Nº 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Disparités sociodémographiques quant à la couverture vaccinale et à l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 au Canada



par Mireille Guay, Aubrey Maquiling, Ruoke Chen, Valérie Lavergne, Donalyne-Joy Baysac, Jackie Kokaua, Catherine Dufour, Eve Dubé, Shannon E. MacDonald et Nicolas L. Gilbert

Date de diffusion : le 21 decembre 2022

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie 2022

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

Une version HTML est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Disparités sociodémographiques quant à la couverture vaccinale et à l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 au Canada

par Mireille Guay, Aubrey Maquiling, Ruoke Chen, Valérie Lavergne, Donalyne-Joy Baysac, Jackie Kokaua, Catherine Dufour, Eve Dubé, Shannon E. MacDonald et Nicolas L. Gilbert

DOI: https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201200004-fra

RÉSUMÉ

Contexte

L'objectif de la présente étude était d'examiner les disparités sociodémographiques quant à la couverture vaccinale et à l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 dans les provinces canadiennes, en déterminant les facteurs associés à la prise de vaccins chez les aînés priorisés pour la vaccination au moment de l'enquête et l'intention de se faire vacciner chez tous les adultes.

Données et méthodes

Une enquête transversale sur les adultes canadiens a été menée dans toutes les provinces, de la mi-avril à la mi-mai 2021. En plus de leurs caractéristiques sociodémographiques, les répondants (n=10 678) ont fourni des renseignements sur leur statut de vaccination contre la COVID-19 ou sur leur intention de se faire vacciner. Les modèles de régression logistique ont été adaptés en utilisant des facteurs sociodémographiques comme des variables explicatives et le statut vaccinal (non vacciné par rapport à au moins une dose) ou l'intention de se faire vacciner (peu probable par rapport à probable ou déjà vacciné) en tant que résultats. Pour tenir compte des groupes de priorisation en matière de vaccins, plusieurs modèles de régression ont été ajustés en fonction de la province de résidence, de l'âge, de l'identité autochtone et du statut de travailleur de la santé.

Résultats

Les aînés dont le revenu du ménage était plus faible (moins de 60 000 $) et ceux qui vivaient dans de petites collectivités (moins de 100 000 habitants) présentaient des probabilités plus élevées de ne pas être vaccinés. Chez les adultes canadiens, les probabilités d'être peu susceptible de se faire vacciner étaient plus élevées chez les hommes (rapport de cotes corrigé [RCC] de 1,3), les personnes de moins de 60 ans (RCC entre 3,3 et 5,1), les personnes qui ne travaillent pas dans le domaine de la santé (RCC de 3,3), les personnes qui ne détenaient pas de diplôme d'études secondaires (RCC de 3,4) ou qui avaient un revenu de ménage de moins de 30 000 $ (RCC de 2,7) et les personnes qui ne s'identifient pas comme Asiatique du Sud, Chinois, Noirs, Philippins, Arabes, Latino-Américains, Asiatiques du Sud-Est, Asiatiques de l'Ouest, Coréens ou Japonais (RCC de 1,7).

Interprétation

La couverture vaccinale (80 %) et l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 (95 %) affichaient des niveaux élevés parmi les Canadiens; toutefois, des disparités relatives ont été observées entre des groupes spécifiques. Des efforts soutenus visant ces groupes sont essentiels pour réduire les iniquités potentielles en matière d'accès aux services ou de prestation de services.

Mots-clés

COVID-19; vaccin; couverture vaccinale; intention; équité en matière de santé; Canada.

AUTEURS

Mireille Guay, Aubrey Maquiling, Ruoke Chen, Valérie Lavergne, Donalyne-Joy Baysac et Nicolas L. Gilbert font partie du Groupe de travail sur le déploiement des vaccins, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada. Nicolas L. Gilbert travaille également à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec, Canada. Jackie Kokaua et Catherine Dufour travaillent au Centre du développement et de l'intégration des données sociales; Statistiques sociales, de la santé et du travail; Statistique Canada; Ontario; Canada. Eve Dubé est membre de l'Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada, et du Département d'anthropologie de l'Université Laval, Québec, Canada. Shannon E. MacDonald travaille à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de l'Alberta, Alberta, Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des études antérieures menées à différentes étapes de la campagne de vaccination contre la COVID-19 et dans différentes provinces ont montré que la réticence à l'égard de la vaccination était principalement associée à des groupes d'âge plus jeunes, à un revenu plus faible, à un niveau de scolarité inférieur et à l'appartenance à une population racisée.
- En plus d'accroître les connaissances et la sensibilisation générales sur la vaccination, l'identification des conditions sociales et des caractéristiques des sous-populations non vaccinées ou hésitantes à se faire vacciner fournit des aperçus concernant les déterminants fondamentaux de la santé. Ces mesures soulignent l'importance de concevoir des interventions adaptées au contexte et à la population, qui permettent de s'attaquer directement aux obstacles auxquels sont confrontés les groupes à faible taux de couverture vaccinale et d'accroître les probabilités d'une amélioration réussie et durable au chapitre des disparités en matière de santé.

Ce qu'apporte l'étude

- Bien que des études antérieures aient porté sur les inégalités dans la couverture vaccinale contre la COVID-19 dans des provinces précises, la présente étude met en lumière les disparités sociodémographiques dans toutes les provinces, juste avant que la campagne de vaccination contre la COVID-19 n'atteigne le pic à l'été 2021, pour représenter les statuts de non-vaccination et d'hésitation à se faire vacciner au Canada.
- La non-vaccination contre la COVID-19 chez les personnes âgées était plus élevée chez les personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 60 000 $ et celles qui vivaient dans les petites collectivités (moins de 100 000 habitants). Cette étude fait partie du petit nombre de recherches qui montrent une différence dans la couverture vaccinale entre les personnes vivant dans des collectivités plus peuplées et celles vivant dans des collectivités moins peuplées au Canada.
- Bien que la grande majorité des adultes dans les provinces aient une attitude positive à l'égard de la vaccination contre la COVID-19, certains groupes de population, comme les hommes, les jeunes, les personnes ayant un niveau de scolarité moins élevé, celles qui avaient un faible revenu familial et celles qui ne s'identifiaient pas comme Sud-Asiatiques, Chinoises, Noires, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique de l'Ouest, Coréen ou Japonais ou qui n'étaient pas des travailleurs de la santé, étaient plus susceptibles (selon le rapport de cotes ajusté) d'être réticentes à se faire vacciner. En comprenant les caractéristiques de ces groupes, les efforts de promotion des vaccins peuvent être orientés en conséquence afin d'atténuer les obstacles à l'acceptation des vaccins.

La campagne de vaccination contre la COVID-19 du Canada a commencé le 14 décembre 2020, avec l'arrivée d'un nombre limité de doses prioritaires destinées aux populations à risque élevé identifiées par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada, comme les personnes âgées, les résidents et le personnel des milieux d'hébergement collectif, les travailleurs de la santé de première ligne et les populations autochtones[1]. À mesure que les vaccins devenaient plus largement accessibles, les provinces et les territoires ont pris compte des conseils du CCNI et ont évalué leur situation locale pour déterminer leurs plans de déploiement des vaccins. La priorisation de l'administration des vaccins contre la COVID-19 variait donc selon la province ou le territoire, les personnes âgées étant parmi les premières à être vaccinées, suivies des groupes d'âge prioritaires déterminés par tranches d'âge décroissantes de 5 ou 10 ans. À la mi-avril 2021, la plupart des provinces avaient commencé à vacciner les adultes âgés de 60 ans et plus, à l'exception du Nouveau-Brunswick (qui a commencé le 27 avril 2021), de la Nouvelle-Écosse (le 19 avril 2021) et de Terre-Neuve-et-Labrador (le 3 mai 2021). À la suite de la mise en place des campagnes de vaccination, des preuves de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 ont commencé à émerger à l'échelle mondiale[2-4]. Au Canada, des études ont montré une protection pouvant aller jusqu'à 95 % contre les infections symptomatiques et les résultats graves avec divers produits vaccinaux et divers intervalles de dose[5-8]. Par conséquent, il est essentiel d'assurer une distribution équitable et un taux élevé d'utilisation des vaccins contre la COVID-19 pour protéger la population contre l'infection, réduisant ainsi la transmission et les risques liés à la morbidité et à la mortalité associées à la COVID-19[9,10].

La réticence à l'égard de la vaccination, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « Un retard dans l'acceptation ou le refus de vaccins sécuritaires malgré la disponibilité des services de vaccination », a augmenté au cours des dix dernières années et est reconnue comme une menace à l'échelle mondiale[11]. Comme pour tous les vaccins, divers facteurs contribuent à la réticence à l'égard de la vaccination contre la COVID-19, comme les doutes quant à l'innocuité et à l'efficacité des vaccins approuvés et disponibles[12]. Les obstacles à l'accès représentent également des défis majeurs à la couverture vaccinale. Même si certains croient qu'il est utile de se faire vacciner, certaines personnes ne le font pas à cause d'un manque de temps et de contraintes d'horaire, d'un manque

d'accès et de capacité à se retrouver dans les technologies et les plateformes de services en ligne, et d'un manque de moyens de transport pour se rendre à l'endroit où les services de vaccination sont offerts[13,14].

En date du 1er mai 2021, 41 % des personnes âgées de 18 ans et plus et 77 % des personnes âgées de 60 ans et plus avaient reçu au moins une dose. Bien que la majorité des aînés canadiens aient déjà reçu au moins une dose, le déploiement des vaccins contre la COVID-19 n'a pas nécessairement suffisamment répondu aux besoins de la population, étant donné que les inégalités sociales contribuent à l'incapacité d'accéder aux vaccins ou à la prise de ces derniers[15]. Des études canadiennes antérieures ont montré que les femmes, les Autochtones, les populations racisées, les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur et les travailleurs essentiels (sauf les travailleurs de la santé) avaient des intentions moins élevées de se faire vacciner[16,17], tandis que le fait d'être plus âgé (plus de 60 ans), d'avoir fait des études universitaires, d'être ou de vivre avec une personne atteinte de problèmes de santé chroniques (PSC) et de travailler avec des patients infectés par la COVID-19 étaient significativement associé à l'acceptation des vaccins contre la COVID-19[12,17,18]. Dans d'autres pays, être membre de la communauté noire ou faire partie d'un ménage monoparental était un facteur associé à un taux inférieur de couverture vaccinale contre la COVID-19[19,20].

Compte tenu des répercussions sanitaires et économiques disproportionnées de la COVID-19 sur les populations racisées et celles ayant un statut socioéconomique inférieur[21], il est essentiel de comprendre les différences dans la prise des vaccins contre la COVID-19 parmi les différents groupes de population et les facteurs de réticence à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 pour améliorer le niveau d'acceptation des vaccins et assurer une assimilation équitable de ceux-ci afin d'éviter des inégalités croissantes en ce qui concerne les fardeaux liés à la COVID-19[22,23].

L'Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19 (ECVC) a été élaborée pour mesurer la couverture vaccinale contre la COVID-19 dans les provinces et territoires du Canada et pour comparer les niveaux de couverture vaccinale pour divers sous-groupes socioéconomiques et économiques au cours des premières étapes de la campagne de vaccination (de mars à mai 2021). En utilisant les données de l'ECVC, l'objectif de cette étude était d'examiner les disparités sociodémographiques dans la prise des vaccins contre la COVID-19 et l'intention de se faire vacciner, en identifiant les déterminants sociaux et économiques associés à la prise du vaccin chez les personnes âgées de 60 ans et plus (c.-à-d. les personnes admissibles à la vaccination au moment de l'enquête) et les déterminants de l'intention de se faire vacciner dans l'ensemble de la population adulte.

Données et méthodes

Population de l'étude

L'ECVC a été conçue par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Statistique Canada et a été financée uniquement par l'ASPC[24]. Il s'agissait d'une enquête transversale et volontaire composée de deux cycles. Le premier cycle de l'ECVC s'est déroulé du 15 mars au 12 avril 2021 et ciblait les Canadiens âgés de 18 ans et plus vivant dans les trois capitales territoriales; le deuxième cycle a été effectué dans les 10 provinces entre le 12 avril et le 12 mai 2021. Selon les renseignements disponibles sur les sites Web provinciaux, les personnes âgées de 60 ans et plus étaient admissibles à recevoir leur première dose à compter de mai 2021, et les personnes de 18 ans et plus sont devenues admissibles en juin 2021. La population cible de l'ECVC excluait les personnes vivant dans les réserves ou dans d'autres établissements autochtones, dans les établissements institutionnels et dans les logements collectifs. La présente étude portait sur l'analyse des données recueillies dans le cadre du deuxième cycle de l'ECVC.

Description de l'enquête

L'ECVC est une enquête transversale par échantillon. L'échantillon a été stratifié par province de résidence, et un échantillon aléatoire simple de logements a été sélectionné de façon indépendante dans le fichier d'univers des logements[25] de chaque province. Des lettres d'invitation ont été envoyées par la poste, et une personne par ménage a été choisie au hasard pour participer à l'enquête. Les répondants pouvaient remplir le questionnaire de l'enquête dans l'une ou l'autre des deux langues officielles (le français ou l'anglais), et la principale méthode de collecte était l'autodéclaration au moyen d'un questionnaire électronique. En cas de non-réponse, des interviews téléphoniques assistées par ordinateur ont été utilisées pour assurer le suivi auprès des personnes choisies afin d'encourager la participation et de maximiser le taux de réponse. Des poids d'échantillonnage fondés sur le genre, l'âge et la province de résidence ont été produits pour chaque répondant afin de créer des estimations représentatives à l'échelle nationale[24]. Au total, 10 678 répondants ont rempli le questionnaire du cycle 2 de l'enquête, ce qui donne un taux de réponse de 59,2 %.

Le questionnaire de l'ECVC a été examiné et testé par Statistique Canada. Il a permis de recueillir des renseignements sur la prise du vaccin contre la COVID-19 en demandant aux répondants s'ils avaient été vaccinés contre la COVID-19. Pour ceux qui n'avaient pas été vaccinés, une question ultérieure sur leur intention d'être vaccinés a été posée au moyen d'une échelle de réponse ordinale comptant quatre points : très probable, plutôt probable, peu probable ou très peu probable. En raison de la très faible proportion de répondants dans les deux dernières catégories, elles ont été regroupées et considérées comme reflétant les personnes qui étaient « peu susceptibles de se faire vacciner ». De plus, les caractéristiques

sociodémographiques des participants, comme le genre, l'âge, la scolarité, le revenu du ménage avant la pandémie, l'état matrimonial, le pays de naissance, l'identité autochtone et les groupes de population, ont été recueillies au moyen des questions normalisées à choix multiples de Statistique Canada. L'appartenance à un groupe de population est définie comme étant des personnes qui s'identifient au moyen de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, plus précisément, les Sud-Asiatiques, les Chinois, les Noirs, les Philippins, les Arabes, les Latino-Américains, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques occidentaux, les Coréens et les Japonais. De plus, des renseignements sur la taille de la collectivité ont été obtenus en couplant le code postal du répondant au Fichier de conversion des codes postaux plus produit par Statistique Canada (FCCP+ version 7D basé sur les données du Recensement de 2016).

Tableau 1
Caractéristiques des répondants à l'enquête dans l'échantillon complet et parmi les aînés (personnes âgées de 60 ans et plus), toutes les provinces, d'avril à mai 2021[1]

	Échantillon complet (n=10 678)		Aînés (n=4 624)	
Facteurs sociodémographiques	**fréquence**	**pourcentage**	**fréquence**	**pourcentage**
Province	**10 678**	**100**	**4 624**	**100**
Colombie-Britannique	1 063	10,0	459	9,9
Alberta	1 002	9,4	362	7,8
Saskatchewan	806	7,5	335	7,2
Manitoba	968	9,1	386	8,3
Ontario	2 048	19,2	808	17,5
Québec	1 455	13,6	681	14,7
Nouveau-Brunswick	779	7,3	360	7,8
Nouvelle-Écosse	923	8,6	438	9,5
Île-du-Prince-Édouard	815	7,6	402	8,7
Terre-Neuve-et-Labrador	819	7,7	393	8,5
Genre	**10 662**	**100**	**4 618**	**100**
Féminin	5 986	56,1	2 639	57,1
Masculin	4 676	43,9	1 979	42,9
Groupe d'âge	**10 657**	**100**	**4 609**	**100**
18 à 29 ans	979	9,2	…	…
30 à 39 ans	1 516	14,2	…	…
40 à 49 ans	1 735	16,3	…	…
50 à 59 ans	1 818	17,1	…	…
60 à 64 ans	1 147	10,7	1 147	24,9
65 à 69 ans	1 132	10,6	1 132	24,6
70 à 79 ans	1 594	15,0	1 594	34,6
80 ans et plus	736	6,9	736	16,0
Niveau de scolarité[2]	**10 612**	**100**	**4 587**	**100**
Pas de diplôme d'études secondaires	910	8,6	702	15,3
Diplôme d'études secondaires	2 506	23,6	1 313	28,6
Diplôme d'études postsecondaires	3 757	35,4	1 549	33,8
Diplôme universitaire	3 439	32,4	1 023	22,3

… n'ayant pas lieu de figurer

[1] Les résultats ne sont pas pondérés et ne représentent que les répondants inclus dans l'échantillon.

[2] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[3] Le groupe des Autochtones comprend les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[4] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les personnes suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[5] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

[6] La catégorie « non » comprend les personnes employées dans des secteurs autres que les soins de santé et celles qui ne sont pas employées ou qui sont à la retraite.

[7] Les seuils pour la variable relative à la taille de la collectivité sont celles disponibles dans le Fichier de conversion des codes postaux plus.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Tableau 1
Caractéristiques des répondants à l'enquête dans l'échantillon complet et parmi les aînés (personnes âgées de 60 ans et plus), toutes les provinces, d'avril à mai 2021[1] (continue)

	Échantillon complet (n=10 678)		Aînés (n=4 624)	
Facteurs sociodémographiques	**fréquence**	**pourcentage**	**fréquence**	**pourcentage**
Revenu du ménage	**9 795**	**100**	**4 129**	**100**
Moins de 30 000 $	1 440	14,7	903	21,9
De 30 000 $ à moins de 60 000 $	2 414	24,6	1 381	33,4
De 60 000 $ à moins de 90 000 $	2 013	20,6	864	20,9
De 90 000 $ à moins de 120 000 $	1 381	14,1	468	11,3
De 120 000 $ à moins de 150 000 $	863	8,8	209	5,1
150 000 $ ou plus	1 684	17,2	304	7,4
État matrimonial	**10 639**	**100**	**4 602**	**100**
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	6 262	58,9	2 611	56,7
Jamais marié(e)	2 086	19,6	410	8,9
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	2 291	21,5	1 581	34,4
Identité autochtone[3]	**10 651**	**100**	**4 608**	**100**
Autochtone	320	3,0	102	2,2
Non-Autochtone	10 331	97,0	4 506	97,8
Groupes de population	**10 552**	**100**	**4 573**	**100**
Oui[4]	1 590	15,1	329	7,2
Non	8 962	84,9	4 244	92,8
Pays de naissance	**10 650**	**100**	**4 610**	**100**
Canada	8 460	79,4	3 841	83,3
Autre	2 190	20,6	769	16,7
Problème de santé chronique[5]	**10 572**	**100**	**4 581**	**100**
Au moins un	3 232	30,6	1 899	41,5
Aucun	7 340	69,4	2 682	58,5
Travailleur de la santé[6]	**10 586**	**100**	**4 577**	**100**
Oui	1 013	9,6	156	3,4
Non	9 573	90,4	4 421	96,6
Taille de la collectivité[7]	**10 653**	**100**	**4 617**	**100**
1 500 000 ou plus	2 100	19,7	777	16,8
500 000 à 1 499 999	1 993	18,7	737	16,0
100 000 à 499 999	2 726	25,6	1 133	24,5
10 000 à 99 999	1 787	16,8	870	18,8
Moins de 10 000	2 047	19,2	1 100	23,8

… n'ayant pas lieu de figurer

[1] Les résultats ne sont pas pondérés et ne représentent que les répondants inclus dans l'échantillon.

[2] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[3] Le groupe des Autochtones comprend les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[4] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les personnes suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[5] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

[6] La catégorie « non » comprend les personnes employées dans des secteurs autres que les soins de santé et celles qui ne sont pas employées ou qui sont à la retraite.

[7] Les seuils pour la variable relative à la taille de la collectivité sont celles disponibles dans le Fichier de conversion des codes postaux plus.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Objectifs principaux

Deux analyses de régression logistique distinctes ont été effectuées pour examiner (1) les déterminants sociodémographiques associés à la non-vaccination autodéclarée contre la COVID-19 chez les aînés; et (2) les déterminants sociodémographiques associés à l'intention de ne pas se faire vacciner contre la COVID-19 chez tous les adultes âgés de 18 ans et plus. Pour le premier objectif, seuls les adultes âgés de 60 ans et plus ont été inclus dans les analyses, car ils ont été priorisés pour la vaccination contre la COVID-19 et étaient

le seul groupe admissible à être vaccinés dans toutes les provinces au moment de l'enquête.

Variables quantitatives

Variables de résultat

Les deux variables de résultats étaient l'état de vaccination contre la COVID-19 et l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. La première variable était catégorisée comme « non vacciné » et « a reçu au moins une dose », et la deuxième était « peu susceptible de se faire vacciner » (combinant ceux qui ont déclaré qu'il était « peu » ou « très peu » probable qu'ils se fassent vacciner) et « vacciné ou susceptible de se faire vacciner ». L'intention de se faire vacciner a été mesurée en utilisant une échelle de probabilité de quatre points.

Tableau 2

Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et la couverture vaccinale chez les aînés (personnes âgées de 60 ans et plus) : Les probabilités d'être non vacciné par rapport à celles d'avoir reçu au moins une dose, toutes les provinces, d'avril à mai 2021

	Taille de l'échantillon[1]	Pourcentage non vacciné			Régression logistique simple				Régression logistique multiple[2]			
			Intervalle de confiance de 95 %[3]			Intervalle de confiance de 95 %[3]				Intervalle de confiance de 95 %[3]		
	n	pourcentage	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Dans l'ensemble	4 624	20	18	21								
Province												
Colombie-Britannique	459	26	22	31	4,6 *	1,9	11,6	<0,001	7,1 *	2,7	19,0	<0,001
Alberta	362	21	16	38	3,5 *	1,3	9,9	0,004	4,2 *	1,3	13,7	0,004
Saskatchewan†	335	7	5	11	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Manitoba	386	19	15	24	3,0 *	1,1	7,9	0,011	3,6 *	1,3	10,3	0,004
Ontario	808	20	17	23	3,1 *	1,3	7,7	0,002	4,6 *	1,8	11,9	<0,001
Québec	681	13	11	16	1,9	0,8	4,9	0,402	2,3	0,9	6,3	0,172
Nouveau-Brunswick	360	32	27	39	6,2 *	2,4	16,1	<0,001	6,5 *	2,4	18,1	<0,001
Nouvelle-Écosse	438	29	24	34	5,3 *	2,1	13,0	<0,001	5,7 *	2,2	14,8	<0,001
Île-du-Prince-Édouard	402	39	34	44	8,2 *	3,4	20,2	<0,001	8,9 *	3,4	23,6	<0,001
Terre-Neuve-et-Labrador	393	28	23	33	4,9 *	2,0	12,3	<0,001	4,9 *	1,9	13,1	<0,001
Groupe d'âge												
60 à 64 ans	1 147	66	61	69	7,3 *	4,2	12,6	<0,001	11,2 *	5,8	21,7	<0,001
65 à 69 ans	1 132	78	74	81	4,0 *	2,2	7,2	<0,001	5,3 *	2,7	10,3	<0,001
70 à 79 ans	1 594	89	87	91	1,6	0,9	2,9	0,150	1,9	1,0	3,6	0,052
80 ans et plus†	736	93	90	95	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Travailleur de la santé												
Oui	156	14	6	31	0,7	0,2	1,5	0,533	0,4	0,1	1,4	0,149
Non†	4 421	20	18	21	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Identité autochtone												
Autochtone[5]	102	22E	12	36	1,1	0,5	2,6	0,776	0,8	0,3	1,9	0,601
Non-Autochtone†	4 506	20	18	21	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Genre												
Féminin	2 639	18	16	21	0,8	0,7	1,0	0,096	0,8 *	0,6	1,0	0,043
Masculin†	1 979	21	19	24	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…

… n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

† catégorie de référence

* différence significative par rapport à la catégorie de référence p<0,05)

[1] Les tailles d'échantillons pour les proportions et les modèles de régression logistique simples ne totalisent pas toujours, n=4 624 en raison des valeurs manquantes dans les facteurs sociodémographiques.

[2] La taille de l'échantillon pour la régression logistique multiple est n=4 449. Ce modèle comprend toutes les variables énumérées dans le tableau.

[3] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[4] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[5] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[6] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[7] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi, plus précisément les personnes suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[8] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Tableau 2

Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et la couverture vaccinale chez les aînés (personnes âgées de 60 ans et plus) : Les probabilités d'être non vacciné par rapport à celles d'avoir reçu au moins une dose, toutes les provinces, d'avril à mai 2021 (continue)

	Taille de l'échantillon[1]	Pourcentage non vacciné			Régression logistique simple				Régression logistique multiple[2]			
			Intervalle de confiance de 95 %[3]			Intervalle de confiance de 95 %[3]				Intervalle de confiance de 95 %[3]		
	n	pourcentage	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Niveau de scolarité[6]												
Pas de diplôme d'études secondaires	702	22	18	26	1,3	0,9	2,0	0,374	1,2	0,7	2,1	0,763
Diplôme d'études secondaires	1 313	17	14	19	0,9	0,6	1,4	0,976	0,8	0,5	1,2	0,414
Diplôme d'études postsecondaires	1 549	23	19	26	1,4	0,9	2,0	0,117	1,1	0,7	1,8	0,901
Diplôme universitaire†	1 023	17	15	21	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Revenu du ménage												
Moins de 30 000 $	903	24	21	29	1,8	0,8	3,8	0,258	3,9 *	1,6	9,3	<0,001
De 30 000 $ à moins de 60 000 $	1 381	19	16	22	1,3	0,6	2,7	0,934	2,3 *	1,0	5,3	0,043
De 60 000 $ à moins de 90 000 $	864	19	15	23	1,3	0,6	2,8	0,977	1,9	0,8	4,4	0,299
De 90 000 $ à moins de 120 000 $	468	22	16	28	1,5	0,6	3,6	0,778	1,8	0,7	4,5	0,439
De 120 000 $ à moins de 150 000 $	209	16	11	24	1,1	0,4	3,0	1,000	1,2	0,4	3,7	0,998
150 000 $ ou plus†	304	15	11	22	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
État matrimonial												
Marié(e) ou conjoint(e) de fait†	2 611	20	17	22	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Jamais marié(e)	410	26	21	33	1,4	1,0	2,2	0,089	1,1	0,6	1,7	0,965
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	1 581	17	15	20	0,8	0,6	1,1	0,301	0,9	0,6	1,3	0,849
Groupes de population												
Oui[7]	329	21	17	27	1,1	0,8	1,6	0,432	1,2	0,7	2,1	0,501
Non†	4 244	19	17	21	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Pays de naissance												
Canada†	3 841	20	18	22	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Autre	769	19	16	23	1,0	0,8	1,3	0,912	1,1	0,7	1,6	0,782
Problème de santé chronique[7]												
Au moins un	1 899	18	16	21	0,9	0,7	1,1	0,307	1,0	0,7	1,2	0,719
Aucun†	2 682	20	18	23	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Taille de la collectivité												
1 500 000 ou plus†	777	14	12	17	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
500 000 à 1 499 999	737	16	13	20	1,2	0,7	1,9	0,878	1,4	0,7	2,8	0,68
100 000 à 499 999	1 133	20	17	24	1,5	1,0	2,4	0,080	1,7	0,9	2,9	0,113
10 000 à 99 999	870	26	21	30	2,1 *	1,3	3,3	<0,001	2,5 *	1,4	4,6	<0,001
Moins de 10 000	1 100	25	21	29	2,0 *	1,3	3,1	<0,001	2,4 *	1,3	4,2	<0,001

… n'ayant pas lieu de figurer

E à utiliser avec prudence

† catégorie de référence

* différence significative par rapport à la catégorie de référence (p<0,05)

[1] Les tailles d'échantillons pour les proportions et les modèles de régression logistique simples ne totalisent pas toujours, n=4 624 en raison des valeurs manquantes dans les facteurs sociodémographiques.

[2] La taille de l'échantillon pour la régression logistique multiple est n=4 449. Ce modèle comprend toutes les variables énumérées dans le tableau.

[3] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[4] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[5] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[6] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[7] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi, plus précisément les personnes suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[8] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Variables de contrôle

Afin de tenir compte des différences dans les plans provinciaux de déploiement des vaccins et l'admissibilité à la vaccination au moment de l'enquête, la province de résidence, l'âge, la profession dans le secteur des soins de santé et l'identité autochtone — facteurs utilisés pour définir les critères d'admissibilité — ont été considérés comme des covariables dans les modèles de régression multiple.

Variables indépendantes

Des facteurs sociodémographiques comme le genre, le niveau de scolarité, le revenu du ménage avant impôt, les PSC, l'état matrimonial, le pays de naissance, les groupes de population et la taille de la collectivité ont été inclus comme variables indépendantes. Il a déjà été démontré que les variables incluses dans les modèles étaient liées au résultat modélisé et sont considérées par les auteurs comme ayant conceptuellement un lien potentiel avec le résultat. Dans le cas des variables dont les catégories avaient des tailles d'échantillon largement inégales, la catégorie la plus importante a été utilisée comme référence pour éviter tout problème lié à l'utilisation d'un petit groupe comme groupe de référence. Dans d'autres cas, la catégorie de référence a été sélectionnée en tant que groupe normatif, c'est-à-dire le groupe à partir duquel les comparaisons les plus logiques ou les plus importantes peuvent être établies. Lorsqu'il n'y avait pas de norme évidente et que les tailles des échantillons étaient similaires, la catégorie la plus élevée ou la plus basse (p. ex. éducation, revenu, âge ou taille de la collectivité) ou la catégorie ayant les plus faibles probabilités de fournir des rapports de cotes (RC) supérieurs à 1 a été choisie pour permettre une interprétation plus facile. (Voir le tableau 1 pour la définition des catégories pour chaque variable.)

Analyse statistique

Pour décrire l'échantillon de l'étude, des variables indépendantes catégoriques ont été résumées en utilisant des fréquences et des proportions non pondérées. De plus, les proportions pondérées des aînés non vaccinés ont été estimées et stratifiées selon les caractéristiques sociodémographiques énumérées ci-dessus. Des estimations pondérées de la prévalence (pourcentages) de l'intention de se faire vacciner chez tous les adultes âgés de 18 ans et plus ont également été calculées. Les intervalles de confiance (IC) pour les proportions de la prévalence ont été ajustés en utilisant l'intervalle de score Wilson[26]. Les associations entre les facteurs sociodémographiques et la couverture vaccinale ou l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 ont été déterminées en employant des modèles de régression logistique simples et multiples. À partir de ces modèles, des RC ont été calculés et des tests de comparaison multiples avec l'ajustement Tukey-Kramer ont été effectués pour déterminer les différences statistiquement significatives dans la couverture vaccinale ou l'intention de se faire vacciner. Des modèles simples et multiples ont été ajustés en utilisant la méthode d'analyse complète des cas, car la proportion de cas manquants était très faible (moins de 4 %) et ces cas avaient la même distribution de toutes les variables que les cas complets (données non présentées). Pour les modèles de régression logistique multiple, la multicolinéarité a été évaluée en effectuant des associations du chi-carré entre toutes les variables indépendantes (données non présentées). Même si certaines associations étaient présentes entre certaines variables indépendantes, il n'y avait aucune preuve d'erreurs-types inutilement grandes ou de multicolinéarité grave dans les modèles. Compte tenu de la complexité de la conception de l'enquête, on a estimé des écarts adéquats ajustés à la conception en employant la méthode de rééchantillonnage bootstrap (1 000 échantillons). Les données ont été analysées dans le logiciel SAS Enterprise Guide v.7.1 (SAS version 9.4), et les procédures SURVEVYFREQ et SURVEYLOGISTIC ont été utilisées exclusivement pour s'assurer que la conception complexe de l'enquête était prise en compte dans l'analyse.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Plus de la moitié (56,1 %) de l'échantillon complet (N=10 678) des répondants était composé de femmes, et 43,2 % des personnes incluses dans l'échantillon étaient âgées de 60 ans ou plus. La grande majorité des répondants (79,4 %) sont nés au Canada et plus de la moitié (58,9 %) étaient mariés ou vivaient en union libre. Près de la moitié (45,2 %) des répondants avaient un revenu de ménage prépandémie allant de 30 000 $ à 90 000 $ avant impôt, et la plupart d'entre eux (67,8 %) avaient terminé des études postsecondaires. Enfin, 15,5 % se sont auto-identifiés comme faisant partie d'un certain groupe de population (tableau 1).

Statut vaccinal chez les aînés de 60 ans et plus

Dans l'ensemble, une grande majorité (80 %) des adultes âgés de 60 ans et plus avaient reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19 au moment de l'enquête (tableau 2).

Dans le modèle de régression logistique multiple ajusté, certains groupes étaient plus susceptibles que d'autres d'être non vaccinés. Au moment de l'enquête, les aînés dans toutes les provinces, sauf le Québec, présentaient des probabilités plus élevées d'être non vaccinés (comparativement aux aînés de la Saskatchewan). Les aînés âgés de 60 à 69 ans étaient 5,3 fois (IC à 95 % : 2,7 à 10,3) à 11,2 fois (IC à 95 % : 5,8 à 21,7) plus susceptibles de ne pas être vaccinés que les aînés âgés de 80 ans et plus. La tendance à la hausse observée chez les groupes d'âge plus jeunes était prévue puisque les groupes les plus âgés ont été les premiers à être vaccinés pendant le déploiement initial du vaccin. En outre, une tendance à la hausse a été observée avec la baisse des revenus. Comparativement aux aînés dont le revenu du ménage est de 150 000 $ ou plus, les probabilités d'être non vacciné étaient plus élevées pour ceux dont le revenu du ménage est inférieur à 60 000 $ (RC : 2,3, IC à 95 % : 1,0 à 5,3 et RC : 3,9, IC à 95 % : 1,6 à 9,3 pour les personnes dont le revenu est inférieur à 60 000 $ et inférieur à 30 000 $, respectivement). En outre, les aînés des petites collectivités (moins de 100 000 habitants) étaient 2,4 fois (IC à 95 % : 1,3 à 4,2) à 2,5 fois (IC à 95 % : 1,4 à 4,6) plus susceptibles de ne pas être vaccinés que ceux qui habitent dans de plus grandes collectivités comptant au moins 1 500 000 habitants. Les résultats pour l'identité autochtone et les groupes de population

n'ont pas pu être ventilés davantage en raison de la taille limitée des échantillons (tableau 2).

Les associations observées entre la couverture vaccinale et les quatre covariables énumérées en haut du tableau 2 devraient s'expliquer par les différences dans les plans provinciaux de déploiement des vaccins et l'admissibilité à la vaccination au moment de l'enquête plutôt que par des inégalités sociodémographiques.

Tableau 3
Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et l'intention de se faire vacciner chez les adultes (18 ans et plus) : Les probabilités de ne pas être vacciné par rapport à celles d'être déjà vacciné ou susceptible de se faire vacciner, dans toutes les provinces, d'avril à mai 2021

	Taille de l'échantillon[1]	Pourcentage déclarant qu'il serait peu probable qu'ils se fassent vacciner			Régression logistique simple				Régression logistique multiple[2]			
			Intervalle de confiance de 95 %[3]			Intervalle de confiance de 95 %[4]				Intervalle de confiance de 95 %[4]		
	n	pourcentage	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Dans l'ensemble	10 653	5	5									
Province												
Colombie-Britannique	1 061	6	4	8	0,9	0,4	1,9	1,000	1,2	0,5	3,1	0,999
Alberta	601	6	4	8	0,9	0,4	2,0	1,000	1,2	0,5	3,2	0,999
Saskatchewan†	805	7	5	9	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Manitoba	965	8	6	10	1,2	0,5	2,6	1,000	1,6	0,6	4,2	0,844
Ontario	2 043	5	4	6	0,7	0,3	1,4	0,805	1,0	0,4	2,2	1,000
Québec	1 453	5	4	7	0,7	0,3	1,6	0,949	0,9	0,4	2,3	1,000
Nouveau-Brunswick	777	5	4	8	0,8	0,4	1,8	0,997	0,8	0,3	2,0	0,998
Nouvelle-Écosse	922	5	3	8	0,8	0,3	1,9	0,996	0,8	0,3	2,2	1,000
Île-du-Prince-Édouard	814	5	3	8	0,7	0,3	1,9	0,992	0,7	0,2	2,1	0,988
Terre-Neuve-et-Labrador	815	4	2	6	0,5	0,2	1,3	0,486	0,5	0,2	1,4	0,515
Groupe d'âge												
18 à 29 ans	975	7	5	9	2,6 *	1,3	5,4	0,001	4,0 *	1,5	10,7	0,001
30 à 39 ans	1 509	7	5	9	2,6 *	1,4	4,8	<0,001	5,1 *	2,5	10,7	<0,001
40 à 49 ans	1 735	7	5	9	2,7 *	1,4	4,9	<0,001	5,0 *	2,5	10,0	<0,001
50 à 59 ans	1 817	5	4	6	1,9	1,0	3,5	0,064	3,3 *	1,6	6,9	<0,001
60 à 69 ans	2 271	3	2	4	1,1	0,6	2,0	1,000	1,2	0,6	2,4	0,987
70 ans et plus†	2 325	3	2	4	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Travailleur de la santé												
Oui	1 013	2	1	3	0,3 *	0,2	0,6	<0,001	0,3 *	0,2	0,6	0,001
Non†	9 551	6	5	6	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Identité autochtone												
Autochtone[5]	320	8	5	13	1,7	1,0	3,0	0,063	1,2	0,6	2,2	0,592
Non-Autochtone†	10 308	5	4	6	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Genre												
Féminin	5 973	4	3	5	0,7 *	0,5	0,9	0,002	0,8 *	0,6	1,0	0,040
Masculin†	4 664	6	5	7	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…

… n'ayant pas lieu de figurer

† catégorie de référence

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

[1] Les tailles des échantillons pour les proportions et les modèles de régression logistique simple ne totalisent pas toujours, n=10 678 en raison des valeurs manquantes dans les variables prédictives et de résultats.

[2] La taille de l'échantillon pour la régression logistique multiple est n=10 286. Ce modèle comprend toutes les variables énumérées dans le tableau.

[3] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[4] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[5] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[6] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[7] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les personnes suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[8] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

être interprétées avec prudence, car les différences pourraient

Tableau 3
Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et l'intention de se faire vacciner chez les adultes (18 ans et plus) : Les probabilités de ne pas être vacciné par rapport à celles d'être déjà vacciné ou susceptible de se faire vacciner, dans toutes les provinces, d'avril à mai 2021 (continue)

	Taille de l'échantillon[1]	Pourcentage déclarant qu'il serait peu probable qu'ils se fassent vacciner			Régression logistique simple				Régression logistique multiple[2]			
			Intervalle de confiance de 95 %[3]			Intervalle de confiance de 95 %[4]				Intervalle de confiance de 95 %[4]		
	n	pourcentage	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Niveau de scolarité[6]												
Pas de diplôme d'études secondaires	908	9	6	12	3,1 *	1,7	5,7	<0,001	3,4 *	1,6	7,2	<0,001
Diplôme d'études secondaires	2 499	6	5	8	2 *	1,2	3,4	0,002	1,5	0,9	2,7	0,198
Diplôme d'études postsecondaires	3 751	6	5	7	1,9 *	1,2	3,1	0,002	1,7	1,0	2,8	0,060
Diplôme universitaire†	3 433	3	2	4	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Revenu du ménage												
Moins de 30 000 $	1 438	7	5	9	2,4 *	1,2	5,0	0,008	2,7 *	1,0	7,0	0,037
De 30 000 $ à moins de 60 000 $	2 412	5	3	8	2,0	1,0	4,1	0,084	2,2	0,9	5,6	0,134
De 60 000 $ à moins de 90 000 $	2 011	6	4	8	2,0	1,0	1,0	0,084	2,0	0,8	4,6	0,215
De 90 000 $ à moins de 120 000 $	1 377	4	2	5	1,2	0,5	2,8	0,998	1,2	0,5	3,2	0,996
De 120 000 $ à moins de 150 000 $	863	6	5	7	1,5	0,5	4,7	0,932	1,4	0,4	4,8	0,980
150 000 $ ou plus†	1 684	3	2	4	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
État matrimonial												
Marié(e) ou conjoint(e) de fait†	6 253	4	4	5	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Jamais marié(e)	2 081	8	6	10	1,9 *	1,3	2,8	<0,001	1,4	0,8	2,5	0,291
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	2 283	4	3	5	1,0	0,7	1,4	1,000	1,0	0,7	1,6	0,981
Groupes de population												
Oui[7]	1 585	4	3	6	0,7	0,5	1,1	0,150	0,6 *	0,3	1,0	0,040
Non†	8 947	5	5	6	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Pays de naissance												
Canada†	8 445	6	5	6	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Autre	2 182	4	3	6	0,8	0,6	1,1	0,173	1,2	0,8	1,8	0,499
Problème de santé chronique[8]												
Au moins un	3 225	4	3	5	0,8	0,6	0,6	0,091	0,9	0,6	1,2	0,370
Aucun†	7 330	5	5	6	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Taille de la collectivité												
1 500 000 ou plus†	2 094	4	3	5	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
500 000 à 1 499 999	1 988	5	4	6	1,2	0,7	2,1	0,889	0,9	0,4	1,9	0,998
100 000 à 499 999	2 717	6	4	8	1,4	0,8	2,7	0,474	1,3	0,6	2,9	0,874
10 000 à 99 999	1 784	6	5	8	1,6	0,9	2,6	0,126	1,4	0,6	3,0	0,786
Moins de 10 000	2 045	7	6	9	1,9 *	1,1	3,3	0,021	1,6	0,7	3,5	0,463

… n'ayant pas lieu de figurer

† catégorie de référence

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

[1] Les tailles des échantillons pour les proportions et les modèles de régression logistique simple ne totalisent pas toujours, n=10 678 en raison des valeurs manquantes dans les variables prédictives et de résultats.

[2] La taille de l'échantillon pour la régression logistique multiple est n=10 286. Ce modèle comprend toutes les variables énumérées dans le tableau.

[3] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[4] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[5] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[6] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[7] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les personnes suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[8] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Intention de se faire vacciner chez tous les adultes âgés de 18 ans et plus

Au moment de l'enquête, 95 % des adultes âgés de 18 ans et plus ont déclaré qu'ils avaient été vaccinés (45 %) ou qu'ils étaient susceptibles de se faire vacciner à l'avenir (49 %) (tableau A de l'annexe).

Dans l'analyse de régression logistique multiple ajustée, les personnes de moins de 60 ans étaient 3,3 fois (IC à 95 % : 1,6 à 6,9) à 5,1 fois (IC à 95 % : 2,5 à 10,7) plus susceptibles de déclarer qu'il était peu probable qu'elles se fassent vacciner, comparativement aux personnes âgées de 70 ans ou plus. Une tendance à la hausse a été observée avec la baisse de l'âge (tableau 3). De plus, les personnes qui ne travaillent pas dans le domaine de la santé étaient presque 3,3 fois (IC à 95 % : 1,7 à 5,0) plus susceptibles de déclarer qu'il était peu probable qu'elles se fassent vacciner comparativement aux travailleurs de la santé. La probabilité pour les personnes qui n'ont pas terminé les études secondaires était 3,4 fois (IC à 95 % : 1,6 à 7,2) plus élevée que pour les personnes ayant achevé des études universitaires. Les personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 30 000 $ étaient 2,7 fois (IC à 95 % : 1,0 à 7,0) plus susceptibles de ne pas se faire vacciner, comparativement celles dont le revenu du ménage est supérieur ou égal à 150 000 $. Une tendance à la hausse a été observée avec la baisse des revenus du ménage. Enfin, les probabilités pour les hommes étaient 1,3 fois (IC à 95 % : 1,0 à 1,7) supérieures à celles pour les femmes, et les probabilités pour les personnes n'appartenant pas à un groupe de population étaient 1,7 fois (IC à 95 % : 1,0 à 3,3) supérieures à celles des gens faisant partie d'un certain groupe de population.

Analyses de sensibilité

Plusieurs analyses de sensibilité ont été effectuées pour tester la robustesse des modèles. Premièrement, les aînés résidant au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador sont devenus admissibles à la vaccination pendant la période de collecte des données de l'étude plutôt qu'avant. Une analyse de sensibilité a montré que les résultats concernant le statut de vaccination chez les aînés n'étaient pas affectés par l'élimination de ces trois provinces (données non présentées). Deuxièmement, comme les aînés (de 60 ans et plus) et les adultes autres que les aînés (de 18 à 59 ans) avaient des taux différents de couverture vaccinale au cours de la période étudiée, les déterminants de la non-vaccination ont également été examinés chez les adultes autres que les aînés, car le modèle original incluait uniquement les aînés. Les mêmes modèles ont été appliqués aux adultes autres que les aînés, et les résultats ont montré que toutes les variables indépendantes étaient significativement associées à la non-vaccination, à l'exception de l'état matrimonial, des groupes de population et du pays de naissance (tableau B de l'annexe). De même, les déterminants sociodémographiques de la probabilité de se faire vacciner ont été comparés entre les aînés et les adultes autres que les aînés (tableau C de l'annexe). Chez les aînés, le déterminant sociodémographique de la probabilité de se faire vacciner était la taille de la collectivité. Pour les adultes autres que les aînés, les déterminants sociodémographiques de la probabilité de se faire vacciner étaient le genre, le statut de travailleur de la santé, le niveau d'éducation et l'appartenance autodéclarée à un groupe de population. L'absence d'association entre les facteurs sociodémographiques et l'intention de se faire vacciner observée chez les aînés pourrait être attribuable à la petite taille des échantillons et à la diminution du pouvoir statistique (tableau C en annexe). Enfin, comme le revenu exact n'était pas disponible, les catégories de revenu ont été utilisées et le revenu ajusté en fonction de la taille du ménage n'a pas pu être calculé. Toutefois, en tant qu'analyse de la sensibilité, la taille des ménages a été incluse comme variable supplémentaire dans les modèles, et aucun changement majeur n'a été observé dans les résultats (données non présentées).

Discussion

Statut vaccinal chez les aînés de 60 ans et plus

Selon l'ECVC, les aînés dans toutes les provinces, sauf le Québec, présentaient des probabilités plus élevées d'être non vaccinés (comparativement aux aînés de la Saskatchewan). On s'attendait à ce que cela se produise, car les provinces ont déployé les vaccins pour ce groupe d'âge à différents moments. La Saskatchewan et le Québec ont abaissé l'âge d'admissibilité à la vaccination à 60 ans et plus, entre la fin mars et le début d'avril 2021, soit quelques semaines avant les autres provinces[27-29].

On a constaté des différences importantes dans la non-vaccination contre la COVID-19 chez les aînés. Les personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 60 000 $ ont une couverture inférieure à celle des personnes qui gagnent 150 000 $ et plus. L'association entre un plus faible revenu du ménage et le fait d'être non vacciné suggère une plus faible couverture vaccinale chez les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur. Cependant, les données de cette enquête ne fournissent aucune observation sur les mécanismes de causalité qui sous-tendent cette association. La plupart des études canadiennes ont déjà couvert les disparités en matière de revenu dans le cadre de la couverture vaccinale contre la COVID-19. Cependant, au Canada, on a observé un certain parallélisme entre la couverture vaccinale contre la COVID-19 et la vaccination contre la grippe, où un plus faible revenu était un important facteur prédictif de la non-vaccination [30,31].

Une étude transversale ciblant les personnes âgées de 50 ans et plus au Pays de Galles, au Royaume-Uni, a révélé des taux de vaccination plus faibles parmi les groupes ethniques minoritaires (p. ex. le groupe ethnique noir)[30]. En revanche, cette étude (ajustée en fonction d'autres facteurs sociodémographiques) n'a révélé aucune différence significative dans les probabilités de non-vaccination lorsqu'on compare les personnes qui faisaient partie de groupes de population avec celles âgées de moins de 60 ans au Canada[30].

Bien que certaines études aient montré que le taux de couverture vaccinale par les groupes de minorités ethniques spécifiques était plus élevé ou plus faible que celui des Blancs[13,30], le trop petit nombre d'aînés inclus dans l'échantillon de l'ECVC déclarant faire partie d'un groupe de population a empêché une ventilation plus poussée, occultant ainsi toute différence potentielle. D'autres recherches sur la couverture vaccinale contre la COVID-19 avec de plus grands échantillons de populations racisées dans le contexte canadien seraient nécessaires pour déterminer la situation actuelle.

L'étude menée au Pays de Galles, au Royaume-Uni, a également révélé que les probabilités d'être vacciné contre la COVID-19 étaient plus faibles chez les hommes que chez les femmes[30]. Bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative, l'étude actuelle a montré que les hommes plus âgés présentaient des probabilités plus élevées d'être non vaccinés, ce qui est conforme à ce résultat précédent. Au Canada, aucune différence entre les genres n'a été observée dans la couverture vaccinale contre la grippe[31]. L'association entre la taille de la collectivité et la couverture vaccinale a montré une relation dose-réponse claire dans l'ECVC, avec une proportion plus faible de personnes âgées vaccinées vivant dans des collectivités plus petites. Cela correspond aux résultats précédents observés au Canada, où les travailleurs de la santé vivant dans les régions rurales de la Colombie-Britannique avaient des taux de vaccination inférieurs à ceux des travailleurs de la santé dans les centres urbains[32]. De même, des taux de vaccination moins élevés contre la COVID-19 ont été observés dans les régions rurales aux États-Unis[33]. Le niveau d'éducation, l'infrastructure de soins de santé et les opinions politiques étaient les raisons invoquées par les auteurs pour expliquer cette différence observée aux États-Unis.

Intention de se faire vacciner chez tous les adultes âgés de 18 ans et plus

Dans le modèle d'intention ajustée, les probabilités d'être réticent à se faire vacciner étaient beaucoup plus grandes chez les personnes qui étaient de sexe masculin, plus jeunes (moins de 60 ans), moins instruites, ne faisant pas partie d'un groupe de population, qui n'étaient pas des travailleurs de la santé et qui appartenaient à un ménage à faible revenu. Des preuves semblables ont été trouvées pour les variables de l'âge et du niveau d'éducation dans des études canadiennes récentes[12,18,34,35]. Les personnes faisant partie d'un groupe de population, les Autochtones et les travailleurs essentiels non liés aux soins de santé, présentaient aussi des probabilités moins élevées de recevoir un vaccin contre la COVID-19[17]. Cependant, dans la présente étude, l'identité autochtone n'avait pas d'association statistiquement significative avec l'intention de se faire vacciner et, en contrepartie, la probabilité d'être réticent à se faire vacciner était plus importante chez les personnes qui n'étaient pas membres d'un groupe de population que chez celles qui l'étaient. Des études récentes menées aux États-Unis ont révélé que les groupes ethniques, en particulier les Asiatiques et les Hispaniques, étaient plus susceptibles d'accepter les vaccins contre la COVID-19 que les Blancs, les Asiatiques ayant les plus faibles niveaux d'hésitation[36,37]. Comme le CCNI recommande que les travailleurs de la santé soient priorisés pour recevoir un vaccin au Canada[38], cela pourrait expliquer en partie les constatations de la présente étude comme quoi la couverture vaccinale et l'intention de se faire vacciner sont plus élevées chez les travailleurs de la santé. Inversement, les études ont révélé une plus grande réticence à l'égard de la vaccination chez les populations ethniques non blanches[39,40]; par conséquent, une enquête plus approfondie est nécessaire pour examiner l'association entre l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 et les populations racisées, d'autant plus qu'elle peut varier d'un groupe à l'autre.

Selon les résultats de l'ECVC, les hommes étaient plus susceptibles de déclarer qu'il était peu probable qu'ils se fassent vacciner contre la COVID-19. Cela contraste avec certaines constatations observées dans d'autres études menées au Canada et dans d'autres pays, selon lesquelles les femmes avaient une plus faible intention de se faire vacciner[12,16,17,20,36,40]. Dans une étude menée en Saskatchewan, le fait d'être un immigrant récent (né à l'extérieur du Canada et vivant au pays depuis moins de 20 ans) était associé à une plus grande probabilité de réticence à l'égard de la vaccination[16]. Inversement, dans la présente étude, aucune association significative n'a été observée avec le pays de naissance au niveau national. Par ailleurs, il n'y avait pas de lien étroit entre la probabilité de se faire vacciner et le fait d'avoir un PSC dans les modèles de régression simple ou multiple. Néanmoins, une étude récente menée au Québec a démontré que le fait d'être ou de vivre avec une personne ayant un PSC et une plus grande perception du risque à l'égard de la COVID-19 demeurait l'un des plus forts prédicteurs de l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19[12]. Cette différence potentielle entre le Canada et le Québec pourrait être en partie attribuable au taux élevé de mortalité observé au Québec lors de la première vague de la pandémie[41], ce qui augmente les risques perçus de COVID-19 chez les Québécois[12].

Points forts et limites

Comme dans le cas de toute enquête à grande échelle, l'ECVC a plusieurs points forts ainsi que plusieurs limites qu'il faut prendre en compte lorsque l'on interprète les résultats. Les principaux points forts de l'enquête étaient la taille suffisamment grande de l'échantillon et le taux de réponse élevé de 59,2 %. Cela a permis à l'analyse d'inclure divers facteurs sociodémographiques. Des analyses ont été effectuées en employant des poids d'échantillonnage étalonnés pour s'assurer que les estimations étaient représentatives de tous les Canadiens vivant dans les 10 provinces.

Il faut cependant reconnaître que l'étude comprend certaines limites. Selon la base de sondage de l'ECVC, environ 95,4 % des logements avaient une adresse postale. La faible proportion

de la population sans adresse postale, qui peut différer du reste de la population cible, a donc été exclue de la base de sondage.

Comme beaucoup d'autres enquêtes de Statistique Canada, l'ECVC excluait les collectivités des Premières Nations dans les réserves et les personnes vivant en institution. L'exclusion de ce dernier groupe pourrait avoir une incidence sur la capacité à généraliser les résultats sur les déterminants de la non-vaccination contre la COVID-19 dans l'ensemble de la population âgée de 60 ans et plus. Les territoires ont également été exclus de l'analyse, ce qui pourrait avoir une incidence sur la couverture des peuples autochtones. Les interviews ont été menés uniquement en français ou en anglais, excluant donc les répondants qui ne maîtrisent pas l'une ou l'autre des langues officielles. Cette limite pourrait avoir une incidence sur la représentation de certains groupes de population dans les résultats de l'ECVC, car la barrière linguistique pourrait les avoir empêchés de participer. Ces populations peuvent avoir des différences dans l'accès aux services de soins de santé ou l'utilisation de ces services par rapport aux autres adultes canadiens.

Les mesures dans l'ECVC sont autodéclarées et peuvent aussi être assujetties à un biais de rappel et à un biais de désirabilité sociale. Toutefois, il est moins probable qu'un biais de rappel influence la présente étude, étant donné que la collecte de données a pris fin moins de cinq mois après le début des plans de déploiement des vaccins contre la COVID-19. Malgré un taux de réponse satisfaisant, on ne peut exclure le biais de réponse. En effet, ceux qui s'intéressent davantage au sujet seraient plus susceptibles de répondre à l'enquête. Les estimations de l'enquête sont ajustées afin de rendre compte des cas de non-réponse par l'intermédiaire du poids de sondage. Toutefois, dans la mesure où les ménages non-répondants et les non-répondants diffèrent du reste de l'échantillon, le biais de sélection résiduelle ne peut pas être complètement éliminé.

Il se peut fort bien que d'autres facteurs non mesurés dans cette enquête puissent également être associés aux résultats modélisés. D'autres recherches sont nécessaires pour explorer d'autres déterminants potentiels.

Conclusion

La présente étude met en lumière les attitudes positives des Canadiens à l'égard de la vaccination. En mai 2021, la majorité de la population adulte était vaccinée, ayant reçu au moins une dose (45 %) ou se disait susceptible de recevoir un vaccin contre la COVID-19 à l'avenir (49 %). Dans l'ECVC, les personnes qui étaient de sexe masculin, qui étaient plus jeunes, qui ne faisaient pas partie d'un groupe de population, qui n'étaient pas des travailleurs de la santé et dont le niveau de scolarité ou le revenu du ménage était faible, étaient associées à une moins grande probabilité d'être vaccinées contre la COVID-19. Il est essentiel de poursuivre les efforts visant à rejoindre les groupes réticents à se faire vacciner et à promouvoir la couverture vaccinale pour protéger tous les Canadiens contre la maladie.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Statistique Canada pour sa collaboration, et tous les participants à l'étude d'avoir pris le temps de répondre à l'enquête.

Tableau A de l'annexe

Proportions pondérées pour l'intention de se faire vacciner, par facteurs sociodémographiques chez les adultes (âgés de 18 ans et plus), toutes les provinces, d'avril à mai 2021

	Vacciné				Non vacciné, probable				Non vacciné, peu probable			
			Intervalle de confiance de 95 %[1]				Intervalle de confiance de 95 %[1]				Intervalle de confiance de 95 %[1]	
	n	%	de	à	n	%	de	à	n	%	de	à
Dans l'ensemble	5 542	45	44	47	4 609	49	48	51	502	5	5	6
Province												
Colombie-Britannique	548	46	43	50	459	48	45	52	54	6	4	8
Alberta	542	46	43	49	397	48	45	52	59	6	4	8
Saskatchewan	518	54	50	57	240	40	36	43	47	7	5	9
Manitoba	491	42	39	45	421	50	47	54	53	8	6	10
Ontario	1 081	45	43	47	872	51	48	53	90	5	4	6
Québec	839	47	45	50	551	48	45	50	63	5	4	7
Nouveau-Brunswick	362	40	36	43	371	55	51	59	44	5	4	8
Nouvelle-Écosse	414	36	33	39	473	59	56	62	35	5	3	8
Île-du-Prince-Édouard	348	33	30	37	435	62	58	65	31	5	3	8
Terre-Neuve-et-Labrador	399	43	40	47	390	53	49	57	26	4	2	6
Âge												
18 à 29 ans	173	17	14	20	739	77	73	80	63	7	5	9
30 à 39 ans	361	26	23	29	1 039	67	64	71	109	7	5	9
40 à 49 ans	548	34	31	37	1 076	59	56	63	111	7	5	9
50 à 59 ans	805	45	42	49	927	50	46	53	85	5	4	6
60 à 69 ans	1 544	71	68	74	656	26	23	29	71	3	2	4
70 ans et plus	2 099	91	89	92	163	7	5	8	63	3	2	4
Travailleur de la santé												
Oui	800	83	79	86	187	16	12	19	26	2	1	3
Non	4 689	41	40	42	4 392	53	52	55	470	6	5	6
Identité autochtone[2]												
Autochtone	165	53	44	61	127	39	31	48	28	8	5	13
Non-Autochtone	5 363	45	44	46	4 475	50	48	51	470	5	4	6
Genre												
Masculin	2 245	40	38	42	2 171	54	52	56	248	6	5	7
Féminin	3 292	51	49	53	2 431	45	43	47	250	4	3	5
Niveau de scolarité[3]												
Pas de diplôme d'études secondaires	592	59	53	64	249	32	27	38	67	9	6	12
Diplôme d'études secondaires	1 314	42	39	45	1 041	52	49	55	144	6	5	8
Diplôme d'études postsecondaires	1 886	45	42	47	1 681	50	47	52	184	6	5	7
Diplôme universitaire	1 710	46	44	48	1 622	51	49	53	101	3	2	4
Revenu du ménage												
Moins de 30 000 $	809	46	43	50	527	47	42	51	102	7	5	9
De 30 000 $ à moins de 60 000 $	1 353	50	47	53	940	44	41	47	119	6	5	7
De 60 000 $ à moins de 90 000 $	984	39	36	42	934	55	52	58	93	6	4	8
De 90 000 $ à moins de 120 000 $	666	44	40	48	664	52	49	56	47	4	2	5
De 120 000 $ à moins de 150 000 $	380	41	37	46	454	54	50	59	29	5	3	8
150 000 $ ou plus	840	46	43	49	798	51	48	54	46	3	2	4
État matrimonial												
Jamais marié(e)	677	24	22	27	1 260	68	65	71	144	8	6	10
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	3 303	50	48	52	2 708	46	44	47	242	4	4	5
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	1 542	65	62	68	631	31	28	33	110	4	3	5
Problème de santé chronique[4]												
Au moins un	2 009	59	57	62	1 088	36	34	39	128	4	3	5
Aucun	3 484	41	39	42	3 479	54	52	56	367	5	5	6
Pays de naissance												
Canada	4 527	47	46	49	3 514	47	46	49	404	6	5	6
Autre	1 000	41	38	43	1 087	55	52	58	95	4	3	6
Groupes de population												
Oui[5]	600	34	31	37	923	62	59	65	62	4	3	6
Non	4 887	50	48	51	3 638	45	44	47	422	5	5	6
Taille de la collectivité												
1 500 000 ou plus	1 131	45	42	47	890	51	49	54	73	4	3	5
500 000 à 1 499 999	1 029	43	40	46	869	53	50	55	90	5	4	6
100 000 à 499 999	1 356	42	39	45	1 251	52	49	56	110	6	4	6
10 000 à 99 999	881	49	45	53	805	44	40	48	98	6	5	8
Moins de 10 000	1 132	53	49	56	786	40	37	44	127	7	6	9

[1] Intervalle de Wilson pour les proportions.

[2] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[3] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[4] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

[5] Les personnes qui s'identifient en utilisant l'une des catégories de réponses énoncées dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi, plus précisément les catégories suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Tableau B de l'annexe

Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et la couverture vaccinale chez les personnes autres que les aînés (18 à 59 ans) : Les probabilités d'être non vacciné par rapport à celles d'avoir reçu au moins une dose, toutes les provinces, d'avril à mai 2021

	Taille de l'échantillon	% non vacciné			Régression logistique simple				Régression logistique multiple			
			Intervalle de confiance de 95 %[1]			Intervalle de confiance de 95 %[2]				Intervalle de confiance de 95 %[2]		
	n	%	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Province												
Colombie-Britannique	604	67	62	71	1,2	0,7	1,9	0,982	2,0 *	1,0	3,8	0,038
Alberta	640	66	62	70	1,1	0,7	1,7	0,996	1,5	0,8	2,9	0,582
Saskatchewan†	471	63	58	67	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Manitoba	582	74	70	78	1,7 *	1,0	2,6	0,020	2,6 *	1,2	5,6	0,004
Ontario	1 239	70	68	73	1,4	1,0	2,0	0,112	2,0 *	1,2	3,5	0,002
Québec	774	72	69	76	1,5 *	1,0	2,3	0,025	2,6 *	1,4	4,9	<0,001
Nouveau-Brunswick	419	76	72	80	1,9 *	1,2	3,1	0,002	2,8 *	1,4	5,6	<0,001
Nouvelle-Écosse	485	83	80	86	2,9 *	1,7	4,9	<0,001	5,4 *	2,7	10,9	<0,001
Île-du-Prince-Édouard	413	81	76	85	2,4 *	1,4	4,2	<0,001	3,9 *	1,8	8,5	<0,001
Terre-Neuve-et-Labrador	426	74	69	79	1,7 *	1,0	2,8	0,048	3,6 *	1,7	7,5	<0,001
Âge												
18 à 29 ans	979	84	80	86	4,2 *	3,0	6,0	<0,001	5,8 *	3,7	9,0	<0,001
30 à 39 ans	1 516	74	71	77	2,4 *	1,8	3,2	<0,001	4,0 *	2,8	5,9	<0,001
40 à 49 ans	1 735	66	63	69	1,6 *	1,3	2,1	<0,001	2,1 *	1,6	2,8	<0,001
50 à 59 ans†	1 818	55	51	58	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Travailleur de la santé												
Oui	857	18	15	21	0,1 *	0,0	0,1	<0,001	0,0 *	0,0	0,1	<0,001
Non†	5 151	78	77	80	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Identité autochtone												
Autochtone[3]	218	57	46	67	0,6	0,4	0,9	0,080	0,4 *	0,2	0,9	0,021
Non-Autochtone†	5 824	71	71	72	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Genre												
Féminin	3 347	64	61	66	0,5 *	0,5	0,6	<0,001	0,7 *	0,6	0,9	<0,001
Masculin†	2 696	77	74	79	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Niveau de scolarité[4]												
Pas de diplôme d'études secondaires	208	78	69	84	2,0 *	1,1	3,7	0,021	1,8	0,9	3,6	0,153
Diplôme d'études secondaires	1 192	82	78	84	2,5 *	1,8	3,5	<0,001	1,8 *	1,3	2,6	<0,001
Diplôme d'études postsecondaires	2 208	70	68	73	1,3 *	1,1	1,7	0,005	1,5 *	1,1	2,0	0,002
Diplôme universitaire†	2 416	64	61	66	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…

… n'ayant pas lieu de figurer

† catégorie de référence

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

[1] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[2] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[3] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[4] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représent la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[5] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les catégories suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[6] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Tableau B de l'annexe

Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et la couverture vaccinale chez les personnes autres que les aînés (18 à 59 ans) : Les probabilités d'être non vacciné par rapport à celles d'avoir reçu au moins une dose, toutes les provinces, d'avril à mai 2021 (continue)

	Taille de l'échantillon	% non vacciné			Régression logistique simple				Régression logistique multiple			
			Intervalle de confiance de 95 %[1]			Intervalle de confiance de 95 %[2]				Intervalle de confiance de 95 %[2]		
	n	%	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Revenu du ménage												
Moins de 30 000 $	537	79	74	84	2,6 *	1,5	4,3	<0,001	1,8 *	1,0	3,1	0,046
De 30 000 $ à moins de 60 000 $	1 033	76	72	80	2,1 *	1,4	3,1	<0,001	1,5	0,9	2,5	0,122
De 60 000 $ à moins de 90 000 $	1 149	78	75	82	2,4 *	1,7	3,5	<0,001	2,1 *	1,3	3,2	<0,001
De 90 000 $ à moins de 120 000 $	913	68	64	72	1,4	1,0	2,0	0,114	1,2	0,8	1,9	0,804
De 120 000 $ à moins de 150 000 $	654	68	63	73	1,4	0,9	2,1	0,149	1,1	0,7	1,8	0,992
150 000 $ ou plus†	1 380	60	56	64	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
État matrimonial												
Marié(e) ou conjoint(e) de fait†	3 650	65	63	67	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Jamais marié(e)	1 676	81	78	83	2,3 *	1,8	1,3	<0,001	1,1	0,8	1,5	0,678
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	710	65	59	70	1,0	0,7	2,9	0,997	1,0	0,7	1,5	0,989
Groupes de population												
Oui[5]	1 261	74	71	77	1,3 *	1,1	1,6	0,004	1,2	0,9	1,7	0,138
Non†	4 717	69	67	70	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Pays de naissance												
Canada†	4 618	69	67	70	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Autre	1 421	74	71	77	1,2	1,0	1,5	0,046	1,2	0,9	1,6	0,176
Problème de santé chronique[6]												
Au moins un	1 333	62	58	66	0,6 *	0,5	0,8	<0,001	0,7 *	0,6	0,9	0,003
Aucun†	4 657	72	70	74	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
Taille de la collectivité												
1 500 000 ou plus†	1 323	69	66	72	1,0	…	…	…	1,0	…	…	…
500 000 à 1 499 999	1 255	72	68	75	1,1	0,8	1,5	0,804	1,6	1,0	2,5	0,051
100 000 à 499 999	1 593	77	73	80	1,5 *	1,1	2,0	0,012	2,1 *	1,4	3,1	<0,001
10 000 à 99 999	917	68	63	73	1,0	0,6	1,4	0,997	1,6	1,0	2,6	0,053
Moins de 10 000	947	65	60	69	0,8	0,6	1,2	0,544	1,2	0,7	1,9	0,906

… n'ayant pas lieu de figurer

† catégorie de référence

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

[1] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[2] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[3] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[4] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représent la classification utilisée pour le niveau de scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[5] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les catégories suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[6] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Tableau C de l'annexe

Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et l'intention de se faire vacciner chez les aînés (60 ans et plus) et les personnes autres que les aînés (18 à 59 ans) : Les probabilités de ne pas être vacciné par rapport à celles d'être déjà vacciné ou susceptible de se faire vacciner, toutes les provinces, d'avril à mai 2021

	Non-aînés											
	Taille de l'échantillon	% déclarant qu'il est peu probable qu'ils se fassent vacciner			Régression logistique simple				Régression logistique multiple			
			Intervalle de confiance de 95 %[1]			Intervalle de confiance de 95 %[2]				Intervalle de confiance de 95 %[2]		
	n	%	de	à	Rapport de cotes	de	à	Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	de	à	Valeur de p
Dans l'ensemble	**6 041**	**6**	**5**	**7**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**
Province												
Colombie-Britannique	604	7	4	10	0,8	0,3	2,1	1,000	1,2	0,4	3,7	1,000
Alberta	638	7	5	10	0,8	0,3	2,1	1,000	2,3	0,5	4,0	0,998
Saskatchewan†	470	8	6	11	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Manitoba	582	10	7	14	1,3	0,5	3,1	0,997	2,0	0,7	5,9	0,634
Ontario	1 236	6	4	7	0,7	0,3	1,5	0,901	1,0	0,4	2,7	1,000
Québec	772	6	5	9	0,8	0,3	1,9	0,997	1,0	0,3	3,0	1,000
Nouveau-Brunswick	417	5	3	9	0,7	0,2	1,9	0,963	0,7	0,2	2,1	0,978
Nouvelle-Écosse	484	6	4	10	0,8	0,3	2,4	1,000	0,8	0,2	2,8	1,000
Île-du-Prince-Édouard	413	6	4	10	0,8	0,2	2,3	0,999	0,8	0,2	3,0	1,000
Terre-Neuve-et-Labrador	425	5	3	7	0,6	0,2	1,7	0,790	0,5	0,1	1,7	0,718
Âge												
18 à 29 ans	975	7	5	9	1,4	0,8	2,6	0,439	1,2	0,5	2,7	0,944
30 à 39 ans	1 509	7	5	9	1,4	0,8	2,3	0,363	1,5	0,8	2,7	0,275
40 à 49 ans	1 735	7	5	9	1,4	0,8	2,4	0,335	1,5	0,8	2,6	0,304
50 à 59 ans†	1 817	5	4	6	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
60 à 64 ans	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
65 à 69 ans	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
70 à 79 ans	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
80 ans et plus†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Travailleur de la santé												
Oui	857	2	1	3	0,3 *	0,1	0,5	<0,001	0,3 *	0,2	0,6	0,001
Non†	5 141	7	5	8	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Identité autochtone												
Autochtone[3]	218	11	6	17	1,8	1,0	3,4	0,052	1,3	0,7	2,6	0,386
Non-Autochtone†	5 814	6	5	7	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Genre												
Féminin	3 340	5	4	6	0,6 *	0,4	0,8	<0,001	0,7 *	0,5	1,0	0,024
Masculin†	2 691	8	6	9	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Scolarité[4]												
Pas de diplôme d'études secondaires	207	16	10	25	5,4 *	2,3	12,9	<0,001	3,8 *	1,4	10,4	0,003
Diplôme d'études secondaires	1 190	8	6	11	2,5 *	1,4	4,5	<0,001	1,7	0,9	3,2	0,144
Diplôme d'études postsecondaires	2 205	7	6	9	2,3 *	1,3	3,8	<0,001	1,9 *	1,1	3,3	0,026
Diplôme universitaire†	2 413	3	3	5	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Revenu du ménage												
Moins de 60 000 $	1 569	9	7	11	2,5 *	1,4	4,5	<0,001	2,1	0,9	4,9	0,087
De 60 000 $ à moins de 120 000 $	2 059	6	5	8	1,7	0,9	3,0	0,117	1,6	0,8	3,1	0,364
120 000 $ ou plus†	2 034	4	3	5	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
État matrimonial												
Marié(e) ou conjoint(e) de fait†	3 646	5	4	6	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Jamais marié(e)	1 672	8	6	10	1,1	0,7	1,8	0,837	1,0	0,5	1,7	0,989
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	709	6	4	8	1,6 *	1,1	2,4	0,014	1,4	0,8	2,7	0,363
Groupes de population												
Oui[5]	1 243	4	3	6	0,6 *	0,4	1,0	0,033	0,5 *	0,3	0,9	0,031
Non†	4 712	7	6	8	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Pays de naissance												
Canada†	4 613	7	6	8	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Autre	1 416	5	4	7	0,8	0,5	1,1	0,162	1,3	0,8	2,2	0,304
Problème de santé chronique[6]												
Au moins un	1 329	5	4	7	0,8	0,6	1,2	0,363	0,8	0,5	1,2	0,302
Aucun†	4 653	6	5	8	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Taille de la collectivité												
1 500 000 ou plus†	1 319	5	4	7	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
500 000 à 1 499 999	1 253	5	4	7	1,1	0,6	2,0	0,932	0,8	0,3	1,8	0,932
100 000 à 499 999	1 589	8	5	10	1,6	0,8	3,1	0,842	1,4	0,6	3,4	0,842
10 000 à 99 999	916	7	5	10	1,5	0,8	2,9	0,997	1,1	0,4	2,9	0,997
Moins de 10 000	946	10	7	13	2,1	1,1	4,1	0,774	1,5	0,6	3,7	0,774

... n'ayant pas lieu de figurer

F trop peu fiable pour être publié

† catégorie de référence

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

[1] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[2] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[3] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[4] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour la scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[5] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les catégories suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[6] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Tableau C de l'annexe

Associations non ajustées et associations ajustées entre les facteurs sociodémographiques et l'intention de se faire vacciner chez les aînés (60 ans et plus) et les personnes autres que les aînés (18 à 59 ans) : Les probabilités de ne pas être vacciné par rapport à celles d'être déjà vacciné ou susceptible de se faire vacciner, toutes les provinces, d'avril à mai 2021 (continue)

	Aînés											
	Taille de l'échantillon	% déclarant qu'il est peu probable qu'ils se fassent vacciner			Régression logistique simple				Régression logistique multiple			
			Intervalle de confiance de 95 %[1]		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %[2]		Valeur de p	Rapport de cotes ajusté	Intervalle de confiance de 95 %[2]		Valeur de p
	n	%	de	à		de	à			de	à	
Dans l'ensemble	**4 611**	**3**	**2**	**3**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**	**...**
Province												
Colombie-Britannique	457	3	2	6	0,9	0,2	4,1	1,000	1,6	0,3	7,9	0,995
Alberta	360	4	3	7	1,2	0,3	5,4	1,000	1,1	0,2	7,0	1,000
Saskatchewan†	335	4	2	7	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Manitoba	383	2	1	6	0,7	0,1	5,4	1,000	0,7	0,1	6,5	1,000
Ontario	806	2	2	4	0,7	0,2	2,9	0,998	0,9	0,2	4,1	1,000
Québec	681	2	1	3	0,6	0,1	2,6	0,975	0,7	0,1	3,8	0,999
Nouveau-Brunswick	360	5	3	9	1,5	0,3	6,7	0,997	1,8	0,4	9,0	0,980
Nouvelle-Écosse	438	3	2	6	0,8	0,2	4,6	1,000	0,7	0,1	4,7	1,000
Île-du-Prince-Édouard	401	3	1	5	0,8	0,1	4,5	1,000	0,6	0,1	3,9	0,996
Terre-Neuve-et-Labrador	390	2	1	4	0,6	0,1	3,4	0,995	0,6	0,1	3,5	0,995
Âge												
18 à 29 ans	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
30 à 39 ans	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
40 à 49 ans	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
50 à 59 ans†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
60 à 64 ans	1 142	3	2	5	1,2	0,5	3,1	0,929	1,9	0,6	5,3	0,432
65 à 69 ans	1 129	2	1	4	0,8	0,3	2,2	0,948	1,0	0,3	3,0	1,000
70 à 79 ans	1 593	3	2	4	1,0	0,4	2,5	1,000	1,3	0,5	3,5	0,925
80 ans et plus†	732	3	2	5	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Travailleur de la santé												
Oui	156	F	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Non†	4 409	3	2	3	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Identité autochtone												
Autochtone[3]	102	F	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Non-Autochtone†	4 493	3	2	3	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Genre												
Féminin	2 633	3	2	4	1,2	0,7	1,8	0,531	1,1	0,6	1,9	0,716
Masculin†	1 972	3	2	4	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Scolarité[4]												
Pas de diplôme d'études secondaires	701	5	3	8	2,7	1,0 *	7,1	0,036	1,9	0,6	5,7	0,481
Diplôme d'études secondaires	1 308	3	2	4	1,3	0,5	3,5	0,884	1,0	0,3	3,0	1,000
Diplôme d'études postsecondaires	1 546	2	1	3	1,1	0,4	2,8	0,996	0,7	0,2	2,1	0,825
Diplôme universitaire†	1 020	2	1	3	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Revenu du ménage												
Moins de 60 000 $	2 281	3	2	4	1,8	0,4	7,6	0,733	1,4	0,3	6,2	0,933
De 60 000 $ à moins de 120 000 $	1 329	2	1	3	0,8	0,2	3,8	0,986	0,6	0,1	2,8	0,820
120 000 $ ou plus†	513	2	1	4	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
État matrimonial												
Marié(e) ou conjoint(e) de fait†	2 606	2	2	3	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Jamais marié(e)	409	4	2	8	1,9	0,7	5,4	0,321	1,4	0,4	4,5	0,803
Veuf/veuve, séparé(e) ou divorcé(e)	1 574	3	2	5	1,5	0,8	2,7	0,242	1,2	0,6	2,4	0,845
Groupes de population												
Oui[5]	326	2	1	4	0,7	0,2	2,0	0,506	0,9	0,2	4,0	0,929
Non†	4 234	3	2	3	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Pays de naissance												
Canada†	3 831	3	2	4	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Autre	766	2	1	3	0,6	0,3	1,2	0,156	0,8	0,3	1,8	0,564
Problème de santé chronique[6]												
Au moins un	1 896	3	2	4	1,3	0,8	2,0	0,334	1,2	0,7	2,0	0,447
Aucun†	2 676	2	2	3	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Taille de la collectivité												
1 500 000 ou plus†	775	1	1	2	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
500 000 à 1 499 999	734	3	2	5	2,6	0,8	9,0	0,204	2,7	0,6	12,2	0,382
100 000 à 499 999	1 128	2	1	3	1,3	0,3	4,8	0,990	1,2	0,3	5,2	0,997
10 000 à 99 999	868	5	3	8	4,3 *	1,4	13,5	0,005	3,7 *	1,1	13,2	0,035
Moins de 10 000	1 099	4	2	6	3,1	1,0	9,6	0,061	2,9	0,8	10,6	0,152

... n'ayant pas lieu de figurer

F trop peu fiable pour être publié

† catégorie de référence

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

[1] Intervalle de Wilson pour les proportions binomiales.

[2] Les intervalles de confiance de 95 % pour les rapports de cotes ont été ajustés en utilisant la méthode Tukey-Kramer pour les comparaisons multiples.

[3] Les Autochtones comprennent les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis ou les Inuit.

[4] Le plus haut certificat, diplôme ou grade complété représente la classification utilisée pour la scolarité. Les études « postsecondaires » comprennent les études collégiales, le cégep, les diplômes d'apprenti ou obtenus d'une école de métiers, ainsi que d'autres certificats ou diplômes non universitaires. Les études « universitaires » comprennent le baccalauréat et les diplômes de niveau supérieur.

[5] Les personnes qui s'identifient à l'aide de l'une des catégories de réponses énoncées dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* , plus précisément les catégories suivantes : Asiatique du Sud, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique de l'Ouest, Coréen et Japonais.

[6] Les problèmes de santé chroniques menant à un risque plus élevé de conséquences graves attribuables à la COVID-19 comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales chroniques, la maladie d'Alzheimer, les maladies pulmonaires chroniques, ainsi que le fait d'être immunodéprimé ou immunodéficient.

Source : Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, cycle 2 (du 12 avril au 12 mai 2021).

Références

1. Comité consultatif national de l'immunisation. Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. 2021 [mis à jour le 6 janvier 2022; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19.html

2. Harder T., Koch J., Vygen-Bonnet S., Külper-Schiek W., Pilic A., Reda S. et coll. *Efficacy and effectiveness of COVID-19 vaccines against SARS-CoV-2 infection: interim results of a living systematic review, 1 January to 14 May 2021*. Euro surveillance. 2021;26 (28):2 100 563. DOI : 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.28.2100563.

3. McDonald I., Murray SM., Reynolds C.J., Altmann D.M. et Boyton R.J. *Comparative systematic review and meta-analysis of reactogenicity, immunogenicity and efficacy of vaccines against SARS-CoV-2*. NPJ Vaccines. 2021;6:74. DOI : 10.1038/s41541-021-00336-1.

4. Tregoning J.S., Flight K.E., Higham S.L., Wang Z. et Pierce B.F. *Progress of the COVID-19 vaccine effort: viruses, vaccines and variants versus efficacy, effectiveness and escape*. Nature Reviews Immunology. 2021;21:626-36. DOI : 10.1038/s41577-021-00592-1.

5. Skowronski D.M., Setayeshgar S., Zou M., Prystajecky N., Tyson J.R., Sbihi H. et coll. *Comparative single-dose mRNA and ChAdOx1 vaccine effectiveness against SARS-CoV-2, including variants of concern: test-negative design, British Columbia, Canada*. The Journal of infectious diseases. 2022;226(1):485-96. DOI : 10.1093/infdis/jiac023.

6. Skowronski D.M., Febriani Y., Ouakki M., Setayeshgar S., El Adam S., Zou M. et coll. *Two-dose SARS-CoV-2 vaccine effectiveness with mixed schedules and extended dosing intervals: test-negative design studies from British Columbia and Quebec, Canada.* Clinical Infectious Diseases. 2022;ciac290. [Diffusion en ligne avant publication en format papier]. DOI : 10.1093/cid/ciac290.

7. Chung H., He S., Nasreen S., Sundaram M.E., Buchan S.A., Wilson S.E. et coll. Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 covid-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infection and severe covid-19 outcomes in Ontario, Canada: test negative design study. BMJ. 2021;374:n1943. DOI : 10.1136/bmj.n1943.

8. Nasreen S., Chung H., He S., Brown K.A., Gubbay J.B., Buchan S.A. et coll. *Effectiveness of COVID-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infection and severe outcomes with variants of concern in Ontario.* Nature Microbiology. 2022;7(3):379-85. DOI : 10.1038/s41564-021-01053-0.

9. Holtkamp N., Kolbe A. et Beleche T. *COVID-19 Vaccination Associated with Reductions in COVID-19 Mortality and Morbidity in the United States, and an Approach to Valuing these Benefits*. Washington (DC): Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. 2021 [mis à jour le 15 déc. 2021; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/cfae1f63ba6d7eeda21d3fcf2a35c6bc/aspe-ib-association-of-vaccination-select-outcomes.pdf.

10. Eyre D.W., Taylor D., Purver M., Chapman D., Fowler T., Pouwels K.B. et coll. *Effect of Covid-19 Vaccination on Transmission of Alpha and Delta Variants*. New England Journal of Medicine. 2022;386(8):744-56. DOI : 10.1056/NEJMoa2116597.

11. Macdonald N. et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. *Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants*. Vaccine. 2015;33 (34):4161–4. DOI : 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.

12. Dubé E., Dionne M., Pelletier C., Hamel D. et Gadio S. *COVID-19 vaccination attitudes and intention among Quebecers during the first and second waves of the pandemic: findings from repeated cross-sectional surveys*. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2021;17(11):3922-32. DOI : 10.1080/21645515.2021.1947096.

13. Kirksey L., Milam A.J., Curry C.W. et Sorour A.A. *Vaccine hesitance and vaccine access in minority communities*. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2021;89(9). DOI : 10.3949/ccjm.88a.ccc079.

14. Ismail S.J., Tunis M.C., Zhao L. et Quach C. *Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic*. BMJ Global Health. 2021;6(1):e004087. DOI : 10.1136/bmjgh-2020-004087.

15. Iveniuk J., Leon S. *An uneven recovery: Measuring COVID-19 vaccine equity in Ontario*. Toronto (Ontario) : Wellesley Institute. 2021 [mis à jour le 16 avril 2022; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2021/04/An-uneven-recovery-Measuring-COVID-19-vaccine-equity-in-Ontario.pdf.

16. Muhajarine N., Adeyinka D.A., McCutcheon J., Green K., Fahlman M. et Kallio N. *COVID-19 vaccine hesitancy and refusal and associated factors in an adult population in Saskatchewan, Canada: Evidence from predictive modelling*. PloS one. 2021;16(11):e0259513. DOI : 10.1371/journal.pone.0259513.

17. Ogilvie G.S., Gordon S., Smith L.W., Albert A., Racey C.S., Booth A. et coll. *Intention to receive a COVID-19 vaccine: results from a population-based survey in Canada*. BMC Public Health. 2021;21(1):1017. DOI : 10.1186/s12889-021-11098-9.

18. Dzieciolowska S., Hamel D., Gadio S., Dionne M., Gagnon D., Robitaille L. et coll. *Covid-19 vaccine acceptance, hesitancy, and refusal among Canadian healthcare workers: A multicenter survey*. American Journal of Infection Control. 2021;49(9):1152-7. DOI : 10.1016/j.ajic.2021.04.079.

19. Barry V., Dasgupta S., Weller D. L., Kriss J. L., Cadwell B. L., Rose C., Pingali C., Musial T., Sharpe J. D., Flores S. A., Greenlund K. J., Patel,A., Stewart,A., Qualters J. R., Harris L., Barbour,K. E. et Black C. L. *Patterns in COVID-19 Vaccination Coverage, by Social Vulnerability and Urbanicity - United States, December 14, 2020-May 1, 2021*. Morbidity and mortality weekly report (MMWR). 2021;70(22):818-24. DOI : 10.15585/mmwr.mm7022e1.

20. Robertson E., Reeve K.S., Niedzwiedz C.L., Moore J., Blake M., Green M. et coll. *Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study*. Brain, Behavior, and Immunity. 2021;94:41-50. DOI : 10.1016/j.bbi.2021.03.008.

21. MacDonald N., Comeau J., Dubé È., Graham J., Greenwood M., Harmon S. et coll. *Rapport de la Société royale du Canada sur la COVID-19 : Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada.* FACETS. 2021;6:1184-246. DOI : 10.1139/facets-2021-0037.

22. Bambra C., Riordan R., Ford J. et Matthews F. *The COVID-19 pandemic and health inequalities*. Journal of Epidemiology and Community Health. 2020;74(11):964. DOI : 10.1136/jech-2020-214401.

23. Paremoer L., Nandi S., Serag H. et Baum F. *Covid-19 pandemic and the social determinants of health*. BMJ. 2021;372:n 129. DOI : 10.1136/bmj.n129.

24. Statistique Canada. *Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19 (ECVC).* Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada. 2021 [mis à jour le 8 juillet 2021; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5347

25. Statistique Canada. *Méthodologie de l'Enquête sur la population active*. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada. 2017 [mis à jour le 21 décembre 2017; cité le 20 juin 2022]. N° du rapport : 71-526-X. Disponible à l'adresse suivante : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/71-526-x/71-526-x2017001-fra.pdf

26. Curtin L., Kruszon-Moran D., Carroll M. et Li X. *Estimation and Analytic Issues for Rare Events in NHANES*. Proceedings of the Survey Research Methods Section American Statistical Association. 2006:2893–903.

27. Gouvernement de la Saskatchewan. *COVID-19 Update For March 30: 184,436 Vaccines Administered, 164 New Cases, 201 Recoveries, One New Death* [Communiqué de presse]. 2021 [mis à jour le 30 mars 2021; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2021/march/30/covid19-update-for-march-30-184436-vaccines-administered-164-new-cases-201-recoveries-one-new-death.

28. CBC News. *COVID-19 in Quebec : What you need to know Monday*. 2021 [mis à jour le 22 mars 2021; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/covid-19-in-quebec-need-to-know-march-22-1.5958721.

29. Ministre de la Santé et des Services sociaux. *Pandémie de la COVID-19 – La vaccination s'accélère au Québec et est élargie à plus de groupes prioritaires* [Communiqué de presse]. 2021 [mis à jour le 7 avril 2021; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-2748/

30. Perry M., Akbari A., Cottrell S., Gravenor M.B., Roberts R., Lyons R.A. et coll. *Inequalities in coverage of COVID-19 vaccination: A population register based cross-sectional study in Wales, UK.* Vaccine. 2021;39 (42):6256–61. DOI : 10.1016/j.vaccine.2021.09.019.

31. Farmanara N., Sherrard L., Dubé E. et Gilbert N.L. *Determinants of non-vaccination against seasonal influenza in Canadian adults: findings from the 2015-2016 Influenza Immunization Coverage Survey*. Canadian Journal of Public Health. 2018;109(3):369-78. DOI : 10.17269/s41997-018-0018-9.

32. Yassi A., Barker S., Lockhart K., Taylor D., Harris D., Hundal H. et coll. *COVID-19 infection and vaccination rates in healthcare workers in British Columbia, Canada: A Longitudinal Urban versus Rural Analysis of the Impact of the Vaccine Mandate*. medRxiv [préimpression]. 2022 [cité le 20 juin 2022]. DOI : 10.1101/2022.01.13.22269078. Disponible à l'adresse suivante : https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.13.22269078v1

33. Sun Y. et Monnat S.M. *Rural-urban and within-rural differences in COVID-19 vaccination rates*. Journal of Rural Health. 2021. [Diffusion en ligne avant publication sur papier]. DOI : 10.1111/jrh.12625.

34. Benham J., Atabati O., Oxoby R., Mourali M., Shaffer B., Sheikh H. et coll. *COVID-19 Vaccine Attitudes and Beliefs: A Canadian National Cross-Sectional Survey and Cluster Analysis*. JMIR Public Health and Surveillance. 2021;7(12):e30424. DOI : 10.2196/30424.

35. Lavoie K.L., Gosselin-Boucher V., Stojanovic J., Gupta S., Gagne M., Joyal-Desmarais K. et coll. *Understanding national trends in COVID-19 vaccine hesitancy in Canada – April 2020 to March 2021*. BMJ Open. 2022;12(4):e059411. DOI : 10.1136/bmjopen-2021-059411.

36. Liu R. et Li G.M. *Hesitancy in the time of coronavirus: Temporal, spatial, and sociodemographic variations in COVID-19 vaccine hesitancy*. SSM - Population Health. 2021;15:100896. DOI : 10.1016/j.ssmph.2021.100896.

37. Malik A.A., McFadden S.M., Elharake J. et Omer S.B. *Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US*. EClinicalMedicine. 2020;26:100495. DOI : 10.1016/j.eclinm.2020.100495.

38. Comité consultatif national de l'immunisation. *Orientations préliminaires sur les principales populations à immuniser en priorité contre la COVID-19.* Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. 2020 [mis à jour le 23 déc. 2021; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/orientations-principales-populations-immuniser-priorite-covid-19.html.

39. Gerretsen P., Kim J., Caravaggio F., Quilty L., Sanches M., Wells S. et coll. *Individual determinants of COVID-19 vaccine hesitancy*. PLOS ONE. 2021;16(11):e0258462. DOI : 10.1371/journal.pone.0258462.

40. Aw J., Seng J.J., Seah S.S et Low L.L. *COVID-19 Vaccine Hesitancy –A Scoping Review of Literature in High-Income Countries*. Vaccines. 2021;9 (8). DOI : 10.3390/vaccines9080900.

41. Agence de la santé publique du Canada. *Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19.* Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. 2022 [mis à jour le 11 juin 2022; cité le 20 juin 2022]. Disponible à l'adresse suivante : https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/#a2