

ÉTAT DES PRATIQUES

Risques d'hospitalisation et de décès en lien avec la COVID-19 chez les usagers des services de réadaptation présentant une déficience physique

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Risques d'hospitalisation et de décès en lien avec la COVID-19 chez les usagers des services de réadaptation présentant une déficience physique

Rédaction

El Kebir Ghandour
Jean-Luc Kaboré

Coordination scientifique

Annie Tessier

Direction

Marie-Claude Sirois
Mike Benigeri
Anne Chamberland

Cet état des pratiques a été préparé par les professionnels scientifiques de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Membres de l'équipe projet

Auteurs principaux

El Kebir Ghandour, Ph. D.

Jean-Luc Kaboré, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M.S.S.

Directeurs

Marie-Claude Sirois, M. Sc., M. Sc. adm.

Mike Benigeri, Ph. D.

Repérage d'information scientifique

Bin Chen, *tech. doc.*

Soutien administratif

Brigitte Beaulieu

Julie Dionne

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique

Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN 978-2-550-92205-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Risques d'hospitalisation et de décès en lien avec la COVID-19 chez les usagers des services de réadaptation présentant une déficience physique. État des pratiques rédigé par El Kebir Ghandour et Jean-Luc Kaboré, Québec, Qc : INESSS; 2022. 27 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions du lecteur et de la lectrice externes ou des autres personnes consultées aux fins du projet.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
1 MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1 Recension sommaire de la littérature.....	4
1.2 Analyse des cas d'infection au Québec	4
1.2.1 Population à l'étude	4
1.2.2 Variables à l'étude	6
1.2.3 Analyses statistiques	8
2 RÉSULTATS.....	9
2.1 Impacts de la COVID-19 rapportés dans la littérature pour les personnes ayant un handicap, au Canada et à l'international.....	9
2.1.1 Risques de complications, d'hospitalisation et de décès liés à la COVID-19 chez les personnes vivant avec une déficience physique (handicap)	9
2.1.2 Impacts de la pandémie sur les services reçus par les personnes ayant une DP.....	12
2.2 Infection par la COVID-19 au Québec chez les personnes de la cohorte déficience physique (DP).....	13
2.2.1 Comparaison de la population générale avec la cohorte DP	13
2.2.2 Comparaison des cas testés et des cas confirmés entre la population générale et les personnes de la cohorte DP	16
2.2.3 Nombre de cas hospitalisés et décédés chez les personnes de la cohorte DP	16
2.2.4 Caractéristiques sociodémographiques des cas confirmés hospitalisés et décédés chez les personnes de la cohorte DP	17
2.2.5 Risque d'hospitalisation chez les personnes de la cohorte DP	19
2.2.6 Risque de décès chez les personnes de la cohorte DP.....	21
2.3 Limites des analyses	23
2.3.1 Généralisation des résultats	23
2.3.2 Biais de confusion	23
CONCLUSION	24
RÉFÉRENCES	25
ANNEXE A.....	27
Liste des codes de programmes-services	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre et pourcentage des personnes dans la cohorte DP et dans la population totale ...	14
Tableau 2	Comparaison de la population totale avec la population de la cohorte DP selon certaines caractéristiques	15
Tableau 3	Proportion des cas testés et des cas confirmés	16
Tableau 4	Proportion non ajustée des cas confirmés qui ont été hospitalisés ou sont décédés	17
Tableau 5	Répartition des cas confirmés de la cohorte DP, hospitalisés ou décédés, selon leurs caractéristiques.....	18
Tableau 6	Risque relatif d'hospitalisation chez les cas ¹ confirmés de la cohorte DP, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population	20
Tableau 7	Risque relatif d'hospitalisation chez les cas* confirmés de la cohorte DP selon le type de déficience, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population	21
Tableau 8	Risque relatif de décès chez les cas* confirmés de la cohorte DP, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population	22
Tableau 9	Risque relatif de décès chez les cas* confirmés de la cohorte DP selon le type de déficience, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population	23

RÉSUMÉ

Introduction

Dans la littérature, le handicap revêt de multiples formes, qui comprennent notamment les déficiences physiques (motrices (DM), auditives (DA) et visuelles (DV)), les lésions cérébrales traumatiques, les déficiences intellectuelles et les troubles du développement.

Au Québec, la déficience physique (DP) est définie comme une condition qui entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et qui réduit ou risque de réduire la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux. La prévalence de l'incapacité pour les Québécois de 15 ans et plus était de 16 % en 2017.

Les personnes ayant une déficience physique présentent souvent des limitations fonctionnelles multiples, des problèmes de santé chroniques¹ et d'autres facteurs individuels, tels que le fait de vivre dans des milieux de vie collectifs, d'avoir de multiples contacts avec des soignants ou d'éprouver des difficultés de communication. Dans la littérature scientifique publiée à l'international, ces facteurs ont été associés à un risque accru d'infection, d'hospitalisation ainsi que de complications en cas d'infection par la COVID-19.

Pour savoir si les personnes présentant une DP étaient plus à risque d'hospitalisation et de décès par la COVID-19 que la population générale au Québec, une analyse a été réalisée à partir des données jumelées issues des banques de données clinico-administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que de la « cohorte COVID » mise en place à l'INESSS à la suite de la pandémie.

Une mise en garde est nécessaire pour l'interprétation des données. La déficience physique n'est pas un diagnostic et aucun code spécifique n'est disponible dans les banques de données clinico-administratives. Ainsi, pour créer la cohorte, il a été nécessaire d'utiliser la banque de données du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD), qui consigne les services internes et externes offerts par les centres de réadaptation du Québec. Celle-ci est fort probablement composée de personnes plus lourdement atteintes que l'ensemble de la population vivant avec une DP. Ainsi, les résultats des analyses faites dans le cadre de cet état des pratiques ne concernent pas l'ensemble des Québécois ayant une DP et ne sont pas généralisables à toute cette population.

¹ Ces personnes présentent plus de problèmes de santé chroniques et d'affections en comorbidité, utilisent souvent des traitements immunosuppresseurs et présentent une vulnérabilité aux maladies respiratoires combinée à une faible expression des symptômes, ce qui les expose aux formes sévères de ces maladies, par rapport aux personnes sans handicap [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2021].

Enfin, bien que les résultats sur les risques d'hospitalisation et de décès aient été ajustés selon l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles de santé, d'autres facteurs pouvant avoir un impact sur l'hospitalisation ou le décès n'ont pas pu être pris en compte (p. ex. : la gravité des comorbidités et l'obésité). Il est donc important d'interpréter les résultats sur les risques d'hospitalisation ou de décès avec prudence.

Caractéristiques de la cohorte

- La cohorte DP était composée des personnes qui ont reçu des services spécialisés ou surspécialisés dans les cinq dernières années (usagers actifs,) du programme-services Déficience physique².
- Cette cohorte comportait un peu plus de 164 000 personnes.
- L'analyse inclut l'ensemble des cas d'infection par le virus SARS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 (début de la première vague) et le 4 décembre 2021 (fin de la 4^e vague).
- Les données portant sur la 5^e vague n'ont pas été considérées dans l'analyse, car le système de santé et de services sociaux ne décompte plus de façon précise le nombre de cas d'infection depuis la survenue de cette vague.

Hospitalisation

- Après ajustement³, les cas de COVID de la cohorte DP avaient un risque plus élevé d'être hospitalisés par rapport aux cas de COVID dans le reste de la population. Toutefois, ce risque est différent selon le type de déficience :
 - les cas de COVID en déficience motrice (DM) avaient un risque plus élevé de 65 %;
 - les cas de COVID en déficience visuelle (DV) avaient un risque plus élevé de 10 %;
 - il n'y avait pas de plus grand risque d'être hospitalisé pour les cas de COVID en déficience auditive (DA).

Décès

- Après ajustement, il n'y avait pas de différence dans le risque de décéder pour les cas de COVID de la cohorte DP par rapport aux cas de COVID dans le reste de la population.

² La cohorte DP regroupe les personnes qui ont été identifiées à travers les codes de programmes-services contenus dans la banque de données du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). Les personnes retenues sont celles qui ont été inscrites au moins une fois au programme-services en lien avec une DM, DA ou DV, entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021.

³ Les résultats sur les risques d'hospitalisation et de décès ont été ajustés pour l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles de santé.

- Il n'y avait pas non plus de différence quant au risque de décéder pour les cas COVID, quel que soit le type de déficience, comparativement au reste de la population.

Conclusion

Les résultats de cette analyse indiquent que les personnes de la cohorte DP ne présentent pas un risque de décès plus grand que la population générale, mais ont un risque plus élevé d'hospitalisation par rapport à celle-ci. Des facteurs personnels et environnementaux peuvent contribuer à cette situation. Elle peut notamment s'expliquer par les plus hauts taux de comorbidités ainsi que par les changements physiologiques qui accompagnent certaines conditions physiques et qui augmentent la vulnérabilité aux maladies respiratoires. La difficulté de la personne ayant une DP à communiquer ses besoins ou à comprendre les informations transmises oralement, en raison du port de masque, de même qu'une restriction de l'accès à certains services de réadaptation ou de soutien à domicile sont également des pistes proposées dans la littérature pour comprendre ce plus grand risque d'hospitalisation.

Ces résultats peuvent soutenir la planification des mesures futures dans le contexte de la pandémie. Il apparaît important d'adapter les mesures préventives et la prestation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes ayant une DP. Il serait bénéfique, notamment, que des accommodements soient possibles pour ceux qui ont besoin d'une tierce personne pour communiquer. La formation des cliniciens sur les besoins et les droits des personnes ayant une DP peut également être utile. Enfin, des taux de réadmission non planifiée plus élevés, tels que documentés dans la littérature scientifique, soulignent l'importance de mettre en place un processus de congé axé sur le patient, afin de l'aider à organiser un retour sécuritaire dans son milieu de vie [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2021; Morrow *et al.*, 2021].

SUMMARY

Risks of hospitalization and death related to COVID-19 in people with physical disabilities using rehabilitation services

Introduction

Disability takes many forms in the literature, including physical disabilities (motor impairment (MI), hearing impairment (HI) and visual impairment (VI)), traumatic brain injuries, intellectual disabilities and developmental disorders.

In Quebec, physical disability (PD) is defined as a condition which results in or is most likely to result in significant and persistent disabilities (including episodic disabilities) related to hearing, vision, language or motor activities and which reduces or is likely to reduce the performance of current activities or social roles. The prevalence of disability for Quebecers aged 15 and over was 16% in 2017.

People with physical disabilities often present multiple functional limitations, chronic health problems⁴ and other individual factors, such as residing in communal living settings, having multiple contacts with caregivers or experiencing communication difficulties. In the scientific literature published internationally, these factors have been associated with an increased risk of infection, hospitalization and complications from COVID-19 infection.

To determine whether people presenting a PD were more at risk of hospitalization and death from COVID-19 than the general population in Quebec, an analysis was carried out using paired data from the clinical administrative databases of the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), the ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) and the “COVID cohort” established at INESSS in response to the pandemic.

A caveat is necessary for the interpretation of the data. Physical disability is not a diagnosis, and no specific code is available in the clinical administrative databases. To create the cohort, it was therefore necessary to use the database of the Information System for Persons with Disabilities (SIPAD), which records the services offered by rehabilitation centres in Quebec. This database is most likely made up of people who are more heavily affected than the general population living with a PD. The results of the analyses carried out as part of this review of practices do not therefore apply to all Quebecers with a PD and cannot be generalized to this entire population.

⁴ Compared to people without disabilities, these individuals have more chronic health problems and comorbid conditions, often use immunosuppressive treatments and have a vulnerability to respiratory diseases combined with a low expression of symptoms, which exposes them to the severe forms of these diseases. [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2021].

Finally, although the results on the risks of hospitalization and death were adjusted according to age, gender, region of residence, type of residence and number of illnesses and other health conditions, it was not possible to take into account other factors that could potentially have an impact on hospitalization or death (e.g., the severity of comorbidities and obesity). It is therefore important to exercise caution when interpreting the results on the risks of hospitalization or death.

Cohort Characteristics

- The PD cohort was made up of people who received specialized or highly specialized services from the Physical Disability service program⁵ in the last five years (active users).
- This cohort consisted of just over 164,000 individuals.
- The analysis includes all cases of infection with the SARS-CoV-2 virus between March 1, 2020 (start of the first wave) and December 4, 2021 (end of the fourth wave).
- Data for the fifth wave was not considered in the analysis because, as of the onset of this wave, the health and social services system stopped providing accurate counts of the number of cases of infection.

Hospitalization

- After adjustment,⁶ COVID cases in the PD cohort were at higher risk of being hospitalized compared to COVID cases in the rest of the population. However, this risk was different depending on the type of impairment:
 - COVID cases with a motor impairment (MI) had a 65% higher risk;
 - those with a visual impairment (VI) had a 10% higher risk;
 - those with a hearing impairment (HI) presented no greater risk of hospitalization.

Death

- After adjustment, there was no difference in the risk of death for COVID cases in the PD cohort compared to COVID cases in the rest of the population.
- There was also no difference in the risk of death for COVID cases, regardless of impairment type, compared to the rest of the population.

⁵ The PD cohort included people who were identified through the service program codes found in the database of the Information System for Persons with Disabilities (SIPAD). The individuals selected had been registered at least once in the service program in connection with a MI, a HI or a VI between March 1, 2015 and August 9, 2021.

⁶ The results on the risks of hospitalization and death were adjusted for age, gender, region of residence, type of residence and number of illnesses and other health conditions.

Conclusion

The results of this analysis indicate that people in the PD cohort are not at greater risk of death than the general population; they are, however, at greater risk of being hospitalized. Personal and environmental factors can contribute to this situation. It can be explained in particular by the higher rates of comorbidities as well as by the physiological changes which accompany certain physical conditions and which increase vulnerability to respiratory diseases. The literature also suggests other possible reasons to explain this greater risk of hospitalization. One such reason relates to the difficulty experienced by individuals with a PD in communicating their needs or understanding information that is imparted to them orally when wearing a mask. Another reason is the restricted access to certain rehabilitation or home support services.

These results can support the planning of future measures in the context of a pandemic. It seems important to adapt preventive measures and the provision of care and services to suit the specific needs of people with a PD. It would be beneficial to ensure that accommodations are available for individuals who need a third party in order to communicate. Training clinicians on the needs and rights of people with a PD may also be helpful. Finally, higher unplanned readmission rates, as documented in the scientific literature, underscore the importance of implementing a patient-centred discharge process to help patients organize a safe return to their living environment. [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2021; Morrow *et al.*, 2021].

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé définit l'handicap comme étant : « l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (p. ex. : paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (p. ex. : attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles ou accompagnement social limité) » [Organisation Mondiale de la Santé, 2021]. Le handicap entraîne des difficultés fonctionnelles importantes nécessitant le plus souvent le recours à des soins de santé. Il revêt de multiples formes, qui comprennent notamment les déficiences physiques (motrices (DM), auditives (DA) et visuelles (DV)), les lésions cérébrales traumatiques, les déficiences intellectuelles et les troubles du développement [Brown *et al.*, 2022]. Environ 15 % (plus d'un milliard de personnes) de la population mondiale présente une forme ou une autre de handicap⁷ [Organisation Mondiale de la Santé, 2021]. En Amérique du Nord, la prévalence du handicap est estimée à 20 % [Brown *et al.*, 2022].

De façon plus spécifique, pour ce qui est des incapacités physiques, un peu plus d'une personne sur 10 âgée de 15 ans et plus présentait une incapacité (audition, vision, parole, mobilité, agilité, ou incapacité de nature physique non déterminée) modérée ou grave au Québec en 2010-2011 [Lecours *et al.*, 2015]. Selon l'Office des personnes handicapées du Québec⁸, la prévalence de l'incapacité pour les 15 ans et plus est passée de 9,6 % en 2012 à 16,1 % en 2017. Cette augmentation semble être plus marquée chez les personnes âgées de 15 à 64 ans, dont le taux était de 14 % en 2017 comparativement à 6,7 % en 2012. La majorité des aînés de 85 ans et plus (6 sur 10) avaient un handicap [Lecours *et al.*, 2015]. En 2017, le taux d'incapacité est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes de 15 ans et plus (17,8 % c. 14,4 %). Par ailleurs, 6,3 % des personnes de 15 ans et plus ont déclaré avoir une incapacité légère, 3,3 % une incapacité modérée, 3,1 % une incapacité grave et 3,4 % une incapacité très grave [Office des personnes handicapées du Québec, 2020]. Enfin, 16,4 % des enfants québécois de 0 à 17 ans avaient une incapacité en 2016⁹. Les garçons étaient significativement plus nombreux que les filles dans cette situation (18,7 % c. 14,1 %). Parmi l'ensemble des enfants de ce groupe d'âge, 8,3 % avaient une incapacité légère, et une proportion similaire (8,2 %) une incapacité modérée ou grave [Office des personnes handicapées du Québec, 2020].

⁷ La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) définit le handicap de façon générique comme terme désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation [Organisation mondiale de la Santé, 2012].

⁸ L'Office des personnes handicapées du Québec utilise principalement les données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI), éditions de 2012 et 2017, réalisée par Statistique Canada, afin d'estimer le nombre de personnes de 15 ans et plus avec incapacité et de dresser un portrait de leur participation sociale.

⁹ Étant donné qu'aucune enquête spécifique sur l'incapacité chez les enfants n'est disponible au Québec, ni au Canada, l'Office utilise les données du recensement de 2016.

Les personnes ayant une déficience physique (DP) présentent souvent des facteurs individuels et environnementaux (p. ex. : éprouver des difficultés de communication, vivre dans des milieux de vie collectifs ou avoir de multiples contacts avec des soignants), ce qui les rend plus vulnérables à la COVID-19.

OBJECTIFS

Les objectifs de cet état des pratiques sont :

- de documenter, à partir de la littérature, les risques de complications pour les personnes atteintes de la COVID-19 qui ont une DP, ainsi que l'impact de la pandémie sur les services reçus;
- d'établir un portrait des cas d'infection par le SARS-CoV-2 au Québec de la cohorte DP entre le 1^{er} mars 2020 (début de la 1^{re} vague) et le 4 décembre 2021 (fin de la 4^e vague), et de comparer les risques d'hospitalisation et de décès de cette cohorte par rapport au reste de la population.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Recension sommaire de la littérature

Une recension sommaire de la littérature scientifique a été réalisée afin de documenter les risques de complications pour les personnes atteintes de la COVID-19 qui ont une DP, ainsi que l'impact de la pandémie sur les services reçus. Un repérage non exhaustif d'études publiées en 2020 et 2021, couvrant principalement les périodes des deux premières vagues de la pandémie COVID-19, a été fait dans la base de données Pubmed. La recherche documentaire a été effectuée en utilisant les termes « COVID-19 » et « handicap physique », ou des termes connexes. Cette revue visait à retenir les études pertinentes axées sur les handicaps, de manière générale, sans inclure celles qui se sont concentrées sur des affections invalidantes spécifiques (p. ex. : paralysie cérébrale, sclérose en plaques, démence, autres troubles neurologiques).

Initialement, 335 publications ont été repérées, dont 8 ont été retenues. La qualité méthodologique des études n'a pas été évaluée. Les publications considérées provenaient de quatre pays : États-Unis (2 études), Canada (3 études), Royaume-Uni (2 études) et Corée du Sud (1 étude). Les résultats de cette recension sommaire des écrits sont présentés sous forme d'une revue narrative de la littérature.

1.2 Analyse des cas d'infection au Québec

1.2.1 Population à l'étude

Population générale

La cohorte de la population générale est composée de l'ensemble des personnes vivantes et couvertes par le régime public d'assurance maladie du Québec, au moins un jour entre le début (1^{er} mars 2020) et la fin de la période de référence (4 décembre 2021). Cette cohorte est construite à l'aide du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA), qui contient les caractéristiques démographiques (âge, sexe, date de décès, etc.) des personnes ainsi que l'historique de leurs adresses et de leur admissibilité aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. Il est à noter que le nombre de personnes considérées dans les analyses est supérieur à la population totale vivante du Québec, car il inclut les personnes nées après le 1^{er} mars 2020 et celles décédées après le 1^{er} mars 2020.

Population inscrite à un programme-services en déficience physique (DP)

La déficience physique (DP) se définit comme la déficience d'un système organique qui entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et qui réduisent ou risquent de réduire la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux [Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017].

La « cohorte DP » a été créée à partir de la banque de données du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). Le SIPAD recueille des renseignements sur les usagers qui reçoivent des services spécialisés et surspécialisés offerts par les centres de réadaptation du Québec [Direction générale des services sociaux et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012]. Ces services s'adressent à des personnes de tous âges présentant des incapacités qui perdurent et qui altèrent de façon significative la réalisation de leurs habitudes de vie, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Les incapacités peuvent être liées à une déficience auditive, langagière, motrice ou visuelle [Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017].

Les renseignements recueillis dans le SIPAD portent sur l'utilisateur, l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services, l'assignation à un programme-services, à une ressource ou à un milieu de services, ainsi que sur l'intervention et les plans de services individualisés [Direction générale des services sociaux et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012]. Les données sur l'inscription à un programme-services en DP dans les centres de réadaptation du Québec ont été utilisées pour identifier les personnes recevant des services en DP. Cette approche a été choisie car il n'existe pas d'algorithme standardisé qui permettrait d'identifier toutes les personnes vivant avec une DP à partir des données clinico-administratives.

Dans ce rapport, seules les déficiences motrices (DM), auditives (DA) et visuelles (DV) ont été considérées (voir la liste des codes SIPAD à l'annexe 1) pour définir la DP. Ainsi, les personnes retenues dans la cohorte DP sont celles qui comptent au moins une inscription en cours (active) à un programme-services en DM, DA ou DV dans les 5 dernières années, soit entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021 (date d'extraction des données dans le SIPAD). Il est à noter que les personnes qui ont eu des inscriptions au programme-services en DP ayant pris fin avant le 1^{er} mars 2015 ne sont pas incluses dans la cohorte DP.

Le reste de la population du Québec (p. ex. : les personnes n'ayant pas une inscription en cours (active) à un programme-services en DP entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021) a servi de groupe de comparaison pour les analyses.

Cohorte SARS-CoV-2

La cohorte de cas confirmés de SARS-CoV-2 est composée des cas confirmés par détection d'acides nucléiques ou par lien épidémiologique et des cas cliniques (diagnostic médical). Les cas confirmés par détection d'acides nucléiques ont été rapportés dans le fichier des laboratoires, alors que les cas confirmés par lien épidémiologique et les cas cliniques ont été répertoriés dans le fichier de surveillance épidémiologique des directions de santé publique (V10). Les cas confirmés par lien épidémiologique correspondent aux personnes qui ont développé des symptômes compatibles (fièvre, toux récente, toux chronique exacerbée, essoufflement ou perte de l'odorat) alors qu'elles étaient considérées comme un contact à risque élevé d'un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité, et sans autre cause. Les cas cliniques correspondent aux personnes qui ont eu des « symptômes compatibles avec la COVID-19 sans aucune autre cause apparente ».

La cohorte de cas confirmés de SARS-CoV-2 a été constituée à l'aide du fichier des laboratoires et du fichier V10 :

- le fichier des laboratoires comprend la date de prélèvement et le résultat de toutes les personnes qui ont été testées pour détecter les acides nucléiques du SARS-CoV-2;
- le fichier de surveillance épidémiologique des directions de santé publique (V10) a été utilisé pour répertorier les cas confirmés par lien épidémiologique et les cas cliniques. Ce fichier contient également certains renseignements pertinents sur tous les cas confirmés, dont le milieu de vie et la date du décès, le cas échéant.

1.2.2 Variables à l'étude

Les variables d'intérêt ont été obtenues grâce au jumelage de la cohorte DP avec différents fichiers de données clinico-administratives, à l'aide d'un numéro banalisé unique pour chaque personne. Ces variables sont présentées ci-dessous.

Date index

Cette date correspond, dans la plupart des cas, à celle du prélèvement associé au premier test positif de COVID-19 dans le fichier Labo.

Décès

Un décès résultant d'une cause associée à la COVID-19 est considéré si :

- ce statut apparaît dans le fichier V10;
- la personne décède lors d'une hospitalisation associée à un diagnostic de COVID-19;
- le décès est déclaré dans le FIPA dans les 14 jours suivant la date index.

Hospitalisation

Une hospitalisation pour cause associée à la COVID-19 est considérée si :

- il y a une inscription dans le fichier de transmission préliminaire de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO);
- il y a une inscription dans le fichier MED-ÉCHO régulier avec un diagnostic CIM-10 de COVID-19 confirmée (U07.1), de COVID-19 suspectée (U07.2) ou un syndrome inflammatoire associé à la COVID-19 (U073), codé comme diagnostic principal, secondaire, à l'admission ou au décès au cours du séjour hospitalier.

Le fichier de transmission préliminaire de MED-ÉCHO contient toutes les hospitalisations pour la COVID-19 survenues en temps quasi réel, y compris les séjours qui sont en cours, tandis que le fichier MED-ÉCHO régulier contient les séjours complets transmis à la banque centrale de la RAMQ (c.-à-d. dates d'admission, de congé ou de décès). Un jumelage de ces deux sources a été effectué à l'aide du numéro banalisé du bénéficiaire afin d'enlever les doublons et de conserver des séjours uniques.

Pour les analyses contenues dans ce rapport, les dates de test et d'infection considérées vont du 1^{er} mars 2020 (début de la pandémie au Québec) au 4 décembre 2021 (fin de la 4^e vague). Cependant, la période prise en compte pour les hospitalisations et décès dus à la COVID va du 1^{er} mars 2020 au 2 février 2022, afin d'avoir une fenêtre de 60 jours depuis la date de fin de l'étude (4 décembre 2021). Cela permet de capter les hospitalisations et décès qui surviendraient dans un délai de 60 jours après l'infection.

Variables de contrôle

Les variables suivantes ont été utilisées afin de comparer les populations à l'étude et d'ajuster leurs effets éventuels sur le risque d'hospitalisation ou de décès :

- âge au 1^{er} mars 2020;
- sexe;
- région de résidence au 1^{er} mars 2020;
- milieu de vie, tel que rapporté dans le V10;
 - domicile et autres types de résidence (prison, congrégation religieuse, autre);
 - centre hospitalier (CH) ou de réadaptation (CR);
 - centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - ressource intermédiaire (RI) ou de type familial (RTF);
 - résidence privée pour aînés (RPA).
- nombre de maladies et autres troubles de santé : ce nombre a été calculé à l'aide de la méthode du *Grouper* de l'ICIS. Cette méthode attribue à chaque personne une valeur « oui/non » pour 226 maladies et autres troubles de santé différents, à partir des diagnostics inscrits dans les banques de données clinico-administratives au cours des trois dernières années.

1.2.3 Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont permis de comparer les caractéristiques sociodémographiques de la population générale avec celles de la cohorte DP.

Puis, les nombres et pourcentages bruts de cas testés, de cas confirmés, de cas hospitalisés et de cas décédés ont été calculés dans chacun des deux groupes. Pour chacun de ces indicateurs, le rapport présente également la répartition selon les caractéristiques sociodémographiques dans les deux groupes.

Afin de comparer les risques d'hospitalisation et de décès en lien avec la COVID-19 entre la population générale et la cohorte DP, une régression de Poisson avec estimés de variance robuste modélisant l'hospitalisation (ou le décès), en fonction d'une liste de variables de contrôle en plus de la variable « cohorte DP », a été effectuée. Cette analyse permet d'approximer de très près le modèle log-binomial, ce qui permet d'obtenir directement des risques relatifs (RR) ajustés.

Pour les hospitalisations, la régression exclut les cas suspectés d'infection nosocomiale (p. ex. : la date de l'hospitalisation précède de 7 jours ou plus la date de l'infection).

2 RÉSULTATS

2.1 Impacts de la COVID-19 rapportés dans la littérature pour les personnes ayant un handicap, au Canada et à l'international

2.1.1 Risques de complications, d'hospitalisation et de décès liés à la COVID-19 chez les personnes vivant avec une déficience physique (handicap)

La littérature scientifique souligne bien le fait que les personnes vivant avec un handicap présentent souvent des limitations fonctionnelles multiples, des problèmes de santé chroniques¹⁰ et d'autres facteurs individuels associés à un risque accru :

- d'infection par le virus de la COVID-19 [Brown *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2021; Lebrasseur *et al.*, 2021; Pettinicchio *et al.*, 2021];
- d'hospitalisation et de complications en cas d'infection par le virus (p. ex. : ventilation mécanique invasive, séjour hospitalier plus long, admission en soins intensifs¹¹) [Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021];
- d'impacts importants (en contexte de pandémie) sur leur santé mentale (p. ex. : dépression) [Lebrasseur *et al.*, 2021; Morrow *et al.*, 2021; Pettinicchio *et al.*, 2021; Schwartz *et al.*, 2021].

Le risque d'infection par le virus de la COVID-19 est plus élevé chez les personnes vivant avec un handicap, compte tenu notamment des facteurs personnels et environnementaux (p. ex. : vivre en rassemblement dans des milieux de vie collectifs ou des établissements de soins de longue durée, compter sur les proches aidants ou autres personnes pour répondre à leurs besoins quotidiens, vulnérabilité sociale ou pauvreté).

Le risque de complications de la COVID-19 chez les personnes ayant un handicap est également plus élevé par rapport à la population sans handicap, en raison, entre autres, de comorbidité (p. ex. : maladie pulmonaire obstructive chronique, maladie coronarienne, démence, diabète, épilepsie, hypertension, insuffisance cardiaque et troubles psychiatriques) [Brown *et al.*, 2022]. Les personnes ayant un handicap avaient un plus grand risque d'avoir un retard de diagnostic et, conséquemment, de développer des formes sévères d'infection [Brown *et al.*, 2022] ainsi que d'être hospitalisées lorsqu'elles

¹⁰ Ces personnes présentent plus de problèmes de santé chroniques et une plus grande comorbidité, reçoivent souvent des traitements immunosuppresseurs et montrent une vulnérabilité aux maladies respiratoires combinée à une faible expression des symptômes, ce qui les expose aux formes sévères de ces maladies, par rapport aux personnes sans handicap [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2021].

¹¹ À l'exception de celle de Brown *et al.* [2022], plusieurs études ont noté un risque plus élevé d'admission en soins intensifs après hospitalisation chez les personnes vivant avec un handicap, par rapport à ceux sans handicap [Kavanagh *et al.*, 2022]. Cette différence entre les résultats de ces études pourrait être due à des particularités méthodologiques de l'étude de Brown et ses collaborateurs [2022] rendant plus difficile la détection des différences entre les patients avec handicap et ceux sans handicap (p. ex. : ajustement pour un grand nombre de covariables, évaluation du risque seulement chez les patients admis à l'hôpital, prédominance dans l'échantillon analysé des personnes plus âgées et en moins bonne santé avec un risque de mortalité de base plus élevé).

présentaient des symptômes de la COVID-19¹² [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021]. Les personnes vivant avec un handicap ont aussi été confrontées à des défis supplémentaires dans le contexte de la pandémie, tels que des obstacles à la mobilité et à la communication, une réduction du soutien familial et des proches, de même que des difficultés d'accès à certains services sur lesquels elles comptaient pour combler leurs besoins quotidiens (p. ex. : services à domicile et communautaires) [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2022; Lebrasseur *et al.*, 2021; Schwartz *et al.*, 2021].

Une fois admises à l'hôpital en raison de la COVID-19, les personnes ayant un handicap avaient, comparativement à celles n'en ayant pas, un risque plus élevé de faire un séjour plus long à l'hôpital ainsi qu'un risque élevé de réadmission non planifiée dans les 30 jours après l'hospitalisation [Brown *et al.*, 2022], particulièrement les personnes de moins de 64 ans et celles ayant un handicap avec incapacité importante [Choi *et al.*, 2021]. Ces deux risques accrus semblent ne pas être expliqués uniquement par les facteurs sociodémographiques, la comorbidité associée ou la sévérité de la COVID-19 à l'admission à l'hôpital [Brown *et al.*, 2022].

De plus, il n'y aurait pas d'association significative entre le risque de complications liées à la COVID-19 et le fait d'avoir un handicap avec incapacité légère [Brown *et al.*, 2022; Choi *et al.*, 2021]. De même, certains groupes particuliers parmi les personnes ayant un handicap, comme celles ayant subi une amputation ou celles ayant une DV ou une DA, ne semblent pas être plus à risque de complications médicales dues à la COVID-19 (p. ex. : hospitalisation, séjour hospitalier plus long, ventilation mécanique invasive ou admission en soins intensifs) [Lebrasseur *et al.*, 2021].

Une combinaison de facteurs socioéconomiques¹³, démographiques et personnels peut influencer le risque de décès lié à la COVID-19 chez les personnes vivant avec un handicap [Bosworth *et al.*, 2021]. C'est pourquoi il est important de considérer les risques ajustés qui contrôlent statistiquement l'effet de ces facteurs.

Les résultats des études varient quant à la différence, dans le risque de décès, entre les personnes présentant un handicap par rapport à celles n'ayant pas de handicap. Dans une étude [Brown *et al.*, 2022], le risque de décès n'est pas significativement plus élevé chez les personnes avec un handicap admises à l'hôpital pour la COVID-19, comparativement à celles n'ayant pas de handicap, après ajustement pour l'âge, le sexe, le milieu de vie, certaines maladies chroniques et conditions de santé. Toutefois, dans deux autres études [Bosworth *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2021], l'ajustement réduit la différence entre les deux groupes, mais le risque de décès demeure plus élevé chez les personnes ayant un handicap que chez celles n'en ayant pas. Enfin, parmi les personnes ayant un handicap, le risque est plus marqué chez les femmes, les personnes plus

¹² Dans une étude menée au Royaume-Uni, les personnes avec un handicap étaient trois fois plus susceptibles d'être hospitalisées si elles avaient présenté des symptômes possibles de la COVID-19, par rapport à la population générale, très probablement en raison de complications en lien avec une comorbidité plus fréquente et des difficultés d'accès aux soins à domicile et dans la communauté [Kavanagh *et al.*, 2022].

¹³ Une étude américaine note que la pandémie de COVID-19 a grandement perturbé la situation financière de cette population, particulièrement vulnérable au chômage [Schwartz *et al.*, 2021].

jeunes (30 à 65 ans), celles présentant des problèmes de santé préexistants, ayant une incapacité modérée ou grave, des limitations fonctionnelles plus grandes ou vivant en rassemblement dans des milieux de vie collectifs ou des établissements de soins de longue durée¹⁴ [Brown *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021]. Il est à noter que le risque de décès est demeuré constant au cours des deux premières vagues de la pandémie.

La pandémie a eu des impacts sur la qualité de vie et la santé mentale des personnes présentant un handicap. Ces impacts peuvent ne pas être associés uniquement aux mesures sanitaires prises pour lutter contre la propagation de la COVID-19 [Pettinicchio *et al.*, 2021]. D'abord, les personnes touchées rapportent certains effets de la COVID-19 qui ont été aussi notés dans la population générale [Lebrasseur *et al.*, 2021]. Ces derniers peuvent donc ne pas être spécifiques à cette population :

- des troubles du sommeil (p. ex. : difficulté à s'endormir, réveils fréquents);
- des changements fréquents d'humeur;
- la peur¹⁵ de se présenter à l'hôpital pendant la pandémie.

Aussi, durant la pandémie, les personnes présentant un handicap ont signalé plus de difficultés dans leur vie quotidienne ainsi que plusieurs changements significatifs dans leurs habitudes sociales et leur style de vie [Lebrasseur *et al.*, 2021]. Ces personnes étaient plus susceptibles que le reste de la population [Kavanagh *et al.*, 2022; Lebrasseur *et al.*, 2021; Pettinicchio *et al.*, 2021] :

- d'éprouver de l'anxiété ou du stress;
- de présenter des symptômes de détresse psychologique¹⁶ ou des troubles du comportement (p. ex. : irritabilité, crise de colère);
- de percevoir une aggravation subjective de leurs troubles neurologiques;
- de se sentir seules ou de ressentir un plus grand désespoir.

L'augmentation de l'anxiété, du stress et du désespoir chez ces personnes a été associée à une préoccupation de contracter le virus, à l'augmentation du sentiment de solitude et aux effets de la COVID-19 sur leurs finances personnelles [Pettinicchio *et al.*, 2021]. Cependant, pour certaines personnes (p. ex. : personnes présentant des lésions cérébrales traumatiques), la pandémie semble avoir eu moins d'impacts, tant sur leur

¹⁴ Aux États-Unis, plus de 40 % de tous les décès dus à la COVID-19 concernent des personnes présentant un handicap qui vivaient en rassemblement dans des milieux de vie collectifs ou des établissements de soins de longue durée [Friedman, 2021].

¹⁵ Cette peur a été notée aussi bien chez les personnes présentant un handicap que chez leur famille, et elle risque d'avoir un effet à long terme (p. ex. : arrêt des services médicaux et de réadaptation requis) [Lebrasseur *et al.*, 2021].

¹⁶ Les personnes avec un handicap ayant participé à l'étude de Kavanagh et ses collaborateurs étaient 1,5 fois plus nombreuses à déclarer des symptômes de détresse psychologique et 1,75 fois plus nombreuses à déclarer être seules [Kavanagh *et al.*, 2022]. Aussi, l'étude de Pettinicchio et ses collaborateurs note que 38 % des répondants ayant un handicap ou des problèmes de santé chroniques ont signalé une anxiété accrue, 39 % une augmentation du stress, 31 % une intensification du sentiment de solitude, 18 % un désespoir accru et 15 % une diminution du sentiment d'appartenance [Pettinicchio *et al.*, 2021].

bien-être mental que sur leur qualité de vie ou leurs habitudes de vie (p. ex. : sommeil, alimentation) [Morrow *et al.*, 2021].

2.1.2 Impacts de la pandémie sur les services reçus par les personnes ayant une DP

Selon la littérature scientifique, les personnes présentant un handicap associé à des maladies chroniques ont besoin de plus de services, par rapport aux personnes sans handicap [Kavanagh *et al.*, 2022]. Hormis cet état de fait, plusieurs auteurs ont souligné des changements¹⁷ survenus dans la prestation des services et des difficultés d'accès aux soins lors de la pandémie [Kavanagh *et al.*, 2022; Choi *et al.*, 2021; Lebrasseur *et al.*, 2021; Schwartz *et al.*, 2021]. Cela s'est traduit ainsi :

- pertes de services reçus avant la pandémie;
- difficultés d'accès¹⁸ à certains services requis;
- difficultés d'accès aux médicaments¹⁹;
- difficultés d'accès aux soins pour traiter l'infection par le virus de la COVID-19.

L'une des principales préoccupations en lien avec la prestation des soins pour les personnes présentant un handicap était la difficulté d'accès aux services de soutien pour les soins personnels (p. ex. : hygiène individuelle) et les activités domestiques (p. ex. : préparation d'aliments) [Schwartz *et al.*, 2021]. En plus de son incidence sur les activités quotidiennes de ces personnes, la réduction des services a été associée à une régression de leur condition physique, une diminution de leur niveau d'autonomie ou de fonctionnement et une augmentation des complications médicales et de la douleur [Lebrasseur *et al.*, 2021; Schwartz *et al.*, 2021]. Ainsi, pour recevoir les services et soins personnels nécessaires (services directs à domicile), plusieurs se sont tournés vers des membres de la famille, qui ne disposent pas de formation appropriée ni du temps nécessaire pour assumer adéquatement un rôle de soignant [Schwartz *et al.*, 2021]. Une telle situation peut occasionner une augmentation du stress dans la famille et une limitation dans la prestation des soins requis.

Cependant, outre des changements sur le plan de l'accessibilité des services, la pandémie n'a pas causé plus de modifications ou d'annulations d'interventions planifiées pour les personnes avec un handicap que pour celles sans handicap [Kavanagh *et al.*,

¹⁷ Dans une étude réalisée aux États-Unis, 54,0 % des changements dans les services étaient dus à leur arrêt (p. ex. : physiothérapie, encadrement professionnel, soutien des organismes communautaires, soutien par les pairs, transport), à l'offre de soins virtuels et au rôle plus important joué par la famille dans la prestation de services [Schwartz *et al.*, 2021]. Cette étude note aussi qu'il n'y avait pas d'association significative entre la perte des services et la perte d'emploi, la situation financière ou sociale des personnes ayant un handicap, ou leur niveau de scolarité [Schwartz *et al.*, 2021].

¹⁸ La revue de Lebrasseur et ses collaborateurs décrit certains obstacles liés à la prestation des services : arrêt de la physiothérapie à domicile, insuffisance des ambulances et des ressources de transport pour se rendre à l'hôpital, difficulté à trouver des médicaments et changements dans les soins habituels (quantité, durée) [Lebrasseur *et al.*, 2021].

¹⁹ Dans cette étude, les personnes présentant un handicap étaient 2,42 fois plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'accès aux médicaments que les répondants sans handicap [Kavanagh *et al.*, 2022].

2022]. Seule l'interruption des services reçus par les enfants ayant un handicap (p. ex. : ergothérapie, orthophonie) ayant accompagné la fermeture des écoles a été rapportée [Lebrasseur *et al.*, 2021].

Les services de télésanté et les autres services en ligne maintenus durant la pandémie (p. ex. : maintien des rendez-vous médicaux virtuels, télépsychiatrie) ont représenté une exception à cette situation [Schwartz *et al.*, 2021]. Particulièrement, les personnes ayant un handicap ont souligné que ces services virtuels avaient représenté un aspect positif de la pandémie [Lebrasseur *et al.*, 2021; Schwartz *et al.*, 2021].

2.2 Infection par la COVID-19 au Québec chez les personnes de la cohorte déficience physique (DP)

2.2.1 Comparaison de la population générale avec la cohorte DP

Cette section présente les caractéristiques sociodémographiques de la cohorte DP (personnes inscrites à un programme-services en déficience physique dans les cinq dernières années), telles que rapportées dans la banque de données du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD), et les compare avec celles de l'ensemble de la population du Québec.

Le [tableau 1](#) montre qu'un peu plus de 164 000 personnes, soit 1,9 % de la population totale, font partie de la cohorte DP. La proportion des personnes inscrites dans les cinq dernières années à un programme-services était de 1,3 % pour la déficience motrice (DM), 0,4 % pour la déficience auditive (DA) et 0,3 % pour la déficience visuelle (DV). Donc, 70 % de la cohorte a une déficience motrice.

Il est important de noter que ces données ne représentent pas la prévalence de la DP au sein de la population du Québec, mais plutôt le pourcentage de la population couverte par le régime d'assurance maladie entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021 qui était inscrite à un programme-services en DP dans les cinq dernières années.

Le [tableau 2](#) montre que, comparativement à la population générale, celle de la cohorte DP est proportionnellement beaucoup plus âgée (30 % de la cohorte DP a plus de 70 ans, par rapport à 13 % de la population générale). De plus, les gens formant cette cohorte vivent plus souvent à l'extérieur de la grande région de Montréal et en milieu d'hébergement. Ils présentent également un plus grand nombre de maladies et troubles que la population générale (65 % de la cohorte DP en compte 5 et plus, comparativement à 32 % de la population générale).

Tableau 1 Nombre et pourcentage des personnes dans la cohorte DP et dans la population totale

Déficiences	Total
	N (%)
Population totale*	8 632 986 (100 %)
Cohorte DP†	164 319 (1,9 %)
▪ Déficience motrice (DM)	115 823 (1,3 %)
▪ Déficience auditive (DA)	30 398 (0,4 %)
▪ Déficience visuelle (DV)	25 312 (0,3 %)

* Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec durant la période comprise entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021. Ce nombre total est supérieur à la population totale vivante du Québec, car il inclut les personnes nées après le 1^{er} mars 2020 ainsi que celles décédées après le 1^{er} mars 2020.

† Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015. Une personne peut être inscrite dans plusieurs programmes à la fois.

Tableau 2 Comparaison de la population totale avec la population de la cohorte DP selon certaines caractéristiques

	Population totale*		Cohorte DP†	
	N	%	N	%
Tous	8 632 986	100,0	164 319	1,90
Âge				
0-17 ans	1 771 840	20,52	30 596	18,62
18-29 ans	1 187 388	13,75	12 870	7,83
30-39 ans	1 114 917	12,91	10 626	6,47
40-49 ans	1 090 253	12,63	14 686	8,94
50-59 ans	1 177 860	13,64	21 609	13,15
60-69 ans	1 138 160	13,18	25 213	15,34
70-79 ans	747 597	8,66	22 862	13,91
80-89 ans	326 426	3,78	18 261	11,11
90 ans et plus	78 545	0,91	7 596	4,62
Sexe				
Femme	4 350 571	50,39	81 448	49,57
Homme	4 282 415	49,61	82 871	50,43
Région de résidence				
Montréal et Laval	2 407 815	27,89	36 225	22,05
Couronne de Montréal	1 567 606	18,16	23 234	14,14
Reste du Québec	4 640 108	53,75	104 525	63,61
Indéterminée	17 457	0,20	335	0,20
Type de résidence				
CHSLD‡	79 339	0,92	8 244	5,02
Autres	8 553 647	99,08	156 075	94,98
Nombre de maladies et autres troubles de santé§				
0-4	5 838 104	67,63	58 154	35,39
5-9	1 704 149	19,74	45 261	27,54
10-14	446 386	5,17	24 055	14,64
15-19	162 780	1,89	14 068	8,56
20+	157 467	1,82	21 688	13,20
Données manquantes	324 100	3,75	1 093	0,67

* Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec durant la période comprise entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021. Ce nombre total est supérieur à la population totale vivante du Québec, car il inclut les personnes nées après le 1^{er} mars 2020 ainsi que celles décédées après le 1^{er} mars 2020.

† Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015.

‡ Le type de résidence rapporté dans ce tableau a été déterminé avec un algorithme conçu par le Bureau des données cliniques administratives (BDCA), car il n'existe pas dans les données pour toute la population du Québec une variable permettant de savoir si une personne réside en CHSLD.

§ Le nombre de maladies et autres troubles de santé a été calculé à l'aide de la méthode du *Grouper*, de l'ICIS. Cette méthode attribue à chaque personne une valeur « oui/non » pour 226 maladies et troubles différents, à partir des diagnostics inscrits dans les banques de données clinico-administratives pour les trois dernières années.

2.2.2 Comparaison des cas testés et des cas confirmés entre la population générale et les personnes de la cohorte DP

Cette section présente le nombre de personnes de la cohorte DP qui ont passé au moins un test (positif ou négatif) ainsi que le nombre de cas de COVID-19 confirmés. Ces nombres ont aussi été rapportés selon le type de déficience (DM, DA ou DV).

Le [tableau 3](#) montre que près de 5 millions de personnes (54,8 % de la population totale incluse dans l'analyse) ont été testées et que, parmi celles-ci, 444 747 (5,15 %) ont été confirmées comme cas positifs à la COVID-19.

Parmi les 164 319 personnes de la cohorte DP, 104 102 (63,3 %) ont été testées, et 9 634 d'entre elles (5,9 %) ont été des cas confirmés de COVID-19.

Les pourcentages rapportés dans le tableau 3 sont des données brutes n'ayant subi aucun ajustement.

Tableau 3 Proportion des cas testés et des cas confirmés

	Population	Cas testés [†]		Cas confirmés [§]	
	N	N	%	N	%
Population totale*	8 632 986	4 734 613	54,84	444 747	5,15
Ensemble de la cohorte DP (DP)[†]	164 319	104 102	63,35	9 634	5,86
Personnes avec déficience motrice (DM)	115 823	75 549	65,23	6 589	5,69
Personnes avec déficience auditive (DA)	30 398	18 154	59,72	1 560	5,13
Personnes avec déficience visuelle (DV)	25 312	15 321	60,53	1 957	7,73

* Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec durant la période comprise entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021. Ce nombre total est supérieur à la population totale vivante du Québec, car il inclut les personnes nées après le 1^{er} mars 2020 ainsi que celles décédées après le 1^{er} mars 2020.

† Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015. Une personne peut être inscrite dans plusieurs programmes à la fois.

‡ Cas avec au moins un test, positif ou négatif, entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

§ Cas d'infection par le virus SRAS-CoV-2 confirmé entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

2.2.3 Nombre de cas hospitalisés et décédés chez les personnes de la cohorte DP

Cette section présente le nombre de personnes dans la cohorte DP qui sont des cas de COVID-19 confirmés et qui ont été hospitalisées, ou sont décédées. Ces données sont comparées à celles de tous les cas de COVID-19 confirmés dans la population totale.

Le [tableau 4](#) montre le pourcentage de cas qui ont été hospitalisés ou sont décédés dans la population totale et parmi les personnes de la cohorte DP.

Parmi les 444 747 cas confirmés dans la population totale, 5,8 % ont été hospitalisés et 2,8 % sont décédés.

Parmi les 9 634 cas confirmés dans la cohorte DP, 20,9 % ont été hospitalisés et 9,7 % sont décédés.

Les proportions rapportées dans le tableau 4 sont des données brutes n'ayant subi aucun ajustement. Ainsi, certains facteurs, tels qu'un âge plus élevé ou un nombre plus grand de maladies et autres troubles de santé, pourraient expliquer en partie les différences entre les deux groupes.

Tableau 4 Proportion non ajustée des cas confirmés qui ont été hospitalisés ou sont décédés

	Cas confirmés*	Personnes hospitalisées†		Personnes décédées‡	
	N	N	%	N	%
Population totale§	444 747	25 665	5,77	12 285	2,76
Ensemble de la cohorte DP (DP)¶	9 634	2 015	20,92	935	9,71
Personnes avec déficience motrice (DM)	6 589	1 348	20,46	447	6,78
Personnes avec déficience auditive (DA)	1 560	252	16,15	153	9,81
Personnes avec déficience visuelle (DV)	1 957	528	26,98	387	19,78

* Cas d'infection par le virus SRAS-CoV-2 confirmés entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

† Personnes hospitalisées parmi les cas confirmés d'infection par le virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 2 février 2022.

‡ Personnes décédées parmi les cas confirmés d'infection au virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 2 février 2022.

§ Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec durant la période comprise entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021. Ce nombre total est supérieur à la population totale vivante du Québec, car il inclut les personnes nées après le 1^{er} mars 2020 ainsi que celles décédées après le 1^{er} mars 2020.

¶ Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021 ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015. Une personne peut être inscrite dans plusieurs programmes à la fois.

2.2.4 Caractéristiques sociodémographiques des cas confirmés hospitalisés et décédés chez les personnes de la cohorte DP

Cette section décrit les caractéristiques sociodémographiques des personnes de la cohorte DP, selon qu'il s'agit de cas confirmés hospitalisés ou décédés.

La proportion des personnes âgées est plus élevée chez les cas confirmés hospitalisés et décédés, comparativement à l'ensemble des personnes de la cohorte DP. Par exemple, la proportion des 70 ans et plus était de 59,45 % chez les cas confirmés hospitalisés et de 85,77 % chez les cas confirmés décédés, alors que cette catégorie d'âge ne représente que 29,64 % de la population de la cohorte DP.

Les régions de Montréal et de Laval présentent une proportion plus élevée de cas confirmés hospitalisés et décédés. En effet, elles ne rassemblaient que 22,05 % des personnes de la cohorte DP, mais 40,65 % des cas confirmés hospitalisés et 45,99 % des cas confirmés décédés.

Les proportions rapportées dans le [tableau 5](#) sont des données brutes sans ajustement.

Tableau 5 Répartition des cas confirmés de la cohorte DP, hospitalisés ou décédés, selon leurs caractéristiques

	Cohorte DP*		Cas confirmés†		Cas confirmés hospitalisés‡		Cas confirmés décédés§	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tous	164 319	100,0	9 634	100,0	2 015	100,0	935	100,0
Nombre de déficiences								
1 déficience	157 352	95,76	9 176	95,25	1 906	94,59	885	94,65
2 ou 3 déficiences	6 967	4,24	458	4,75	109	5,41	50	5,35
Type de déficience¶								
Déficience motrice	115 823	70,49	6 589	68,39	1 348	66,90	447	47,81
Déficience auditive	30 398	18,50	1 560	16,19	252	12,51	153	16,36
Déficience visuelle	25 312	15,40	1 957	20,31	528	26,20	387	41,39
Âge								
00-49 ans	68 778	41,86	3 920	40,69	222	11,02	12	1,28
50-59 ans	21 609	13,15	1 021	10,60	249	12,36	30	3,21
60-69 ans	25 213	15,34	1 118	11,60	346	17,17	91	9,73
70-79 ans	22 862	13,91	1 200	12,46	446	22,13	200	21,39
80-89 ans	18 261	11,11	1 435	14,90	489	24,27	334	35,72
90 ans et plus	7 596	4,62	940	9,76	263	13,05	268	28,66
Sexe								
Femme	81 448	49,57	4 858	50,43	914	45,36	471	50,37
Homme	82 871	50,43	4 776	49,57	1 101	54,64	464	49,63
Région de résidence								
Montréal et Laval	36 225	22,05	3 412	35,42	819	40,65	430	45,99
Couronne de Montréal	23 234	14,14	1 363	14,15	315	15,63	146	15,61
Reste du Québec	104 525	63,61	4 820	50,03	874	43,37	353	37,75
Indéterminée	335	0,20	39	0,40	7	0,35	6	0,64
Type de résidence								
Domicile et autres types de résidence	s.o.**	s.o.	6 639	68,91	1 259	62,48	254	27,17
Centre hospitalier (CH) ou de réadaptation (CR)	s.o.	s.o.	105	1,09	55	2,73	20	2,14
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	s.o.	s.o.	1 343	13,94	138	6,85	401	42,89
Ressource intermédiaire (RI) ou de type familial (RTF)	s.o.	s.o.	318	3,30	102	5,06	39	4,17
Résidence privée pour aînés (RPA)	s.o.	s.o.	1 229	12,76	461	22,88	221	23,64

* Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021 ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015.

† Cas d'infection par le virus SRAS-CoV-2 confirmés entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021, cas inscrits à un programme-services en DP.

‡ Personnes hospitalisées parmi les cas confirmés d'infection par le virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 2 février 2022, cas inscrits à un programme-services en DP.

§ Personnes décédées parmi les cas confirmés d'infection au virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 2 février 2022, cas inscrits à un programme-services en DP.

¶ Le pourcentage total est supérieur à 100 % parce qu'une personne peut avoir plusieurs déficiences.

** L'information sur le type de résidence est disponible uniquement pour les cas confirmés et non disponible pour la population générale.

2.2.5 Risque d'hospitalisation chez les personnes de la cohorte DP

Le [tableau 6](#) présente les risques relatifs (non ajustés et ajustés) d'être hospitalisé chez les cas confirmés de COVID-19 parmi les personnes de la cohorte DP, comparativement aux cas confirmés de COVID-19 dans le reste de la population.

Le [tableau 7](#) présente ces mêmes risques relatifs (non ajustés et ajustés) d'être hospitalisé, cette fois selon le type de déficience (DM, DA et DV).

On note que les personnes de la cohorte DP avaient 41 % plus de risques d'hospitalisation, comparativement au reste de la population, après ajustement pour l'effet potentiel de plusieurs variables.

Les personnes de la cohorte avec une DM ou une DV avaient un risque d'hospitalisation plus élevé par rapport au reste de la population, respectivement 65 % et 10 % plus de risques. Toutefois, il n'y avait pas de différence quant au risque d'hospitalisation entre les personnes avec une DA et le reste de la population.

Les résultats rapportés dans les tableaux 6 et 7 sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles de santé.

Tableau 6 Risque relatif d'hospitalisation chez les cas¹ confirmés de la cohorte DP, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population

Cas confirmés*	Nombre cas	Nombre hospitalisations	Non ajusté (univarié)			Ajusté (multivarié)		
			RR	IC 95 %	Valeur p	RR	IC 95 %	Valeur p
Cohorte[†]								
Reste de la population (référence)	432 287	20 824	1			1		
Cohorte DP [†]	9 260	1 641	3,68	[3,51; 3,85]	0,00	1,41	[1,35; 1,48]	0,00
Âge								
00-49 ans	307 633	4 448	0,26	[0,25; 0,27]	0,00	0,27	[0,26; 0,29]	0,00
50-59 ans (référence)	53 790	3 018	1					
60-69 ans	31 325	3 682	2,09	[2,00; 2,19]	0,00	1,94	[1,85; 2,03]	0,00
70-79 ans	19 536	4 543	4,14	[3,97; 4,33]	0,00	3,48	[3,32; 3,64]	0,00
80-89 ans	19 237	4 773	4,42	[4,24; 4,61]	0,00	3,76	[3,57; 3,96]	0,00
90 ans et plus	10 026	2 001	3,56	[3,38; 3,75]	0,00	3,34	[3,14; 3,55]	0,00
Sexe								
Femme (référence)	232 326	10 787	1			1		
Homme	209 221	11 678	1,20	[1,17; 1,23]	0,00	1,36	[1,33; 1,39]	0,00
Région de résidence								
Montréal et Laval	182 204	10 487	1,24	[1,21; 1,28]	0,00	1,36	[1,32; 1,39]	0,00
Couronne de Montréal	75 869	3 469	0,99	[0,95; 1,03]	0,56	1,18	[1,14; 1,22]	0,00
Reste du Québec (référence)	182 237	8 429	1			1		
Indéterminée	1 237	80	1,40	[1,13; 1,73]	0,00	0,81	[0,65; 1,00]	0,05
Type de résidence								
Domicile et autres (référence)	408 187	16 087	1			1		
CH et CR	726	196	6,85	[6,07; 7,73]	0,00	1,38	[1,21; 1,59]	0,00
CHSLD	15 675	1 150	1,86	[1,76; 1,97]	0,00	0,24	[0,23; 0,26]	0,00
RI et RTF	3 241	828	6,48	[6,10; 6,89]	0,00	1,19	[1,12; 1,27]	0,00
Résidence privée pour aînés (RPA)	13 718	4 204	7,78	[7,55; 8,01]	0,00	1,06	[1,02; 1,10]	0,00
Nombre de maladies et autres troubles de santé[‡]								
0-4 (référence)	292 068	7 830	1			1		
5-9	90 040	5 131	2,13	[2,05; 2,20]	0,00	1,47	[1,42; 1,52]	0,00
10-14	24 476	2 900	4,42	[4,24; 4,60]	0,00	1,96	[1,88; 2,05]	0,00
15-19	10 350	2 123	7,65	[7,32; 7,99]	0,00	2,35	[2,23; 2,46]	0,00
20+	14 500	4 210	10,83	[10,47; 11,20]	0,00	2,80	[2,68; 2,92]	0,00
Données manquantes	10 113	271	1,00	[0,89; 1,13]	0,99	1,55	[1,38; 1,74]	0,00

Note : La régression exclut les cas suspectés d'infection nosocomiale (p. ex. : la date de l'hospitalisation précède de 7 jours ou plus la date de l'infection), d'où le nombre de cas qui est inférieur à ce qui est rapporté dans les autres tableaux.

* L'analyse prend en compte les cas confirmés d'infection au virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

[†] Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015.

[‡] Le nombre de maladies et autres troubles de santé a été calculé à l'aide de la méthodologie du *Grouper* de l'ICIS. Cette méthodologie attribue à chaque personne une valeur « oui/non » pour 226 maladies et autres troubles de santé différents à partir des diagnostics inscrits dans les banques de données clinico-administratives pour les trois dernières années.

Tableau 7 Risque relatif d'hospitalisation chez les cas* confirmés de la cohorte DP selon le type de déficience, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population

	Nombre cas	Nombre hospitalisations	Non ajusté (univarié)			Ajusté (multivarié)		
			RR	IC 95 %	Valeur p	RR	IC 95 %	Valeur p
Cohorte[†]								
Reste de la population (référence)	432 287	20 824	1			1		
Personnes avec déficience motrice (DM)	6 015	1 028	3,55	[3,35; 3,76]	0,00	1,65	[1,56; 1,75]	0,00
Personnes avec déficience auditive (DA)	1 252	156	2,59	[2,23; 3,00]	0,00	1,06	[0,93; 1,21]	0,39
Personnes avec déficience visuelle (DV)	1 548	361	4,84	[4,42; 5,30]	0,00	1,10	[1,00; 1,20]	0,04
Personnes avec 2 ou 3 des déficiences	445	96	4,48	[3,75; 5,35]	0,00	1,45	[1,22; 1,71]	0,00

Note : Les résultats sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles de santé.

La régression exclut les cas suspectés d'infection nosocomiale (p. ex. : la date de l'hospitalisation précède de 7 jours ou plus la date de l'infection), d'où le nombre de cas qui est inférieur à ce qui est rapporté dans les autres tableaux.

* L'analyse prend en compte les cas confirmés d'infection au virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

† Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015.

2.2.6 Risque de décès chez les personnes de la cohorte DP

Le [tableau 8](#) présente les risques relatifs (non ajustés et ajustés) de décès chez des cas de COVID-19 confirmés parmi les personnes de la cohorte DP, comparativement au reste de la population.

Le [tableau 9](#) présente ces mêmes risques relatifs (non ajustés et ajustés) de décès, cette fois selon le type de déficience (DM, DA et DV).

Comparées au reste de la population, les personnes de la cohorte DP n'avaient pas un risque plus élevé de décéder, après ajustement pour plusieurs variables.

Il n'y avait pas non plus de différence quant au risque de décéder, quel que fût le type de déficience, comparativement au reste de la population (tableau 9).

Les résultats rapportés dans les tableaux 8 et 9 sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence, le nombre de maladies et autres troubles de santé.

Tableau 8 Risque relatif de décès chez les cas* confirmés de la cohorte DP, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population

	Nombre cas	Nombre décès	Non ajusté (univarié)			Ajusté (multivarié)		
			RR	IC 95 %	Valeur p	RR	IC 95 %	Valeur p
Cohorte[†]								
Reste de la population (référence)	435 113	11 350	1			1		
Cohorte DP ²	9 634	935	3,72	[3,49; 3,96]	0,00	0,99	[0,94; 1,05]	0,79
Âge								
00-49 ans	307 765	128	0,07	[0,06; 0,09]	0,00	0,07	[0,06; 0,09]	0,00
50-59 ans (référence)	53 968	319	1			1		
60-69 ans	31 754	924	4,92	[4,34; 5,59]	0,00	4,35	[3,84; 4,94]	0,00
70-79 ans	20 436	2 523	20,89	[18,61; 23,44]	0,00	13,60	[12,06; 15,35]	0,00
80-89 ans	20 331	4 847	40,33	[36,05; 45,12]	0,00	20,75	[18,33; 23,49]	0,00
90 ans et plus	10 493	3 544	57,14	[51,05; 63,95]	0,00	27,06	[23,85; 30,71]	0,00
Sexe								
Femme (référence)	233 951	6 395	1			1		
Homme	210 796	5 890	1,02	[0,99; 1,06]	0,22	1,59	[1,54; 1,64]	0,00
Région de résidence								
Montréal et Laval	183 441	5 880	1,29	[1,25; 1,34]	0,00	1,15	[1,11; 1,19]	0,00
Couronne de Montréal	76 457	1 753	0,93	[0,88; 0,98]	0,01	1,06	[1,01; 1,11]	0,02
Reste du Québec (référence)	183 598	4 549	1			1		
Indéterminée	1 251	103	3,32	[2,76; 4,01]	0,00	1,20	[1,01; 1,44]	0,04
Type de résidence								
Domicile et autres (référence)	410 356	3 544	1			1		
CH et CR	980	185	21,86	[19,12; 24,99]	0,00	2,33	[2,04; 2,66]	0,00
CHSLD	15 770	5 532	40,62	[39,06; 42,24]	0,00	2,62	[2,49; 2,76]	0,00
RI et RTF	3 299	438	15,37	[14,01; 16,87]	0,00	1,59	[1,45; 1,75]	0,00
Résidence privée pour aînés (RPA)	14 342	2 586	20,88	[19,90; 21,90]	0,00	1,37	[1,30; 1,45]	0,00
Nombre de maladies et autres troubles de santé[‡]								
0-4 (référence)	292 818	2 986	1			1		
5-9	90 625	1 737	1,88	[1,77; 1,99]	0,00	1,00	[0,95; 1,06]	0,98
10-14	24 955	1 769	6,95	[6,56; 7,36]	0,00	1,32	[1,25; 1,40]	0,00
15-19	10 757	1 621	14,78	[13,95; 15,65]	0,00	1,39	[1,32; 1,47]	0,00
20+	15 471	4 158	26,36	[25,22; 27,55]	0,00	1,72	[1,64; 1,80]	0,00
Données manquantes	10 121	14	0,14	[0,08; 0,23]	0,00	0,69	[0,41; 1,16]	0,16

Note : Les résultats sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles de santé.

* L'analyse prend en compte les cas confirmés d'infection au virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

† Personnes inscrites à un programme-service en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015.

‡ Le nombre de maladies et autres troubles de santé a été calculé à l'aide de la méthodologie du *Grouper*, de l'ICIS. Cette méthodologie attribue à chaque personne une valeur « oui/non » pour 226 maladies et autres troubles de santé différents à partir des diagnostics inscrits dans les banques de données clinico-administratives pour les trois dernières années.

Tableau 9 Risque relatif de décès chez les cas* confirmés de la cohorte DP selon le type de déficience, par rapport aux cas confirmés dans le reste de la population

	Nombre cas	Nombre décès	Non ajusté (univarié)			Ajusté (multivarié)		
			RR	IC 95 %	Valeur p	RR	IC 95 %	Valeur p
Cohorte[†]								
Reste de la population (référence)	435 113	11 350	1			1		
Personnes en déficience motrice (DM)	6 268	425	2,60	[2,37; 2,85]	0,00	1,01	[0,93; 1,11]	0,75
Personnes en déficience auditive (DA)	1 283	121	3,62	[3,05; 4,29]	0,00	0,97	[0,83; 1,13]	0,69
Personnes en déficience visuelle (DV)	1 625	339	8,00	[7,26; 8,81]	0,00	1,00	[0,91; 1,10]	1,00
Personnes à 2 ou 3 des déficiences	458	50	4,19	[3,22; 5,44]	0,00	0,84	[0,65; 1,08]	0,17

Note : Les résultats sont ajustés pour l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles de santé.

* L'analyse prend en compte les cas confirmés d'infection au virus SRAS-CoV-2 entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 décembre 2021.

† Personnes inscrites à un programme-services en DP (DM, DA ou DV) dont la date du début d'affectation est comprise entre le 1^{er} mars 2015 et le 9 août 2021, ou dont la date du début d'affectation est antérieure au 1^{er} mars 2015 et la date de fin d'affectation est postérieure au 1^{er} mars 2015.

2.3 Limites des analyses

2.3.1 Généralisation des résultats

Comme il n'existe pas d'algorithme validé dans la littérature pour repérer les cas de DP dans les banques de données clinico-administratives, les analyses ont porté uniquement sur les personnes inscrites à un programme-services en DP. Les résultats présentés pourraient donc ne pas être généralisables à l'ensemble de la population vivant avec une DP. Il est possible que la cohorte DP retenue pour l'analyse (personnes avec une inscription en cours (active) à un programme-services en DP dans les 5 dernières années) soit une population plus lourdement atteinte que l'ensemble de la population vivant avec une DP.

2.3.2 Biais de confusion

Bien que les résultats sur les risques d'hospitalisation et de décès aient été ajustés selon l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de maladies et autres troubles, il existe d'autres facteurs de confusion qui n'ont pas pu être pris en compte (p. ex. : le tabagisme et l'obésité). Il est donc important d'interpréter ces résultats avec prudence.

CONCLUSION

Les risques d'hospitalisation et de décès pour les cas confirmés de COVID-19 ont été comparés entre une cohorte de personnes présentant une DP et la population générale du Québec. Les cas confirmés de la cohorte DP ont un risque plus élevé d'hospitalisation, comparativement aux cas confirmés dans le reste de la population québécoise, après ajustement pour l'effet potentiel de plusieurs variables. Ce constat est corroboré par des travaux réalisés au Canada et à l'international [Brown *et al.*, 2022; Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021]. Certains facteurs, tels que l'âge, le sexe, la région de résidence, le type de résidence et le nombre de conditions de santé, peuvent expliquer en partie l'augmentation du risque, mais ils ne sont pas les seuls éléments contributeurs puisque le risque demeure significativement plus élevé après ajustement pour ces facteurs. Dans certains pays, le risque plus élevé d'hospitalisation chez les personnes présentant une DP, par rapport à la population générale, a très probablement été amplifié par des difficultés d'accès aux soins à domicile et dans la communauté [Kavanagh *et al.*, 2022].

Cette analyse indique qu'après ajustement pour les mêmes variables retenues, les personnes de la cohorte DP ne présentent pas un risque différent de décéder par la COVID-19, comparativement au reste de la population. Un résultat similaire a été noté dans une étude menée en Ontario auprès des cas de COVID-19 chez les personnes ayant un handicap [Brown *et al.*, 2022]. Par ailleurs, d'autres travaux soulignent le maintien d'un risque élevé significatif de décès chez les personnes ayant une DP, après ajustement pour l'effet potentiel de plusieurs variables similaires [Kavanagh *et al.*, 2022; Bosworth *et al.*, 2021; Choi *et al.*, 2021].

Ces résultats peuvent soutenir la planification des mesures futures dans le contexte de la pandémie. Bien que des facteurs personnels et environnementaux propres aux personnes présentant une DP contribuent à leur vulnérabilité, il apparaît important d'adapter les mesures préventives et la prestation des soins et des services à leurs besoins particuliers. Du soutien pour ceux qui ont besoin d'une tierce personne pour communiquer ou de la formation pour les cliniciens sur les besoins des personnes ayant une DP sont deux exemples d'améliorations qui pourraient être apportées.

RÉFÉRENCES

- Bosworth ML, Ayoubkhani D, Nafilyan V, Foubert J, Glickman M, Davey C, Kuper H. Deaths involving COVID-19 by self-reported disability status during the first two waves of the COVID-19 pandemic in England: a retrospective, population-based cohort study. *Lancet Public Health* 2021;6(11):e817-e25.
- Brown HK, Saha S, Chan TCY, Cheung AM, Fralick M, Ghassemi M, et al. Outcomes in patients with and without disability admitted to hospital with COVID-19: a retrospective cohort study. *Cmaj* 2022;194(4):E112-e21.
- Choi JW, Han E, Lee SG, Shin J, Kim TH. Risk of COVID-19 and major adverse clinical outcomes among people with disabilities in South Korea. *Disabil Health J* 2021;14(4):101127.
- Direction générale des services sociaux et Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre normatif pour le Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). 2012.
- Friedman C. The COVID-19 pandemic and quality of life outcomes of people with intellectual and developmental disabilities. *Disabil Health J* 2021;14(4):101117.
- Kavanagh A, Dickinson H, Carey G, Llewellyn G, Emerson E, Disney G, Hatton C. Improving health care for disabled people in COVID-19 and beyond: Lessons from Australia and England. *Disabil Health J* 2021;14(2):101050.
- Kavanagh A, Hatton C, Stancliffe RJ, Aitken Z, King T, Hastings R, et al. Health and healthcare for people with disabilities in the UK during the COVID-19 pandemic. *Disabil Health J* 2022;15(1):101171.
- Lebrasseur A, Fortin-Bedard N, Lettre J, Bussières EL, Best K, Boucher N, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disabil Health J* 2021;14(1):101014.
- Lecours C, Labrie M-P, Ouellette N. Inégalités sociales de santé au Québec: prévalence de l'incapacité et des maladies chroniques selon l'âge et le niveau de défavorisation en 2010-2011. *Canadian Public Policy* 2015;41(Supplement 2):S34-S43.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme [Internet]. 2017. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>.
- Morrow EL, Patel NN, Duff MC. Disability and the COVID-19 Pandemic: A Survey of Individuals With Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2021;102(6):1075-83.
- Office des personnes handicapées du Québec. Statistiques sur les personnes handicapées. Les personnes handicapées au Québec en chiffres [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.ophq.gouv.qc.ca/publications/statistiques.html> (consulté le 28 Février).
- Organisation Mondiale de la Santé. Handicap et santé [site Web]. 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.

Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le handicap 2011 [site Web]. 2012. Disponible à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44791/9789240688193_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Pettinicchio D, Maroto M, Chai L, Lukk M. Findings from an online survey on the mental health effects of COVID-19 on Canadians with disabilities and chronic health conditions. *Disabil Health J* 2021;14(3):101085.

Schwartz AE, Munsell EGS, Schmidt EK, Colon-Semenza C, Carolan K, Gassner DL. Impact of COVID-19 on services for people with disabilities and chronic health conditions. *Disabil Health J* 2021;14(3):101090.

ANNEXE A

Liste des codes de programmes-services

Tableau A-1 Liste des codes de programmes-services en lien avec la déficience physique dans le SIPAD

Déficience motrice	
8042	Adaptation et intégration sociales – déficience motrice
8026	Réadaptation pour adultes – accidents vasculaires cérébraux
8022	Réadaptation pour adultes – traumatismes cranio-cérébraux
8025	Réadaptation pour adultes – lésions musculo-squelettiques
8023	Réadaptation pour adultes – maladies neuromusculaires
8036	Réadaptation pour enfants – développement moteur
8024	Réadaptation pour adultes – myélopathies
8028	Réadaptation pour adultes – déficience motrice non répartie
8031	Réadaptation pour enfants – déficits moteurs cérébraux
8037	Réadaptation pour enfants – déficience motrice non répartie
8032	Réadaptation pour enfants – traumatismes cranio-cérébraux
8041	Adaptation professionnelle – déficience motrice
8035	Réadaptation pour enfants – lésions musculo-squelettiques
8033	Réadaptation pour enfants – maladies neuromusculaires
8021	Réadaptation pour adultes – déficits moteurs cérébraux
8034	Réadaptation pour enfants – myélopathies
8027	Réadaptation pour adultes – maux de dos chroniques
Déficience auditive	
8070	Adaptation/réadaptation – déficience auditive
8077	Adaptation/réadaptation – surdicécité
Déficience visuelle	
8060	Adaptation/réadaptation – déficience visuelle

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

