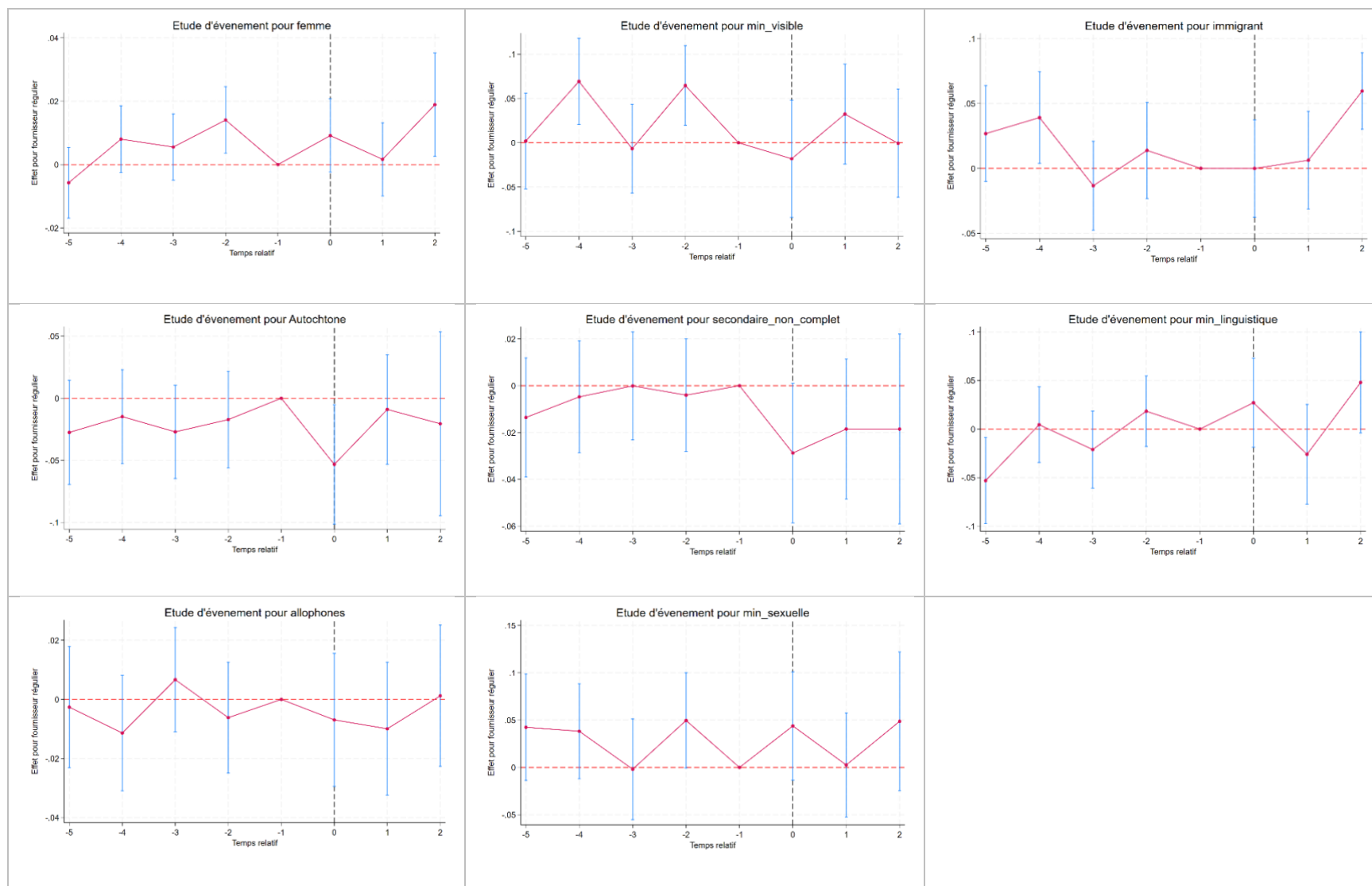
Enfin, la figure 6 expose l'étude d'événement pour la vaccination antigrippale. À nouveau, les prétendances sont rassurantes, aucune n'étant significativement différente de zéro. Notons également un pic de vaccination en 2020 pour chacun des groupes minoritaires, à l'exception des minorités visibles. Ce pic peut s'expliquer par une volonté de se protéger d'autres infections, alors que le vaccin contre la COVID-19 n'était pas disponible.

Figure 4 : Étude d'événement, accès rapide



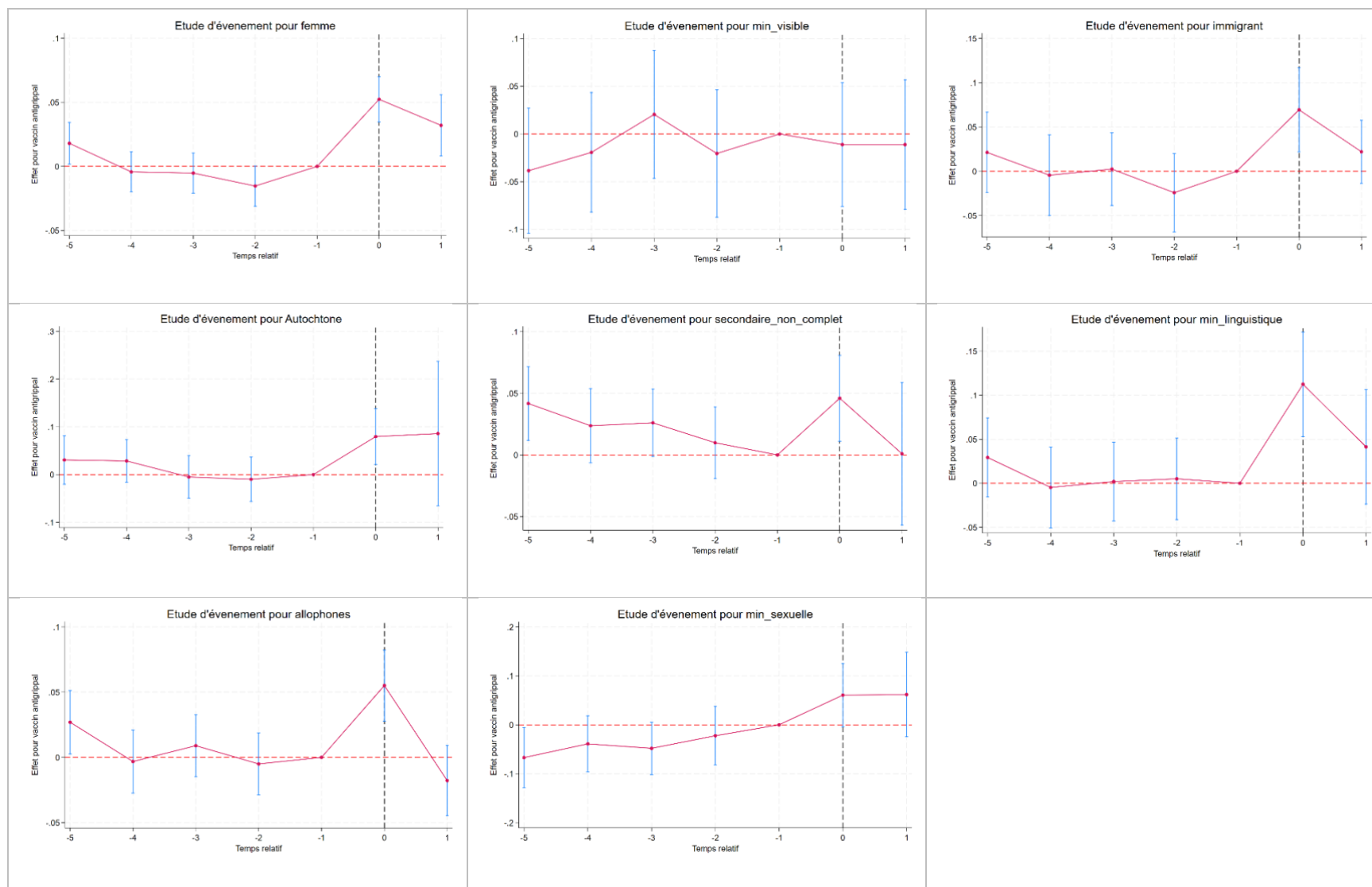
*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci. Le groupe minorisé est en bleu. min_visible = minorité visible; secondaire_non_complet = secondaire non complété; min_linguistique = minorité linguistique officielle; min_sexuelle = minorité sexuelle.

Figure 5 : Étude d'événement, fournisseur de soins régulier



*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci. Voir légende en figure 4.

Figure 6 : Étude d'événement, vaccination antigrippale



*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci. En l'absence de données sur la vaccination antigrippale en 2021, l'année +1 est 2022. Voir légende en figure 4.

Les graphiques d'étude d'événement pour les trois autres variables (accès tardif, barrières systémiques et barrières personnelles) sont rapportés en annexes A4 à A6 dans l'intérêt de la concision. Les observations qui ressortent de ces graphiques sont qualitativement similaires à celles des trois autres (accès rapide, fournisseur régulier, vaccination antigrippale) : prétendances non différente de zéro, et lorsqu'une dynamique est observée, elle est à la dégradation au cours du temps, par exemple avec une augmentation graduelle de l'accès tardif chez les femmes et les minorités visibles et des barrières systémiques pour les femmes et les immigrants. Il nous faut également noter la difficulté à évaluer les effets de la pandémie sur l'accessibilité des soins parmi les personnes Autochtones, comme en témoignent les très larges intervalles de confiance. Bien qu'on ne puisse que conjecturer, il est fort possible qu'un effet négatif (variables fournisseur régulier, accès tardif et barrière systémique) aurait été trouvé pour ce groupe si les tailles d'échantillons avaient été plus grandes. En résumé, l'accès rapide est la variable la plus négativement affectée pour de nombreux groupes minorisés, et ce, avec une dynamique de détérioration.

o H1a : Cet effet est possiblement temporaire.

=> Cette hypothèse est non confirmée. Lorsqu'il y a détérioration d'accessibilité à un fournisseur de soins régulier chez certains groupes minorisés, l'effet n'est pas temporaire.

Nous nous tournons maintenant vers une décomposition plus fine de certains groupes minorisés.

4.1.2.3 Estimation par sous-groupes minorisés au Canada

Nous considérons ici les sous-groupes décrits au tableau 1, permettant une analyse plus fine des immigrants, des minorités visibles et des minorités sexuelles. En raison de la diminution des tailles d'échantillon avec les sous-groupes minorisés, nous ne menons cette analyse que par DiD classique uniquement. Autrement dit, nous estimons l'équation (1) à la différence que la variable $Minorit_i$ n'est plus dichotomique mais multinomiale, toujours avec le groupe majoritaire en référence. Les résultats de ces régressions sont présentés au tableau 6.

Une fois les variables de contrôles incluses, la plupart des interactions entre sous-groupes minoritaires et la pandémie sont non statistiquement significatives. Toutefois, quelques enseignements peuvent être tirés. Premièrement, il ne semble pas y avoir de différence marquée d'accessibilité entre les immigrants récents et établis durant la pandémie. Deuxièmement, seulement certaines minorités ethniques apparaissent affectées par la pandémie, à savoir les Asiatiques du Sud pour qui la vaccination antigrippale baisse drastiquement (-13 %) et les Noirs pour qui la probabilité d'accès rapide s'améliore (+13 %), sachant néanmoins qu'ils avaient 5 % moins de chance d'avoir un fournisseur de soins régulier, mais la vaccination antigrippale se détériore pour eux (-7 %). Bien qu'il n'y ait pas de changement notable durant la pandémie, notons que les Arabes sont ceux qui ont le moins de chance d'avoir un fournisseur de soins régulier (12 % de moins que les personnes blanches). Troisièmement, bien que les barrières systémiques soient à la baisse, il y a une différence entre les changements d'accessibilité des soins durant la pandémie, avec une amélioration pour les hommes gays (+10 % pour la vaccination antigrippale) et une détérioration pour les femmes lesbiennes (-11 % pour l'accès rapide).

Tableau 6 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale par certains sous-groupes minoritaires dans l'ensemble du Canada

	Fournisseur régulier		Accès rapide		Accès tardif		Systémique		Personnel		Vaccin antigrippal	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Immigrants												
Pandémie	0,0377*	0,0318	0,0188	0,0008	-0,0183	-0,0180	-0,0132	-0,0145	-0,0321*	-0,0241	0,1095***	0,0871***
	(0,0209)	(0,0260)	(0,0266)	(0,0320)	(0,0154)	(0,0230)	(0,0158)	(0,0212)	(0,0164)	(0,0217)	(0,0246)	(0,0231)
Immigrants récents	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,1283***	0,1871***	0,1041***	0,0850***	0,0142***	-0,0188**	0,0243***	0,0474***	0,0741***	0,0982***	-0,0652***	-0,0166
	(0,0074)	(0,0212)	(0,0103)	(0,0279)	(0,0032)	(0,0087)	(0,0044)	(0,0153)	(0,0062)	(0,0186)	(0,0077)	(0,0184)
Immigrants établis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,0264***	-0,0162**	0,0677***	0,0144	0,0113***	-0,0084**	0,0103***	0,0072	0,0143***	0,0101**	0,0195***	0,0289***
	(0,0034)	(0,0069)	(0,0058)	(0,0112)	(0,0020)	(0,0035)	(0,0024)	(0,0051)	(0,0025)	(0,0050)	(0,0051)	(0,0095)
Immigrants récents* Pandémie	-0,0146	0,0249	-0,0227	-0,0394	0,0096	0,0278	0,0096	0,0621	0,0410**	0,0045	-0,0482***	0,0258
	(0,0142)	(0,0569)	(0,0224)	(0,0766)	(0,0081)	(0,0247)	(0,0116)	(0,0511)	(0,0164)	(0,0532)	(0,0148)	(0,0550)
Immigrants établis* Pandémie	-0,0018	0,0029	-0,0286**	-0,0157	0,0097**	0,0117	0,0035	-0,0114	0,0099*	0,0106	-0,0254***	0,0333
	(0,0060)	(0,0161)	(0,0118)	(0,0271)	(0,0044)	(0,0078)	(0,0059)	(0,0119)	(0,0053)	(0,0125)	(0,0095)	(0,0248)
N	401,781	214,072	279,036	176,044	279,036	176,044	341,816	214,234	341,816	214,234	347,232	213,624
R 2	0,0288	0,0952	0,0258	0,0260	0,0387	0,0446	0,0155	0,0275	0,0177	0,0733	0,0221	0,1477
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités ethniques												
Pandémie	0,0366*	0,0330	0,0200	-0,0040	-0,0162	-0,0159	-0,0102	-0,0152	-0,0323*	-0,0236	0,1099***	0,0925***
	(0,0203)	(0,0260)	(0,0267)	(0,0319)	(0,0154)	(0,0231)	(0,0155)	(0,0212)	(0,0168)	(0,0217)	(0,0244)	(0,0233)
Asiatiques du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,0395***	0,0305*	0,1544***	0,0657*	-0,0098**	0,0022	0,0122***	-0,0103	0,0389***	-0,0167	-0,0230**	0,0509
	(0,0077)	(0,0185)	(0,0121)	(0,0387)	(0,0039)	(0,0114)	(0,0038)	(0,0117)	(0,0067)	(0,0152)	(0,0109)	(0,0357)
Asiatiques occidentaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,0781***	0,0272	0,0285**	0,0469	0,0122***	-0,0022	-0,0011	-0,0183	0,0554***	-0,0130	-0,0441***	0,0798**
	(0,0073)	(0,0227)	(0,0111)	(0,0386)	(0,0028)	(0,0134)	(0,0040)	(0,0152)	(0,0058)	(0,0167)	(0,0090)	(0,0319)
Noirs	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,1302***	0,0468***	0,0741***	0,0414*	0,0024	0,0087	0,0334***	0,0124	0,0807***	0,0265**	-0,0850***	0,0578***
	(0,0118)	(0,0156)	(0,0157)	(0,0221)	(0,0082)	(0,0140)	(0,0085)	(0,0110)	(0,0101)	(0,0128)	(0,0112)	(0,0163)
Asiatiques du Sud-Est	-	0,0137	0,1251***	0,1056**	-	-0,0102	-0,0025	-0,0139	0,0287***	-0,0142	0,0298**	0,0538

	0,0325***				0,0136***							
	(0,0090)	(0,0280)	(0,0149)	(0,0467)	(0,0037)	(0,0070)	(0,0062)	(0,0178)	(0,0065)	(0,0201)	(0,0135)	(0,0341)
Arabes	-											
	0,1532***	-0,1174**	0,0581**	0,0983	0,0032	-0,0318*	0,0604***	0,0657	0,0736***	0,0639	-0,1444***	-0,0264
	(0,0167)	(0,0542)	(0,0230)	(0,0711)	(0,0113)	(0,0185)	(0,0125)	(0,0409)	(0,0137)	(0,0559)	(0,0135)	(0,0413)
Latinos/Latinas	-											
	0,0861***	0,0712	0,0024	0,0157	0,0028	0,0738	0,0255**	-0,0337	0,0522***	-0,0393	-0,1170***	-0,0629**
	(0,0138)	(0,0666)	(0,0215)	(0,0798)	(0,0088)	(0,0867)	(0,0101)	(0,0490)	(0,0107)	(0,0418)	(0,0141)	(0,0281)
Autres	-											
	0,0435***	0,0252*	0,0438***	0,0434*	-0,0103**	0,0167***	0,0141**	-0,0028	0,0204***	-0,0176	-0,0447***	0,0062
	(0,0084)	(0,0140)	(0,0147)	(0,0225)	(0,0047)	(0,0065)	(0,0059)	(0,0107)	(0,0062)	(0,0108)	(0,0129)	(0,0222)
Asiatique du Sud*Pandémie	-0,0294**	0,0131	-0,0624**	0,0133	-0,0009	-0,0126	0,0030	-0,0024	0,0213	0,0048	-0,0876***	-0,1303**
	(0,0147)	(0,0432)	(0,0248)	(0,0889)	(0,0061)	(0,0113)	(0,0098)	(0,0376)	(0,0165)	(0,0391)	(0,0184)	(0,0634)
Asiatiques occidentaux*Pandémie												
	0,0238**	-0,0281	-0,0222	0,0901	0,0106	0,0056	0,0016	0,0460	-0,0064	-0,0253	-0,0182	-0,0720
	(0,0118)	(0,0526)	(0,0214)	(0,0841)	(0,0070)	(0,0204)	(0,0098)	(0,0466)	(0,0113)	(0,0288)	(0,0157)	(0,0658)
Noirs*Pandémie	0,0395**	-0,0161	0,0547	0,1300**	-0,0106	-0,0259	-0,0133	0,0223	-0,0130	-0,0241	-0,0589***	-0,0659*
	(0,0187)	(0,0478)	(0,0341)	(0,0651)	(0,0127)	(0,0221)	(0,0141)	(0,0347)	(0,0194)	(0,0300)	(0,0227)	(0,0365)
Asiatiques du Sud-Est*Pandémie												
	0,0159	-0,0004	-0,0522*	-0,1236	0,0048	-0,0029	0,0021	-0,0174	0,0010	0,0161	-0,0431*	-0,0267
	(0,0144)	(0,0681)	(0,0296)	(0,1115)	(0,0093)	(0,0076)	(0,0125)	(0,0432)	(0,0134)	(0,0494)	(0,0248)	(0,0846)
Arabes*Pandémie	0,0087	-0,1269	-0,0002	0,0793	0,0009	-0,0157	-0,0414*	-0,0842	0,0569	0,2051	-0,0371	-0,0095
	(0,0299)	(0,2049)	(0,0511)	(0,1706)	(0,0256)	(0,0279)	(0,0232)	(0,0848)	(0,0363)	(0,2264)	(0,0241)	(0,1309)
Latinos/Latinas*Pandémie	-0,0545*	0,0856	0,0484	-0,0564	0,0190	-0,1027	0,0350	-0,0481	0,0083	-0,0277	0,0055	0,1747
	(0,0306)	(0,0825)	(0,0464)	(0,2406)	(0,0262)	(0,0869)	(0,0388)	(0,0499)	(0,0270)	(0,0626)	(0,0298)	(0,2015)
Autres*Pandémie	-0,0447	-0,1544	-0,0828*	0,0331	0,0009	0,0020	0,0167	-0,0040	0,0080	0,1643	-0,0733*	0,0018
	(0,0295)	(0,1224)	(0,0499)	(0,0944)	(0,0110)	(0,0082)	(0,0264)	(0,0378)	(0,0268)	(0,1310)	(0,0385)	(0,0947)
N	392,486	206,761	271,696	170,438	271,696	170,438	332,209	206,919	332,209	206,919	338,247	206,344
R 2	0,0280	0,0954	0,0288	0,0267	0,0392	0,0452	0,0161	0,0273	0,0177	0,0745	0,0259	0,1488
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités sexuelles												
Pandémie	0,0391*	0,0301	0,0092	-0,0011	-0,0140	-0,0181	-0,0103	-0,0121	-0,0302*	-0,0236	0,1074***	0,0861***
	(0,0216)	(0,0260)	(0,0268)	(0,0321)	(0,0157)	(0,0231)	(0,0162)	(0,0212)	(0,0172)	(0,0217)	(0,0241)	(0,0232)
Gays	-											
	0,0435***	0,0544***	0,0553***	-0,0454*	-0,0043	-0,0028	0,0199*	-0,0180*	0,0172*	0,0376***	0,0196	0,0866***
	(0,0148)	(0,0155)	(0,0213)	(0,0243)	(0,0094)	(0,0120)	(0,0107)	(0,0103)	(0,0095)	(0,0112)	(0,0176)	(0,0190)
Lesbiennes	-	-	-0,0171	-0,0134	0,0058	-0,0015	0,0442***	0,0400***	-0,0097	0,0063	0,0031	0,0054

	0,0509***	0,0568***										
	(0,0176)	(0,0175)	(0,0251)	(0,0240)	(0,0090)	(0,0097)	(0,0149)	(0,0149)	(0,0097)	(0,0104)	(0,0196)	(0,0188)
Bisexuels	-		-	-								
	0,0714***	-0,0028	0,0726***	0,0645***	0,0074	-0,0044	0,0331***	0,0146	0,0233***	-0,0093	-0,0649***	0,0410**
	(0,0128)	(0,0123)	(0,0164)	(0,0170)	(0,0063)	(0,0073)	(0,0087)	(0,0107)	(0,0077)	(0,0081)	(0,0141)	(0,0163)
Gays*Pandémie	-0,0000	0,0269	0,0355	0,0431	0,0032	0,0133	0,0420***	-0,0357**	0,0261	-0,0123	0,0892***	0,1055**
	(0,0285)	(0,0346)	(0,0396)	(0,0595)	(0,0138)	(0,0219)	(0,0162)	(0,0172)	(0,0338)	(0,0239)	(0,0335)	(0,0488)
Lesbiennes*Pandémie			-				-	-				
	0,0692***	0,0985***	0,1188***	-0,1112*	0,0083	0,0180	0,0630***	0,0702***	-0,0074	-0,0187	0,0290	0,0491
	(0,0261)	(0,0315)	(0,0397)	(0,0568)	(0,0179)	(0,0252)	(0,0226)	(0,0240)	(0,0228)	(0,0197)	(0,0396)	(0,0625)
Bisexuels*Pandémie								-				
	-0,0011	0,0003	0,0035	-0,0196	0,0158	0,0109	0,0001	0,0610***	0,0189	0,0548	0,0089	0,0052
	(0,0201)	(0,0432)	(0,0332)	(0,0356)	(0,0156)	(0,0220)	(0,0174)	(0,0207)	(0,0206)	(0,0409)	(0,0252)	(0,0425)
N	386,168	214,078	267,203	176,071	267,203	176,071	327,668	214,239	327,668	214,239	342,227	213,629
R 2	0,0201	0,0942	0,0227	0,0260	0,0393	0,0446	0,0155	0,0273	0,0100	0,0735	0,0206	0,1480
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1

Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

L'analyse plus fine des groupes minorisés, lorsqu'elle est possible, montre que les minorités ne sont pas nécessairement homogènes dans leur accessibilité aux soins. De plus, les résultats révèlent que les Arabes, les Asiatiques du Sud, les Noirs et les femmes lesbiennes sont ceux et celles pour qui il sera important de monitorer les changements d'accessibilité.

4.1.2.4 Estimation par intersection d'identité au Canada : femmes et autres groupes visés par l'équité

Les travaux sur l'intersectionnalité montrent que les inégalités sociales ne résultent pas uniquement de l'addition de désavantages distincts (par exemple être une femme et être immigrante), mais peuvent découler de la combinaison spécifique de ces statuts sociaux (G. R. Bauer, 2014; Carde, 2021). Autrement dit, les effets associés au genre peuvent différer selon l'appartenance simultanée à d'autres groupes minorisés. Dans cette perspective, il est pertinent d'examiner empiriquement les interactions entre le genre et d'autres caractéristiques minoritaires afin d'identifier d'éventuels effets différenciés. Les résultats de cette analyse intersectionnelle sont présentés au tableau 7.

Bien que de nombreux estimés ne soient pas statistiquement significatifs, peut-être en raison de la réduction des tailles d'échantillon pour un sous-groupe spécifique durant la pandémie, deux observations majeures peuvent être faites. Tout d'abord, le fait d'être une femme de minorité visible durant la pandémie réduit clairement l'accessibilité aux soins : l'accès au prestataire régulier a 3 % de chances de plus d'être tardif, alors que la probabilité d'avoir un tel prestataire est réduite de près de 5 % (significatif en régression non ajustée seulement) et que les raisons expliquant l'absence d'un prestataire ont 10 % de moins de chances d'être personnelles. En d'autres termes, la pandémie a accru les risques pour les femmes de minorité visible d'être sans prestataire de soins régulier pour des raisons qui ne sont pas de leur choix, et même pour celles qui ont un prestataire de soins régulier, les délais pour le voir sont rallongés.

Ensuite, et bien que l'intersection des identités femme et racisée soit celle qui semble la plus affectée négativement par la pandémie, les femmes issues d'une minorité linguistique et les femmes autochtones paraissent également affectées : elles ont respectivement environ 2 % et 4 % moins de chances d'avoir un fournisseur de soins régulier. Toutefois, ces résultats n'apparaissent que dans les régressions non ajustées. Comme le note Kaufman, il est important de considérer si les variables de contrôle ne tendent pas à effacer les mécanismes par lesquels les inégalités se réalisent (Kaufman, 2025). Nous aborderons ce point dans la discussion des limites de ce rapport.

Tableau 7 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale : analyses intersectionnelles (femmes × autres groupes minorisés), Canada

Femmes et...	Fournisseur régulier		Accès rapide		Accès tardif		Systémique		Personnel		Vaccin antigrippal	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Moins que secondaire												
Moins que secondaire *Femmes*Pandémie	0,0168	0,0171	-0,0125	-0,0198	0,0108	0,0128	-0,0158	-0,0147	-0,0280	-0,0291	-0,0428	-0,0444
	(0,0286)	(0,0275)	(0,0349)	(0,0343)	(0,0196)	(0,0197)	(0,0241)	(0,0238)	(0,0237)	(0,0226)	(0,0344)	(0,0319)
N	216 765	216 765	178 197	178 197	178 197	178 197	216 765	216 765	216 765	216 765	216 138	216 138
R carré	0,0329	0,0937	0,0133	0,0255	0,0405	0,0443	0,0125	0,0273	0,0287	0,0729	0,0314	0,1475
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Immigrants												
Immigrants *Femmes*Pandémie	-0,0082	-0,0173	0,0294	0,0232	-0,0056	-0,0052	0,0120	0,0157	-0,0361	-0,0307	-0,0268	-0,0467
	(0,0359)	(0,0329)	(0,0502)	(0,0489)	(0,0143)	(0,0142)	(0,0274)	(0,0269)	(0,0281)	(0,0266)	(0,0445)	(0,0419)
N	216 765	216 765	178 197	178 197	178 197	178 197	216 765	216 765	216 765	216 765	216 138	216 138
R carré	0,0345	0,0936	0,0146	0,0255	0,0406	0,0443	0,0125	0,0273	0,0302	0,0729	0,0300	0,1475
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autochtones												
Autochtones *Femmes*Pandémie	-0,0438***	0,0098	0,0612	0,0643	-0,0136	-0,0144	0,0089	0,0030	0,0090	0,0015	0,0554	0,0843
	(0,0111)	(0,0461)	(0,0650)	(0,0636)	(0,0203)	(0,0203)	(0,0338)	(0,0337)	(0,0379)	(0,0364)	(0,0545)	(0,0534)
N	216 765	216 765	178 197	178 197	178 197	178 197	216 765	216 765	216 765	216 765	216 138	216 138
R carré	0,0334	0,0937	0,0135	0,0255	0,0404	0,0443	0,0125	0,0272	0,0290	0,0729	0,0311	0,1475
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

provinciaux													
Minorités visibles													
Minorités visibles *Femmes*Pandémie	-0,0481***	0,0169	-0,0898	-0,0959	0,0302*	0,0310*	0,0021	0,0059	-0,1043**	-0,1003**	-0,0194	-0,0160	
	(0,0122)	(0,0120)	(0,0792)	(0,0780)	(0,0174)	(0,0172)	(0,0367)	(0,0366)	(0,0515)	(0,0504)	(0,0581)	(0,0536)	
N	216 765	216 765	178 197	178 197	178 197	178 197	216 765	216 765	216 765	216 765	216 138	216 138	
R carré	0,0352	0,0938	0,0147	0,0256	0,0404	0,0443	0,0125	0,0273	0,0309	0,0731	0,0315	0,1476	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Minorités linguistiques													
Minorités linguistiques *Femmes*Pandémie	-0,0189*	-0,0124	-0,0858	-0,0896	-0,0039	-0,0036	0,0053	0,0042	-0,0144	-0,0150	-0,0828	-0,0543	
	(0,0111)	(0,0103)	(0,0644)	(0,0611)	(0,0224)	(0,0218)	(0,0294)	(0,0294)	(0,0280)	(0,0301)	(0,0572)	(0,0582)	
N	216 765	216 765	178 197	178 197	178 197	178 197	216 765	216 765	216 765	216 765	216 138	216 138	
R carré	0,0329	0,0937	0,0135	0,0255	0,0406	0,0443	0,0124	0,0272	0,0286	0,0728	0,0300	0,1475	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Allophones													
Allophones *Femmes*Pandémie	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	
	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	(0,0000)	
N	216 765	216 765	178 197	178 197	178 197	178 197	216 765	216 765	216 765	216 765	216 138	216 138	
R carré	0,0328	0,0936	0,0133	0,0254	0,0403	0,0443	0,0123	0,0272	0,0285	0,0728	0,0297	0,1474	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1

Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un. Pour limiter les redondances avec les tableaux de résultats précédents, nous reportons ici uniquement les triples interactions d'intérêt. L'interaction femme et minorité sexuelle apparaît déjà au tableau 6.

4.1.2.5 Estimation des effets des restrictions sanitaires sur l'accès à un professionnel de soins régulier et à la vaccination antigrippale au Canada

Nous nous penchons maintenant sur l'influence des restrictions sanitaires, mesurée par l'indice de la Banque du Canada, ainsi que des réductions de mobilité, mesurées par l'indice moyen de Google. Les régressions correspondent aux équations 4 et 5 présentées dans la section méthode, et leurs estimations apparaissent aux tableaux 8 (sévérité des restrictions) et 9 (mobilité) ci-après.

Notons pour commencer que les résultats pour les deux mesures (restriction et mobilité) sont cohérents dans l'ensemble, ce qui suggère que les mesures de restrictions ont bien eu un effet sur la mobilité, bien que les effets paraissent plus marqués avec l'indice de restrictions.

L'accès à un fournisseur de soins réguliers, ainsi que les barrières systémiques et personnelles à cet accès, ne sont pas affectés par les mesures de restrictions ou les variations de mobilité différenciellement pour les groupes minorisés.

L'accès rapide est quant à lui affecté différenciellement pour certains groupes minorisés. C'est le cas pour les allophones, qui subissent une baisse de 0,1 % de l'accès rapide avec davantage de restrictions et une hausse de cet accès rapide de 0,3 % avec plus de mobilité moyenne. Les personnes n'ayant pas complété le secondaire bénéficient également d'une augmentation de la mobilité moyenne, avec une hausse de 0,2 % de la probabilité d'accès rapide. Il faut aussi noter une différence informative entre les estimés pour les variables de restrictions sanitaires et de mobilité moyenne. Une hausse des restrictions réduit d'environ 0,1 % la probabilité d'accès rapide, et ce qui peut paraître surprenant de prime abord, une hausse de la mobilité conduit à une baisse de près de 0,2 % de cette même probabilité. Ce dernier résultat s'explique si l'on prend en compte une possible saturation de l'offre. Lorsque la mobilité reprend, la demande de soins peut à nouveau s'exprimer mais dépasse les capacités des fournisseurs à offrir une consultation rapidement.

Cette interprétation de saturation de l'offre est corroborée par l'effet de la mobilité moyenne qui augmente d'environ 0,05 % la probabilité d'avoir un accès tardif. Deux groupes minorisés sont affectés différenciellement pour cet indicateur. Les allophones font face à une augmentation de 0,03 % de l'accès tardif lorsque l'indice de restrictions augmente d'un point, mais à une réduction de 0,1 % lorsque la mobilité moyenne augmente. De même, les immigrants voient leur probabilité d'avoir un accès tardif se réduire de 0,1 % avec une hausse de la mobilité moyenne.

Pour la vaccination antigrippale, notons les effets opposés des restrictions sanitaires et de la mobilité moyenne : une hausse de 0,1 % environ pour un point de plus de l'indice de restrictions contre une baisse de 0,2 % avec plus de mobilité. Là encore, il est possible de réconcilier ces résultats apparemment contre-intuitifs. En présence de davantage de restrictions, le risque sanitaire est perçu comme plus élevé, ce qui incite à se faire vacciner contre la grippe; lorsque la mobilité reprend, ce risque perçu diminue. Pour les groupes minorisés, davantage de restrictions mènent à une baisse de 0,1 % de vaccination chez les minorités visibles, et l'influence des changements de mobilité va dans une direction opposée avec une hausse de 0,2 % pour ce groupe.

Les immigrants ont également une probabilité de 0,2 % plus grande de recevoir le vaccin antigrippal lorsque la mobilité moyenne augmente.

Comme il est difficile de directement interpréter l'effet différentiel d'une augmentation d'un point d'indice de sévérité des restrictions, nous choisissons de mener un simple calcul sur la base de l'indice moyen de sévérité au Canada sur l'ensemble de la pandémie. Celui-ci s'élève à environ 43 (voir tableau 3). En moyenne, sur l'ensemble de la période pandémique, on peut s'attendre à ce que les restrictions sanitaires aient conduit à une baisse différentielle d'environ 4 % ($0,1 \times 43 = 4,3$ %) de l'accès rapide, une hausse d'environ 1 % de l'accès tardif chez les allophones, et une baisse différentielle d'environ 4 % de la vaccination antigrippale chez les minorités visibles. Pour l'indice de mobilité moyenne, la variation moyenne sur la période pandémique est d'environ -11 (voir à nouveau au tableau 3). Il faut noter que nos estimés portent sur une hausse de la mobilité moyenne. Donc, les réductions de mobilité en période pandémique ont conduit à une baisse différentielle d'environ 3 % ($0,3 \times (-11) = -3,3$ %) de probabilité d'accès rapide et de 2 % d'accès tardif pour les allophones; d'environ 2 % de probabilité d'accès rapide pour les personnes n'ayant pas fini le secondaire; d'environ 1 % d'accès tardif, de 2 % pour la vaccination antigrippale pour les immigrants; et d'environ 2 % pour la vaccination antigrippale pour les minorités visibles.

H2 : Ce phénomène est amplifié en cas de plus fortes restrictions sanitaires.

=> Cette hypothèse est confirmée. Les restrictions sanitaires, et leur pendant en diminution de la mobilité, réduisent davantage l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et à la vaccination, particulièrement pour certains groupes minorisés, à savoir les allophones, les immigrants, les minorités visibles et ceux n'ayant pas complété leur éducation secondaire.

Tableau 8 : Effets de la sévérité des restrictions sanitaires sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale dans l'ensemble du Canada

	Fournisseur régulier		Accès rapide		Accès tardif		Systémique		Personnel		Vaccin antigrippal		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
Femmes													
Sévérité	0,0005	0,0002	-0,0007**	-0,0007**	-0,0000	-0,0000	0,0002	0,0002	-0,0003	0,0002	0,0012***	0,0007***	
	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	
Femmes	0,1108***	0,1102***	0,0050	0,0054	-0,0002	-0,0010	-0,0172*	-0,0173*	-	0,0763***	0,1102***	0,0781***	0,0629***
	(0,0144)	(0,0142)	(0,0199)	(0,0198)	(0,0079)	(0,0078)	(0,0102)	(0,0101)	(0,0109)	(0,0142)	(0,0172)	(0,0167)	
Femmes*Sévérité	-0,0003	-0,0004	-0,0000	-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0002	-0,0002	0,0002	-0,0004	-0,0001	-0,0002	
	(0,0003)	(0,0003)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0004)	(0,0004)	
N	33 837	33 837	28 661	28 661	28 661	28 661	33 837	33 837	33 837	33 837	33 761	33 761	
R carré	0,0357	0,0957	0,0246	0,0345	0,0359	0,0414	0,0180	0,0348	0,0273	0,0957	0,0427	0,1438	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Minorités sexuelles													
Sévérité	0,0004**	0,0001	0,0009***	0,0009***	-0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001	-0,0002	0,0001	0,0012***	0,0006***	
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	
Minorités sexuelles	-0,0138	0,0441	-0,1165**	-0,0731*	-0,0069	-0,0170	0,0138	-0,0118	-0,0070	0,0441	0,0072	0,0877*	
	(0,0352)	(0,0346)	(0,0469)	(0,0440)	(0,0147)	(0,0149)	(0,0263)	(0,0259)	(0,0216)	(0,0346)	(0,0492)	(0,0470)	
Minorités sexuelles*Sévérité	-0,0012	-0,0012	0,0003	0,0001	0,0006	0,0007	-0,0005	-0,0004	0,0008	-0,0012	-0,0001	-0,0002	
	(0,0009)	(0,0009)	(0,0010)	(0,0010)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0006)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0009)	(0,0011)	(0,0010)	
N	33 042	33 042	28 030	28 030	28 030	28 030	33 042	33 042	33 042	33 042	32 977	32 977	
R carré	0,0171	0,0774	0,0271	0,0367	0,0370	0,0423	0,0145	0,0312	0,0083	0,0774	0,0366	0,1417	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Moins que secondaire													
Sévérité	0,0004*	0,0001	0,0007***	0,0007***	-0,0001	-0,0001	0,0000	0,0001	-0,0002	0,0001	0,0013***	0,0007***	
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	
Moins que secondaire	0,0071	-0,0259	0,0273	0,0059	-0,0016	-0,0016	0,0111	0,0200	-0,0126	-0,0259	0,0496*	-0,0259	

	(0,0197)	(0,0194)	(0,0299)	(0,0297)	(0,0107)	(0,0110)	(0,0147)	(0,0148)	(0,0147)	(0,0194)	(0,0254)	(0,0247)
Moins que secondaire*Sévérité	-0,0004	-0,0004	-0,0008	-0,0006	0,0002	0,0002	-0,0001	-0,0001	0,0005	-0,0004	-0,0001	-0,0002
	(0,0005)	(0,0005)	(0,0007)	(0,0006)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0005)
N	33 594	33 594	28 467	28 467	28 467	28 467	33 594	33 594	33 594	33 594	33 521	33 521
R carré	0,0166	0,0803	0,0245	0,0346	0,0364	0,0420	0,0153	0,0329	0,0080	0,0803	0,0380	0,1419
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Immigrants												
Sévérité	0,0001	-0,0001	-0,0006**	-0,0007***	-0,0001	-0,0001	0,0000	0,0001	-0,0001	-0,0001	0,0013***	0,0007***
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)
Immigrants	-	-								-		
	0,0828***	0,0770***	0,0735***	0,0528**	-0,0111	-0,0085	0,0065	0,0048	0,0370**	0,0770***	0,0001	0,0064
	(0,0203)	(0,0197)	(0,0266)	(0,0265)	(0,0076)	(0,0075)	(0,0137)	(0,0138)	(0,0152)	(0,0197)	(0,0231)	(0,0221)
Immigrants*Sévérité	0,0006	0,0006	-0,0007	-0,0006	0,0001	0,0001	-0,0000	-0,0000	-0,0001	0,0006	-0,0005	-0,0004
	(0,0005)	(0,0004)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0005)
N	33 563	33 563	28 444	28 444	28 444	28 444	33 563	33 563	33 563	33 563	33 489	33 489
R carré	0,0218	0,0829	0,0267	0,0356	0,0363	0,0417	0,0152	0,0324	0,0113	0,0829	0,0371	0,1400
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autochtones												
Sévérité	0,0003	-0,0000	-0,0008***	-0,0009***	-0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001	-0,0001	-0,0000	0,0012***	0,0006***
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)
Autochtones	-0,0718**	-0,0400	-0,0842**	-0,0684	-0,0083	-0,0154	0,0477*	0,0348	0,0383	-0,0400	-0,0971***	-0,0357
	(0,0360)	(0,0335)	(0,0416)	(0,0422)	(0,0112)	(0,0116)	(0,0285)	(0,0275)	(0,0275)	(0,0335)	(0,0372)	(0,0361)
Autochtones*Sévérité	0,0005	0,0002	0,0014	0,0014	0,0004	0,0004	-0,0004	-0,0003	-0,0004	0,0002	0,0005	-0,0001
	(0,0009)	(0,0009)	(0,0011)	(0,0011)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0007)	(0,0007)	(0,0007)	(0,0009)	(0,0009)	(0,0009)
N	33 447	33 447	28 357	28 357	28 357	28 357	33 447	33 447	33 447	33 447	33 376	33 376
R carré	0,0174	0,0798	0,0252	0,0354	0,0361	0,0415	0,0155	0,0325	0,0083	0,0798	0,0373	0,1402
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Minorités visibles													
Sévérité			-	-									
	0,0002	-0,0000	0,0008***	0,0009***	-0,0001	-0,0001	0,0000	0,0001	-0,0002	-0,0000	0,0014***	0,0008***	
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	
Minorités visibles	-												
	0,0887***	-0,0593**	0,0670**	0,0569*	-0,0045	-0,0042	0,0129	0,0042	0,0372**	-0,0593**	-0,0323	0,0273	
	(0,0231)	(0,0230)	(0,0317)	(0,0317)	(0,0104)	(0,0103)	(0,0159)	(0,0161)	(0,0171)	(0,0230)	(0,0265)	(0,0254)	
Minorités visibles*Sévérité	-0,0000	0,0000	0,0002	0,0002	-0,0000	-0,0000	0,0002	0,0002	0,0003	0,0000	-0,0011*	-0,0009*	
	(0,0005)	(0,0005)	(0,0007)	(0,0007)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0006)	
N	33 392	33 392	28 322	28 322	28 322	28 322	33 392	33 392	33 392	33 392	33 321	33 321	
R carré	0,0269	0,0827	0,0285	0,0374	0,0362	0,0417	0,0164	0,0331	0,0147	0,0827	0,0410	0,1405	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Minorités linguistiques													
Sévérité	0,0004**	0,0002	-0,0004	-0,0004*	-0,0001	-0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0003*	0,0002	0,0013***	0,0006***	
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	
Minorités linguistiques	0,0073	0,0160	0,0395	0,0402	0,0373	0,0356	-0,0158	-0,0210	-0,0007	0,0160	0,0247	0,0114	
	(0,0293)	(0,0298)	(0,0486)	(0,0493)	(0,0343)	(0,0331)	(0,0185)	(0,0193)	(0,0236)	(0,0298)	(0,0415)	(0,0397)	
Minorités linguistiques*Sévérité	-0,0004	-0,0004	-0,0012	-0,0012	-0,0008	-0,0007	0,0002	0,0002	0,0004	-0,0004	0,0007	0,0006	
	(0,0007)	(0,0007)	(0,0011)	(0,0011)	(0,0007)	(0,0006)	(0,0005)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0007)	(0,0010)	(0,0009)	
N	29 006	29 006	24 690	24 690	24 690	24 690	29 006	29 006	29 006	29 006	28 942	28 942	
R carré	0,0140	0,0588	0,0219	0,0333	0,0295	0,0380	0,0104	0,0254	0,0088	0,0588	0,0415	0,1525	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Allophones													
Sévérité	0,0003*	0,0000	-0,0005**	-0,0005**	-0,0002*	-0,0002	-0,0000	0,0001	-0,0002	0,0002	0,0013***	0,0007***	
	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0001)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0002)	
Allophones	-0,0346*	-0,0220	0,0847***	0,0665**	-0,0165**	-0,0133*	-0,0097	-0,0145	0,0195	-0,0220	-0,0364	-0,0179	
	(0,0186)	(0,0183)	(0,0272)	(0,0274)	(0,0074)	(0,0072)	(0,0129)	(0,0130)	(0,0132)	(0,0183)	(0,0231)	(0,0221)	
Allophones*Sévérité	-0,0004	-0,0002	-0,0012**	-0,0011*	0,0003*	0,0003*	0,0004	0,0003	0,0002	-0,0002	-0,0005	-0,0003	
	(0,0004)	(0,0004)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0005)	
N	33 512	33 512	28 408	28 408	28 408	28 408	33 512	33 512	33 512	33 512	33 439	33 439	
R carré	0,0207	0,0808	0,0264	0,0358	0,0364	0,0417	0,0155	0,0327	0,0105	0,0808	0,0391	0,1404	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

La variable sévérité est l'indice de sévérité des restrictions sanitaires de la Banque du Canada. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

Tableau 9 : Effets des changements moyens de mobilité sur l'accessibilité aux soins et la vaccination antigrippale dans l'ensemble du Canada

	Fournisseur régulier		Accès rapide		Accès tardif		Systémique		Personnel		Vaccin antigrippal	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Femmes												
Mobilité	0,0014**	0,0007	-0,0018**	-0,0019**	-0,0000	0,0001	-0,0004	-0,0001	-0,0010*	-0,0006	-0,0020***	-
	(0,0006)	(0,0006)	(0,0008)	(0,0008)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0005)	(0,0007)	(0,0007)
Femmes	0,0770***	0,0730***	0,0105	0,0077	0,0003	0,0011	-	-	-	-	0,0906***	0,0692***
	(0,0119)	(0,0118)	(0,0169)	(0,0169)	(0,0075)	(0,0074)	(0,0087)	(0,0088)	(0,0085)	(0,0083)	(0,0156)	(0,0150)
Femmes*Mobilité	-0,0010	-0,0010	0,0005	0,0004	0,0005	0,0005	-0,0002	-0,0003	0,0007	0,0008	0,0011	0,0012
	(0,0008)	(0,0007)	(0,0010)	(0,0010)	(0,0005)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0009)	(0,0009)
N	23 256	23 256	19 809	19 809	19 809	19 809	23 256	23 256	23 256	23 256	23 210	23 210
R carré	0,0347	0,0937	0,0234	0,0349	0,0376	0,0442	0,0180	0,0332	0,0277	0,0759	0,0450	0,1495
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités sexuelles												
Mobilité	0,0008**	0,0002	-0,0014**	-	0,0002	0,0004*	-0,0004	-0,0002	-0,0007**	-0,0003	-0,0013***	-0,0011**
	(0,0004)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0005)	(0,0002)	(0,0002)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0005)	(0,0005)
Minorités sexuelles	-	-	-	-	0,0042	-0,0078	0,0207	-0,0060	0,0601**	0,0168	-0,0923**	0,0285
	(0,0431)	(0,0432)	(0,0391)	(0,0390)	(0,0189)	(0,0195)	(0,0220)	(0,0230)	(0,0305)	(0,0298)	(0,0420)	(0,0375)
Minorités sexuelles*Mobilité	-0,0025	-0,0016	-0,0039	-0,0030	-0,0010	-0,0011	0,0018	0,0013	0,0017	0,0012	-0,0056**	-0,0031
	(0,0022)	(0,0022)	(0,0025)	(0,0024)	(0,0014)	(0,0014)	(0,0011)	(0,0011)	(0,0012)	(0,0012)	(0,0023)	(0,0021)
N	22 674	22 674	19 349	19 349	19 349	19 349	22 674	22 674	22 674	22 674	22 637	22 637
R carré	0,0179	0,0769	0,0257	0,0364	0,0384	0,0448	0,0143	0,0289	0,0096	0,0618	0,0393	0,1473
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Moins que secondaire												
Mobilité	0,0009**	0,0002	-	-	0,0003	0,0004*	-0,0005	-0,0002	-0,0005*	-0,0002	-0,0015***	-0,0011**

	(0,0004)	(0,0004)		(0,0006)	(0,0006)		(0,0002)	(0,0002)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0005)	(0,0005)
Moins que secondaire	-0,0239	0,0527***		0,0329	0,0132		0,0038	0,0043		0,0172	0,0243		0,0129	0,0346**		0,0233	-0,0495**
	(0,0179)	(0,0181)		(0,0243)	(0,0241)		(0,0098)	(0,0101)		(0,0144)	(0,0148)		(0,0138)	(0,0143)		(0,0228)	(0,0224)
Moins que secondaire*Mobilité	-0,0006	-0,0004		0,0026*	0,0025*		-0,0003	-0,0003		0,0003	0,0003		-0,0003	-0,0004		-0,0010	-0,0005
	(0,0011)	(0,0010)		(0,0014)	(0,0014)		(0,0007)	(0,0007)		(0,0008)	(0,0008)		(0,0008)	(0,0008)		(0,0014)	(0,0012)
N	23 105	23 105		19 684	19 684		19 684	19 684		23 105	23 105		23 105	23 105		23 061	23 061
R carré	0,0167	0,0800		0,0233	0,0352		0,0377	0,0445		0,0152	0,0311		0,0088	0,0618		0,0398	0,1479
Contrôles		X			X			X			X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X
Immigrants																	
Mobilité	0,0007*	0,0001		0,0018***	0,0021***		0,0005*	0,0006**		-0,0005	-0,0003		-0,0004	-0,0000		-0,0021***	0,0018***
	(0,0004)	(0,0004)		(0,0006)	(0,0006)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0005)	(0,0005)
Immigrants	-	-		-	-		-	-		-	-		-	-		-	-
	0,0623***	0,0500***		0,0641**	0,0524**		0,0202***	0,0202***		0,0148	0,0097		0,0267**	0,0212*		0,0036	0,0237
	(0,0181)	(0,0177)		(0,0254)	(0,0253)		(0,0072)	(0,0072)		(0,0127)	(0,0127)		(0,0128)	(0,0128)		(0,0233)	(0,0225)
Immigrants*Mobilité	-0,0006	-0,0003		0,0017	0,0019		-0,0009*	-0,0010**		0,0004	0,0004		-0,0002	-0,0005		0,0018	0,0023**
	(0,0010)	(0,0010)		(0,0013)	(0,0013)		(0,0005)	(0,0005)		(0,0007)	(0,0007)		(0,0007)	(0,0007)		(0,0012)	(0,0012)
N	23 031	23 031		19 633	19 633		19 633	19 633		23 031	23 031		23 031	23 031		22 987	22 987
R carré	0,0208	0,0812		0,0249	0,0362		0,0381	0,0449		0,0150	0,0304		0,0115	0,0630		0,0397	0,1464
Contrôles		X			X			X			X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X
Autochtones																	
Mobilité	0,0008**	0,0002		0,0015***	0,0017***		0,0003	0,0004*		-0,0004	-0,0002		-0,0006**	-0,0002		-0,0014***	-0,0011**
	(0,0004)	(0,0004)		(0,0005)	(0,0005)		(0,0002)	(0,0002)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0003)	(0,0003)		(0,0005)	(0,0005)
Autochtones	-0,0322	-0,0118		-0,0165	-0,0087		0,0057	0,0022		0,0147	0,0059		0,0247	0,0131		-0,0615*	-0,0260
	(0,0258)	(0,0248)		(0,0365)	(0,0356)		(0,0108)	(0,0112)		(0,0164)	(0,0166)		(0,0210)	(0,0203)		(0,0344)	(0,0330)
Autochtones*Mobilité	0,0002	0,0004		-0,0007	-0,0012		-0,0002	-0,0002		0,0001	0,0000		0,0002	0,0001		0,0008	0,0010
	(0,0017)	(0,0017)		(0,0026)	(0,0025)		(0,0009)	(0,0010)		(0,0013)	(0,0012)		(0,0013)	(0,0012)		(0,0023)	(0,0022)
N	22 966	22 966		19 584	19 584		19 584	19 584		22 966	22 966		22 966	22 966		22 923	22 923
R carré	0,0166	0,0777		0,0234	0,0354		0,0373	0,0440		0,0148	0,0302		0,0089	0,0604		0,0392	0,1458
Contrôles		X			X			X			X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X

Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités visibles												
Mobilité	0,0005	-0,0001	-0,0010*	-0,0014**	0,0004	0,0005**	-0,0004	-0,0002	-0,0002	0,0001	-0,0024***	-
	(0,0004)	(0,0004)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0005)	(0,0005)
Minorités visibles	-											
	0,0839***	-0,0460**	0,0542*	0,0501	-0,0165	-0,0183*	0,0141	0,0008	0,0361**	0,0144	-0,0559**	0,0232
	(0,0229)	(0,0227)	(0,0322)	(0,0323)	(0,0101)	(0,0100)	(0,0161)	(0,0162)	(0,0163)	(0,0165)	(0,0284)	(0,0273)
Minorités visibles*Mobilité	-0,0001	0,0002	-0,0007	-0,0004	-0,0007	-0,0008	-0,0001	-0,0002	-0,0008	-0,0010	0,0020	0,0024*
	(0,0012)	(0,0012)	(0,0016)	(0,0016)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0009)	(0,0009)	(0,0010)	(0,0009)	(0,0014)	(0,0013)
N	22 925	22 925	19 557	19 557	19 557	19 557	22 925	22 925	22 925	22 925	22 883	22 883
R carré	0,0252	0,0809	0,0261	0,0371	0,0377	0,0446	0,0154	0,0306	0,0157	0,0633	0,0448	0,1466
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités linguistiques												
Mobilité	0,0008*	0,0005	-	-	0,0005**	0,0005**	-0,0005	-0,0004	-0,0005	-0,0003	-0,0018***	-0,0012**
	(0,0004)	(0,0005)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0004)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0005)	(0,0005)
Minorités linguistiques	-0,0479	-0,0455	-0,0433	-0,0378	0,0240	0,0220	0,0013	-0,0007	0,0309	0,0306	0,0628	0,0576
	(0,0309)	(0,0318)	(0,0403)	(0,0397)	(0,0292)	(0,0280)	(0,0207)	(0,0209)	(0,0231)	(0,0234)	(0,0416)	(0,0425)
Minorités linguistiques*Mobilité	-0,0023	-0,0027	-0,0007	-0,0009	0,0012	0,0011	0,0007	0,0009	0,0010	0,0014	0,0004	0,0009
	(0,0020)	(0,0019)	(0,0028)	(0,0028)	(0,0014)	(0,0014)	(0,0014)	(0,0013)	(0,0015)	(0,0015)	(0,0026)	(0,0024)
N	19 840	19 840	16 984	16 984	16 984	16 984	19 840	19 840	19 840	19 840	19 805	19 805
R carré	0,0155	0,0607	0,0230	0,0363	0,0313	0,0405	0,0107	0,0248	0,0105	0,0489	0,0460	0,1603
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Allophones												
Mobilité	0,0007	0,0002	-	-	0,0006**	0,0007**	-0,0004	-0,0002	-0,0005	-0,0002	-0,0019***	-0,0012**
	(0,0004)	(0,0004)	(0,0006)	(0,0006)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0003)	(0,0005)	(0,0005)
Allophones	-				-	-						
	0,0508***	-0,0314*	0,0735***	0,0608**	0,0215***	0,0214***	0,0029	-0,0053	0,0318**	0,0222*	-0,0664***	-0,0358
	(0,0179)	(0,0178)	(0,0264)	(0,0263)	(0,0074)	(0,0076)	(0,0117)	(0,0121)	(0,0132)	(0,0131)	(0,0238)	(0,0229)
Allophones*Mobilité	-0,0002	-0,0003	0,0032**	0,0031**	-0,0013**	-0,0012**	-0,0001	0,0000	0,0002	0,0002	0,0002	-0,0001

	(0,0010)	(0,0010)		(0,0014)	(0,0013)		(0,0005)	(0,0005)		(0,0007)	(0,0007)		(0,0007)	(0,0007)		(0,0012)	(0,0012)
N	22 999	22 999		19 611	19 611		19 611	19 611		22 999	22 999		22 999	22 999		22 956	22 956
R carré	0,0200	0,0788		0,0248	0,0365		0,0385	0,0452		0,0148	0,0304		0,0112	0,0612		0,0422	0,1462
Contrôles		X			X			X			X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1

La variable mobilité est la moyenne de l'indice de mobilité de Google. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

4.1.3 Estimation des effets de la pandémie au Québec par rapport au reste du Canada

Nous nous tournons désormais vers une analyse des différences entre le Québec et le reste du Canada¹⁴. Ces analyses correspondent à l'équation (6) de la section *Méthode*. Nous commençons par considérer les groupements utilisés en analyse principale, et les résultats sont présentés au tableau 10. Dans ces régressions, la variable d'intérêt est la triple interaction entre le fait d'être au Québec, membre d'un groupe minorisé, et durant la pandémie. Ce terme de triple interaction permet de capter le surcroît d'effet de la pandémie au Québec pour les groupes minorisés par rapport à leurs homologues majoritaires, comparativement au même différentiel minorité-majorité observé dans le reste du Canada.

Commençons par noter que les résultats n'indiquent pas de différence notable d'effet de la pandémie sur les groupes minorisés du Québec comparé aux minorités ailleurs au pays. En se concentrant sur les régressions incluant les variables de contrôle, ceux n'ayant pas complété leur secondaire voient leur probabilité d'avoir un fournisseur de soins régulier être réduite de 5 % additionnel durant la pandémie par rapport à un membre de la même minorité ailleurs au Canada; les immigrants du Québec ont 7 % moins de chance d'avoir un accès rapide durant la pandémie comparé au différentiel pour les immigrants du reste du Canada; il en va de même pour les allophones, avec là aussi 7 % moins de chance.

- H3 : Le Québec a une expérience différente du reste du pays en termes d'accessibilité aux soins des groupes minorisés durant la pandémie.
- => Cette hypothèse est partiellement confirmée. Il y a quelques différences entre les groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada pour l'accessibilité d'un fournisseur de soins régulier et la vaccination antigrippale, mais celles-ci apparaissent véritablement pour les sous-groupes minorisés.

Le tableau A3 en annexe présente les régressions en triples différences portant sur les sous-groupes minorisés (deux sous-groupes d'immigrants, sept sous-groupes de minorités ethniques, et trois sous-groupes de minorités sexuelles). Ces résultats offrent un éclairage complémentaire, mais comportent une limite importante : le nombre de répondants par cellule, croisant statut minoritaire, résidence au Québec et période pandémique, devient parfois très faible, voire nul (par exemple aucun répondant ne s'identifie comme Sud-Asiatique durant la pandémie au Québec). Malgré cette contrainte, cette analyse demeure utile puisqu'elle fait ressortir des différences plus marquées pour certains sous-groupes minorisés.

¹⁴ Les analyses de différences de restrictions et de mobilité n'ont que peu de sens au niveau d'une seule province, puisque les indices de restrictions sont mesurés au niveau provincial, et sont donc absorbés par la variable binaire QC. Ces régressions n'apporteraient donc que peu d'information additionnelle, ce qui ne nous a pas semblé utile au regard du large volume de résultats déjà présents dans ce rapport.

Chez les immigrants récents, la pandémie réduit à la fois l'accès rapide (-29 %) et l'accès tardif (-11 %) au Québec, comparativement au différentiel avec les immigrants récents ailleurs au pays, tandis qu'aucune différence significative n'apparaît pour les immigrants établis.

Parmi les minorités ethniques, trois groupes se distinguent : les Noirs, les Arabes et les Latinos/Latinas. Comparativement au différentiel avec la majorité de chacun de ces groupes respectifs dans le reste du Canada, la pandémie réduit l'accès rapide (-14 %) et l'accès tardif (-13 %) des Noirs du Québec; elle diminue l'accès à un fournisseur de soins régulier (-77 %) mais réduit simultanément les barrières systémiques (-80 %) et augmente la vaccination antigrippale (+73 %) chez les Arabes du Québec; enfin, elle réduit l'accès rapide (-54 %) mais aussi les barrières personnelles (-45 %) pour les Latinos/Latinas du Québec. L'ensemble brosse ainsi un portrait contrasté, marqué à la fois par des améliorations et des détériorations très fortes selon les minorités ethniques considérées.

Du côté des minorités sexuelles, les résultats demeurent également nuancés. Comparativement au différentiel pour leurs pairs ailleurs au pays, les hommes gays du Québec présentent une hausse plus marquée de l'accès tardif (+15 %), tandis que les femmes lesbiennes voient leur accès rapide s'améliorer (+34 %). Les personnes bisexuelles, pour leur part, enregistrent une progression de l'accès à un fournisseur de soins régulier (+22 %) et une réduction des barrières personnelles (-12 %), mais un recul de l'accès rapide (-17 %). Ces résultats illustrent la complexité des effets de l'appartenance à un groupe minorisé, où coexistent des progrès et des reculs relatifs selon les groupes spécifiques.

Tableau 10 : Effets de la pandémie sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et au vaccin antigrippal parmi les groupes minorisés du Québec

	Fournisseur régulier		Accès rapide		Accès tardif		Systémique		Personnel		Vaccin antigrippal	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Femmes												
Pandémie	0,0279	-0,0059	-0,0021	-0,0028	-0,0051	-0,0062	-0,0045	0,0002	-0,0272	-0,0015	0,0998***	0,0653**
	(0,0209)	(0,0232)	(0,0267)	(0,0291)	(0,0151)	(0,0167)	(0,0156)	(0,0180)	(0,0168)	(0,0180)	(0,0247)	(0,0263)
Femmes	0,0655***	0,0666***	-0,0109**	-0,0121**	0,0048***	0,0038***	-0,0132***	-0,0122***	-0,0529***	-0,0542***	0,0711***	0,0588***
	(0,0028)	(0,0029)	(0,0045)	(0,0048)	(0,0013)	(0,0014)	(0,0018)	(0,0019)	(0,0021)	(0,0022)	(0,0039)	(0,0040)
QC	-0,1155***	-0,0809***	0,0028	-0,0366***	0,1036***	0,1179***	0,0450***	0,0366***	0,0711***	0,0371***	-0,1140***	-0,0627***
	(0,0068)	(0,0075)	(0,0095)	(0,0112)	(0,0048)	(0,0051)	(0,0053)	(0,0059)	(0,0048)	(0,0052)	(0,0085)	(0,0092)
Femmes*Pandémie	0,0105**	0,0219**	0,0100	0,0184	-0,0038	-0,0064*	-0,0083*	-0,0107*	0,0018	-0,0082	0,0144*	0,0085
	(0,0050)	(0,0089)	(0,0094)	(0,0134)	(0,0028)	(0,0033)	(0,0043)	(0,0060)	(0,0046)	(0,0072)	(0,0075)	(0,0118)
QC*Pandémie	0,0286***	0,0549***	0,0545***	0,0323	-0,0374***	-0,0173	-0,0066	-0,0090	-0,0220**	-0,0375***	-0,0309***	-0,0775***
	(0,0098)	(0,0168)	(0,0151)	(0,0212)	(0,0089)	(0,0138)	(0,0092)	(0,0135)	(0,0101)	(0,0128)	(0,0097)	(0,0145)
Femmes*QC	0,0412***	0,0440***	0,0195**	0,0272***	0,0030	0,0055	-0,0088*	-0,0118**	-0,0270***	-0,0269***	-0,0249***	-0,0272***
	(0,0066)	(0,0065)	(0,0087)	(0,0090)	(0,0055)	(0,0057)	(0,0049)	(0,0050)	(0,0049)	(0,0050)	(0,0066)	(0,0065)
Femmes*QC*Pandémie	-0,0232*	-0,0267	-0,0246	-0,0390	-0,0000	-0,0226	-0,0036	-0,0024	0,0077	0,0157	-0,0096	-0,0065
	(0,0125)	(0,0209)	(0,0197)	(0,0278)	(0,0119)	(0,0177)	(0,0120)	(0,0172)	(0,0118)	(0,0144)	(0,0137)	(0,0209)
N	407,443	267,380	282,551	217,913	282,551	217,913	347,883	268,671	347,883	268,671	353,337	267,683
R carré	0,0311	0,1059	0,0228	0,0288	0,0405	0,0482	0,0163	0,0308	0,0228	0,0766	0,0257	0,1355
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités sexuelles												
Pandémie	0,0340	0,0090	0,0007	0,0023	-0,0057	-0,0090	-0,0080	-0,0030	-0,0253	-0,0085	0,1181***	0,0783***
	(0,0216)	(0,0228)	(0,0269)	(0,0287)	(0,0155)	(0,0169)	(0,0161)	(0,0181)	(0,0173)	(0,0177)	(0,0241)	(0,0247)
Minorités sexuelles	-0,0616***	-0,0004	-0,0624***	-0,0412***	0,0091**	0,0027	0,0270***	0,0040	0,0217***	-0,0127**	-0,0336***	0,0391***
	(0,0098)	(0,0100)	(0,0140)	(0,0146)	(0,0044)	(0,0047)	(0,0062)	(0,0066)	(0,0061)	(0,0063)	(0,0122)	(0,0129)
QC	-0,0948***	-0,0589***	0,0174**	-0,0205**	0,1055***	0,1209***	0,0415***	0,0304***	0,0592***	0,0238***	-0,1277***	-0,0760***
	(0,0058)	(0,0066)	(0,0084)	(0,0103)	(0,0037)	(0,0039)	(0,0047)	(0,0053)	(0,0037)	(0,0044)	(0,0079)	(0,0088)
Minorités sexuelles*Pandémie	0,0239	-0,0089	0,0034	-0,0202	0,0066	0,0065	-0,0234**	-0,0289**	0,0029	0,0156	0,0234	0,0527
	(0,0152)	(0,0301)	(0,0260)	(0,0320)	(0,0105)	(0,0139)	(0,0108)	(0,0141)	(0,0162)	(0,0253)	(0,0213)	(0,0323)
QC*Pandémie	0,0197***	0,0421***	0,0382***	0,0091	-0,0358***	-0,0291***	-0,0092	-0,0095	-0,0194***	-0,0281***	-0,0384***	-0,0789***
	(0,0065)	(0,0108)	(0,0101)	(0,0142)	(0,0062)	(0,0090)	(0,0062)	(0,0090)	(0,0061)	(0,0076)	(0,0071)	(0,0109)
Minorités	0,0077	0,0145	0,0214	0,0007	-0,0247*	-0,0230	0,0157	0,0142	-0,0232*	-0,0258**	0,0182	0,0071

sexuelles*QC												
	(0,0212)	(0,0202)	(0,0245)	(0,0249)	(0,0147)	(0,0147)	(0,0171)	(0,0167)	(0,0121)	(0,0126)	(0,0185)	(0,0182)
Minorités sexuelles*QC*Pandémie	-0,0711*	0,0285	-0,0539	-0,0309	0,0143	0,0526					0,0241	-0,0044
	(0,0401)	(0,0745)	(0,0546)	(0,0580)	(0,0286)	(0,0439)	0,0150	-0,0380	0,0666	-0,0298		
N	386,326	260,929	267,203	212,934	267,203	212,934	327,668	261,143	327,668	261,143	342,384	260,352
R carré	0,0201	0,0946	0,0229	0,0287	0,0404	0,0477	0,0154	0,0300	0,0102	0,0647	0,0204	0,1334
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Moins que secondaire												
Pandémie	0,0389*	0,0090	0,0011	0,0097	-0,0074	-0,0102	-0,0105	-0,0062	-0,0308*	-0,0090	0,1091***	0,0740***
	(0,0209)	(0,0224)	(0,0264)	(0,0283)	(0,0153)	(0,0167)	(0,0156)	(0,0177)	(0,0168)	(0,0173)	(0,0247)	(0,0255)
Moins que secondaire	0,0067*	-0,0296***	0,0133**	0,0022	0,0075***	0,0070***	0,0004	0,0088***	-0,0112***	0,0168***	0,0469***	-0,0355***
	(0,0040)	(0,0046)	(0,0066)	(0,0075)	(0,0023)	(0,0027)	(0,0025)	(0,0029)	(0,0027)	(0,0033)	(0,0059)	(0,0060)
QC	-0,1018***	-0,0628***	0,0176**	-0,0172*	0,1059***	0,1218***	0,0435***	0,0320***	0,0618***	0,0256***	-0,1351***	-0,0838***
	(0,0058)	(0,0067)	(0,0085)	(0,0104)	(0,0038)	(0,0042)	(0,0047)	(0,0053)	(0,0038)	(0,0045)	(0,0080)	(0,0089)
Moins que secondaire*Pandémie	-0,0088	-0,0103	0,0147	-0,0204	-0,0010	0,0073					-0,0141	-0,0393**
	(0,0081)	(0,0165)	(0,0146)	(0,0206)	(0,0043)	(0,0082)	0,0059	0,0014	(0,0078)	0,0144		
QC*Pandémie	0,0187***	0,0490***	0,0411***	0,0140	-0,0383***	-0,0269***	(0,0078)	(0,0098)	0,0000	(0,0152)	(0,0127)	(0,0185)
	(0,0069)	(0,0115)	(0,0106)	(0,0150)	(0,0066)	(0,0097)	-0,0099	-0,0147	-0,0225***	-0,0356***	-0,0343***	-0,0847***
Moins que secondaire*QC	0,0441***	0,0335***	-0,0166	-0,0224*	-0,0049	-0,0088	(0,0065)	(0,0094)	(0,0065)	(0,0076)	(0,0074)	(0,0113)
	(0,0081)	(0,0084)	(0,0117)	(0,0124)	(0,0069)	(0,0073)	-0,0164***	-0,0118*	-0,0228***	-0,0175***	0,0489***	0,0409***
	(0,0081)	(0,0084)	(0,0117)	(0,0124)	(0,0069)	(0,0073)	(0,0059)	(0,0063)	(0,0054)	(0,0059)	(0,0096)	(0,0094)
Moins que secondaire*QC*Pandémie	-0,0096	-0,0553*	-0,0079	-0,0098	0,0084	-0,0205	0,0070	0,0393	0,0287*	0,0380	0,0038	0,0480
	(0,0159)	(0,0298)	(0,0269)	(0,0363)	(0,0150)	(0,0207)	(0,0163)	(0,0249)	(0,0157)	(0,0250)	(0,0205)	(0,0308)
N	402,623	264,195	278,949	215,412	278,949	215,412	343,176	265,441	343,176	265,441	349,268	264,482
R carré	0,0192	0,0938	0,0228	0,0288	0,0404	0,0482	0,0149	0,0295	0,0098	0,0634	0,0217	0,1326
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Immigrants												

Pandémie	0,0292 (0,0206)	0,0056 (0,0222)	0,0131 (0,0266)	0,0152 (0,0286)	-0,0081 (0,0151)	-0,0111 (0,0168)	-0,0117 (0,0154)	-0,0079 (0,0177)	-0,0272 (0,0169)	-0,0040 (0,0174)	0,1057*** (0,0250)	0,0683*** (0,0259)
Immigrants	-0,0260*** (0,0034)	-0,0307*** (0,0036)	0,0905*** (0,0055)	0,0737*** (0,0059)	-0,0116*** (0,0015)	-0,0099*** (0,0017)	-0,0149*** (0,0020)	-0,0133*** (0,0023)	0,0280*** (0,0027)	0,0319*** (0,0029)	-0,0074 (0,0047)	-0,0207*** (0,0049)
QC	-0,0676*** (0,0055)	-0,0511*** (0,0065)	0,0205** (0,0083)	-0,0116 (0,0102)	0,1029*** (0,0036)	0,1183*** (0,0039)	0,0281*** (0,0046)	0,0251*** (0,0052)	0,0450*** (0,0035)	0,0223*** (0,0043)	-0,1150*** (0,0079)	-0,0741*** (0,0088)
Immigrants*Pandémie	0,0023 (0,0060)	0,0011 (0,0109)	-0,0236** (0,0112)	-0,0202 (0,0162)	0,0013 (0,0031)	0,0027 (0,0034)	0,0095* (0,0052)	0,0057 (0,0067)	0,0031 (0,0061)	-0,0061 (0,0091)	0,0299*** (0,0090)	0,0076 (0,0143)
QC*Pandémie	0,0143* (0,0075)	0,0413*** (0,0107)	0,0360*** (0,0102)	0,0154 (0,0145)	-0,0385*** (0,0059)	-0,0272*** (0,0089)	-0,0126** (0,0058)	-0,0090 (0,0089)	-0,0184*** (0,0057)	-0,0287*** (0,0075)	-0,0658*** (0,0104)	-0,0733*** (0,0115)
Immigrants*QC	-0,1564*** (0,0107)	-0,1207*** (0,0110)	-0,0943*** (0,0137)	-0,1121*** (0,0149)	0,0112 (0,0097)	0,0182* (0,0104)	0,0805*** (0,0079)	0,0672*** (0,0085)	0,0550*** (0,0085)	0,0333*** (0,0090)	-0,0611*** (0,0092)	-0,0327*** (0,0094)
Immigrants*QC*Pandémie	0,1140*** (0,0152)	0,0052 (0,0351)	0,0020 (0,0321)	-0,0736* (0,0407)	0,0178 (0,0227)	-0,0015 (0,0326)	0,0169 (0,0203)	0,0049 (0,0298)	-0,0028 (0,0202)	-0,0082 (0,0242)	0,0939*** (0,0155)	-0,0362 (0,0276)
N	403,381	264,778	280,007	215,952	280,007	215,952	343,082	265,020	343,082	265,020	348,611	264,198
R carré	0,0248	0,1001	0,0274	0,0321	0,0401	0,0475	0,0181	0,0316	0,0151	0,0674	0,0209	0,1333
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autochtones												
Pandémie	0,0351* (0,0208)	0,0109 (0,0223)	0,0037 (0,0264)	0,0049 (0,0283)	-0,0079 (0,0152)	-0,0094 (0,0168)	-0,0088 (0,0156)	-0,0060 (0,0177)	-0,0271 (0,0167)	-0,0096 (0,0173)	0,1105*** (0,0246)	0,0713*** (0,0256)
Autochtones	-0,0421*** (0,0065)	-0,0096 (0,0068)	-0,0327*** (0,0097)	-0,0153 (0,0104)	0,0196*** (0,0038)	0,0114*** (0,0041)	0,0238*** (0,0045)	0,0100** (0,0049)	0,0158*** (0,0049)	0,0011 (0,0053)	-0,0819*** (0,0077)	-0,0250*** (0,0078)
QC	-0,0984*** (0,0057)	-0,0596*** (0,0066)	0,0130 (0,0083)	-0,0208** (0,0103)	0,1051*** (0,0036)	0,1205*** (0,0039)	0,0435*** (0,0046)	0,0309*** (0,0053)	0,0593*** (0,0036)	0,0238*** (0,0044)	-0,1334*** (0,0079)	-0,0770*** (0,0088)
Autochtones*Pandémie	0,0125 (0,0114)	-0,0309 (0,0227)	-0,0053 (0,0207)	-0,0088 (0,0323)	0,0204 (0,0125)	-0,0084 (0,0076)	0,0039 (0,0104)	0,0137 (0,0158)	-0,0102 (0,0096)	0,0187 (0,0188)	0,0081 (0,0158)	-0,0130 (0,0276)
QC*Pandémie	0,0183*** (0,0064)	0,0400*** (0,0108)	0,0375*** (0,0099)	0,0069 (0,0140)	-0,0353*** (0,0060)	-0,0278*** (0,0089)	-0,0101* (0,0061)	-0,0085 (0,0089)	-0,0183*** (0,0061)	-0,0274*** (0,0075)	-0,0350*** (0,0070)	-0,0802*** (0,0108)
Autochtones*QC	0,0505** (0,0220)	0,0252 (0,0222)	-0,0252 (0,0267)	-0,0211 (0,0283)	-0,0134 (0,0172)	-0,0127 (0,0177)	-0,0115 (0,0176)	0,0045 (0,0186)	-0,0339** (0,0144)	-0,0133 (0,0157)	0,0292* (0,0176)	-0,0063 (0,0172)
Autochtones*QC*Pandémie	0,0098 (0,0389)	-0,0097 (0,0766)	0,1558* (0,0847)	0,1514* (0,0886)	-0,0096 (0,0597)	-0,0031 (0,0524)	-0,0240 (0,0384)	0,0070 (0,0709)	-0,0023 (0,0340)	-0,0316 (0,0317)	0,0175 (0,0375)	-0,0003 (0,0667)
N	402,492	263,852	278,956	215,232	278,956	215,232	341,682	264,083	341,682	264,083	347,940	263,270
R carré	0,0192	0,0945	0,0230	0,0288	0,0401	0,0471	0,0150	0,0300	0,0097	0,0643	0,0209	0,1327

Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Minorités visibles													
Pandémie	0,0320	0,0119	0,0095	0,0053	-0,0068	-0,0092	-0,0076	-0,0068	-0,0276	-0,0093	0,1251***	0,0815***	
	(0,0207)	(0,0222)	(0,0266)	(0,0285)	(0,0151)	(0,0167)	(0,0154)	(0,0176)	(0,0169)	(0,0173)	(0,0252)	(0,0255)	
Minorités visibles	-0,0411***	-0,0100**	0,0918***	0,0874***	-0,0104***	-0,0110***	-0,0078***	-0,0147***	0,0370***	0,0174***	-0,0306***	0,0247***	
	(0,0040)	(0,0042)	(0,0063)	(0,0070)	(0,0017)	(0,0020)	(0,0024)	(0,0028)	(0,0032)	(0,0034)	(0,0055)	(0,0058)	
QC	-0,0663***	-0,0497***	0,0205**	-0,0113	0,1010***	0,1177***	0,0283***	0,0251***	0,0447***	0,0202***	-0,1109***	-0,0711***	
	(0,0055)	(0,0065)	(0,0083)	(0,0102)	(0,0035)	(0,0039)	(0,0046)	(0,0053)	(0,0035)	(0,0043)	(0,0079)	(0,0087)	
Minorités visibles*Pandémie	-0,0039	-0,0189	-0,0168	0,0019	-0,0024	-0,0026					-0,0636***	-0,0413**	
	(0,0072)	(0,0136)	(0,0134)	(0,0194)	(0,0035)	(0,0035)	(0,0057)	(0,0079)	(0,0073)	(0,0119)	(0,0102)	(0,0164)	
QC*Pandémie	0,0161***	0,0343***	0,0367***	0,0102	-0,0379***	-0,0290***	-0,0081	-0,0103	-0,0176***	-0,0217***	-0,0480***	-0,0887***	
	(0,0059)	(0,0102)	(0,0099)	(0,0137)	(0,0057)	(0,0085)	(0,0058)	(0,0081)	(0,0052)	(0,0072)	(0,0073)	(0,0111)	
Minorités visibles*QC	-0,1878***	-0,1583***	-0,1250***	-0,1423***	0,0376***	0,0450***	0,1038***	0,0951***	0,0697***	0,0526***	-0,0625***	-0,0467***	
	(0,0130)	(0,0135)	(0,0168)	(0,0181)	(0,0137)	(0,0147)	(0,0101)	(0,0107)	(0,0106)	(0,0111)	(0,0108)	(0,0113)	
Minorités visibles*QC*Pandémie	0,0237	0,0215	0,0214	-0,0175		0,0130					0,0399**	0,0238	
	(0,0249)	(0,0476)	(0,0389)	(0,0644)	(0,0311)	(0,0490)	(0,0245)	(0,0430)	(0,0275)	(0,0301)	(0,0199)	(0,0343)	
N	401,896	263,912	278,891	215,266	278,891	215,266	341,627	264,145	341,627	264,145	347,425	263,331	
R carré	0,0306	0,0990	0,0273	0,0327	0,0404	0,0481	0,0178	0,0328	0,0178	0,0659	0,0238	0,1330	
Contrôles		X		X		X		X		X		X	
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Minorités linguistiques													
Pandémie	0,0381	0,0133	0,0050	0,0045	-0,0070	-0,0085	-0,0137	-0,0091	-0,0301	-0,0126	0,1541***	0,1060***	
	(0,0233)	(0,0256)	(0,0292)	(0,0312)	(0,0196)	(0,0220)	(0,0177)	(0,0204)	(0,0196)	(0,0211)	(0,0225)	(0,0227)	
Minorités linguistiques	-0,0062	-0,0222***	-0,0394***	-0,0388***	0,0319***	0,0317***					-0,0098	-0,0443***	
	(0,0068)	(0,0072)	(0,0099)	(0,0107)	(0,0040)	(0,0041)	(0,0044)	(0,0047)	(0,0044)	(0,0049)	(0,0088)	(0,0088)	
QC	-0,0721***	-0,0467***	0,0182**	-0,0114	0,1050***	0,1224***	0,0297***	0,0233***	0,0476***	0,0203***	-0,1171***	-0,0745***	
	(0,0055)	(0,0065)	(0,0084)	(0,0103)	(0,0037)	(0,0039)	(0,0045)	(0,0051)	(0,0036)	(0,0043)	(0,0079)	(0,0087)	
Minorités linguistiques*Pandém	0,0050	0,0244	0,0313	0,0199	-0,0087	-0,0213**					-0,0260	0,0334	
							-0,0080	-0,0166	-0,0011	-0,0147			

ie												
	(0,0109)	(0,0176)	(0,0224)	(0,0296)	(0,0084)	(0,0095)	(0,0079)	(0,0112)	(0,0088)	(0,0119)	(0,0168)	(0,0297)
QC*Pandémie	0,0167***	0,0433***	0,0411***	0,0192	-0,0407***	-0,0354***	-0,0075	-0,0147*	-0,0209***	-0,0306***	-0,0506***	-0,0835***
	(0,0062)	(0,0104)	(0,0103)	(0,0142)	(0,0058)	(0,0083)	(0,0060)	(0,0083)	(0,0054)	(0,0075)	(0,0074)	(0,0110)
Minorités linguistiques*QC	-0,0297*	0,0132	0,0472**	0,0107	-0,0443***	-0,0337**					0,0830***	0,1018***
	(0,0161)	(0,0161)	(0,0211)	(0,0220)	(0,0136)	(0,0142)	(0,0122)	(0,0126)	(0,0118)	(0,0121)	(0,0175)	(0,0171)
Minorités linguistiques*QC*Pan démie	-0,0010	-0,0187	-0,0322	0,0057	0,0081	-0,0004	-0,0181	-0,0150	0,0476	0,0631	0,0890**	0,0662
	(0,0287)	(0,0587)	(0,0505)	(0,0835)	(0,0241)	(0,0278)	(0,0269)	(0,0402)	(0,0350)	(0,0486)	(0,0356)	(0,0704)
N	338,833	223,792	236,797	183,662	236,797	183,662	289,862	225,034	289,862	225,034	294,114	224,207
R carré	0,0166	0,0789	0,0186	0,0241	0,0381	0,0458	0,0111	0,0256	0,0120	0,0562	0,0231	0,1441
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Allophones												
Pandémie	0,0350*	0,0111	0,0116	0,0160	-0,0085	-0,0106	-0,0103	-0,0065	-0,0280*	-0,0082	0,1199***	0,0733***
	(0,0207)	(0,0223)	(0,0264)	(0,0283)	(0,0152)	(0,0168)	(0,0155)	(0,0177)	(0,0168)	(0,0174)	(0,0252)	(0,0258)
Allophones	-0,0198***	-0,0076**	0,0842***	0,0721***	-0,0089***	-0,0087***	-0,0124***	-0,0150***	0,0234***	0,0169***	-0,0318***	-0,0202***
	(0,0034)	(0,0037)	(0,0055)	(0,0060)	(0,0015)	(0,0017)	(0,0020)	(0,0024)	(0,0027)	(0,0029)	(0,0048)	(0,0050)
QC	-0,0699***	-0,0515***	0,0221***	-0,0121	0,1018***	0,1187***	0,0298***	0,0261***	0,0478***	0,0221***	-0,1114***	-0,0739***
	(0,0056)	(0,0066)	(0,0083)	(0,0102)	(0,0036)	(0,0039)	(0,0046)	(0,0053)	(0,0036)	(0,0043)	(0,0079)	(0,0088)
Allophones*Pandémie	-0,0024	-0,0024	-0,0223*	-0,0229	0,0016	-0,0008	0,0032	-0,0012	0,0062	-0,0007	-0,0426***	-0,0130
	(0,0063)	(0,0113)	(0,0118)	(0,0171)	(0,0034)	(0,0033)	(0,0052)	(0,0068)	(0,0062)	(0,0095)	(0,0092)	(0,0148)
QC*Pandémie	0,0169***	0,0402***	0,0383***	0,0160	-0,0385***	-0,0334***	-0,0101*	-0,0145*	-0,0177***	-0,0242***	-0,0438***	-0,0785***
	(0,0061)	(0,0104)	(0,0101)	(0,0143)	(0,0057)	(0,0080)	(0,0059)	(0,0083)	(0,0055)	(0,0076)	(0,0074)	(0,0113)
Allophones*QC	-0,1299***	-0,0982***	-0,1092***	-0,1339***	0,0171*	0,0255**	0,0759***	0,0676***	0,0376***	0,0136	-0,0452***	-0,0275***
	(0,0111)	(0,0114)	(0,0141)	(0,0153)	(0,0100)	(0,0107)	(0,0085)	(0,0090)	(0,0083)	(0,0090)	(0,0097)	(0,0100)
Allophones*QC*Pandémie	0,0063	0,0010	-0,0106	-0,0690*	0,0192	0,0387	0,0035	0,0317	0,0030	-0,0234	0,0280	-0,0129
	(0,0216)	(0,0373)	(0,0318)	(0,0409)	(0,0249)	(0,0393)	(0,0211)	(0,0332)	(0,0221)	(0,0227)	(0,0196)	(0,0293)
N	403,502	264,541	279,699	215,776	279,699	215,776	342,670	264,775	342,670	264,775	348,840	263,952
R carré	0,0248	0,0966	0,0269	0,0323	0,0400	0,0478	0,0171	0,0319	0,0132	0,0649	0,0229	0,1333
Contrôles		X		X		X		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance. Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

Nous avons également mené des analyses dynamiques centrées sur le Québec. Tout comme pour l'analyse sur l'ensemble du Canada, il s'agit d'explorer l'hypothèse de tendances communes¹⁵ et d'examiner si les effets de la pandémie s'amplifient ou se réduisent au cours du temps. Pour la grande majorité des estimations, les valeurs avancées sont non significatives, rassurantes pour l'hypothèse de tendances communes, et les valeurs retardées apparaissent non significatives sans véritable variation de tendances durant la pandémie¹⁶. Notons néanmoins, en figures A7 et A8 en annexe, une amélioration notable de l'accessibilité pour les Autochtones du Québec (hausse continue de la probabilité d'accès rapide, et baisse continue de la probabilité d'accès tardif et des barrières personnelles) et un portrait plus nuancé pour les femmes au Québec (baisse continue de la probabilité d'avoir des barrières personnelles, mais aussi d'avoir un accès rapide). Les autres résultats sont cohérents avec le tableau 10, mais n'indiquent pas de tendance particulièrement nette.

4.2 Besoins de soins de santé non comblés

La section 4.1, concentrée sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et la vaccination antigrippale, a déjà permis de mieux comprendre l'impact de la pandémie sur les groupes minorisés. Mais qu'en est-il de leur besoin de soins de santé non comblés? C'est l'objet de cette section, dont la structure est parallèle à la précédente pour faciliter la lecture¹⁷.

4.2.1 Analyses descriptives des besoins de santé non comblés

Le tableau 11 présente les statistiques descriptives pour l'ensemble du Canada, avant et durant la pandémie. Les besoins de soins de santé non comblés ont augmenté statistiquement significativement durant la pandémie, passant de 6 % des répondants avant à 8 % durant. En revanche, les raisons pour lesquelles ces besoins existent n'ont pas changé significativement, avec une augmentation non significative de la part des raisons systémiques (92 % environ). Les raisons systémiques dominent donc largement les raisons personnelles.

Pour les variables de groupes minorisés, dans le cas d'une différence statistiquement significative, on note une légère réduction de la proportion d'individus n'ayant pas complété le secondaire, une hausse de la part d'immigrants et du nombre de personnes déclarant un handicap. Ce dernier point est important : rappelons que la pandémie peut avoir un effet confondu pour ce groupe minorisé, puisqu'elle peut à la fois avoir augmenté le risque d'handicap et de besoins de soins non comblés.

¹⁵ À noter qu'en triples différences, une courbe de contraste-de-contrastes entre les groupes minorisés et majoritaires dans chaque espace géographique (Québec vs ROC) serait idéale, toutefois les règles de divulgations de centre de données de recherche nous contraignent ici en raison de la taille d'échantillon résiduels.

¹⁶ Résultats disponibles sur demande auprès des auteurs.

¹⁷ Pour rappel, il n'était pas possible de lier les données des restrictions sanitaires et de mobilité avec l'enquête ECR, aussi cette section n'inclura pas de test de l'hypothèse 2.

Enfin, le lecteur ne manquera pas de noter que le nombre d'autres variables est bien plus faible que dans l'ESCC. Notons seulement une hausse significative du revenu familial par rapport à la période pré-pandémique, ainsi que de la densité des professionnels de santé.

Tableau 11 : Statistiques descriptives de l'ECR avant et durant la pandémie

	Pandémie de la COVID-19			
	Avant	Durant	Total	Test
<i>Variables de besoins de soins</i>				
Besoins de soins non comblés	6,2 %	7,6 %	7,2 %	<0,001
Raisons personnelles	8,1 %	7,7 %	7,8 %	0,699
Raisons systémiques	91,9 %	92,3 %	92,2 %	0,699
<i>Variables de statut minoritaire</i>				
Femme	50,7 %	50,7 %	50,7 %	0,88
Niveau d'études inférieur au secondaire	11,4 %	10,6 %	10,9 %	0,029
Immigrant	25,9 %	27,7 %	27,1 %	0,002
Autochtone	2,2 %	2,0 %	2,1 %	0,323
Personne en situation de handicap	28,2 %	29,6 %	29,2 %	0,006
<i>Autres variables</i>				
Âge	49 (18)	49 (18)	49 (18)	0,523
Marié ou en union libre	62,0 %	61,7 %	61,8 %	0,519
Revenu familial avant impôts	116 019 (101 283)	126 553 (154 171)	123 080 (139 066)	<0,001
Densité de médecins spécialistes	113 (55)	115 (56)	114 (55)	0,001
Densité de médecins généralistes	119 (25)	121 (25)	120 (25)	<0,001
Densité d'infirmières praticiennes	131 (99)	152 (105)	145 (103)	<0,001
Densité d'infirmières autorisées	6 369 (4 745)	6 623 (4 827)	6 539 (4 802)	<0,001
Province de résidence				0,005
Terre-Neuve-et-Labrador	1,5 %	1,5 %	1,5 %	
Île-du-Prince-Édouard	0,4 %	0,2 %	0,3 %	
Nouvelle-Écosse	2,7 %	2,8 %	2,7 %	
Nouveau-Brunswick	2,2 %	2,2 %	2,2 %	
Québec	23,7 %	23,6 %	23,7 %	
Ontario	40,7 %	40,7 %	40,7 %	
Saskatchewan	3,0 %	2,9 %	2,9 %	
Alberta	11,6 %	11,7 %	11,7 %	
Colombie-Britannique	14,3 %	14,4 %	14,4 %	
Année				<0,001
2019	100,0 %	0,0 %	33,0 %	
2020	0,0 %	49,8 %	33,4 %	
2021	0,0 %	50,2 %	33,6 %	
Taille d'échantillon (pondérée)	9 467 734	19 252 617	28 720 351	

Note : Les valeurs p en dernière colonne sont pour un test de Student (variable continue ou binaire) ou un test du khi-deux (χ^2) (variable catégorielle) entre les périodes avant et durant la pandémie. Les raisons systémiques expliquant les besoins non comblés en matière de soins de santé comprennent (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût

des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport; les raisons personnelles incluent : (i) sentiment de ne pas recevoir des soins adéquats, (ii) décision de ne pas consulter. La différence entre les variables relatives à la densité des prestataires de soins de santé dans l'ECR et l'ESCC s'explique par la variation du lieu de résidence des répondants selon les régions sanitaires entre les deux enquêtes.

Le tableau 12 permet de comparer la situation entre le Québec et le reste du Canada. Les besoins de soins non comblés semblent avoir augmenté légèrement plus au Québec (de 6 % à 8 %) qu'ailleurs au pays (6 % à 7,5 %). Bien que ce ne soit qu'au seuil de 10 %, c'est la proportion de raisons personnelles qui paraît expliquer cette hausse au Québec (de 3 % à 6 % de raisons personnelles), même si les raisons systémiques restent dominantes (de 97 % à 94 %). En termes de variables de statut minorisé, la différence principale entre le Québec et le reste du Canada est que la proportion d'individus n'ayant pas terminé leur secondaire est restée stable au Québec entre avant et durant la pandémie (environ 15 %), alors que cette proportion a baissé dans le reste du Canada (de 10 % à 9 %). Nous nous tournons maintenant vers les résultats des régressions¹⁸.

¹⁸ Avec seulement trois ans, les graphiques de tendances ne sont pas particulièrement illustratifs. Ils sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

Tableau 12 : Statistiques descriptives de l'ECR au Québec et dans le reste du Canada, avant et durant la pandémie

	Québec				Reste du Canada			
	Avant la COVID-19	Durant la COVID-19	Total	Test	Avant la COVID-19	Durant la COVID-19	Total	Test
<i>Variables de besoins de soins</i>								
Besoins de soins non comblés	5,9 %	7,9 %	7,2 %	<0,001	6,3 %	7,5 %	7,1 %	<0,001
Raisons personnelles	3,4 %	6,0 %	5,3 %	0,083	9,5 %	8,2 %	8,6 %	0,373
Raisons systémiques	96,6 %	94,0 %	94,7 %	0,083	90,5 %	91,8 %	91,4 %	0,373
<i>Variables de statut minorisé</i>								
Femme	50,5 %	50,1 %	50,2 %	0,709	50,8 %	50,8 %	50,8 %	0,974
Niveau d'études inférieur au secondaire	14,7 %	14,9 %	14,8 %	0,837	10,4 %	9,3 %	9,7 %	0,007
Immigrant	16,3 %	18,3 %	17,6 %	0,058	28,9 %	30,6 %	30,1 %	0,01
Autochtone	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,726	2,7 %	2,5 %	2,6 %	0,344
Personne ayant un handicap	23,0 %	25,2 %	24,5 %	0,026	29,8 %	31,0 %	30,6 %	0,057
<i>Variables de contrôle</i>								
Âge	50 (18)	50 (18)	50 (18)	0,537	48 (18)	48 (18)	48 (18)	0,693
Marié ou en union libre	61,4 %	61,7 %	61,6 %	0,806	62,2 %	61,6 %	61,8 %	0,385
Revenu familial avant impôts	100 983 (94 222)	110 508 (90 512)	107 360 (91 862)	<0,001	120 693 (102 936)	131 516 (168 770)	127 951 (150 389)	<0,001
Année				<0,001				<0,001
2019	100,0 %	0,0 %	33,0 %		100,0 %	0,0 %	32,9 %	
2020	0,0 %	50,0 %	33,5 %		0,0 %	49,7 %	33,4 %	
2021	0,0 %	50,0 %	33,5 %		0,0 %	50,3 %	33,7 %	
Province de résidence								0,001
Québec	100,0 %	100,0 %	100,0 %					
Terre-Neuve-et-Labrador					2,0 %	2,0 %	2,0 %	
Île-du-Prince-Édouard					0,6 %	0,3 %	0,4 %	
Nouvelle-Écosse					3,6 %	3,6 %	3,6 %	

Nouveau-Brunswick					2,8 %	2,8 %	2,8 %	
Ontario					53,3 %	53,3 %	53,3 %	
Saskatchewan					3,9 %	3,8 %	3,8 %	
Alberta					15,2 %	15,4 %	15,3 %	
Colombie-Britannique					18,7 %	18,9 %	18,8 %	
<i>Variables additionnelles</i>								
Densité de médecins spécialistes	125 (60)	129 (63)	127 (62)	0,006	109 (52)	110 (52)	110 (52)	0,038
Densité de médecins généralistes	125 (22)	129 (23)	128 (22)	<0,001	117 (25)	118 (25)	118 (25)	0,342
Densité d'infirmières praticiennes	64 (50)	101 (87,)	89 (79)	<0,001	152 (100)	167 (106)	162 (104)	<0,001
Densité d'infirmières autorisées	7 999 (7 223)	8 319 (7 435)	8 213 (7 367)	0,091	5 862 (3 495)	6 099 (3 500)	6 021 (3 500)	<0,001
Taille d'échantillon (pondérée)	2 245 455 (33,0 %)	4 548 751 (67,0 %)	6 794 207 (100,0 %)		7 222 279 (32,9 %)	14 703 865 (67,1 %)	21 926 144 (100,0 %)	

Note : Les valeurs p en dernière colonne sont pour un test de Student (variable continue ou binaire) ou un test du khi-deux (χ^2) (variable catégorielle) entre les périodes avant et durant la pandémie. Les pourcentages ou les moyennes avec leurs écart-types entre parenthèses sont présentées ici. Les variables de densité sont pour 100 000 habitants. Les raisons systémiques expliquant les besoins non comblés en matière de soins de santé comprennent (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport; les raisons personnelles incluent : (i) sentiment de ne pas recevoir des soins adéquats, (ii) décision de ne pas consulter. La différence entre les variables relatives à la densité des prestataires de soins de santé dans l'ECR et l'ESCC s'explique par la variation du lieu de résidence des répondants selon les régions sanitaires entre les deux enquêtes.

4.2.2 Estimation des effets de la pandémie sur les besoins de soins de santé non comblés au Canada

4.2.2.1 Estimation avant-durant la pandémie au Canada

Les régressions discutées dans cette sous-section correspondent à l'équation (1) de la section *Méthode*, et visent à identifier l'effet d'appartenir à un groupe minorisé durant la pandémie sur les besoins de soins non comblés. Nous présentons l'ensemble de ces régressions au tableau 13, en reprenant le style de présentation utilisé en section 4.1.2. Pour rappel, pour chaque indicateur, nous présentons les régressions sans (colonnes impaires) et avec (colonnes paires) variables de contrôle. Les estimés pour les variables de contrôle sont absents car ils ne sont pas d'intérêt ici. Les effets fixes annuels et provinciaux sont systématiquement inclus. Chaque panel du tableau correspond à un groupe minorisé investigué (femmes, secondaire non complété, etc.).

La pandémie ne paraît pas avoir affecté de façon significative les besoins de soins non comblés des femmes (comparativement aux hommes) et des immigrants (comparativement aux natifs), ni les raisons expliquant ces besoins.

La pandémie a eu un effet limité sur les personnes autochtones, avec une hausse de 7 % de la probabilité d'avoir des besoins de soins de santé non comblés pour des raisons personnelles, observée uniquement dans les régressions incluant les variables de contrôle. De même, les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires présentent une augmentation comparable (+5 %) de la probabilité d'avoir des besoins non comblés attribués à des raisons personnelles durant la pandémie. En revanche, contrairement à ces deux groupes, les personnes en situation de handicap ont connu une hausse des besoins non comblés pour des raisons systémiques (+6 %). Autrement dit, chez les Autochtones comme chez les personnes sans diplôme secondaire et les personnes en situation de handicap, la pandémie n'a pas eu d'effet différentiel sur la probabilité d'avoir des besoins non comblés, mais elle a influé sur la nature des raisons invoquées pour expliquer ces besoins.

A priori, l'hypothèse 1 ne semble pas corroborée par ces résultats, puisque la seule détérioration d'accès tient à la hausse des raisons systémiques pour les besoins de soins non comblés pour les personnes ayant un handicap. Nous réservons nos conclusions quant à l'hypothèse 1 pour après l'analyse des sous-groupes minorisés, et nous nous tournons maintenant vers les variations durant les deux années pandémiques.

Tableau 13 : Effets de la pandémie sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Canada

	Besoins de soins		Raisons systémiques		Raisons personnelles	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Femmes						
Pandémie	0,0151***	0,0135***	0,0148	0,0123	-0,0148	-0,0123
	(0,00404)	(0,00411)	(0,0191)	(0,0199)	(0,0191)	(0,0199)
Femmes	0,0144***	0,00649	0,00953	0,0107	-0,00953	-0,0107
	(0,00444)	(0,00442)	(0,0204)	(0,0208)	(0,0204)	(0,0208)
Femmes*Pandémie	0,00472	0,00514	0,00288	0,00170	-0,00288	-0,00170
	(0,00532)	(0,00530)	(0,0232)	(0,0235)	(0,0232)	(0,0235)
N	118 748	107 742	7 854	7 238	7 854	7 238
R carré	0,003	0,067	0,008	0,011	0,008	0,011
Contrôles		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Moins que secondaire						
Pandémie	0,0180***	0,0165***	0,0225*	0,0191	-0,0225*	-0,0191
	(0,00328)	(0,00342)	(0,0132)	(0,0139)	(0,0132)	(0,0139)
Moins que secondaire	0,00132	-0,0188***	0,0224	0,0219	-0,0224	-0,0219
	(0,00683)	(0,00712)	(0,0231)	(0,0244)	(0,0231)	(0,0244)
Moins que secondaire*Pandémie	-0,00436	-0,00332	-0,0543*	-0,0519*	0,0543*	0,0519*
	(0,00825)	(0,00835)	(0,0301)	(0,0309)	(0,0301)	(0,0309)
N	118 748	107 742	7 854	7 238	7 854	7 238
R carré	0,002	0,067	0,008	0,012	0,008	0,012
Contrôles		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Immigrants						
Pandémie	0,0205***	0,0186***	0,0231	0,0188	-0,0231	-0,0188
	(0,00332)	(0,00347)	(0,0141)	(0,0145)	(0,0141)	(0,0145)
Immigrants	-0,00948*	-0,00179	0,0294	0,0249	-0,0294	-0,0249
	(0,00556)	(0,00552)	(0,0219)	(0,0235)	(0,0219)	(0,0235)
Immigrants*Pandémie	-0,0101	-0,00956	-0,0269	-0,0238	0,0269	0,0238

	(0,00654)	(0,00648)		(0,0257)	(0,0265)		(0,0257)	(0,0265)
N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R carré	0,003	0,067		0,008	0,011		0,008	0,011
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X
Autochtones								
Pandémie	0,0175***	0,0160***		0,0191	0,0160		-0,0191	-0,0160
	(0,00316)	(0,00331)		(0,0126)	(0,0133)		(0,0126)	(0,0133)
Autochtones	0,0503***	0,0280*		0,0502**	0,0650***		0,0269	-0,0650***
	(0,0144)	(0,0157)		(0,0228)	(0,0214)		(0,0257)	(0,0214)
Autochtones*Pandémie	0,00185	0,00313		-0,0558	-0,0708*		0,0558	0,0708*
	(0,0172)	(0,0186)		(0,0362)	(0,0376)		(0,0362)	(0,0376)
N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R carré	0,003	0,067		0,008	0,011		0,008	0,011
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X
Handicap								
Pandémie	0,0159***	0,0179***		-0,0255	-0,0300*		0,0255	0,0300*
	(0,00249)	(0,00272)		(0,0159)	(0,0170)		(0,0159)	(0,0170)
Handicap	0,140***	0,146***		-0,0623***	-0,0643***		0,0623***	0,0643***
	(0,00658)	(0,00696)		(0,0165)	(0,0172)		(0,0165)	(0,0172)
Handicap*Pandémie	-0,00327	-0,00612		0,0576***	0,0606***		-0,0576***	-0,0606***
	(0,00768)	(0,00791)		(0,0204)	(0,0209)		(0,0204)	(0,0209)
N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R carré	0,061	0,067		0,010	0,013		0,010	0,013
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X

Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées. Raisons systémiques : (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport.

4.2.2.2 Estimation différenciée par année pandémique au Canada

Les résultats présentés au tableau 14 correspondent à l'équation 2 de la section *Méthode*. Ils montrent qu'il n'y pas de différence d'effet sur les besoins de soins non comblés des groupes minorisés étudiés entre les deux années pandémiques. L'absence d'effet moyen sur les deux années pandémiques observé au tableau 13 ne masque donc pas de différence d'effet entre les années de pandémie.

o H1a : Cet effet est possiblement temporaire.

=> Cette hypothèse est non confirmée. Il n'y a pas de variation entre les années pandémiques pour les besoins de soins non comblés des groupes minorisés.

Tableau 14 : Effet par année pandémique sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Canada

	Besoins de soins	
	(1)	(2)
Femmes		
Femmes	0,0144***	0,00649
	(0,00444)	(0,00442)
2020	0,00834**	0,00817**
	(0,00404)	(0,00402)
2021	0,0153***	0,0131***
	(0,00433)	(0,00439)
Femmes*2020	0,00503	0,00441
	(0,00589)	(0,00588)
Femmes*2021	0,00442	0,00588
	(0,00626)	(0,00623)
N	118 748	107 742
R au carré	0,003	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Moins que secondaire		
Moins que secondaire	0,00132	-0,0188***
	(0,00683)	(0,00712)
2020	0,0110***	0,0107***
	(0,00314)	(0,00316)
2021	0,0183***	0,0166***
	(0,00333)	(0,00347)
Moins que secondaire*2020	-0,000927	-0,00211
	(0,00917)	(0,00930)

Moins que secondaire*2021	-0,00784	-0,00455
	(0,00975)	(0,00981)
N	118 748	107 742
R au carré	0,002	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Immigrants		
Immigrants	-0,00948*	-0,00179
	(0,00556)	(0,00552)
2020	0,0145***	0,0132***
	(0,00335)	(0,00339)
2021	0,0198***	0,0183***
	(0,00340)	(0,00352)
Immigrants*2020	-0,0127*	-0,0106
	(0,00700)	(0,00696)
Immigrants*2021	-0,00760	-0,00855
	(0,00785)	(0,00777)
N	118 748	107 742
R-carré	0,003	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Autochtones		
Autochtones	0,0503***	0,0280*
	(0,0144)	(0,0157)
2020	0,0111***	0,0106***
	(0,00299)	(0,00301)
2021	0,0173***	0,0158***
	(0,00317)	(0,00332)
Autochtones*2020	-0,00875	-0,00951
	(0,0189)	(0,0204)
Autochtones*2021	0,0121	0,0151
	(0,0204)	(0,0219)
N	118 748	107 742
R au carré	0,003	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Handicap		
Handicap	0,140***	0,146***
	(0,00658)	(0,00696)
2020	0,0115***	0,0133***
	(0,00241)	(0,00251)

2021	0,0149***	0,0167***
	(0,00239)	(0,00260)
Handicap*2020	-0,00692	-0,0100
	(0,00835)	(0,00860)
Handicap*2021	0,000279	-0,00232
	(0,00893)	(0,00918)
N	118 748	107 742
R au carré	0,061	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X

Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées.

4.2.2.3 Estimation par sous-groupes minorisés

L'ECR nous permet de nous pencher plus particulièrement sur les différences entre immigrants récents et établis, tout comme l'ESCC, ainsi que sur les différences par type de handicap. Les résultats des estimations sont présentés au tableau 14. Par souci de concision, nous nous concentrons uniquement sur les régressions avec variables de contrôle.

Il n'y a pas de différence d'effet de la pandémie sur les besoins de soins non comblés et leurs raisons entre immigrants récent et établis. Dans tous les cas, la pandémie ne semble pas avoir eu d'effet. En revanche, explorer davantage les catégories de handicap permet de mieux comprendre qui a été affecté. Le tableau 13 a montré que les personnes en situation de handicap ont vu leur probabilité d'avoir des raisons systémiques pour les besoins de soins non comblés augmenter de 6 %. Ce résultat s'explique par deux catégories de handicap : une hausse de 7 % pour les personnes avec un handicap développemental ou cognitif et une augmentation de 5 % pour les personnes en situation de handicap physique. Ceci est d'autant plus important que les personnes en situation de handicap développemental ou cognitif ont, hors pandémie, 15 % plus de risque de déclarer des besoins de soins non comblés et celles en situation de handicap physique, 9 % de plus. Cela indique donc que les barrières systémiques aux soins se sont potentiellement accrues pour les personnes ayant un handicap les menant à avoir des besoins de soins non comblés plus importants.

En considérant à la fois les résultats des tableaux 13 et 15, on arrive à l'observation suivante :

- H1 : La réduction d'accès aux soins et d'utilisation des services préventifs est plus forte pour les groupes minorisés au Canada.

=> Cette hypothèse est partiellement confirmée. Seules les personnes en situation de handicap (développemental/cognitif ou physique) voient les besoins de soins de santé non comblés pour raisons systémiques augmenter durant la pandémie.

Tableau 15 : Effet de la pandémie sur les besoins de soins de santé par sous-groupes minoritaires au Canada

	Besoins de soins	Raisons systémiques	Raisons personnelles
	(1)	(2)	(3)
Handicap			
Pandémie	0,0172***	-0,0304*	0,0304*
	(0,00272)	(0,0170)	(0,0170)
Développemental/Cognitif	0,148***	0,0342	-0,0342
	(0,0249)	(0,112)	(0,112)
Lié à la santé mentale	0,0322	0,0609	-0,0609
	(0,0251)	(0,115)	(0,115)
Physique	0,0870***	0,0596	-0,0596
	(0,0201)	(0,109)	(0,109)
Sensoriel	-0,00669	-0,103	0,103
	(0,0243)	(0,168)	(0,168)
Autre	-0,00756	0,0664	-0,0664
	(0,0216)	(0,117)	(0,117)
Développemental/Cognitif*Pandémie	-0,0221	0,0735**	-0,0735**
	(0,0199)	(0,0368)	(0,0368)
Lié à la santé mentale*Pandémie	0,00494	0,0535	-0,0535
	(0,0208)	(0,0478)	(0,0478)
Physique*Pandémie	-0,00497	0,0527**	-0,0527**
	(0,0105)	(0,0218)	(0,0218)
Sensoriel*Pandémie	-0,0147	0,131	-0,131
	(0,0186)	(0,145)	(0,145)
N	107 742	7 238	7 238
R au carré	0,075	0,017	0,017
Contrôles	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X
Immigrants			
Pandémie	0,0185***	0,0188	-0,0188
	(0,00346)	(0,0145)	(0,0145)
Immigrants récents	-0,000287	0,0462	-0,0462
	(0,0107)	(0,0314)	(0,0314)
Immigrants établis	-0,00244	0,0184	-0,0184
	(0,00612)	(0,0269)	(0,0269)
Immigrants récents*Pandémie	-0,00691	-0,0109	0,0109
	(0,0124)	(0,0335)	(0,0335)
Immigrants établis*Pandémie	-0,0105	-0,0298	0,0298
	(0,00720)	(0,0315)	(0,0315)
N	107 742	7 238	7 238
R au carré	0,067	0,012	0,012

Contrôles	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X

Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées. Raisons systémiques : (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport. Raisons personnelles : (i) sentiment de ne pas recevoir des soins adéquats, (ii) décision de ne pas consulter.

4.2.2.4 Estimation par intersection d'identité au Canada : femmes et autres groupes visés par l'équité

Nous analysons l'intersectionnalité en estimant des modèles incluant l'interaction entre le fait d'être une femme et l'appartenance à un autre groupe minorisé identifié dans l'ECR (secondaire non complété, immigrants, Autochtones, personnes en situation de handicap). Les résultats sont présentés au tableau 16. Aucun effet statistiquement significatif n'est détecté.

Notons néanmoins que l'estimé relatif aux besoins de santé non comblés est positif uniquement pour les femmes en situation de handicap, suggérant une augmentation (non significative) des besoins de soins de santé pour ce groupe. De même, la probabilité d'avoir un besoin de soins non comblés pour des raisons systémiques augmente de près de 10 % (de manière non significative) chez les femmes autochtones, un effet d'ampleur qui serait probablement significatif en présence d'un échantillon plus large. Ainsi, l'absence de significativité ne permet pas d'exclure définitivement l'existence de désavantages cumulatifs à ces intersections d'identité, les tailles d'échantillon devenant plus restreintes à ces niveaux de croisement.

Tableau 16 : Effet de la pandémie sur les besoins de soins de santé : analyses intersectionnelles (femmes × autres groupes minorisés), Canada

	Besoins de soins		Raisons systémiques		Raisons personnelles	
Femmes et...	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Moins que secondaire						
Moins que secondaire*Femmes*Pand émie	-0,0108	-0,0167	0,0408	0,0355	-0,0408	-0,0355
	(0,0170)	(0,0166)	(0,0624)	(0,0629)	(0,0624)	(0,0629)
N	107 742	107 742	7 238	7 238	7 238	7 238
R carré	0,003	0,067	0,009	0,012	0,009	0,012
Contrôles		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Immigrants						
Immigrants*Femmes*Pand émie	-0,0118	-0,0124	-0,0558	-0,0573	0,0558	0,0573
	(0,0134)	(0,0130)	(0,0523)	(0,0528)	(0,0523)	(0,0528)
N	107 742	107 742	7 238	7 238	7 238	7 238
R carré	0,004	0,067	0,010	0,013	0,010	0,013
Contrôles		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Autochtones						
Autochtones*Femmes*Pan démie	-0,0481	-0,0452	0,0965	0,0991	-0,0965	-0,0991
	(0,0378)	(0,0365)	(0,0745)	(0,0745)	(0,0745)	(0,0745)
N	107 742	107 742	7 238	7 238	7 238	7 238
R carré	0,004	0,067	0,008	0,012	0,008	0,012
Contrôles		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X

Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X
Handicap								
Handicap*Femmes*Pandémie	0,0231	0,0232		0,0416	0,0403		-0,0416	-0,0403
	(0,0161)	(0,0161)		(0,0432)	(0,0431)		(0,0432)	(0,0431)
N	107 742	107 742		7 238	7 238		7 238	7 238
R carré	0,061	0,067		0,011	0,013		0,011	0,013
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X

Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées. Pour éviter les redondances avec les tableaux précédents, seules les triples interactions sont reportées. Raisons systémiques : (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport. Raisons personnelles : (i) sentiment de ne pas recevoir des soins adéquats, (ii) décision de ne pas consulter.

4.2.3 Estimation des effets sur les besoins de soins de santé non comblés au Québec par rapport au reste du Canada

Jusqu'à présent, les effets de la pandémie sur les différentiels de besoins de soins de santé des groupes minorisés paraissent limités, et concentrés sur les personnes en situation de handicap. Mais qu'en est-il au Québec comparativement aux autres provinces ? Le tableau 17 permet de commencer à répondre à cette question¹⁹.

Il n'y a pas de différence d'effets de la pandémie pour les Autochtones, les personnes ayant un handicap et les immigrants du Québec comparativement au reste du Canada. Toutefois, des différences apparaissent pour les femmes et pour les personnes n'ayant pas complété leur secondaire. Comparativement aux femmes dans le reste du pays, les femmes du Québec n'ont pas plus de chance de déclarer des besoins non comblés durant la pandémie, mais elles ont une probabilité 10 % plus élevée de déclarer des raisons systémiques pour leurs besoins de soins non comblés. Les personnes n'ayant pas complété leur éducation secondaire voient leurs besoins de soins non comblés augmenter de 1 % durant la pandémie au Québec comparativement aux personnes non diplômées du secondaire hors Québec. Il faut aussi noter que hors pandémie, les personnes en situation de handicap au Québec ont 6 % plus de chance de déclarer une raison systémique pour leurs besoins de soins non comblés. En somme, lorsqu'il y a une différence, ce qui n'est pas toujours le cas, le portrait au Québec paraît moins favorable.

Le tableau A4 en annexe explore les différences entre le Québec et le reste du Canada au cours des deux années pandémiques séparément. Aucune dynamique n'est apparente, à une exception : les personnes en situation de handicap ont une augmentation des besoins de soins non comblés de 4 % en 2020 au Québec, et la différence disparaît en 2021. L'effet différentiel au Québec paraît ainsi seulement transitoire et pour un seul groupe.

Le tableau A5 décrit davantage les effets pour les sous-groupes minorisés (par durée d'immigration et par type de handicap) au Québec comparativement au reste du Canada. Aucune différence n'est détectée entre les immigrants récents ou établis du Québec. Pour les types de handicap, les personnes ayant un handicap sensoriel ont une augmentation de 8 % de leurs besoins de soins non comblés (comparativement au différentiel de ceux ayant le même type de handicap hors Québec) durant la pandémie. De manière plus positive, les personnes en situation de handicap développemental ou cognitif au Québec ont 1 % moins de risque de déclarer une raison systémique pour les besoins de soins non comblés (toujours comparativement au différentiel de ceux ayant le même type de handicap hors Québec) durant la pandémie.

¹⁹ Pour rappel, ces estimés correspondent à l'équation (6) de la section *Méthode*.

- H3 : Le Québec a une expérience différente du reste du pays en termes d'accessibilité aux soins des groupes minorisés durant la pandémie.

=> Cette hypothèse est partiellement confirmée. Il y a quelques différences pour les personnes en situation de handicap au Québec comparativement au reste du Canada en termes de besoins de soins non comblés, mais elles semblent temporaires.

Tableau 17 : Effet de la pandémie sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada

	Besoins de soins		Raisons systémiques		Raisons personnelles	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Femmes						
Pandémie	0,0134***	0,0119***	0,0371	0,0352	-0,0371	-0,0352
	(0,00443)	(0,00453)	(0,0234)	(0,0241)	(0,0234)	(0,0241)
Femmes	0,0150***	0,00696	0,0181	0,0210	-0,0181	-0,0210
	(0,00500)	(0,00501)	(0,0255)	(0,0261)	(0,0255)	(0,0261)
Femmes*Pandémie	0,00480	0,00505	-0,0188	-0,0226	0,0188	0,0226
	(0,00599)	(0,00600)	(0,0285)	(0,0291)	(0,0285)	(0,0291)
Québec*Pandémie	0,00744	0,00694	-0,0912***	-0,0942***	0,0912***	0,0942***
	(0,00912)	(0,00878)	(0,0308)	(0,0317)	(0,0308)	(0,0317)
Femmes*Québec	-0,00259	-0,00201	-0,0390	-0,0456	0,0390	0,0456
	(0,0108)	(0,0107)	(0,0326)	(0,0331)	(0,0326)	(0,0331)
Femmes*Québec*Pandémie	-0,000248	0,000478	0,0896**	0,0977**	-0,0896**	-0,0977**
	(0,0130)	(0,0128)	(0,0411)	(0,0418)	(0,0411)	(0,0418)
N	118 748	107 742	7 854	7 238	7 854	7 238
R au carré	0,003	0,067	0,010	0,013	0,010	0,013
Contrôles		X		X		X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Moins que secondaire						
Pandémie	0,0158***	0,0143***	0,0330**	0,0287*	-0,0330**	-0,0287*
	(0,00356)	(0,00371)	(0,0160)	(0,0163)	(0,0160)	(0,0163)
Moins que secondaire	0,00223	-0,0198**	0,0199	0,0185	-0,0199	-0,0185
	(0,00804)	(0,00845)	(0,0316)	(0,0335)	(0,0316)	(0,0335)
Moins que secondaire*Pandémie	0,000608	0,00236	-0,0675*	-0,0652	0,0675*	0,0652
	(0,00992)	(0,0101)	(0,0406)	(0,0423)	(0,0406)	(0,0423)
Québec*Pandémie	0,00988	0,0100	-0,0465**	-0,0436*	0,0465**	0,0436*
	(0,00711)	(0,00689)	(0,0227)	(0,0228)	(0,0227)	(0,0228)
Moins que secondaire*Québec	-0,00188	0,00478	2,22e-05	0,00383	-2,22e-05	-0,00383
	(0,0153)	(0,0153)	(0,0362)	(0,0377)	(0,0362)	(0,0377)
Moins que secondaire*Québec*Pandémie	-0,0183	0,00996***	0,0579	0,0563	-0,0579	-0,0563
	(0,0181)	(0,00247)	(0,0492)	(0,0505)	(0,0492)	(0,0505)

N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R-carré	0,002	0,067		0,010	0,013		0,010	0,013
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X
Immigrants								
Pandémie	0,0191***	0,0171***		0,0325*	0,0273		-0,0325*	-0,0273
	(0,00377)	(0,00390)		(0,0170)	(0,0174)		(0,0170)	(0,0174)
Immigrants	-0,0182***	-0,00759		0,0265	0,0228		-0,0265	-0,0228
	(0,00573)	(0,00576)		(0,0281)	(0,0294)		(0,0281)	(0,0294)
Immigrants*Pandémie	-0,00937	-0,00872		-0,0262	-0,0224		0,0262	0,0224
	(0,00682)	(0,00680)		(0,0319)	(0,0327)		(0,0319)	(0,0327)
Québec*Pandémie	0,00561	0,00572		-0,0402*	-0,0377		0,0402*	0,0377
	(0,00662)	(0,00652)		(0,0241)	(0,0245)		(0,0241)	(0,0245)
Immigrants*Québec	0,0483**	0,0332*		0,0109	0,0101		-0,0109	-0,0101
	(0,0188)	(0,0184)		(0,0319)	(0,0333)		(0,0319)	(0,0333)
Immigrants*Québec*Pandémie	-0,00218	-0,00224		-0,00270	-0,00726		0,00270	0,00726
	(0,0220)	(0,0214)		(0,0457)	(0,0463)		(0,0457)	(0,0463)
N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R-carré	0,003	0,067		0,009	0,012		0,009	0,012
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X
Autochtones								
Pandémie	0,0157***	0,0143***		0,0297*	0,0258		-0,0297*	-0,0258
	(0,00345)	(0,00361)		(0,0155)	(0,0159)		(0,0155)	(0,0159)
Autochtones	0,0492***	0,0251		0,0572**	0,0727***		-0,0572**	-0,0727***
	(0,0149)	(0,0163)		(0,0251)	(0,0237)		(0,0251)	(0,0237)
Autochtones*Pandémie	0,00679	0,00880		-0,0629	-0,0788*		0,0629	0,0788*
	(0,0179)	(0,0195)		(0,0388)	(0,0403)		(0,0388)	(0,0403)
Québec*Pandémie	0,00768	0,00773		-0,0440**	-0,0424**		0,0440**	0,0424**
	(0,00656)	(0,00637)		(0,0211)	(0,0213)		(0,0211)	(0,0213)
Autochtones*Québec	0,00460	0,0296		-0,0232	-0,0381		0,0232	0,0381
	(0,0617)	(0,0614)		(0,0274)	(0,0290)		(0,0274)	(0,0290)

Autochtones*Québec*Pandémie	-0,0627	-0,0656		-0,0359	-0,0116		0,0359	0,0116
	(0,0669)	(0,0667)		(0,0953)	(0,0960)		(0,0953)	(0,0960)
N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R au carré	0,003	0,067		0,009	0,012		0,009	0,012
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X
Handicap								
Pandémie	0,0163***	0,0181***		-0,0261	-0,0333		0,0261	0,0333
	(0,00255)	(0,00280)		(0,0206)	(0,0213)		(0,0206)	(0,0213)
Handicap	0,145***	0,151***		-0,0719***	-0,0771***		0,0719***	0,0771***
	(0,00726)	(0,00770)		(0,0212)	(0,0216)		(0,0212)	(0,0216)
Handicap*Pandémie	-0,00864	-0,0121		0,0676***	0,0738***		-0,0676***	-0,0738***
	(0,00846)	(0,00877)		(0,0257)	(0,0264)		(0,0257)	(0,0264)
Québec*Pandémie	-0,00128	-0,000742		0,000899	0,00785		-0,000899	-0,00785
	(0,00550)	(0,00553)		(0,0279)	(0,0278)		(0,0279)	(0,0278)
Handicap*Québec	-0,0217	-0,0220		0,0465	0,0565*		-0,0465	-0,0565*
	(0,0170)	(0,0171)		(0,0290)	(0,0293)		(0,0290)	(0,0293)
Handicap*Québec*Pandémie	0,0280	0,0302		-0,0507	-0,0602		0,0507	0,0602
	(0,0200)	(0,0201)		(0,0388)	(0,0393)		(0,0388)	(0,0393)
N	118 748	107 742		7 854	7 238		7 854	7 238
R au carré	0,061	0,067		0,011	0,014		0,011	0,014
Contrôles		X			X			X
Effets fixes annuels	X	X		X	X		X	X
Effets fixes provinciaux	X	X		X	X		X	X

Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées. Raisons systémiques : (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport. Raisons personnelles : (i) sentiment de ne pas recevoir des soins adéquats, (ii) décision de ne pas consulter.

5. Discussion

5.1 Résumé des faits saillants

Dans ce travail, nous avons considéré de multiples indicateurs d'accessibilité des soins, couvrant l'accès à un fournisseur de soins régulier (incluant le temps d'accès et les raisons pour le manque d'accès), le recours à la vaccination antigrippale et les besoins de soins de santé non comblés (incluant les raisons expliquant ces besoins). Visant l'exhaustivité, nous avons également considéré de nombreux groupes minorisés couvrant de multiples dimensions de l'équité (genre, orientation sexuelle, éducation, immigration, handicap, racialisation, identité autochtone, langue) avec le plus grand niveau de granularité possible, nous amenant à analyser vingt-deux groupes minorisés. Et ceci en utilisant deux grandes enquêtes populationnelles, analysées séparément mais suivant un cadre analytique cohérent. Pour résumer les faits saillants de ce rapport, il nous paraît opportun de se référer aux hypothèses de recherche.

- H1 : La réduction d'accès aux soins et d'utilisation des services préventifs est plus forte pour les groupes minorisés au Canada : cette hypothèse est partiellement confirmée.

L'hypothèse H1 est partiellement confirmée pour l'accessibilité d'un prestataire de soins régulier et la vaccination antigrippale, mais pour certains groupes minorisés uniquement. La détérioration relative durant la pandémie concerne ceux n'ayant pas terminé le secondaire (moins de fournisseurs de soins régulier, plus de barrières personnelles à l'accès au fournisseur de soins régulier, moins de vaccination antigrippale), les Autochtones (moins de fournisseurs de soins réguliers), les allophones (réduction de l'accès rapide), et certaines minorités visibles : les Asiatiques du Sud et les Noirs voient leur vaccination antigrippale diminuer relativement plus durant la pandémie, mais l'accès rapide à un fournisseur régulier s'améliore pour les Noirs. D'autres groupes minorisés voient en revanche une amélioration relative durant la pandémie. Il s'agit des minorités sexuelles (moins de barrières systémiques à l'accès au fournisseur de soins régulier et plus de vaccination antigrippale) et des femmes (plus de fournisseurs de soins réguliers, moins de barrières systémiques à l'accès au fournisseur de soins régulier). Là encore, des nuances s'imposent puisque les femmes lesbiennes, à l'intersection de ces deux groupes minorisés, font à la fois l'expérience d'un plus grand accès à un prestataire de soins régulier et d'une diminution de l'accès rapide à ce dernier durant la pandémie.

L'hypothèse H1 est également partiellement confirmée pour les besoins de soins de santé non comblés. Seules les personnes en situation de handicap, notamment celles ayant un handicap développemental, cognitif ou physique, voient leurs besoins de soins non comblés pour raisons systémiques augmenter durant la pandémie. À l'inverse, cette probabilité de besoins systémiques diminue chez les Autochtones, même si leurs besoins non comblés demeurent plus élevés dans l'ensemble.

- H1a : Cet effet est possiblement temporaire : cette hypothèse est non confirmée

L'hypothèse H1a n'est pas confirmée pour l'accessibilité d'un prestataire de soins régulier et la vaccination antigrippale. Lorsqu'il y a détérioration d'accessibilité à un fournisseur de soins régulier chez certains groupes minorisés, l'effet n'est pas temporaire et s'amplifie avec le temps. C'est notamment le cas pour l'accès rapide au fournisseur de soins régulier pour les minorités visibles,

les allophones et les immigrants qui subissent une détérioration qui progresse à mesure des deux années pandémiques évaluées.

L'hypothèse H1a est également non confirmée pour les besoins de soins de santé non comblés. Il n'y a pas de variation d'impact entre les années pandémiques pour les besoins de soins non comblés des groupes minorisés.

- H2 : Ce phénomène est amplifié en cas de plus forte restrictions sanitaires : cette hypothèse est confirmée.

L'hypothèse H2 est confirmée pour l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier, les restrictions sanitaires réduisant davantage pour certains groupes minorisés, particulièrement les allophones à la fois pour l'accès tardif et rapide, et les personnes n'ayant pas terminé leur secondaire pour l'accès tardif. Elle l'est aussi pour l'utilisation des services préventifs, particulièrement une réduction relative de la probabilité d'avoir reçu la vaccination antigrippale des minorités visibles et des immigrants.

L'hypothèse H2 est non testable pour les besoins de soins de santé non comblés.

- H3 : Le Québec a une expérience différente du reste du pays en termes d'accessibilité aux soins des groupes minorisés durant la pandémie : cette hypothèse est partiellement confirmée.

L'hypothèse H3 est partiellement confirmée pour l'accessibilité à un prestataire de soins régulier et pour la vaccination antigrippale. Les effets différentiels de la pandémie au Québec, par rapport aux groupes minorisés identiques dans le reste du Canada, sont observés principalement chez les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires, dont la probabilité de disposer d'un fournisseur de soins régulier diminue davantage, ainsi que chez les immigrants récents et les allophones, qui présentent une moindre probabilité d'accès rapide aux soins durant la pandémie.

Les résultats apparaissent plus nuancés pour les minorités visibles et les minorités sexuelles. Au Québec, les personnes arabes, latino-américaines et noires présentent, sur certains indicateurs, une amélioration relative plus marquée que leurs homologues ailleurs au Canada, mais une détérioration très forte sur d'autres dimensions. Un profil similaire est observé chez les personnes bisexuelles au Québec, dont la différence relative par rapport au reste du Canada varie selon les indicateurs considérés.

L'hypothèse H3 est partiellement confirmée pour les besoins de soins de santé non comblés. Les résultats indiquent qu'avec la pandémie, les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires présentent, au Québec, une probabilité plus élevée de besoins de soins non comblés que leurs homologues ailleurs au Canada. De même, les personnes en situation de handicap, particulièrement celles ayant un handicap sensoriel, sont davantage à risque de déclarer des besoins de soins non comblés durant la période pandémique.

Comparer nos résultats avec la (maigre) littérature internationale s'avère délicat, tant les structures socioéconomiques, la composition des groupes minoritaires et les systèmes de soins peuvent être différents. En revanche, une comparaison avec les résultats des études canadiennes existantes est davantage raisonnable. Ces quelques travaux canadiens indiquent que trois groupes étaient

particulièrement à risque durant la pandémie : les personnes ayant un handicap, les immigrants et les femmes (Frank, 2022; R. Fu et al., 2024; Hetherington et al., 2024; Vandermorris et al., 2024). Nos résultats s'alignent avec la littérature existante pour les personnes en situation de handicap (Frank, 2022). Pour les immigrants, nous ne trouvons pas d'effet aussi clair sur l'accessibilité des soins, hormis pour les immigrants récents au Québec. Ceci pourrait s'expliquer par un effet seulement transitoire pour les dépistages mammographiques (R. Fu et al., 2024) et les soins périnataux (Hetherington et al., 2024), mais aussi parce que les indicateurs considérés dans notre étude et dans les travaux précédents ne sont pas les mêmes. Pour les femmes, nos résultats brossent un portrait plus nuancé que les travaux précédents (R. Fu et al., 2024; Hetherington et al., 2024; Vandermorris et al., 2024), avec des détériorations pour certains indicateurs d'accessibilité durant la pandémie, mais des améliorations pour d'autres. Cette nuance pourrait être mise en lien avec l'étude de (Frank, 2022) indiquant que les femmes ont davantage retardé leur consultation auprès d'un professionnel de la santé par crainte d'être exposées à la COVID-19.

5.2 Forces et limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs forces importantes. D'abord, elle repose sur des données d'enquête populationnelles offrant un niveau de détail pour identifier les membres des groupes minorisés, ainsi que pour mesurer l'accessibilité des soins, passablement supérieurs à celui des données médico-administratives ; ces dernières permettant en effet d'observer uniquement les personnes ayant eu accès aux soins, excluant de fait celles qui n'y sont pas parvenues. De plus, les données administratives contiennent un nombre restreint de variables relatives aux groupes visés par l'équité, principalement le sexe et le statut d'immigrant, alors que les enquêtes mobilisées ici permettent une désagrégation plus fine des groupes minorisés.

Sur le plan méthodologique, notre devis quasi-expérimental constitue un autre atout majeur. Les régressions en doubles différences et pour le Québec en triples différences, permettent d'aller au-delà de la simple corrélation, contrairement à plusieurs travaux canadiens récents (Frank, 2022; Hetherington, 2024). Les hypothèses sous-jacentes à ce devis de recherche causal paraissent respectées, ce qui renforce la crédibilité des résultats. Toutefois, nous reconnaissons qu'il ne s'agit pas d'un effet causal du traitement, comme usuellement utilisé en littérature quasi-expérimentale, puisque le traitement est non réversible et non aléatoire (Cook et al., 2021).

Enfin, nous avons exploité à leur plein potentiel deux grandes bases de données nationales (l'ESCC et l'ECR) que nous avons enrichies par l'intégration de sources complémentaires, notamment les données de la Banque du Canada, de Google et de l'ICIS. Cette approche assure une exhaustivité des variables, tant pour les variables dépendantes (en distinguant notamment les barrières personnelles et systémiques) que pour les variables de groupes minorisés, désagrégées de manière aussi détaillée que le permettent les données disponibles.

Notre étude présente néanmoins certaines limites. Premièrement, les taux de réponse de l'ESCC ont connu une chute importante pendant la pandémie : de 62,8 % en 2017 et 58,8 % en 2018, ils sont tombés à 24,6 % en 2020 et 24,1 % en 2021, avant de remonter partiellement à 42,7 % en 2022 (Polsky, 2024). Si les membres de groupes minorisés ayant un accès plus difficile aux soins ont été proportionnellement moins nombreux à répondre, nos estimations pourraient sous-évaluer

l'impact réel de la pandémie sur ces populations. Néanmoins, l'ESCC demeure la seule enquête nationale représentative permettant d'étudier les enjeux de santé au Canada, et Statistique Canada a ajusté les pondérations de l'enquête, en plus d'avoir procédé à une validation approfondie, avant de rendre les données accessibles (Toigo et al., 2024). À l'inverse, les taux de réponse de l'ECR sont restés stables, soit autour de 70 % en 2021 et 2022.

Deuxièmement, l'ECR implique des limites méthodologiques pour notre analyse. L'hypothèse de tendances communes, essentielles au modèle en doubles différences, ne peut y être testée. De plus, certaines variables de confusion, notamment l'état de santé, dont on sait qu'il s'est détérioré durant la pandémie, ne peuvent être contrôlées. Les résultats issus de l'ECR concernant les besoins de soins non comblés doivent donc être interprétés avec prudence et considérés comme complémentaires à ceux de l'ESCC portant sur l'accès à un fournisseur de soins régulier. De manière rassurante, pour les groupes minorisés communs aux deux enquêtes, les résultats vont toutefois dans la même direction.

Troisièmement, notre approche ne permet pas d'examiner pleinement les effets de l'intersectionnalité. En contrôlant simultanément plusieurs variables minoritaires, nous courons le risque d'avoir neutralisé les effets combinés (Kaufman, 2025). Deux approches sont envisageables : (1) se concentrer sur les intersections où chaque variable est significative, en postulant un cumul des désavantages; ou (2) considérer toutes les combinaisons possibles, au risque de se heurter à des tailles d'échantillon très faibles, surtout pour le Québec (p. ex. femmes immigrantes racialisées allophones). Nous avons tâché de commencer des analyses d'intersectionnalité en se centrant sur les interactions entre le genre (s'identifier comme une femme) et un des autres groupes minorisés étudiés. Cette approche permet à la fois d'obtenir les plus grandes tailles d'échantillons pour les intersections d'identité (les femmes représentant environ la moitié de la population) et est cohérente avec l'article considéré comme fondateur de la littérature sur l'intersectionnalité, et portant sur le genre et la racialisation (Crenshaw, 1989). Bien que des observations utiles aient pu être tirées de l'analyse de l'ESCC, l'ECR a montré les limites des tailles d'échantillons pour l'analyse intersectionnelle. Une exploration plus approfondie des dynamiques intersectionnelles avec des bases de données plus larges, telles que les données du recensement, représente une piste prometteuse pour de futurs travaux.

Enfin, une autre avenue de recherche consisterait à analyser les dépistages à l'aide de données médico-administratives. L'absence d'information sur ces services préventifs constitue une limite importante de notre étude. Une étude récente en Ontario (R. Fu et al., 2024) suggère des effets différenciés selon les indicateurs, mais la situation pourrait diverger au Québec. Même si toutes les minorités ne peuvent être identifiées dans les données médico-administratives, certaines (par exemple le sexe et le statut d'immigrant) le sont, ce qui permettrait à la fois de corroborer nos résultats sur la vaccination antigrippale et d'élargir l'analyse à d'autres services préventifs.

5.3 Implications de politiques publiques

La première implication concerne la nécessité de préserver des données de haute qualité sur un large éventail d'indicateurs afin de permettre des comparaisons intertemporelles robustes et de mesurer les effets de chocs majeurs, qu'ils soient de nature sanitaire, sociale ou économique, sur

l'accès aux soins. Il est particulièrement regrettable que plusieurs questions clés sur l'accès aux soins et l'utilisation des services préventifs aient été retirées du questionnaire principal de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en plein cœur de la pandémie, alors même que de telles informations auraient été essentielles pour éclairer la gestion de cette crise sanitaire sans précédent.

D'après nos sources, lors du processus conjoint de planification du contenu de l'ESCC entre Statistique Canada, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, le module sur les soins de première ligne a été considérablement réduit : il est passé d'un ensemble détaillé de questions sur les lieux de soins, les prestataires, les temps d'attente et la coordination interprofessionnelle, à une seule question visant à identifier les personnes disposant d'un prestataire de soins régulier. Un raisonnement similaire semble avoir mené au retrait des questions sur les dépistages. Si la décision de raccourcir le questionnaire peut se comprendre au regard des faibles taux de réponse observés durant la pandémie, il demeure difficile de justifier la suppression de la question sur la bronchite chronique en 2021 et 2022; ou encore le retrait temporaire de la question sur la vaccination antigrippale en 2021, avant sa réintroduction l'année suivante.

Il est également discutable d'avoir déplacé la question sur les besoins de soins non comblés vers une enquête sur le revenu (l'ECR), laquelle ne contient par ailleurs aucune mesure de santé, hormis celle portant sur le handicap. Pour renforcer la capacité du système statistique canadien à documenter les inégalités en santé, nous recommandons que les questions sur les besoins de soins non comblés et sur les dépistages soient réintroduites dans l'ESCC, et que les organismes responsables s'appuient sur les réflexions méthodologiques récentes visant à améliorer la mesure de ces besoins (Rosenberg et al., 2023). Puisque l'ECR inclut une question sur les besoins de soins non comblés, il sera utile de commencer à collecter davantage d'informations liées à la santé et aux groupes visés par l'équité (Datta et al., 2021), qui seront par ailleurs pertinentes pour l'analyse des inégalités de revenu.

En second lieu, nos résultats soulignent plusieurs pistes d'action pour les politiques de santé au Québec. Les effets différentiels observés dans la province, notamment une baisse plus marquée de la probabilité de disposer d'un fournisseur de soins régulier chez les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires, ainsi qu'un accès plus limité aux soins rapides chez les immigrants récents et les personnes allophones, mettent en évidence la nécessité de cibler les interventions vers ces groupes plus vulnérables. Les décideurs publics pourraient collaborer étroitement avec les organisations communautaires représentant ces populations afin d'adapter les stratégies de communication et de promotion des services de santé à leurs réalités linguistiques, culturelles et socioéconomiques.

Il importe également d'informer les ordres professionnels et associations de médecins, d'infirmières, et d'autres prestataires de soins, des inégalités d'accès mises en lumière, afin que ces professionnels soient sensibilisés aux groupes à risque de moindre accès aux soins en contexte de crise sanitaire. Dans le cadre de la création de la nouvelle agence Santé Québec, ces constats pourraient guider la planification des services et la mise en œuvre d'initiatives concrètes visant à améliorer la continuité et la proximité des soins pour les groupes les plus touchés. Ceci est d'autant plus important que pour certaines variables d'accessibilité, notamment l'obtention rapide d'un

rendez-vous avec le fournisseur de soins régulier, l'effet négatif de la pandémie ne semble pas être temporaire.

Les institutions régionales de santé et Santé Québec pourraient être mises à contribution pour réduire les écarts identifiés, notamment par le biais de campagnes ciblées de promotion de la vaccination et de mesures favorisant la priorisation des patients orphelins (personnes non rattachées à un médecin de famille). Ces efforts contribueraient à renforcer la résilience du système de santé québécois face à d'éventuels chocs futurs, tout en répondant plus efficacement aux besoins des groupes historiquement sous-desservis.

6. Conclusion

Notre étude visait à mesurer l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier, sur les besoins de soins de santé non comblés et sur la vaccination antigrippale parmi les groupes visés par les politiques d'équité au Canada et au Québec. En mobilisant deux grandes enquêtes populationnelles, elle brosse un portrait nuancé où, si certains groupes minorisés n'ont pas été touchés différemment par la pandémie, voire ont connu certaines améliorations, plusieurs autres ont vu leur accessibilité aux soins se détériorer davantage que celle de leurs homologues majoritaires. Ces effets négatifs concernent particulièrement les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires, celles en situation de handicap, certains groupes racisés et les Autochtones.

Les résultats indiquent également que les effets de la pandémie ont varié selon les contextes provinciaux. Au Québec, la détérioration de l'accès aux soins a été plus marquée chez les personnes sans diplôme d'études secondaires, les immigrants récents et les personnes allophones. Ces constats mettent en lumière la nécessité de politiques de santé ciblées et adaptées aux réalités de ces groupes. En ce sens, les résultats de cette étude offrent des éléments empiriques utiles pour orienter la prise de décision publique, en particulier au Québec.

Bibliographie

- Agence de la Santé Publique du Canada. (2022). *Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales*, (p. 31). <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/inegalites-deces/rapport-technique.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2024 : Réaliser l'avenir de la vaccination pour la santé publique*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2024/report/rapport.pdf>
- Allan, I., & Ammi, M. (2021). Evolution of the determinants of unmet health care needs in a universal health care system: Canada, 2001–2014. *Health Economics, Policy and Law*, 1–24. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000250>
- Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science & Medicine* (1982), 70(3), 465–472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>
- Ammi, M. (2020). *Collateral damage: The unmet health-care needs of non-COVID-19 patients*. The Conversation. <http://theconversation.com/collateral-damage-the-unmet-health-care-needs-of-non-covid-19-patients-145934>
- Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., & Wong, S. (2017). The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: Results from the Canadian QUALICO-PC study. *Health Policy*, 121(12), 1215–1224. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.019>

- Ammi, M., Desson, Z. W., & Doumbia, M. Z. (2024). Non-pharmaceutical interventions and vaccination during COVID-19 in Canada: Implications for COVID and non-COVID outcomes. *Health Policy and Technology*, 13, 100801. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2023.100801>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1–10.
- Anderson, K. E., McGinty, E. E., Presskreischer, R., & Barry, C. L. (2021). Reports of Forgone Medical Care Among US Adults During the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034882. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34882>
- Angerer, S., Waibel, C., & Stummer, H. (2019). Discrimination in Health Care: A Field Experiment on the Impact of Patients' Socioeconomic Status on Access to Care. *American Journal of Health Economics*, 5(4), 407–427. https://doi.org/10.1162/ajhe_a_00124
- Banerjee, R., Lamb, D., & Lam, L. (2024). Use it or lose it: The problem of labour underutilization among immigrant workers in Canada. *Industrial Relations Journal*, 55(5), 378–397. <https://doi.org/10.1111/irj.12441>
- Banque du Canada. (n.d.). *Indice de rigueur des mesures sanitaires liées à la COVID-19*. Retrieved 14 August 2025, from <https://www.banqueducanada.ca/marches/operations-marches-octroi-liquidites/covid-19-mesures-soutenir-economie-systeme-financier/indice-de-rigueur-des-mesures-sanitaires-liees-a-la-covid-19/>
- Banting, K., & Thompson, D. (2021). The Puzzling Persistence of Racial Inequality in Canada. *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de Science Politique*, 54(4), 870–891. <https://doi.org/10.1017/S0008423921000585>
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>

- Bauer, G., & Scheim, A. (2015). *Transgender People in Ontario, Canada: Statistics to Inform Human Rights Policy*.
<https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2015/06/Trans-PULSE-Statistics-Relevant-for-Human-Rights-Policy-June-2015.pdf>
- Bergeot, J., & Jusot, F. (2024). How did unmet care needs during the pandemic affect health outcomes of older European individuals? *Economics & Human Biology*, 52, 101317.
<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2023.101317>
- Bertrand, M., Duflo, E., & Mullainathan, S. (2004). How Much Should We Trust Differences-In-Differences Estimates? *QUARTERLY JOURNAL OF ECONOMICS*, 119(1), 249–275.
- Boudarbat, B., & Adom, I. M. (2024). *Immigrant de deuxième génération et citoyen de second ordre ?* CIRANO. <https://doi.org/10.54932/AUAS7871>
- Buttet, P., & Fournier, C. (2003). Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens? A. Gautier (Ed.), *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003* (pp. 65–82). INPES.
- Callaway, B., & Sant’Anna, P. H. C. (2021). Difference-in-Differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics, Themed Issue: Treatment Effect 1*, 225(2), 200–230.
<https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.12.001>
- Canada Council for the Arts. (n.d.). *Glossary: Equity-seeking groups*. Canada Council for the Arts.
<https://canadacouncil.ca/glossary/equity-seeking-groups>
- Canadian Institute for Health Information. (2024, October 17). *Improving patient safety and quality of care: Applying an equity lens to hospital harm*. <https://www.cihi.ca/en/improving-patient-safety-and-quality-of-care-applying-an-equity-lens-to-hospital-harm>
- Cantor, J., Sood, N., Bravata, D. M., Pera, M., & Whaley, C. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic and policy response on health care utilization: Evidence from county-level

- medical claims and cellphone data. *Journal of Health Economics*, 82, 102581.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102581>
- Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5–30. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189>
- Cheng, W., & Weinberg, B. (2025). Marginalized and Overlooked? Minoritized Groups and the Adoption of New Scientific Ideas. *Journal of Labor Economics*, 43(1), 83–119.
<https://doi.org/10.1086/725551>
- Chernozhukov, V., Kasahara, H., & Schrimpf, P. (2021). Causal impact of masks, policies, behavior on early covid-19 pandemic in the U.S. *Journal of Econometrics, Pandemic Econometrics*, 220(1), 23–62. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.09.003>
- Cheung, C., Lyons, J., Madsen, B., Miller, S., & Sheikh, S. (2021, February 26). *The Bank of Canada COVID-19 stringency index: Measuring policy response across provinces* (Nos 2021–1). Bank of Canada. <https://www.bankofcanada.ca/2021/02/staff-analytical-note-2021-1/>
- CIHI. (2020, November). *Overview: COVID-19's impact on health care systems*.
<https://www.cihi.ca/en/covid-19-resources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/overview-covid-19s-impact-on>
- Colin Cameron, A., & Miller, D. L. (2015). A Practitioner's Guide to Cluster-Robust Inference. *Journal of Human Resources*, 50(2), 317–372. <https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.317>
- Colombet, I., & Ménard, J. (2007). Consultation de prévention en médecine générale: Quel cahier des charges ? *Médecine*, 3(2), 79–82.
- Cook, B., Forrester, S., Creedon, T., Wasserman, J., Sufian, M., & Allison, J. (2021). Racial/Ethnic Health and Healthcare Disparities Measurement. In *The Science of Health Disparities Research* (pp. 187–202). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781119374855.ch12>

Corkum, E., Perrault, T., & Strumpf, E. C. (2023). *Améliorer les parcours de diagnostic du cancer du sein au Québec* (Nos 2023-RP23; Rapport de Projet CIRANO).

<https://cirano.qc.ca/files/publications/2023RP-23.pdf>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *U. Chi. Legal F.*, 1989, 139.

Cronin, C. J., & Evans, W. N. (2021). Excess mortality from COVID and non-COVID causes in minority populations. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(39), e2101386118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2101386118>

Datta, G., Siddiqi, A., & Lofters, A. (2021). Transforming race-based health research in Canada. *CMAJ*, 193(3), E99–E100. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201742>

Davillas, A., & Jones, A. M. (2021). Unmet health care need and income-Related horizontal equity in use of health care during the COVID-19 pandemic. *Health Economics*, 30(7), 1711–1716. <https://doi.org/10.1002/hec.4282>

Davis, K., Stremikis, K., Schoen, C., & Squires, D. (2014). Mirror, mirror on the wall, 2014 update: How the US health care system compares internationally. *The Commonwealth Fund*, 16, 1–31.

Dema, E., Sonnenberg, P., Gibbs, J., Conolly, A., Willis, M., Riddell, J., Pérez, R. B., Copas, A. J., Tanton, C., Bonell, C., Oeser, C., Clifton, S., Unemo, M., Mercer, C. H., Mitchell, K. R., & Field, N. (2023). How did the COVID-19 pandemic affect access to condoms, chlamydia and HIV testing, and cervical cancer screening at a population level in Britain? (Natsal-COVID). *Sexually Transmitted Infections*, 99(4), 261–267. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2022-055516>

- Desson, Z., Weller, E., McMeekin, P., & Ammi, M. (2020). An analysis of the policy responses to the COVID-19 pandemic in France, Belgium, and Canada. *Health Policy and Technology, The COVID-19 Pandemic: Global Health Policy and Technology Responses in the Making*, 9(4), 430–446. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.09.002>
- Dumontet, M., Buchmueller, T., Dourgnon, P., Jusot, F., & Wittwer, J. (2017). Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Médecin traitant reform. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121(6), 675–682. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.006>
- Dunlop, S., Coyte, P. C., & McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: Results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51(1), 123–133.
- Durand-Moreau, Q., Lafontaine, J., & Ward, J. (2022). Work and health challenges of Indigenous people in Canada. *The Lancet Global Health*, 10(8), e1189–e1197. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00203-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00203-0)
- Emploi et Développement Social Canada. (2018). *Loi sur l'équité en matière d'emploi : Rapport annuel 2018* (p. 77). <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/services/labour-standards/reports/employment-equity/2018-employment-equity-report-FR.pdf>
- Éthier, A., & Carrier, A. (2022). L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès: Une étude de portée. *Minorités linguistiques et société*, (18), 197. <https://doi.org/10.7202/1089185ar>
- Falconer, J., & Quesnel-Vallée, A. (2015). Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*, 55(3), 511–529. <https://doi.org/10.7202/1028377ar>

- Fetzer, T., Rauh, C., & Schreiner, C. (2024). The hidden toll of the pandemic: Excess mortality in non-COVID-19 hospital patients. *Journal of Health Economics*, 102882.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102882>
- Fortin, N. M. (2019). Increasing earnings inequality and the gender pay gap in Canada: Prospects for convergence. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d'économique*, 52(2), 407–440. <https://doi.org/10.1111/caje.12386>
- Fortin, N. M., Bell, B., & Böhm, M. (2017). Top earnings inequality and the gender pay gap: Canada, Sweden, and the United Kingdom. *Labour Economics, EALE Conference Issue 2016*, 47, 107–123. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.010>
- Frank, K. (2022). Difficulties accessing health care in Canada during the COVID-19 pandemic: Comparing individuals with and without chronic conditions. *Health Reports*, 33(82).
- Franzoni, F., Lucifora, C., Russo, A. G., & Vigani, D. (2025). In the eye of the storm. Long-term impact of the Covid-19 pandemic on healthcare utilization in Lombardy. *Economics & Human Biology*, 58, 101497. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2025.101497>
- Fu, L., Lindenmeyer, A., Phillimore, J., & Lessard-Phillips, L. (2022). Vulnerable migrants' access to healthcare in the early stages of the COVID-19 pandemic in the UK. *Public Health*, 203, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.12.008>
- Fu, R., Sutradhar, R., Li, Q., Hanna, T. P., Chan, K. K. W., Irish, J. C., Coburn, N., Hallet, J., Dare, A., Singh, S., Parmar, A., Earle, C. C., Lapointe-Shaw, L., Krzyzanowska, M. K., Finelli, A., Louie, A. V., Hong, N. J. L., Witterick, I. J., Mahar, A., ... Eskander, A. (2023). Association between the COVID-19 pandemic and first cancer treatment modality: A population-based cohort study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 11(3), E426–E433.
<https://doi.org/10.9778/cmajo.20220102>

- Fu, R., Sutradhar, R., Li, Q., Kamalraj, P., Dare, A., Hanna, T. P., Chan, K. K. W., Irish, J. C., Coburn, N., Hallet, J., Singh, S., Parmar, A., Earle, C. C., Lapointe-Shaw, L., Krzyzanowska, M. K., Louie, A. V., Mahar, A., Urbach, D. R., McIsaac, D. I., ... Eskander, A. (2023). Early survival for patients newly diagnosed with cancer during COVID-19 in Ontario, Canada: A population-based cohort study. *Cancer Medicine*, 12(10), 11849–11859.
<https://doi.org/10.1002/cam4.5861>
- Fu, R., Tinmouth, J., Li, Q., Dare, A., Hallet, J., Coburn, N., Lapointe-Shaw, L., Look Hong, N. J., Karam, I., Rabeneck, L., Krzyzanowska, M., Sutradhar, R., & Eskander, A. (2024). COVID-19 pandemic impact on the potential exacerbation of screening mammography disparities: A population-based study in Ontario, Canada. *Preventive Medicine Reports*, 37, 102578.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102578>
- Fumarco, L., Harrell, B. J., Button, P., Schwegman, D. J., & Dils, E. (2024). Gender Identity-, Race-, and Ethnicity-Based Discrimination in Access to Mental Health Care: Evidence from an Audit Correspondence Field Experiment. *American Journal of Health Economics*, 10(2), 182–214. <https://doi.org/10.1086/728931>
- Gibson, G., Grignon, M., Hurley, J., & Wang, L. (2019). Here comes the SUN: Self-assessed unmet need, worsening health outcomes, and health care inequity. *Health Economics*, 28(6), 727–735. <https://doi.org/10.1002/hec.3877>
- González-Touya, M., Stoyanova, A., & Urbanos-Garrido, R. M. (2021). COVID-19 and Unmet Healthcare Needs of Older People: Did Inequity Arise in Europe? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9177.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18179177>

- Goodman-Bacon, A. (2021). Difference-in-differences with variation in treatment timing. *Journal of Econometrics, Themed Issue: Treatment Effect 1*, 225(2), 254–277.
<https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2021.03.014>
- Google LLC. (n.d.). *Google COVID-19 Community Mobility Reports*. Retrieved 24 May 2023, from <https://www.google.com/covid19/mobility/>
- Gouvernement du Canada. (2024, May 16). *Faits, statistiques et impact: Communautés 2ELGBTQI+*.
<https://www.canada.ca/fr/femmes-egalite-genres/sois-toi-meme/action-federale-communautes-2elgbtqi/faits-statistiques.html>
- Government of Canada. (2022, March 10). *COVID-19 in Canada: A Two-year Update on Social and Economic Impacts*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2022001-eng.htm>
- Government of Canada, D. of J. (2021, December 2). *Serious Legal Problems faced by Lesbian, Gay, Bisexual, and Other Sexual-Minority People in Western Canada: A Qualitative Study*.
<https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/jr/lgbtq/background-contexte.html>
- Government of Canada, S. C. (2023, March 22). Canada’s population estimates: Record-high population growth in 2022. *The Daily*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230322/dq230322f-eng.htm>
- Gualano, M. R., Corradi, A., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2021). Beyond COVID-19: A cross-sectional study in Italy exploring the covid collateral impacts on healthcare services. *Health Policy*, 125(7), 869–876. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.005>
- Haeuser, E., Byrne, S., Nguyen, J., Raggi, C., McLaughlin, S. A., Bisignano, C., Harris, A. A., Smith, A. E., Lindstedt, P. A., Smith, G., Herold, S. J., Nesbit, O. D., Noyes, T., Shalev, N., Olana, L. T., Aalipour, M. A., Aalruz, H., Abbasifard, M., Abbaspour, F., ... Mosser, J. F. (2025). Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023

- with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10500), 235–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01037-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01037-2)
- Hajizadeh, M., Hu, M., Bombay, A., & Asada, Y. (2018). Socioeconomic inequalities in health among Indigenous peoples living off-reserve in Canada: Trends and determinants. *Health Policy*, 122(8), 854–865. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.011>
- Hajizadeh, M., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2016). Socioeconomic gradient in health in Canada: Is the gap widening or narrowing? *Health Policy*, 120(9), 1040–1050.
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, 5(4), 529–538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: A scoping review. *BMC Public Health*, 22, 988. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>
- Heer, E., Ruan, Y., Boyne, D. J., Jarada, T. N., Heng, D., Henning, J.-W., Morris, D. M., O’Sullivan, D. E., Cheung, W. Y., & Brenner, D. R. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnoses, stage and survival in Alberta. *CMAJ*, 195(23), E804–E812. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221512>
- Hetherington, E., Darling, E., Harper, S., Nguyen, F., Schummers, L., & Norman, W. V. (2024). Inequalities in access to prenatal care during the COVID-19 pandemic: Analysis of a population-based cohort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 38(4), 291–301. <https://doi.org/10.1111/ppe.13050>
- Hirello, L., Pulok, M. H., & Hajizadeh, M. (2022). Equity in healthcare utilization in Canada’s publicly funded health system: 2000–2014. *The European Journal of Health Economics: HEPAC*:

Health Economics in Prevention and Care, 23(9), 1519–1533.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01441-1>

Hou, F., & Bonikowska, A. (2016). Educational and Labour Market Outcomes of Childhood

Immigrants by Admission Class. *Analytical Studies Branch Research Paper Series*, (11).

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11f0019m/11f0019m2016377-eng.pdf?st=NfoOrUOo>

Huang, F., & Liu, H. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic and related policy responses on non-COVID-19 healthcare utilization in China. *Health Economics*, 32(3), 620–638.

<https://doi.org/10.1002/hec.4636>

Huntington-Klein, N. (2022). Event Studies. In *The Effect* (pp. 407–434). CRC Press.

<https://theeffectbook.net/ch-EventStudies.html>

ICIS. (2025). *Métadonnées de la Base de données sur la main-d'œuvre de la santé* | ICIS.

<https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-la-main-doeuvre-de-la-sante>

Institut de la Statistique du Québec. (2022). *Proportion de la population inscrite auprès d'un*

médecin de famille. https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Surmortalité et mortalité dues à la COVID-19 au Québec pour la période 2020-2023* (p. 61).

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-04/3479-surmortalite-mortalite-COVID-19-QC.pdf>

Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services.

(1993). *Access to Health Care in America* (M. Millman, Ed.). National Academies Press (US).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>

- Ji, C., Piché-Renaud, P.-P., Apajee, J., Stephenson, E., Forte, M., Friedman, J. N., Science, M., Zlotkin, S., Morris, S. K., & Tu, K. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on routine immunization coverage in children under 2 years old in Ontario, Canada: A retrospective cohort study. *Vaccine*, 40(12), 1790–1798. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.02.008>
- Karaivanov, A., Lu, S. E., Shigeoka, H., Chen, C., & Pamplona, S. (2021). Face masks, public policies and slowing the spread of COVID-19: Evidence from Canada. *Journal of Health Economics*, 78, 102475. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102475>
- Kaufman, J. S. (2025). *The Race Variable: How Statistical Practices Reinforce Inequality* (p. 256 Pages). Columbia University Press.
- Khattar, J., Anderson, L. N., Rubeis, V. D., Groh, M. de, Jiang, Y., Jones, A., Basta, N. E., Kirkland, S., Wolfson, C., Griffith, L. E., & Raina, P. (2023). Unmet health care needs during the COVID-19 pandemic among adults: A prospective cohort study in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 11(1), E140–E151. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210320>
- Kiely, M., Mansour, T., Brousseau, N., Rafferty, E., Paudel, Y. R., Sadarangani, M., Svenson, L. W., Robinson, J. L., Gagneur, A., Driedger, S. M., & MacDonald, S. E. (2022). COVID-19 pandemic impact on childhood vaccination coverage in Quebec, Canada. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), 2007707. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2007707>
- Lassale, C., Gaye, B., Hamer, M., Gale, C. R., & Batty, G. D. (2020). Ethnic disparities in hospitalisation for COVID-19 in England: The role of socioeconomic factors, mental health, and inflammatory and pro-inflammatory factors in a community-based cohort study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.074>
- Lavergne, M. R., Bodner, A., Allin, S., Christian, E., Hajizadeh, M., Hedden, L., Katz, A., Kephart, G., Leslie, M., Rudoler, D., & Spencer, S. (2023). Disparities in access to primary care are

growing wider in Canada. *Healthcare Management Forum*, 36(5), 272–279.

<https://doi.org/10.1177/08404704231183599>

Léger Marketing. (2021). *IMPACT OF COVID-19 CRISIS ON CANCER PATIENTS AND THEIR ABILITY TO RECEIVE TREATMENT – WAVE 3* (Nos 82867–004; Quantitative Market Research).

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care:

Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Li, T., Nickel, B., Ngo, P., McFadden, K., Brennan, M., Marinovich, M. L., & Houssami, N. (2023). A

systematic review of the impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer screening and diagnosis. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 67, 78–88.

<https://doi.org/10.1016/j.breast.2023.01.001>

Liu, L., Batomen, B., Pollock, N. J., Contreras, G., Jackson, B., Pan, S., & Thompson, W. (2023).

Suicidality and protective factors among sexual and gender minority youth and adults in Canada: A cross-sectional, population-based study. *BMC Public Health*, 23(1), 1469.

<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16285-4>

Luck, A. N., Preston, S. H., Elo, I. T., & Stokes, A. C. (2022). The unequal burden of the Covid-19 pandemic: Capturing racial/ethnic disparities in US cause-specific mortality. *SSM -*

Population Health, 17, 101012. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101012>

MacDonald, S. E., Paudel, Y. R., Kiely, M., Rafferty, E., Sadarangani, M., Robinson, J. L., Driedger, S.

M., & Svenson, L. W. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on vaccine coverage for early childhood vaccines in Alberta, Canada: A population-based retrospective cohort study. *BMJ Open*, 12(1), e055968. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055968>

Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B., & Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis

- in England, UK: A national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, 21(8), 1023–1034. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0)
- Mazidimoradi, A., Tiznobaik, A., & Salehiniya, H. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 53(3), 730–744. <https://doi.org/10.1007/s12029-021-00679-x>
- Mousquès, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., & Yilmaz, E. (2010). Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy*, 98(2), 131–143.
- Olah, M. E., Gaisano, G., & Hwang, S. W. (2013). The effect of socioeconomic status on access to primary care: An audit study. *CMAJ*, 185(6), E263–E269. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121383>
- Olden, A., & Møen, J. (2022). The triple difference estimator. *The Econometrics Journal*, 25(3), 531–553. <https://doi.org/10.1093/ectj/utac010>
- Pépin-Filion, D., Cornelissen, L., & Lemyre, E. (2024). *Situation des populations de langue anglaise au Québec et de langue française au Canada hors Québec : Résultats de l'Enquête sur la population de langue officielle en situation minoritaire de 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2024008-fra.htm>
- Polsky, J. Y. (2024). Trends in household food insecurity from the Canadian Community Health Survey, 2017 to 2022. *Health Reports*, 35(10), 18–26. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202401000002-eng>
- Premji, S., Begum, M., Medley, A., MacEachen, E., Côté, D., & Saunders, R. (2021). Le retour au travail dans un contexte de barrières linguistiques : Une étude comparative des politiques et des pratiques d'indemnisation des victimes de lésion professionnelle au Québec et en

- Ontario. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 23(1).
<https://www.erudit.org/fr/revues/pistes/2021-v23-n1-pistes08825/1106832ar/>
- Public Health Agency of Canada. (2021). *A Vision to Transform Canada's Public Health System. Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2021* (p. 129).
 Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021.html>
- Ritchie, H. (2020). Google Mobility Trends: How has the pandemic changed the movement of people around the world? *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/covid-mobility-trends>
- Roodman, D., Nielsen, M. Ø., MacKinnon, J. G., & Webb, M. D. (2019). Fast and wild: Bootstrap inference in Stata using boottest. *The Stata Journal*, 19(1), 4–60.
<https://doi.org/10.1177/1536867X19830877>
- Rosenberg, M., Kowal, P., Rahman, M. M., Okamoto, S., Barber, S. L., & Tangcharoensathien, V. (2023). Better data on unmet healthcare need can strengthen global monitoring of universal health coverage. *BMJ*, 382, e075476. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075476>
- Roth, J., Sant'Anna, P. H. C., Bilinski, A., & Poe, J. (2023). *What's Trending in Difference-in-Differences? A Synthesis of the Recent Econometrics Literature* (arXiv:2201.01194). arXiv.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2201.01194>
- Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S., & Berthelot, J.-M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health Reports*, 13(3), 15.
- Sanmartin, C., & Ross, N. (2006). Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*, 1(2), 103.

- Sen, A. (2021). Using Google Data to Estimate the Effects of Regional Mobility on Daily COVID-19 Cases: Evidence from Ontario Public Health Units. *Canadian Journal of Regional Science*, 44(3), 167. <https://doi.org/10.7202/1086217ar>
- Sibley, L. M., & Glazier, R. (2009). Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison. *Healthcare Policy | Politiques de Santé*, 5(1), 87–101. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.20934>
- Silhol, J., Ventelou, B., & Zaytseva, A. (2020). How French general practitioners respond to declining medical density: A study on prescription practices, with an insight into opioids use. *The European Journal of Health Economics*, 21(9), 1391–1398. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01222-8>
- Sonubi, T., Sheik-Mohamud, D., Ratna, N., Bell, J., Talebi, A., Mercer, C. H., Sinka, K., Migchelsen, S. J., Folkard, K., & Mohammed, H. (2023). STI testing, diagnoses and online chlamydia self-sampling among young people during the first year of the COVID-19 pandemic in England. *International Journal of STD & AIDS*, 34(12), 841–853. <https://doi.org/10.1177/09564624231180641>
- Statistics Canada. (2020, October 20). *Impacts of COVID-19 on immigrants and people designated as visible minorities*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s6-eng.htm>
- Statistics Canada. (2021a). *COVID-19 in Canada: A One-year Update on Social and Economic Impacts* (p. 52).
- Statistique Canada. (2021b). Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie, mars 2020 à mai 2021. *Le Quotidien*, (11).
- Statistics Canada. (2022). Canadian Income Survey: Income-related information by disability status, 2013 – 2020. *The Daily*.

- Statistique Canada. (2023a). *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2022 : Guide des concepts et méthodes*. (89-654-X2023004). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-654-x/89-654-x2023004-fra.pdf?st=WcrJVSdK>
- Statistique Canada. (2023b, December 18). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—Composante annuelle (ESCC)*.
https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226
- Statistique Canada. (2023c, December 19). *Enquête canadienne sur le revenu (ECR)*.
https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5200
- Statistique Canada. (2023). Les Canadiens racisés sont moins susceptibles de trouver d'aussi bons emplois que leurs homologues non racisés et non autochtones en début de carrière. *The Daily*, (11). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/230118/dq230118b-fra.pdf?st=n7xH39VL>
- Stewart, J., & Schwartz, S. (2018). Equal Education, Unequal Jobs: College and University Students with Disabilities. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 73(2), 369–394.
<https://doi.org/10.7202/1048575ar>
- Strumpf, E. C., Goldsmith, L. J., Lavergne, R., King, C. E., McCracken, R. K., McGrail, K. M., & Simon, L. (2022). *Mesurer l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients*. CIRANO.
<https://doi.org/10.54932/TQSB2107>
- The Commonwealth Fund. (2021, August 4). *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly*.
<https://doi.org/10.26099/01dv-h208>
- Toigo, S., Betancourt, M., Prince, S., Colley, R., & Roberts, K. (2024). Sociodemographic differences in recreational screen time before and during the COVID-19 pandemic in Canada. *Health Reports*, 35(5), 3–15. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400500001-eng>

- Uppal, S. (2017). Young men and women without a high school diploma. *Insights on Canadian Society*, (75-006-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2017001/article/14824-eng.pdf?st=nrPIZPWU>
- Vandermorris, A., Toulany, A., McKinnon, B., Tam, M. W., Li, Z., Guan, J., Stukel, T., Fu, L., Wang, X., Begun, S., Harrison, M. E., Wigle, J., & Brown, H. K. (2024). Sexual and Reproductive Health Outcomes Among Adolescent Females During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, 153(3), e2023063889. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063889>
- Vinciguerra, A., Nanty, I., Guillaumin, C., Rusch, E., Cornu, L., & Courtois, R. (2021). Les déterminants du décrochage dans l'enseignement secondaire : Une revue de littérature. *Psychologie Française*, 66(1), 15–40. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.09.003>
- Walker, M. J., Meggetto, O., Gao, J., Espino-Hernández, G., Jembere, N., Bravo, C. A., Rey, M., Aslam, U., Sheppard, A. J., Lofters, A. K., Tammemägi, M. C., Tinmouth, J., Kupets, R., Chiarelli, A. M., & Rabeneck, L. (2021). Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: A provincial, population-based study. *Preventive Medicine, From Disruption to Recovery: The Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Screening*, 151, 106586. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106586>
- Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine* (1982), 51(4), 599–612. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00003-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00003-4)
- Weeks, C. (2022, November 14). Children's hospitals are overwhelmed across Canada. Experts weigh in on what's to blame – and what's not. *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-kids-hospitals-rsv-infections/>

- Wing, C., Simon, K., & Bello-Gomez, R. A. (2018). Designing Difference in Difference Studies: Best Practices for Public Health Policy Research. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 453–469. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013507>
- Wingrove-Haugland, E., & McLeod, J. (2021). Not “Minority” but “Minoritized”. *Teaching Ethics*, 21(1), 1. <https://doi.org/10.5840/tej20221799>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- Yong, J. H., & Garner, R. (2021). Colorectal cancer screening during the COVID-19 pandemic: Impact of paused screening and evaluation of strategies to reduce delays. *Statistics Canada COVID 19 Paper, StatCan COVID 19*, 45–2800001, 8.
- Yong, J. H., Mainprize, J. G., Yaffe, M. J., Ruan, Y., Poirier, A. E., Coldman, A., Nadeau, C., Iraragorri, N., Hilsden, R. J., & Brenner, D. R. (2021). The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *Journal of Medical Screening*, 28(2), 100–107. <https://doi.org/10.1177/0969141320974711>
- Zhang, J. (2021). Hospital Avoidance and Unintended Deaths during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Health Economics*, 7(4), 405–426. <https://doi.org/10.1086/715158>

Annexes du rapport :

Effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'accessibilité des soins et l'utilisation des services préventifs parmi les populations visées par l'équité au Canada et au Québec

Mehdi Ammi, Erin Strumpf

Table des annexes

Tableau A1 : Comparaison des variables entre l'ESCC et l'ECR	ii
Tableau A2 : Statistiques descriptives de l'ESCC, avant et durant la COVID-19, Québec et reste du Canada : variables de contrôle	iii
Tableau A3 : Analyse secondaire, effets de la pandémie sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et au vaccin antigrippal par sous-groupes minorisés du Québec	vi
Tableau A4 : Analyse secondaire, effet par année pandémique sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Québec, comparativement au reste du Canada	x
Tableau A5 : Analyses secondaires, effets de la pandémie sur les besoins de soins non comblés par sous-groupes minorisés du Québec	xiv
Figure A1 : Tendances dans l'accès rapide (le jour même ou le lendemain) à un professionnel de soins régulier, au Québec uniquement	xvi
Figure A2 : Tendances dans l'accès à un professionnel de soins régulier, au Québec uniquement	xvii
Figure A3 : Tendances dans la vaccination antigrippale, au Québec uniquement	xviii
Figure A4 : Étude d'événement, accès tardif	xix
Figure A5 : Étude d'événement, barrières systémiques à l'accès	xx
Figure A6 : Étude d'événement, barrières personnelles à l'accès	xxi
Figure A7 : Étude d'événement, Autochtones au Québec	xxii
Figure A8 : Étude d'événement, femmes au Québec.....	xxiii

1. Tableau A1 : Comparaison des variables entre l'ESCC et l'ECR

ESCC enrichie d'autres données	ECR enrichie d'autres données
Variables individuelles : Groupes minorisés	
<i>Variables individuelles communes</i>	
Femme (comparativement à homme)	Femme (comparativement à homme)
Identité autochtone (comparativement à non-Autochtone)	Identité autochtone (comparativement à non-Autochtone)
Immigrant (comparativement à natif)	Immigrant (comparativement à natif)
Niveau de scolarité secondaire non complété (comparativement à secondaire ou plus)	Niveau de scolarité secondaire non complété (comparativement à secondaire ou plus)
<i>Variables individuelles différentes</i>	
Minorité sexuelle (comparativement à hétérosexuel)	
Minorité visible (comparativement à population blanche)	
Minorité linguistique officielle (comparativement à langue officielle majoritaire de la province)	
Allophone (comparativement à non-allophone)	
	Handicap (comparativement à sans handicap)
Variables agrégées	
<i>Variables agrégées communes</i>	
Densité de médecins	Densité de médecins
Densité d'infirmières praticiennes	Densité d'infirmières praticiennes
Densité d'infirmières autorisées	Densité d'infirmières autorisées
<i>Variables agrégées différentes</i>	
Indice global de restrictions sanitaires	
Indice moyen de mobilité	

Note : Les variables dépendantes étant totalement différentes entre les deux enquêtes, elles ne sont pas présentées ici.

2. Tableau A2 : Statistiques descriptives de l'ESCC, avant et durant la COVID-19, Québec et reste du Canada : variables de contrôle

	Québec				Reste du Canada			
	Avant la COVID-19	Durant la COVID-19	Total	Test	Avant la COVID-19	Durant la COVID-19	Total	Test
<i>Autres variables</i>								
Âge	48,8 (17,9)	50,1 (18,4)	49,5 (18,2)	<0,001	47,7 (18,0)	48,5 (18,3)	48,1 (18,2)	<0,001
Marié ou conjoint de fait	61,50 %	60,6 %	61,1 %	0,157	62,8 %	63,3 %	63,00 %	0,229
Revenu familial				<0,001				<0,001
moins que 5k	0,7 %	0,7 %	0,7 %		0,9 %	0,8 %	0,9 %	
5k+ moins que 10k	1,4 %	0,4 %	0,9 %		0,8 %	0,5 %	0,6 %	
10k+ moins que 15k	2,4 %	1,1 %	1,7 %		1,7 %	0,9 %	1,3 %	
15k+ moins que 20k	3,8 %	1,8 %	2,8 %		2,6 %	1,2 %	1,9 %	
20k+ moins que 30k	7,8 %	5,5 %	6,7 %		6,0 %	4,2 %	5,1 %	
30k+ moins que 40k	9,0 %	6,6 %	7,8 %		6,8 %	5,0 %	5,9 %	
40k+ moins que 50k	8,1 %	6,8 %	7,5 %		7,0 %	5,6 %	6,3 %	
50k+ moins que 60k	8,0 %	7,5 %	7,8 %		7,0 %	5,8 %	6,4 %	
60k+ moins que 70k	7,2 %	6,4 %	6,8 %		6,6 %	5,7 %	6,1 %	
70k+ moins que 80k	6,9 %	5,8 %	6,3 %		6,5 %	5,7 %	6,1 %	
80k+ moins que 90k	6,2 %	6,0 %	6,1 %		6,3 %	5,8 %	6,0 %	
90k+ moins que 100k	5,2 %	5,8 %	5,5 %		5,2 %	5,3 %	5,3 %	
100k+	33,3 %	45,4 %	39,4 %		42,6 %	53,4 %	48,1 %	
Santé autodéclarée				<0,001				<0,001
excellente	25,7 %	23,2 %	24,5 %		22,8 %	19,7 %	21,2 %	
très bonne	35,4 %	37,2 %	36,3 %		37,0 %	36,6 %	36,8 %	
bonne	29,1 %	29,7 %	29,4 %		28,0 %	29,9 %	29,0 %	
passable	7,7 %	7,7 %	7,7 %		8,7 %	10,2 %	9,5 %	
mauvaise	2,0 %	2,2 %	2,1 %		3,4 %	3,5 %	3,5 %	
Santé mentale autodéclarée				<0,001				<0,001
excellente	36,2 %	29,2 %	32,7 %		31,6 %	21,9 %	26,6 %	

très bonne	36,6 %	37,1 %	36,8 %		36,8 %	33,9 %	35,3 %	
bonne	22,1 %	25,8 %	23,9 %		23,7 %	30,4 %	27,1 %	
passable	4,5 %	6,7 %	5,6 %		6,2 %	11,0 %	8,6 %	
mauvaise	0,7 %	1,3 %	1,0 %		1,7 %	2,8 %	2,3 %	
Indice de masse corporelle				<0,001				<0,001
sous-poids	1,4 %	1,5 %	1,5 %		1,5 %	1,7 %	1,6 %	
normal	36,8 %	34,7 %	35,8 %		35,4 %	33,4 %	34,4 %	
surpoids	36,5 %	36,0 %	36,2 %		35,8 %	34,9 %	35,4 %	
obèse	25,2 %	27,8 %	26,5 %		27,3 %	29,9 %	28,6 %	
Statut tabagique				<0,001				<0,001
ne fume pas	81,2 %	85,5 %	83,3 %		83,2 %	87,7 %	85,5 %	
fume tous les jours	13,2 %	11,1 %	12,1 %		11,9 %	9,0 %	10,4 %	
fume occasionnellement	5,6 %	3,5 %	4,5 %		4,9 %	3,3 %	4,1 %	
Statut de consommation d'alcool				<0,001				<0,001
consomme régulièrement	70,8 %	67,1 %	68,9 %		61,1 %	57,6 %	59,3 %	
consomme occasionnellement	13,5 %	14,0 %	13,8 %		17,3 %	18,1 %	17,7 %	
pas de consommation dans les 12 derniers mois	15,7 %	18,9 %	17,3 %		21,7 %	24,2 %	23,0 %	
Arthrite	19,0 %	19,0 %	19,0 %	0,893	21,0 %	20,7 %	20,8 %	0,331
Asthme	8,2 %	8,7 %	8,2 %	0,409	8,0 %	8,6 %	8,1 %	0,072
Hypertension artérielle	17,8 %	18,6 %	18,2 %	0,081	18,9 %	19,7 %	19,3 %	0,002
Maladie cardiaque	5,1 %	5,5 %	5,3 %	0,081	4,8 %	5,3 %	5,0 %	<0,001
Diabète	7,6 %	8,2 %	7,9 %	0,038	7,8 %	8,0 %	7,9 %	0,281
Sentiment d'appartenance à la communauté				<0,001				0,064
très faible	8,6 %	7,1 %	8,0 %		7,3 %	7,5 %	7,4 %	
plutôt faible	32,2 %	28,2 %	30,7 %		22,5 %	22,7 %	22,6 %	
plutôt fort	46,5 %	51,0 %	48,2 %		51,2 %	51,7 %	51,4 %	
très fort	12,7 %	13,7 %	13,1 %		19,0 %	18,0 %	18,6 %	
Densité de médecins	121,6 (21,7)	130,5 (23,9)	126,1 (23,3)	<0,001	119,8 (30,2)	123,6 (29,9)	121,5 (30,2)	<0,001
Densité d'infirmières praticiennes	52,1 (42,3)	125,9 (110,4)	89,0 (91,4)	<0,001	144,6 (125,9)	171,5 (148,3)	156,5 (136,9)	<0,001

Densité d'infirmières autorisées	7 980,7 (7 124,0)	8 380,8 (7 550,8)	8 180,9 (7 343,4)	<0,001	6 112,5 (4 002,6)	6 169,7 (4 204,9)	6 137,7 (4 092,9)	0,109
Variation moyenne de la mobilité (Google)	-1,1 (6,1)	-11,4 (15,0)	-11,3 (14,9)	<0,001	3,9 (4,8)	-10,9 (14,6)	-10,8 (14,6)	<0,001
Sévérité des restrictions sanitaires (BdC)	0,0 (0,0)	47,8 (18,5)	47,2 (19,2)	<0,001	6,7 (2,8)	42,1 (19,7)	41,8 (19,9)	<0,001
Année				<0,001				<0,001
2015	19,5 %	0,0 %	9,7 %		19,3 %	0,0 %	9,5 %	
2016	19,6 %	0,0 %	9,8 %		19,6 %	0,0 %	9,6 %	
2017	19,8 %	0,0 %	9,9 %		19,8 %	0,0 %	9,7 %	
2018	19,9 %	0,0 %	10,0 %		20,1 %	0,0 %	9,8 %	
2019	20,1 %	0,0 %	10,0 %		20,5 %	0,0 %	10,0 %	
2020	1,0 %	19,0 %	10,0 %		0,7 %	19,1 %	10,1 %	
2021	0,0 %	35,8 %	17,9 %		0,0 %	36,7 %	18,7 %	
2022	0,0 %	45,2 %	22,6 %		0,0 %	44,2 %	22,5 %	
Taille d'échantillon (pondérée)	2 114 603 (49,9 %)	2 119 288 (50,1 %)	4 233 891 (100,0 %)		6 962 748 (49,0 %)	7 257 253 (51,0 %)	14 220 001 (100,0 %)	

Note : Les pourcentages ou les moyennes avec écart-types entre parenthèses sont présentés. Les densités sont pour 100 000 habitants. Les valeurs p en dernière colonne sont pour un test de Student (variable continue ou binaire) ou un test du khi-deux (χ^2) (variable catégorielle) entre les périodes avant et durant la pandémie.

3. Tableau A3 : Analyse secondaire, effets de la pandémie sur l'accessibilité à un fournisseur de soins régulier et au vaccin antigrippal par sous-groupes minorisés du Québec

	Fournisseur régulier	Accès rapide	Accès tardif	Systémique	Personnel	Vaccin antigrippal
	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)	(12)
Immigrants						
Pandémie	0.0180	-0.0052	-0.0090	-0.0098	-0.0156	0.1088***
	(0.0261)	(0.0322)	(0.0228)	(0.0212)	(0.0218)	(0.0234)
QC	-0.0443***	-0.0045	0.1199***	0.0221***	0.0189***	-0.0769***
	(0.0065)	(0.0105)	(0.0040)	(0.0052)	(0.0044)	(0.0090)
Pandémie*QC	0.0483***	0.0217	-0.0324***	-0.0168**	-0.0298***	-0.0738***
	(0.0104)	(0.0147)	(0.0083)	(0.0084)	(0.0074)	(0.0118)
Immigrants récents	-0.1466***	0.0930***	-0.0183***	0.0282	0.0835***	-0.0090
	(0.0260)	(0.0311)	(0.0045)	(0.0180)	(0.0228)	(0.0236)
Immigrants établis	-0.0082	0.0131	-0.0075**	0.0029	0.0067	-0.0276***
	(0.0069)	(0.0118)	(0.0030)	(0.0052)	(0.0046)	(0.0102)
Immigrants récents*Pandémie	-0.1397***	-0.0398	-0.0008	0.0658*	0.0509	-0.0256
	(0.0444)	(0.0681)	(0.0384)	(0.0341)	(0.0384)	(0.0343)
Immigrants établis*Pandémie	-0.0625**	0.0101	0.0003	0.0330*	0.0284	0.0064
	(0.0252)	(0.0343)	(0.0193)	(0.0177)	(0.0229)	(0.0232)
Immigrants récents*Pandémie*QC	-0.1485	-0.2995***	-0.1101**	0.0439	0.0602	-0.0252
	(0.1381)	(0.1151)	(0.0470)	(0.1233)	(0.1324)	(0.1116)
Immigrants établis*Pandémie*QC	-0.0956	-0.1096	0.0244	0.0072	0.0906	-0.0199
	(0.0728)	(0.0770)	(0.0468)	(0.0541)	(0.0684)	(0.0571)
N	214,072	176,044	176,044	214,234	214,234	213,624
R-carré	0.0965	0.0261	0.0451	0.0279	0.0741	0.1484
Contrôles	X	X	X	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Minorités ethniques						
Pandémie	0.0215	-0.0086	-0.0082	-0.0108	-0.0171	0.1168***
	(0.0261)	(0.0319)	(0.0225)	(0.0212)	(0.0218)	(0.0236)
QC	-0.0412***	-0.0019	0.1191***	0.0212***	0.0172***	-0.0759***
	(0.0068)	(0.0108)	(0.0040)	(0.0054)	(0.0045)	(0.0094)
Pandémie*QC	0.0381***	0.0130	-0.0301***	-0.0131	-0.0216***	-0.0828***
	(0.0101)	(0.0141)	(0.0082)	(0.0084)	(0.0073)	(0.0116)
Sud-asiatiques	0.0402**	0.0634	0.0015	-0.0089	-0.0270**	0.0604

	(0.0171)	(0.0393)	(0.0110)	(0.0118)	(0.0122)	(0.0369)
Asiatiques occidentaux	0.0264	0.0493	-0.0006	-0.0145	-0.0163	0.0836**
	(0.0235)	(0.0399)	(0.0137)	(0.0159)	(0.0169)	(0.0336)
Noirs	-0.0121	0.0614***	-0.0002	0.0052	0.0046	-0.0712***
	(0.0159)	(0.0238)	(0.0137)	(0.0117)	(0.0115)	(0.0187)
Asie du Sud-Est	0.0204	0.1086**	-0.0131**	-0.0180	-0.0224	0.0602*
	(0.0284)	(0.0483)	(0.0053)	(0.0175)	(0.0197)	(0.0361)
Arabes	0.0561	0.0843	-0.0058	-0.0262	-0.0171	-0.0767
	(0.0416)	(0.0861)	(0.0227)	(0.0260)	(0.0349)	(0.0605)
Latinos/Latinas	0.0705	0.0684	-0.0331***	-0.0196	-0.0315	-0.0894***
	(0.0798)	(0.0923)	(0.0039)	(0.0625)	(0.0465)	(0.0335)
Autres	0.0324**	0.0555**	-0.0196***	-0.0078	-0.0234**	0.0088
	(0.0146)	(0.0239)	(0.0029)	(0.0110)	(0.0110)	(0.0242)
Sud-asiatiques*Pandémie	-0.2530*	0.1018	0.0674	-0.0235	0.2589	-0.1556**
	(0.1531)	(0.1775)	(0.1448)	(0.0625)	(0.1764)	(0.0660)
Asiatiques occidentaux*Pandémie	0.0003	-0.0488	-0.0155	-0.0577	0.0614	-0.0105
	(0.0923)	(0.1496)	(0.0638)	(0.0432)	(0.0843)	(0.0773)
Noirs*Pandémie	-0.1755***	-0.1614***	0.0766	0.0372	0.1106***	0.0743**
	(0.0422)	(0.0562)	(0.0529)	(0.0293)	(0.0419)	(0.0342)
Asie du Sud-Est*Pandémie	-0.1203	-0.0733	0.0919	0.0747	0.1399	-0.0557
	(0.1339)	(0.1419)	(0.1124)	(0.1096)	(0.1196)	(0.0624)
Arabes*Pandémie	-0.3692***	0.0506	-0.0984***	0.1944**	0.1733	0.1053
	(0.0905)	(0.1502)	(0.0303)	(0.0854)	(0.1076)	(0.0821)
Latinos/Latinas*Pandémie	0.0003	-0.2216*	0.4493**	-0.0536	-0.0289	0.1031**
	(0.1425)	(0.1264)	(0.2184)	(0.0798)	(0.1030)	(0.0497)
Autres*Pandémie	-0.0794	-0.1518***	0.0455	0.0533	0.0619	0.0002
	(0.0494)	(0.0574)	(0.0688)	(0.0401)	(0.0439)	(0.0437)
Sud-asiatiques*Pandémie*QC	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
Asiatiques occidentaux*Pandémie*QC	0.2903	0.0663	0.0031	-0.1054	0.1722	0.1132
	(0.2635)	(0.1518)	(0.0997)	(0.0931)	(0.2797)	(0.1400)
Noirs*Pandémie*QC	0.2386	-0.1430**	-0.1305**	-0.0878	0.1169	0.1472
	(0.2025)	(0.0623)	(0.0666)	(0.1012)	(0.0778)	(0.1463)
Asie du Sud-Est*Pandémie*QC	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-
Arabes*Pandémie*QC	-0.7677***	0.0149	0.0744	-0.8061***	-0.1174	0.7312**
	(0.1963)	(0.0355)	(0.2336)	(0.2418)	(0.2069)	(0.3159)
Latinos/Latinas*Pandémie*QC	0.1001	-0.5450**	0.0179	0.0100	-0.4456**	0.0580
	(0.2823)	(0.2186)	(0.0812)	(0.1161)	(0.2222)	(0.1539)

Autres*Pandémie*QC	0.4834	-0.1349*	-0.1797***	-0.3358**	0.3782*	0.2582
	(0.3183)	(0.0695)	(0.0590)	(0.1435)	(0.2211)	(0.2116)
N	206,761	170,438	170,438	206,919	206,919	206,344
R au carré	0.0972	0.0273	0.0466	0.0279	0.0765	0.1498
Contrôles	X	X	X	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X
Minorités sexuelles						
Pandémie	0.0186	-0.0068	-0.0087	-0.0078	-0.0166	0.1079***
	(0.0261)	(0.0322)	(0.0229)	(0.0212)	(0.0218)	(0.0235)
QC	-0.0448***	-0.0053	0.1206***	0.0219***	0.0198***	-0.0761***
	(0.0066)	(0.0105)	(0.0040)	(0.0052)	(0.0044)	(0.0090)
Pandémie*QC	0.0397***	0.0210	-0.0342***	-0.0153*	-0.0242***	-0.0761***
	(0.0105)	(0.0148)	(0.0083)	(0.0085)	(0.0076)	(0.0117)
Gays	0.0407**	-0.0355	-0.0015	-0.0250**	-0.0260*	0.0750***
	(0.0196)	(0.0325)	(0.0111)	(0.0110)	(0.0142)	(0.0264)
Lesbiennes	-0.0559***	-0.0147	0.0005	0.0334**	0.0107	0.0145
	(0.0201)	(0.0289)	(0.0092)	(0.0163)	(0.0122)	(0.0239)
Bisexuels	0.0066	-0.0739***	0.0026	0.0057	-0.0115	0.0441**
	(0.0129)	(0.0195)	(0.0072)	(0.0105)	(0.0086)	(0.0202)
Gays*Pandémie	0.0376	-0.0263	-0.0054	0.0179	-0.0315	0.0273
	(0.0316)	(0.0475)	(0.0288)	(0.0228)	(0.0227)	(0.0362)
Lesbiennes*Pandémie	-0.0028	0.0049	-0.0078	0.0225	-0.0154	-0.0317
	(0.0401)	(0.0511)	(0.0273)	(0.0359)	(0.0232)	(0.0369)
Bisexuels*Pandémie	-0.0418	0.0453	-0.0328	0.0380	0.0102	-0.0107
	(0.0330)	(0.0377)	(0.0234)	(0.0314)	(0.0211)	(0.0290)
Gays*Pandémie*QC	-0.0010	-0.1482	0.1520*	-0.0175	-0.0030	-0.0537
	(0.0792)	(0.1054)	(0.0810)	(0.0532)	(0.0551)	(0.0991)
Lesbiennes*Pandémie*QC	0.0284	0.3405**	0.0819	-0.0020	-0.0295	-0.0947
	(0.0874)	(0.1569)	(0.0986)	(0.0814)	(0.0335)	(0.1188)
Bisexuels*Pandémie*QC	0.2213***	-0.1655**	-0.0368	-0.0641	-0.1230**	0.1420
	(0.0682)	(0.0696)	(0.0422)	(0.0492)	(0.0597)	(0.0925)
N	214,078	176,071	176,071	214,239	214,239	213,629
R-carré	0.0948	0.0263	0.0454	0.0275	0.0739	0.1488
Contrôles	X	X	X	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X	X	X	X

Notes : Erreurs types robustes entre parenthèses, *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes, la densité d'infirmières diplômées, l'auto-évaluation de la santé physique, l'auto-évaluation de la santé mentale, l'IMC, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'arthrite, l'asthme, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les autres maladies chroniques et le sentiment d'appartenance.

Raisons systémiques : (i) prestataire indisponible dans la région, (ii) prestataire de soins n'accepte pas de nouveaux patients, (iii) prestataire a quitté, cessé de pratiquer ou pris sa retraite. Raisons personnelles : (i) pas de besoin en particulier, (ii) pas essayé d'en trouver un.

4. Tableau A4 : Analyse secondaire, effet par année pandémique sur les besoins de soins de santé de certains groupes minorisés au Québec comparativement au reste du Canada

	Besoins de soins	
	(1)	(2)
Femmes		
Femmes	0,0153***	0,00696
	(0,00521)	(0,00501)
2020	0,00686	0,00715
	(0,00473)	(0,00457)
2021	0,0122**	0,0109**
	(0,00500)	(0,00489)
QC	-0,00543	0,000538
	(0,00899)	(0,00884)
QC*2020	0,00489	0,00441
	(0,00999)	(0,00958)
QC*2021	0,0110	0,00944
	(0,0111)	(0,0105)
Femmes*2020	0,00304	0,00270
	(0,00691)	(0,00668)
Femmes*2021	0,00679	0,00738
	(0,00732)	(0,00703)
Femmes*QC	-0,00290	-0,00201
	(0,0110)	(0,0107)
Femmes*2020*QC	0,00891	0,00732
	(0,0145)	(0,0141)
Femmes*2021*QC	-0,00978	-0,00635
	(0,0156)	(0,0151)
N	118 748	107 742
R au carré	0,003	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Moins que secondaire		
Moins que secondaire	0,00260	-0,0198**
	(0,00844)	(0,00845)
2020	0,00808**	0,00821**
	(0,00364)	(0,00355)
2021	0,0159***	0,0146***
	(0,00387)	(0,00385)
QC	-0,00658	-0,000938
	(0,00763)	(0,00767)
QC*2020	0,0118	0,0109
	(0,00794)	(0,00765)
QC*2021	0,00877	0,00916
	(0,00851)	(0,00814)
Moins que secondaire*2020	0,00355	0,00344
	(0,0117)	(0,0114)

Moins que secondaire*2021	-0,00260	0,00127
	(0,0125)	(0,0121)
Moins que secondaire*QC	-0,00232	0,00477
	(0,0155)	(0,0153)
Moins que secondaire*2020*QC	-0,0185	-0,0202
	(0,0201)	(0,0199)
Moins que secondaire*2021*QC	-0,0178	-0,0204
	(0,0215)	(0,0210)
N	118 748	107 742
R-carré	0,002	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Immigrants		
Immigrants	-0,0183***	-0,00758
	(0,00594)	(0,00576)
2020	0,0125***	0,0117***
	(0,00412)	(0,00402)
2021	0,0181***	0,0168***
	(0,00415)	(0,00407)
QC	-0,0107	-0,00181
	(0,00724)	(0,00748)
QC*2020	0,00651	0,00571
	(0,00754)	(0,00733)
QC*2021	0,00528	0,00570
	(0,00787)	(0,00763)
Immigrants*2020	-0,0128*	-0,0105
	(0,00757)	(0,00733)
Immigrants*2021	-0,00663	-0,00699
	(0,00852)	(0,00818)
Immigrants*QC	0,0483**	0,0332*
	(0,0189)	(0,0184)
Immigrants*2020*QC	0,00208	0,00161
	(0,0236)	(0,0228)
Immigrants*2021*QC	-0,00558	-0,00617
	(0,0261)	(0,0252)
N	118 748	107 742
R-carré	0,003	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Autochtones		
Autochtones	0,0491***	0,0251
	(0,0167)	(0,0163)
2020	0,00852**	0,00857**
	(0,00350)	(0,00342)
2021	0,0153***	0,0142***

	(0,00372)	(0,00371)
QC	-0,00374	-0,000741
	(0,00729)	(0,00737)
QC*2020	0,00968	0,00853
	(0,00731)	(0,00708)
QC*2021	0,00658	0,00688
	(0,00784)	(0,00750)
Autochtones*2020	-0,000443	-0,00241
	(0,0223)	(0,0215)
Autochtones*2021	0,0172	0,0193
	(0,0237)	(0,0229)
Autochtones*QC	0,00463	0,0296
	(0,0622)	(0,0614)
Autochtones*2020*QC	-0,0820	-0,0791
	(0,0674)	(0,0667)
Autochtones*2021*QC	-0,0412	-0,0464
	(0,0784)	(0,0773)
N	118 748	107 742
R au carré	0,003	0,067
Contrôles		X
Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X
Handicap		
Handicap	0,146***	0,151***
	(0,00755)	(0,00770)
2020	0,0127***	0,0140***
	(0,00274)	(0,00277)
2021	0,0150***	0,0165***
	(0,00263)	(0,00275)
QC	0,0101	0,00532
	(0,00671)	(0,00709)
QC*2020	-0,00319	-0,00281
	(0,00619)	(0,00619)
QC*2021	-8,08e-05	0,00130
	(0,00652)	(0,00652)
Handicap*2020	-0,0171*	-0,0183*
	(0,00954)	(0,00952)
Handicap*2021	-0,00563	-0,00607
	(0,0102)	(0,0102)
Handicap*QC	-0,0228	-0,0220
	(0,0171)	(0,0171)
Handicap*2020*QC	0,0404*	0,0409*
	(0,0221)	(0,0220)
Handicap*2021*QC	0,0199	0,0197
	(0,0235)	(0,0235)
N	118 748	107 742
R au carré	0,061	0,067
Contrôles		X

Effets fixes annuels	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X

Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées.

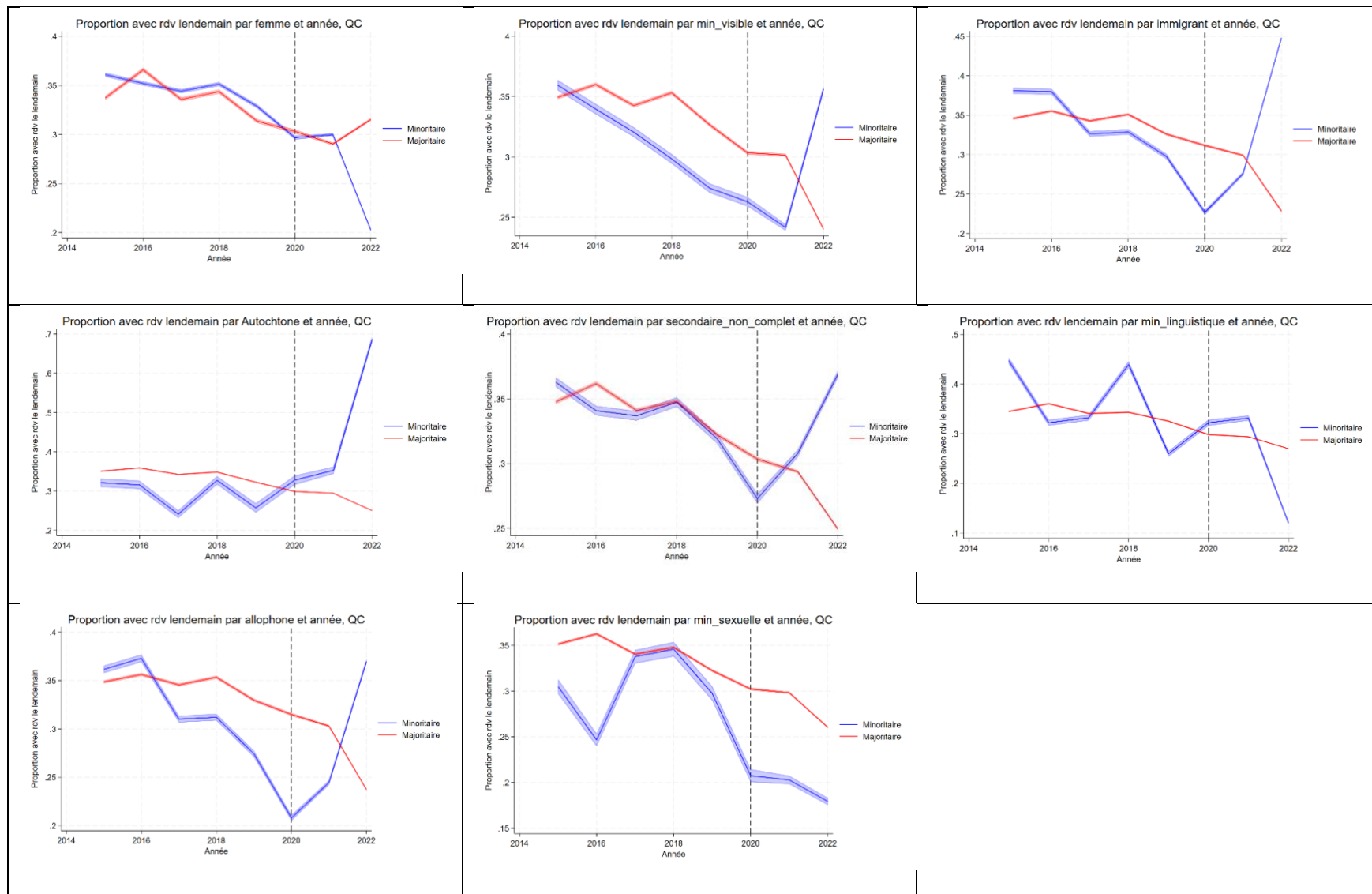
5. Tableau A5 : Analyse secondaire, effets de la pandémie sur les besoins de soins non comblés par sous-groupes minorisés du Québec

	Besoins de soins	Raisons systémiques	Raisons personnelles
	(1)	(2)	(3)
Handicap			
Pandémie	0,0177***	-0,0281	0,0281
	(0,00281)	(0,0214)	(0,0214)
Québec	0,00518	0,0324	-0,0324
	(0,00706)	(0,0354)	(0,0354)
Développemental/Cognitif	0,165***	0,0201	-0,0201
	(0,0266)	(0,118)	(0,118)
Lié à la santé mentale	0,0414	0,0572	-0,0572
	(0,0267)	(0,121)	(0,121)
Physique	0,0868***	0,0551	-0,0551
	(0,0205)	(0,114)	(0,114)
Sensoriel	0,00295	-0,0311	0,0311
	(0,0267)	(0,177)	(0,177)
Autre	-0,0146	0,0725	-0,0725
	(0,0216)	(0,120)	(0,120)
Pandémie*QC	-0,00143	-0,00932	0,00932
	(0,00554)	(0,0305)	(0,0305)
Développemental/Cognitif*Pandémie	-0,0215	0,0940**	-0,0940**
	(0,0227)	(0,0435)	(0,0435)
Lié à la santé mentale*Pandémie	-0,00327	0,0573	-0,0573
	(0,0233)	(0,0553)	(0,0553)
Physique*Pandémie	-0,0120	0,0525*	-0,0525*
	(0,0115)	(0,0281)	(0,0281)
Sensoriel*Pandémie	-0,0316	0,0954	-0,0954
	(0,0214)	(0,149)	(0,149)
Développemental/Cognitif*QC	-0,0837**	0,108**	-0,108**
	(0,0401)	(0,0445)	(0,0445)
Lié à la santé mentale*QC	-0,0581	0,0352	-0,0352
	(0,0402)	(0,0661)	(0,0661)
Physique*QC	0,00124	0,0229	-0,0229
	(0,0239)	(0,0323)	(0,0323)
Sensoriel*QC	-0,0442	-0,411	0,411
	(0,0325)	(0,299)	(0,299)
Autres*QC	-0,0442	-0,411	0,411
	(0,0325)	(0,299)	(0,299)
Développemental/Cognitif*Pandémie*QC	0,00409	-0,148**	0,148**
	(0,0461)	(0,0598)	(0,0598)
Lié à la santé mentale*Pandémie*QC	0,0513	-0,0390	0,0390
	(0,0499)	(0,0832)	(0,0832)
Physique*Pandémie*QC	0,0345	-0,00627	0,00627
	(0,0278)	(0,0420)	(0,0420)
Sensoriel*Pandémie*QC	0,0782*	0,299	-0,299
	(0,0430)	(0,344)	(0,344)

N	107 742	7 238	7 238
R au carré	0,076	0,021	0,021
Contrôles	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X
Statut d'immigrants			
Pandémie	0,0170***	0,0271	-0,0271
	(0,00390)	(0,0174)	(0,0174)
QC	-0,00253	0,0532	-0,0532
	(0,00745)	(0,0339)	(0,0339)
Immigrants récents	-0,00763	0,0552	-0,0552
	(0,0109)	(0,0417)	(0,0417)
Immigrants établis	-0,00774	0,0131	-0,0131
	(0,00634)	(0,0335)	(0,0335)
Pandémie*QC	0,00574	-0,0372	0,0372
	(0,00652)	(0,0245)	(0,0245)
Immigrants récents*Pandémie	-0,00713	-0,0187	0,0187
	(0,0124)	(0,0458)	(0,0458)
Immigrants établis*Pandémie	-0,00918	-0,0240	0,0240
	(0,00757)	(0,0380)	(0,0380)
Immigrants récents*QC	0,0396	-0,0333	0,0333
	(0,0354)	(0,0486)	(0,0486)
Immigrants établis*QC	0,0305	0,0271	-0,0271
	(0,0210)	(0,0366)	(0,0366)
Immigrants récents*Pandémie*QC	9,14e-05	0,0332	-0,0332
	(0,0417)	(0,0559)	(0,0559)
Immigrants établis*Pandémie*QC	-0,00424	-0,0315	0,0315
	(0,0239)	(0,0592)	(0,0592)
N	107 742	7 238	7 238
R au carré	0,067	0,013	0,013
Contrôles	X	X	X
Effets fixes annuels	X	X	X
Effets fixes provinciaux	X	X	X

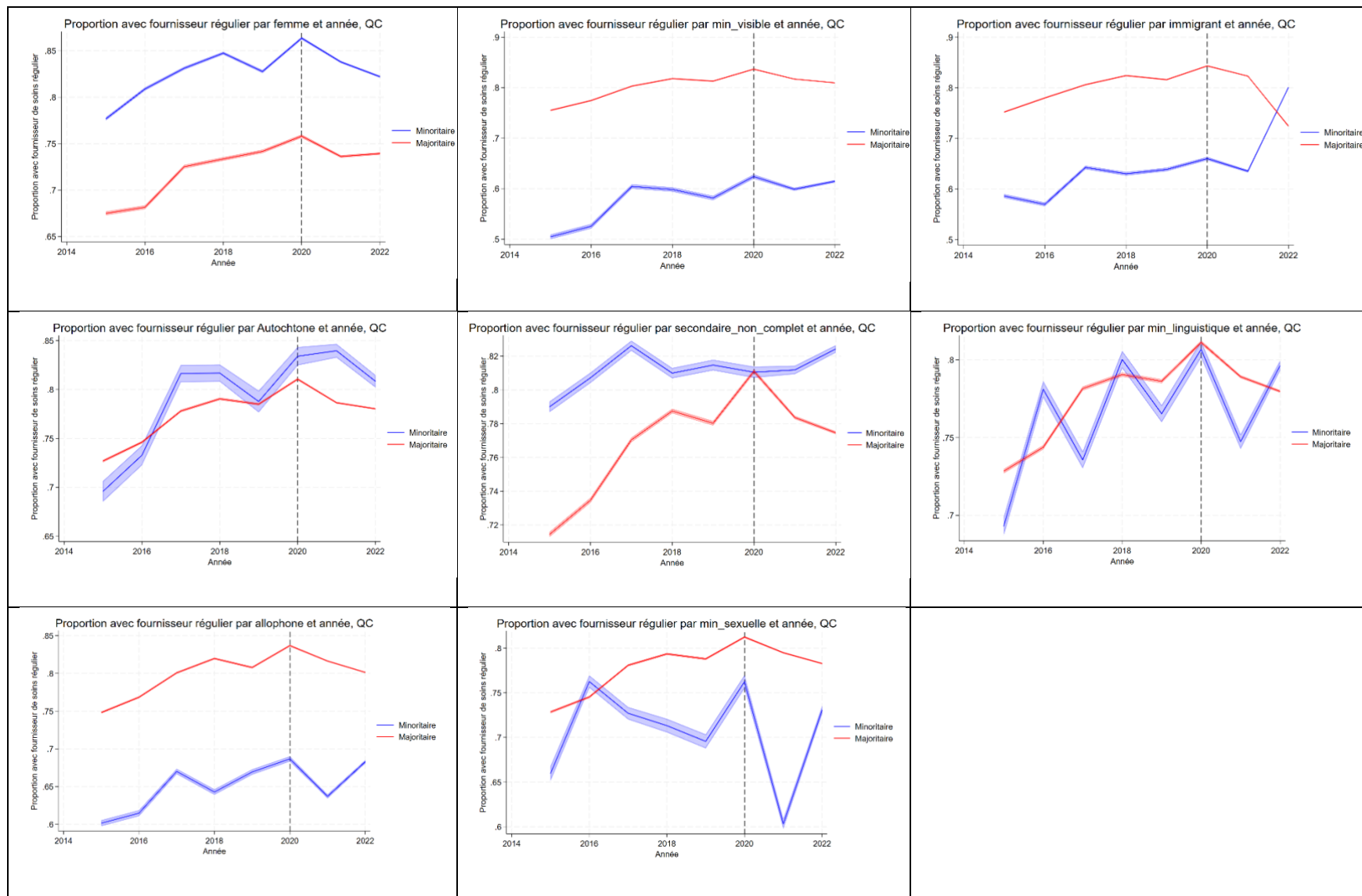
Note : Erreurs types robustes entre parenthèses. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Les variables de contrôle comprennent l'âge, la situation matrimoniale, le revenu avant impôt, la densité de médecins, la densité d'infirmières praticiennes et la densité d'infirmières diplômées. Raisons systémiques : (i) indisponible au moment voulu, (ii) indisponible dans la région, (iii) pas de prestataire de soins de santé régulier, (iv) coût des soins, (v) temps d'attente trop long, (vi) rendez-vous annulé, (vii) le médecin ne l'a pas jugé nécessaire, (viii) problème de transport. Raisons personnelles : (i) sentiment de ne pas recevoir des soins adéquats, (ii) décision de ne pas consulter.

6. Figure A1 : Tendances dans l'accès rapide (le jour même ou le lendemain) à un professionnel de soins régulier au Québec uniquement



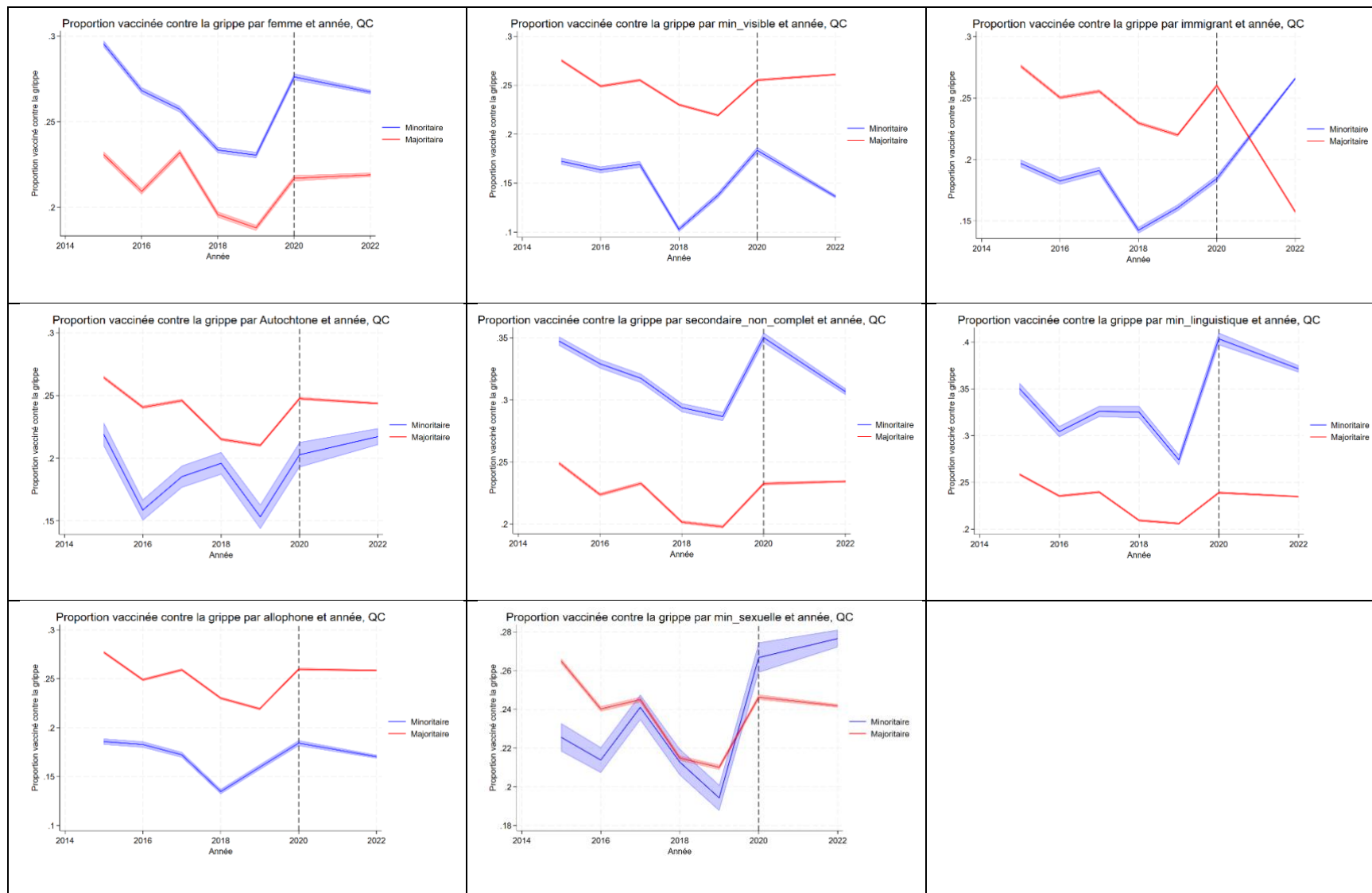
Note : Un accès rapide est défini par l'obtention d'un rendez-vous le jour même ou le lendemain. Proportion moyenne par année et groupe avec intervalle de confiance à 95 % en ombré. Le groupe minorisé est en bleu. min_visible = minorité visible ; secondaire_non_complet = secondaire non complété ; min_linguistique = minorité linguistique officielle ; min_sexuelle = minorité sexuelle.

7. Figure A2 : Tendances dans l'accès à un professionnel de soins régulier au Québec uniquement



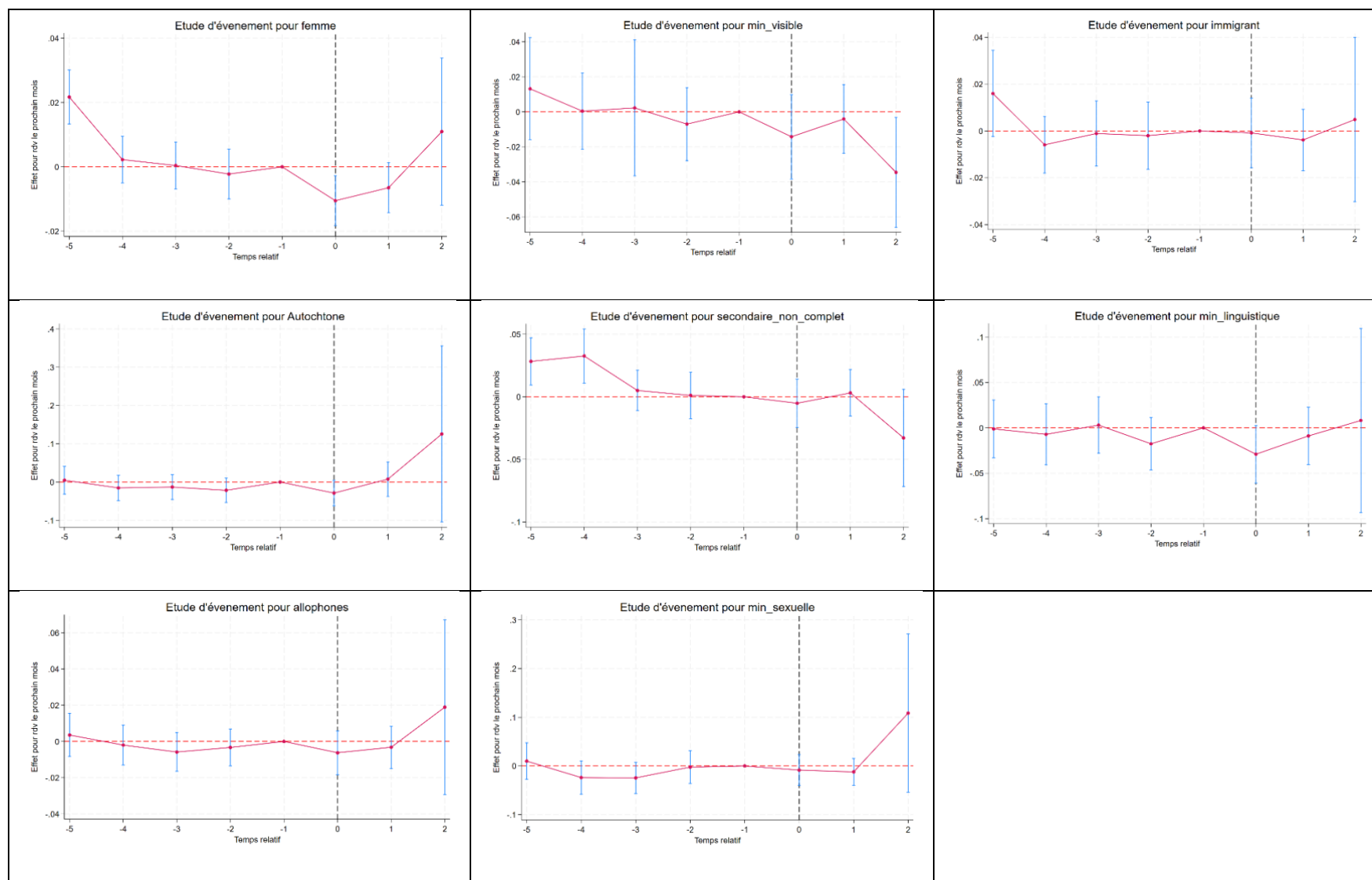
Note : Proportion par année avec intervalle de confiance à 95 % en ombré. Voir légende en figure A1.

8. Figure A3 : Tendances dans la vaccination antigrippale au Québec uniquement



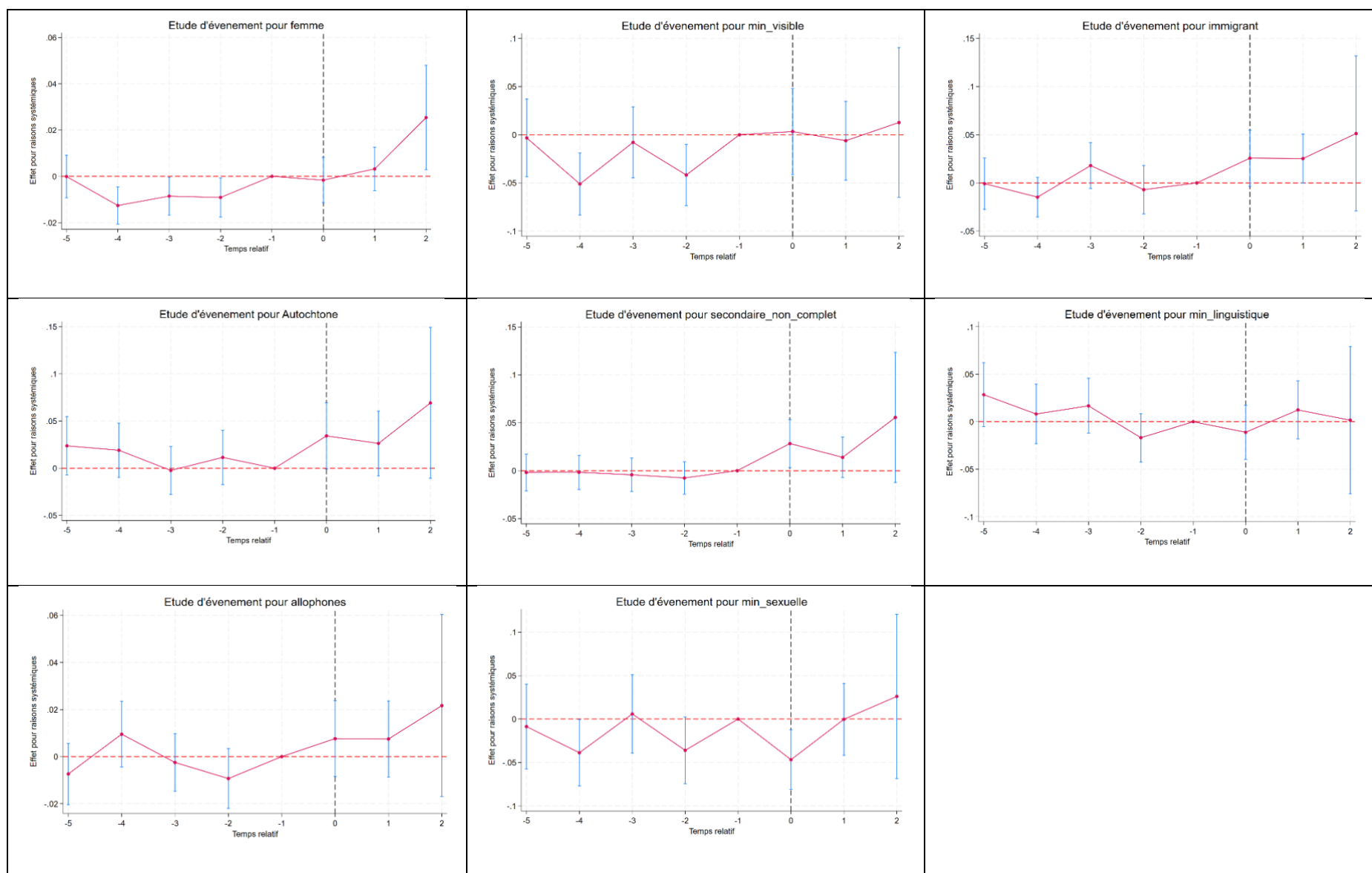
Note : Proportion par année avec intervalle de confiance à 95 % en ombré. Voir légende en figure A1.

9. Figure A4 : Étude d'événement, accès tardif



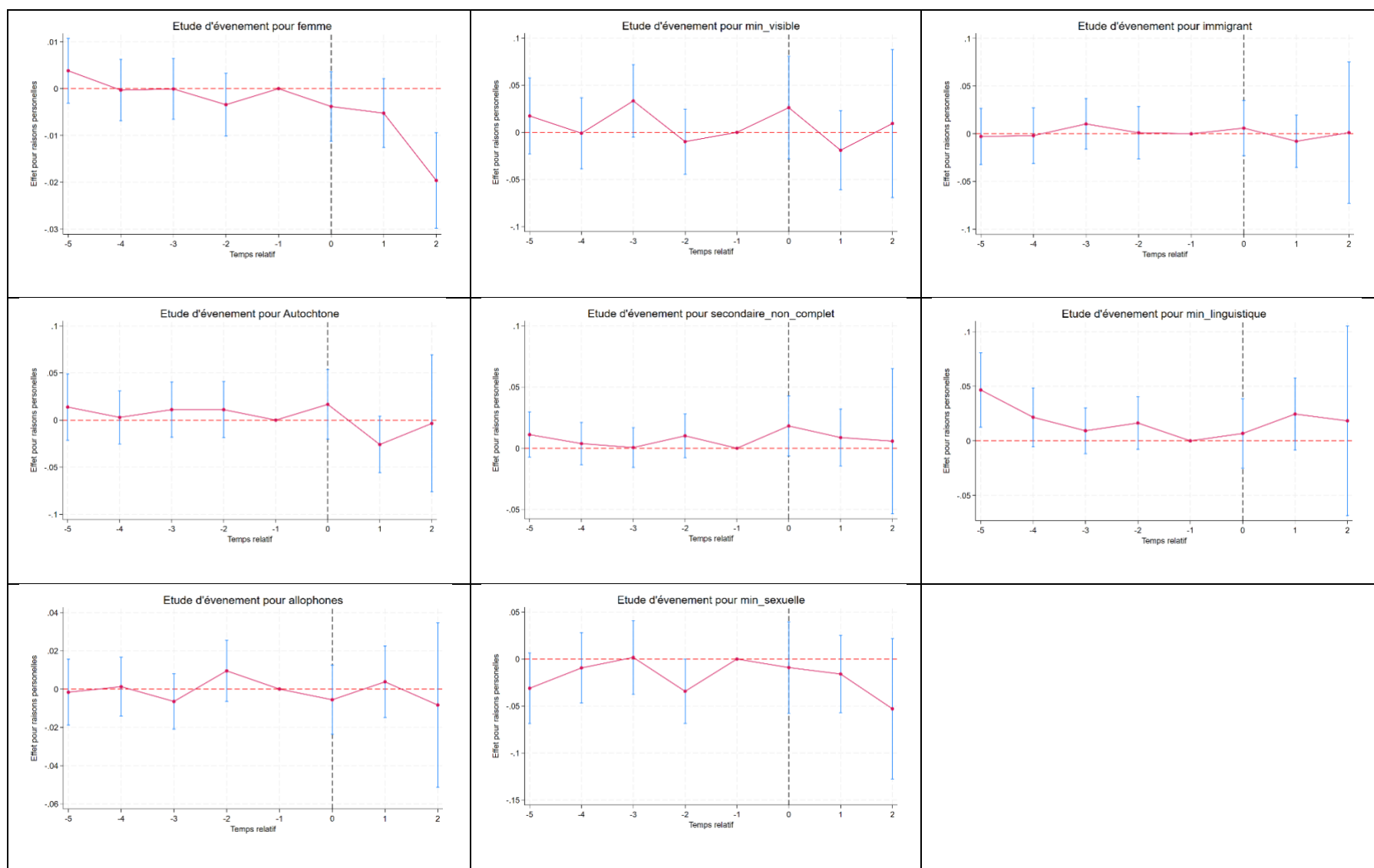
*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci. Accès tardif défini comme rendez-vous le mois suivant. Voir légende en figure A1.

10. Figure A5 : Étude d'événement, barrières systémiques à l'accès



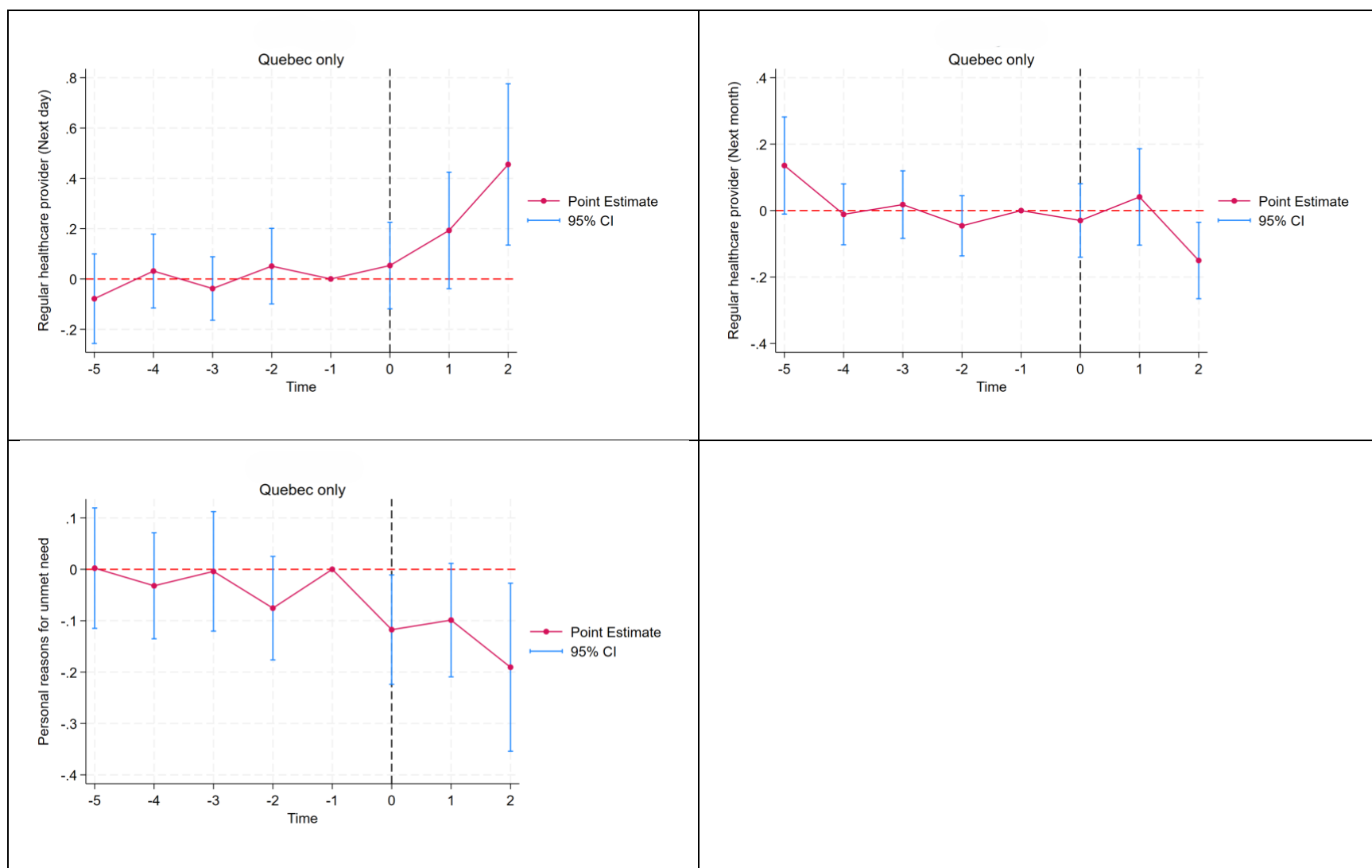
*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci. Voir légende en figure A1.

11. Figure A6 : Étude d'événement, barrières personnelles à l'accès



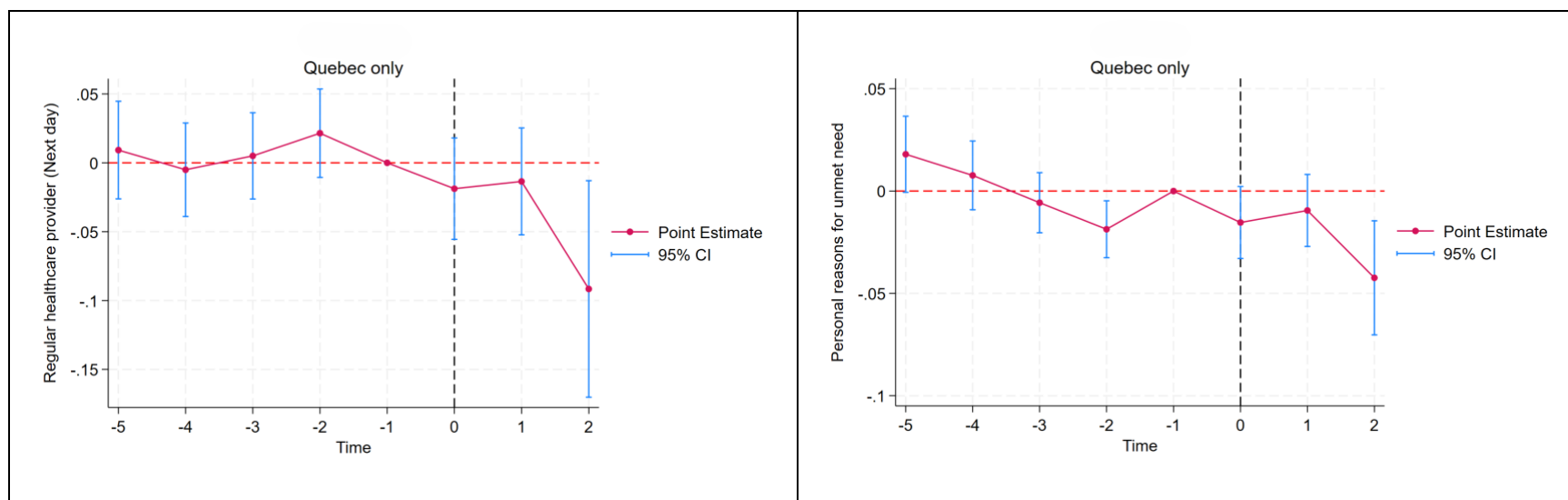
*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci. Voir légende en figure A1.

12. Figure A7 : Étude d'événement, Autochtones au Québec



*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci.

13. Figure A8 : Étude d'événement, Femmes au Québec



*Note : Estimés des régressions par étude d'événement avec leurs intervalles de confiance à 95 %. La ligne pointillée indique le début de la pandémie de la COVID-19 (2020), les autres années étant estimées de manière relative à celle-ci.