

Inégalités sociales des **décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales,**

de janvier 2020 à décembre 2020/mars 2021



Also available in English under the title:

Social inequalities in COVID-19 mortality by area- and individual-level characteristics in Canada, January 2020 to December 2020/March 2021

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse O900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télécopieur : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2022

Date de publication : Août 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Citation proposée :

Agence de la santé publique du Canada. *Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier 2020 à décembre 2020/mars 2021* Ottawa, ON: PHAC; 2022.

Cat : HP35-145/2022F-PDF

ISBN : 978-0-660- 43968-6

Pub. : 220186

ACRONYME

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
COVID-19	Coronavirus disease 2019
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IIS	Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RMR	Région métropolitaine de recensement
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

■ Table des matières

Résumé	2
Introduction	6
Résultats	11
Conclusion	19
Remerciements	23
Références	24
Annexe : Différences clés en matière d'inégalités entre le présent rapport et le rapport précédent	29

Résumé

Les rapports produits depuis le début de la pandémie de COVID-19 ont démontré que le fardeau de la COVID-19 n'a pas été vécu de manière égale par toutes les populations et communautés du Canada^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}.

Comme c'est le cas pour d'autres problèmes de santé, bon nombre de ces inégalités sont le résultat de désavantages sociaux, politiques et économiques¹⁰ qui étaient présents au Canada bien avant la déclaration de la pandémie^{11, 12}. La distribution des ressources sociales et économiques (comme le soutien social, l'éducation, le revenu et les conditions de logement) a une incidence sur la capacité des gens à atteindre et à conserver une bonne santé, de l'enfance à l'âge adulte, et façonne les inégalités persistantes en matière de comportements de santé, d'accès et d'utilisation des services de santé, ainsi que de maladies infectieuses et chroniques. Ces conditions sociales sous-jacentes influencent les personnes qui sont les plus susceptibles d'être exposées au virus (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS-CoV-2), notamment en raison de leurs conditions de travail ou de vie ainsi que de leur accès aux traitements ou leur probabilité de développer une forme grave de la maladie. Ces inégalités en matière de santé contribuent aux inégalités signalées de manière précoce en matière d'hospitalisations et de décès liés à la COVID-19¹⁰. Cependant, les rapports nationaux sur les inégalités sociales en lien avec le fardeau de la COVID-19 restent limités.

En juillet 2021, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) s'est employée à combler ce manque de données. Un premier rapport intitulé « Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020 » a été publié. Le [rapport archivé](#) décrit le degré et la répartition des inégalités en matière de mortalité liée à la COVID-19 jusqu'en juillet/août 2020, en fonction de plusieurs déterminants sociaux clés de la santé. Puisque les taux de mortalité et les inégalités peuvent changer au fil du temps, il était important de reproduire les analyses au moyen des nouvelles données disponibles. Le présent rapport se penche sur les mêmes facteurs, en utilisant les données des 12 à 15 premiers mois de la pandémie. Cette mise à jour constitue une étape essentielle pour prendre des mesures visant à faire progresser une réponse et une préparation à la pandémie axées sur l'équité en santé¹³ et aux événements de santé publique futurs. Les visualisations des données de ce rapport sont accessibles à

l'aide de [l'Outil de données](#) sur les décès attribuables à la COVID-19 interactif en ligne.

CONTEXTE

Le présent rapport est le fruit de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (IIS), un travail de collaboration entre l'Agence de la santé publique du Canada, le Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Fondée sur un cadre mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé¹⁴, l'IIS a comme objectif de renforcer la mesure et la surveillance des inégalités en santé au Canada. Elle vise également à soutenir la production de rapports connexes grâce à un meilleur accès aux données et à l'élaboration de ressources destinées à approfondir nos connaissances sur les inégalités de la santé. Les données de l'IIS représentent plus de 100 indicateurs d'inégalités liés à l'état de santé, aux comportements en matière de santé et aux déterminants de la santé, et peuvent être consultées à l'aide de [l'Outil de données](#) sur les inégalités en santé interactif en ligne.

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport présente les résultats au niveau national pour les taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge pendant la première année de la pandémie, en fonction de facteurs importants en ce qui concerne l'équité en santé. Les inégalités ont été mesurées en fonction du sexe et du genre, du lieu de résidence, du revenu (en utilisant les quintiles de revenu équivalents après impôt par personne pour chaque quartier ainsi que la situation de faible revenu selon la mesure de faible revenu après impôt), du type de logement, du type de ménage et de la taille du ménage. Une mesure sociospatiale a également été utilisée qui combine la concentration de personnes ayant immigré récemment au Canada, celles qui appartiennent à une minorité visible, qui sont nées à l'extérieur du Canada et qui ne parlent aucune des 2 langues officielles (anglais et français). Cette dernière représente la dimension de la « composition ethnoculturelle »

de l'Indice canadien de défavorisation multiple¹⁵. Cette dernière mesure composée a été utilisée pour déterminer les sous-groupes qui peuvent être particulièrement désavantagés par les facteurs structurels et systémiques, notamment en raison du racisme systémique et des inégalités économiques¹⁶.

Les données du présent rapport proviennent de 2 processus d'intégration des données, qui sont dirigés par le partenaire principal de l'IIS, Statistique Canada. Toutes les données ont été anonymisées. L'une des sources de données intègre le questionnaire abrégé du Recensement canadien de 2016 et des données provisoires sur la mortalité liée à la COVID-19 de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil de Statistique Canada. Ce couplage de données a permis de déterminer les taux de mortalité liés à la COVID-19 entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021 selon les caractéristiques sociales et démographiques des personnes vivant dans des logements privés. L'autre source de données intègre des données des profils des aires de diffusion du Recensement de 2016 et des données préliminaires sur la mortalité liée à la COVID-19 de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil. Ce deuxième couplage de données a permis de déterminer les taux de mortalité liés à la COVID-19 entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, en fonction des caractéristiques sociales et économiques dans les quartiers.

Comme il est indiqué ci-dessus, le présent rapport utilise des données mises à jour comparativement au premier rapport à ce sujet, qui a été publié en juillet 2021. Le présent rapport englobe :

- 8 mois supplémentaires de données intégrées au niveau individuel (jusqu'au 31 mars 2021 plutôt qu'au 4 juillet 2020)
- 4 mois supplémentaires de données intégrées au niveau local (jusqu'au 31 décembre plutôt qu'au 31 août 2020)

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du premier rapport, veuillez consulter l'onglet « [Archives](#) ».

Les 2 sources de données sont provisoires et incomplètes. Notamment, elles excluent les décès survenus au Yukon. Elles sous-estiment aussi probablement le nombre réel de décès liés à la COVID-19, en raison de retards potentiels dans la consignation des décès dans la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil. De plus, l'information recueillie lors du Recensement de 2016 pourrait avoir changé entre 2016 et la date de déclaration du décès en 2020 ou 2021.

Toutefois, telles qu'utilisées dans les rapports précédents de l'IIS¹¹, les données de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil intégrées avec d'autres sources de données socioéconomiques, comme celles du Recensement représentent une source d'information utile sur les tendances et constantes générales et les inégalités sociales liées à la mortalité.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Des inégalités importantes dans les taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge ont été observées pour les personnes vivant dans les grands centres urbains, dans des appartements, dans des quartiers à faible revenu et dans des quartiers avec une concentration ethnoculturelle plus élevée. Les inégalités fondées sur les mesures de la région de résidence, du type de logement, du revenu en fonction de la région et de la composition ethnoculturelle étaient plus importantes lorsque l'on tenait compte des 12 à 15 premiers mois de la pandémie par rapport aux 6 à 8 premiers mois inclus dans le premier rapport.

Cet écart s'explique en partie par le risque accru lié aux mauvaises conditions de logement, à la pauvreté et au surpeuplement des ménages, qui peuvent limiter les choix de conditions de vie et de travail qui pourraient diminuer le risque d'infection¹⁷. Ces risques peuvent être plus largement compris dans le contexte des structures sociales et des systèmes de pouvoir, comme le racisme systémique et les inégalités économiques, qui contribuent à la distribution inéquitable des ressources favorisant la santé et des risques pour la santé^{11,14}.

Dans l'ensemble, les hommes présentaient des taux de mortalité liés à la COVID-19 plus élevés que les femmes, malgré des taux de cas de COVID-19 plus élevés chez les femmes que les hommes dans la population au cours de la période d'étude (jusqu'en mars 2021)¹⁸. Il a été proposé que des taux de mortalité liés à la COVID-19 plus élevés chez les hommes pourraient être dus en partie à des facteurs immunologiques liés au sexe¹⁹, ainsi qu'à la prévalence plus élevée des facteurs de risque de mortalité COVID-19²⁰ chez les hommes au Canada, comme le diabète, le cancer et le tabagisme actuel ou antérieur²¹.

Des recherches antérieures sur les différences entre les sexes en matière de santé indiquent l'importance que jouent les normes sociales, les comportements et les conditions liés au genre pour influencer les comportements et les résultats en matière de santé, au-delà des caractéristiques biologiques et physiologiques. Par exemple, les notions culturelles de la masculinité expliqueraient en partie la raison pour laquelle les hommes sont plus susceptibles de fumer, de déclarer des niveaux plus élevés de consommation d'alcool et de ne pas recourir aux services de santé, comparativement aux femmes²².

Les recherches actuelles indiquent également une intersection entre les normes liées au genre et les expériences ainsi que d'autres sources de discrimination ou de désavantage, telles que le statut socio-économique inférieur, le racisme systémique et l'orientation sexuelle. Cette intersection se reflète dans les taux d'exposition plus élevés aux facteurs de risque au travail (par exemple, agents cancérigènes, blessures), aux comportements influençant la santé (par exemple, tabagisme, consommation élevée d'alcool) et à une utilisation plus faible des services de santé chez les hommes dans les milieux socio-économiques inférieurs par rapport à la fois aux femmes en général et aux hommes dans les milieux socioéconomiques plus élevés^{23 24 25 26}. Les inégalités plus importantes de décès attribuables à la COVID-19 entre les hommes et les femmes dans les quartiers à faible revenu et où il y a une plus grande concentration de composition ethnoculturelle concordent avec ces constatations précédentes^{23 24 25 26 9}.

Cependant, de la surveillance et de la recherche sont nécessaires dans l'avenir afin de déterminer les mécanismes précis par lesquels les inégalités en matière de mortalité liée à la COVID-19 sont créées. Le présent rapport n'examine pas, par

exemple, les taux de mortalité chez les personnes appartenant à plusieurs groupes de population ou identités, et ne cherche pas à effectuer des analyses multidimensionnelles. Il s'agit d'un domaine important pour la recherche future.

CONCLUSION

Les inégalités en matière de santé sont considérées comme injustes et inéquitables lorsqu'elles peuvent être évitées par des efforts collectifs^{27 28}. Le nombre plus élevé de décès attribuables à la COVID-19 dans certains groupes, et pas dans d'autres, permet de supposer que ces inégalités peuvent être évitées et, qu'elles sont, par conséquent, considérées comme inéquitables. Une approche d'équité en santé cherche à réduire les iniquités et à accroître l'accès aux possibilités et aux conditions qui soutiennent la santé pour tous.

Ce rapport fournit des éléments probants à l'échelle nationale des inégalités dans le fardeau de la mortalité liée à la COVID-19, une première étape clé pour guider une réponse et une préparation à la pandémie axées sur l'équité en santé. Ce rapport s'appuie sur les rapports précédents de l'IIS, à savoir son rapport de 2018 *Les principales inégalités en santé au Canada : Un portrait national*, qui fournit des principes d'action et des pratiques clés pour faire progresser l'équité en santé au Canada, afin que tous les Canadiens puissent avoir accès à des conditions et des milieux de vie et de travail sains.

ENCADRÉ 1. PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Selon les données provisoires de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, les décès liés à la COVID-19 survenus au Canada entre janvier et décembre 2020/mars 2021 ne sont pas répartis de manière égale parmi les sous-populations.
- Les inégalités absolues de mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge étaient les plus importantes (différences de 24 à 46 décès pour 100 000 habitants) pour les :
 - résidents des grands centres urbains (par rapport à ceux qui se trouvent à l'extérieur des centres urbains)
 - résidents des quartiers à plus faible revenu (par rapport aux régions où les revenus étaient les plus élevés)
 - résidents en appartement (par rapport à ceux occupant une maison individuelle non attenante)
 - résidents des quartiers ayant la plus forte concentration de personnes ayant immigré récemment au Canada, qui appartiennent à une minorité visible, qui sont nées à l'extérieur du Canada ou qui ne connaissent ni l'anglais ni le français par rapport aux quartiers ayant la plus faible concentration de cette mesure composée)
- Les hommes présentaient des taux de mortalité liés à la COVID-19 plus élevés que les femmes. Toutefois, l'ampleur de cet écart selon le sexe et le genre était encore plus grande dans les quartiers à faible revenu et à forte concentration de personnes nées à l'extérieur du Canada, qui ont immigré récemment au pays, qui appartiennent à une minorité visible et qui ne connaissent ni l'anglais ni le français.
 - Par rapport aux femmes, il y avait 31 et 29 décès de plus chez les hommes (pour 100 000 habitants) dans la région à plus faible revenu et la région ayant la plus forte concentration de composition ethnoculturelle respectivement, alors que la différence était d'environ 8 et 9 décès de plus chez les hommes dans la région à revenu le plus élevé et la région la moins ethnoculturelle respectivement (pour 100 000 habitants).
- L'ampleur différente des inégalités fondées sur le sexe ou le genre dans les sous-populations souligne l'importance du risque lié aux expériences sociales selon le sexe, notamment aux conditions de vie et de travail, au-delà des inégalités de risque purement biologiques.
- Des données et des analyses supplémentaires sont nécessaires pour mieux évaluer les facteurs à l'origine de ces inégalités sociales de la santé.

Ces résultats correspondent à la compréhension de la santé publique du rôle des problèmes systémiques, tels que le racisme, l'inégalité économique et d'autres déterminants sociaux de la santé, dans la répartition inéquitable des risques pour la santé.

Introduction

Des premiers rapports provinciaux¹²³⁸ et nationaux⁵⁶⁷⁹ ont mis en évidence l'importance des déterminants sociaux de la santé dans la définition des risques inévitables d'infection par le SRAS CoV 2 ainsi que de morbidité et de mortalité en lien avec la COVID-19⁴.

La variabilité dans la distribution des taux de mortalité liés à la COVID-19 entre les groupes sociaux peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tel qu'avancé dans le rapport de 2020 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada intitulé Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19, les taux de mortalité liés à la COVID-19 peuvent être le produit de plusieurs déterminants, notamment :

1. l'exposition inégale au SRAS-CoV-2 et aux répercussions de la COVID-19 selon les groupes sociaux
2. les différences systémiques dans la répartition des facteurs de risque sous-jacents de la morbidité liée à la COVID-19, tels que l'âge avancé, les maladies cardiaques, le diabète, le stress, le tabagisme et l'état nutritionnel
3. les inégalités potentielles dans l'accès, l'utilisation et la qualité des traitements⁴

Le rapport de 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique intitulé Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada a également souligné le risque que la distribution inéquitable des vaccins contre la COVID-19 ainsi que les inégalités en ce qui concerne le taux de confiance envers les vaccins et le taux d'adoption de ceux-ci, exacerbent les inégalités en matière de santé liées à la pandémie²⁹. La recherche en santé publique a démontré que les inégalités de risque sont souvent le produit de problèmes systémiques, tels que le racisme, l'inégalité économique et d'autres déterminants sociaux de la santé¹⁴¹¹.

Le présent rapport vise à contribuer à l'état croissant des connaissances sur les inégalités sociales en matière de résultats liés à la COVID-19, en décrivant la distribution des taux de mortalité liés à la COVID-19 pendant les 12 à 15 premiers mois de la pandémie, ainsi que les différences absolues et relatives de mortalité en lien avec la COVID-19 entre les divers groupes sociaux au Canada. Deux ensembles de données provisoires de Statistique Canada ont été utilisés :

- l'un permettant la désagrégation des décès liés à la COVID-19 survenus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021 parmi les résidents de logements privés, en fonction des caractéristiques individuelles
- l'autre permettant la désagrégation de l'ensemble préliminaire des décès liés à la COVID-19, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, en fonction des caractéristiques locales (encadré 2)

Le rapport examine les limites de ces ensembles de données (encadré 2). En effet, ce rapport présente les taux de mortalité normalisés selon l'âge en fonction des mesures individuelles et locales, mais n'explore pas des analyses multidimensionnelles ni le risque de mortalité à travers des mesures sociales croisées. Ce dernier point correspond à des domaines importants de recherches futures.

L'onglet de l'Outil de données sur les décès attribuables à la COVID-19 accompagnant ce rapport fournit des tableaux détaillés complets de désagrégation des données et de visualisations des données.

ENCADRÉ 2. MÉTHODOLOGIE ET LIMITES

Sources de données

Les données de ce rapport proviennent de 2 processus d'intégration de données. Toutes les données ont été anonymisées. Les inégalités sociales en matière de mortalité en lien avec la COVID-19 normalisée selon l'âge en fonction des caractéristiques individuelles ont été explorées à l'aide des données provisoires de Statistique Canada sur la mortalité liée à la COVID-19 entre le 1er janvier 2020 et le 31 mars 2021³⁰. Ces données sont tirées de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil et sont liées aux données au niveau individuel du Recensement canadien de la population de 2016 (questionnaire abrégé). Les données provenant du questionnaire abrégé du Recensement ont été restreintes à celles provenant de résidents de logements privés. Ainsi, les décès enregistrés dans ce couplage sont limités à ceux survenus chez les personnes vivant dans des logements privés, qui représentent 98 % de la population canadienne^{6 31}. Les décès survenus dans des lieux d'habitation collectifs, y compris les établissements de soins de longue durée et d'autres établissements, ont été exclus. Depuis mars 2021, il a été estimé que 50 % des décès liés à la COVID-19 au Canada ont été enregistrés dans des contextes de soins de longue durée³². Un total arrondi de 10 845 décès liés à la COVID-19 (4 820 chez les femmes, 6 025 chez les hommes) a été enregistré dans l'ensemble de données utilisé dans le présent rapport. À titre de référence, dans l'ensemble du Canada, 22 758 décès liés à la COVID-19 avaient été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada en date du 31 mars 2021¹⁸.

Pour les estimations de l'inégalité au niveau des régions, les données préliminaires de Statistique Canada sur la mortalité liée à la COVID-19 du 1er janvier au 31 décembre 2020³⁰, enregistrées dans la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, ont été liées aux données au niveau des aires de diffusion³³ du Recensement canadien de la population de 2016 par l'intermédiaire du fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+). Ces données comprenaient tous

les décès ayant un code postal résidentiel, indépendamment du lieu de décès, et incluaient donc ceux qui étaient survenus parmi les résidents des établissements de soins de longue durée. Un total arrondi de 16 120 décès liés à la COVID-19 (8 340 chez les femmes, 7 780 chez les hommes) a été enregistré dans l'ensemble de données utilisé dans le présent rapport. À titre de référence, dans l'ensemble du Canada, 15 498 décès liés à la COVID-19 avaient été déclarés à l'Agence de la santé publique du Canada en date du 31 décembre 2020¹⁸.

Ces ensembles de données de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil sont distincts des ensembles de données sur les cas de COVID-19 provenant des activités de surveillance. Le nombre de décès provisoire et les estimations présentés dans ce rapport pourraient ne pas correspondre aux nombres et aux estimations des autorités sanitaires provinciales et territoriales et des autres organismes. Toutefois, les données de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil¹¹, telles qu'utilisées dans les rapports précédents de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (IIS), représentent une source utile d'information sur les tendances générales et les inégalités sociales en matière de mortalité pour l'ensemble du Canada.

Il faut savoir que les données de la Société canadienne des postes utilisées pour créer le FCCP+ contiennent quelques codes postaux correspondant à de grandes régions rurales qui couvrent plusieurs aires de diffusion. Les inégalités observées dans les mesures sociales décrites dans ce rapport peuvent être moins généralisables aux régions rurales, étant donné que la majorité des décès liés à la COVID-19 (plus de 95 %) se sont produits dans des régions urbaines, et que les caractéristiques des aires de diffusion rurale peuvent mener à des erreurs de mesure. De plus, il n'a pas été possible de distinguer, parmi les décès enregistrés dans cette source de données, ceux qui sont survenus chez les résidents des établissements de soins de longue durée et ceux qui sont survenus dans des logements privés.

Mesures

Deux codes CIM-10 ont été utilisés pour désigner les cas pour lesquels la COVID-19 était déclarée comme la cause du décès : le code U071 pour les cas pour lesquels la présence de la COVID-19 a été confirmée par un résultat de test positif, et le code U072 pour les cas pour lesquels la présence de la COVID-19 est décrite comme « possible », « probable » ou « en attente d'un résultat de test (positif) ». Pour les 2 sources de données, les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants ont été estimés par la méthode directe pour l'ensemble du Canada et par sexe, sur la base de la population canadienne type de 2011, en utilisant des tranches d'âge de 5 ans.

Toutes les données sur la mortalité ont été désagrégées selon le sexe. Le Recensement canadien de la population de 2016 a recueilli de l'information uniquement sur le sexe (présupposé à la naissance : masculin ou féminin). Toutefois, comme dans des rapports antérieurs de l'IIS¹¹, ce présent rapport fait référence aux inégalités fondées sur le sexe ou le genre dans ce rapport en partant du principe que les inégalités de mortalité liée à la COVID-19 entre les hommes et les femmes sont déterminées par des facteurs liés aux 2 concepts que sont le sexe biologique et le genre¹¹. Pour reconnaître cette interaction entre le sexe et le genre, ce rapport fait référence aux taux de mortalité liés à la COVID-19 chez les « hommes » et les « femmes » dans les sections Résultats, ainsi qu'à l'expression « rapport hommes-femmes » que l'on retrouve dans les rapports épidémiologiques.

Les données présentées sont accompagnées d'un intervalle de confiance (IC) à 95 %. L'intervalle de confiance indique la variabilité associée à un taux. Dans les cas où l'intervalle de confiance indique une forte variabilité, les taux devraient être interprétés et comparés avec prudence.

Les mesures de stratification individuelle ont été réalisées à l'aide des données liées au Recensement de 2016 (questionnaire abrégé) au niveau individuel :

- Situation de faible revenu après impôt basée sur la mesure du faible revenu (MFR) du ménage (personnes en situation de faible revenu par rapport à celles qui ne

sont pas en situation de faible revenu). Cette mesure ne s'applique pas aux personnes vivant dans les territoires ou dans les communautés des Premières Nations (réserves), car Statistique Canada n'élabore pas de mesures de faible revenu pour ces sous-populations³⁴.

- Type de logement (appartement dans un immeuble de plus de 5 étages, appartement dans un immeuble de 5 étages ou moins, appartement dans un duplex, maison en rangée, maison jumelée, maison individuelle non attenante).
- Type de ménage (personne vivant seule, couple avec enfants, couple sans enfants, famille monoparentale, ménage multigénérationnel, ménage sans famille de recensement de 2 personnes ou plus [les ménages multigénérationnels sont exclus] et autre ménage comptant une famille de recensement). Les personnes dont les caractéristiques familiales n'ont pas été traitées ont été exclues.
- Taille du ménage (1 personne, 2 personnes, 3 personnes, 4 personnes, 5 personnes ou plus).

Les mesures de stratification au niveau local ont été réalisées à l'aide des données liées au profil du Recensement de 2016 au niveau local :

- Dimension de la composition ethnoculturelle nationale (quintiles) au niveau de la région de l'indice canadien de défavorisation multiple (ICDM). La composition ethnoculturelle tient compte des variables ethnoculturelles du Recensement de la population de 2016. Il s'agit d'un indicateur composé au niveau de l'aire de diffusion qui est constituée de la proportion de la population qui est récemment immigrée (dans les 5 ans précédant le recensement), qui est identifiée comme appartenant à une minorité visible, qui est née à l'extérieur du Canada et qui ne connaît aucune des 2 langues officielles du Canada.
- Quintiles du revenu du quartier après impôt par équivalent d'une personne seule, au niveau national.
- Une résidence dans une région métropolitaine de recensement (RMR) par rapport à une résidence hors d'une RMR. Les régions autres que les RMR comprennent toutes les autres catégories de régions.

Les observations au niveau local peuvent ne pas s'appliquer à toutes les personnes de la région mesurée, ce qui peut représenter une source d'erreur de classification des mesures. Néanmoins, les mesures de géographie locale sont utiles et sont utilisées dans les rapports antérieurs de l'IIS pour plusieurs raisons. En effet, les inégalités déterminées par les mesures du statut socioéconomique des quartiers sont valides, cohérentes et fiables et peuvent être suivies dans le temps dans différents contextes géographiques^{11 35}. Elles peuvent également aider à saisir des concepts, tels que la disponibilité des ressources de promotion de la santé au niveau local³⁶.

Limites

Les données utilisées sont provisoires et incomplètes. Aucun des 2 ensembles de données ne comprend des données sur la mortalité au Yukon. De plus, les décès sont probablement sous-estimés en raison des retards potentiels de déclaration des décès. Ensuite, l'ensemble de données provisoires de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil ainsi que le questionnaire abrégé du Recensement de 2016 ont été liés de façon probabiliste au dépôt d'enregistrements dérivés (DED) dans l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada. Une petite portion des décès attribuables à la COVID-19 n'était pas liée au Recensement de 2016 (questionnaire abrégé) et a été exclue de ces tableaux. Par conséquent, le total cumulé des décès liés à la COVID-19 basé sur l'ensemble de données intégré est inférieur au total réel des décès liés à cette maladie.

Concernant le Recensement de 2016, les répondants ont été invités à faire état de leurs données sociales et démographiques au 10 mai 2016 (jour du recensement). Il est possible que les renseignements indiqués par les personnes dans le Recensement de 2016, tels que leur type de logement ou la taille de leur ménage, aient changé au moment des décès survenus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021. Cela représente une source possible d'erreur de mesure.

La variabilité dans la distribution des taux de mortalité liés à la COVID-19 entre les groupes sociaux peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tel que suggéré dans le rapport de 2020 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada intitulé Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19, les taux de la mortalité attribuables à la COVID-19 sont le produit de 3 grands déterminants. Ces déterminants comprennent :

1. l'exposition inégale au SRAS-CoV-2 et les répercussions de la COVID-19 selon les régions et les groupes sociaux
2. les différences dans la répartition des facteurs de risque sous-jacents de la morbidité liée à la COVID 19, tels que l'âge avancé (la majorité des décès attribuables à la COVID-19 au Canada sont survenus chez les personnes de 70 ans et plus¹⁸), les maladies cardiaques, le diabète, le stress, le tabagisme et l'état nutritionnel
3. les inégalités potentielles dans l'accès, l'utilisation et la qualité des traitements⁴

Le rapport de 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique intitulé Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada a également souligné le risque que la distribution inéquitable des vaccins contre la COVID-19 ainsi que les inégalités en ce qui concerne le taux de confiance envers les vaccins et le taux d'adoption de ceux-ci, exacerbent les inégalités en santé liées à la pandémie²⁹. Les inégalités décrites dans ce rapport indiquent les sous-populations confrontées à une vulnérabilité systémique en ce qui concerne la mortalité attribuable à la COVID-19. Toutefois, en raison de la portée limitée des analyses, des recherches sont nécessaires dans l'avenir pour déterminer les mécanismes précis menant à la création de ces inégalités. Contrairement aux données de surveillance sur les cas de COVID-19, les données de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil ne fournissent pas d'information sur le nombre et la

répartition des cas, ni sur certaines caractéristiques telles que la prévalence des maladies chroniques. Ce manque d'information sur les caractéristiques des sous-groupes ne permet pas d'évaluer si les taux de mortalité plus élevés dans certains sous-groupes peuvent être principalement expliqués par des taux plus élevés d'infections ou par des facteurs de risque de morbidité sous-jacents. Pour combler ces lacunes, il sera nécessaire d'utiliser des données de surveillance pour examiner le taux de décès normalisé selon l'âge par rapport à un dénominateur de cas en tenant compte de la prévalence des facteurs de risque de morbidité dans chaque sous-groupe.

De plus, bien que les taux de mortalité aient été étudiés à l'intersection du sexe et du genre et des mesures individuelles et locales, ces résultats n'incluaient pas une exploration des taux dans une strate commune de caractéristiques individuelles et régionales. Une évaluation future des inégalités sociales en matière de mortalité attribuable à la COVID-19 est nécessaire pour combler ces lacunes.

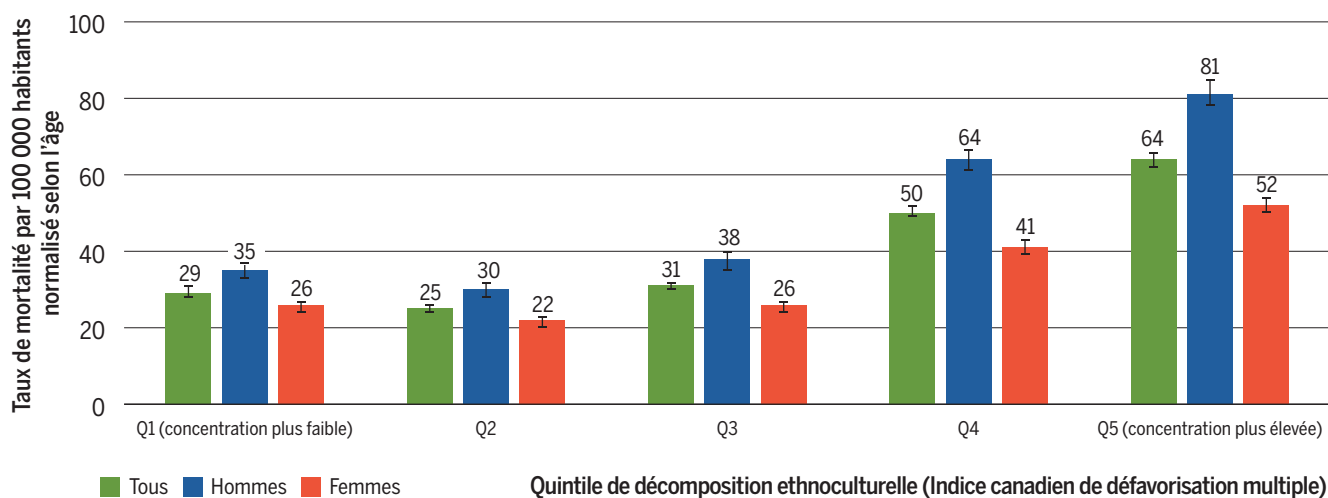
Résultats

MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 SELON LA COMPOSITION ETHNOCULTURELLE AU NIVEAU RÉGIONAL

La mesure de la « composition ethnoculturelle » au niveau régional de Statistique Canada illustre la concentration relative, au niveau local, de personnes ayant immigré récemment au Canada, qui appartiennent à une minorité visible, qui sont nées à l'extérieur du Canada ou qui n'ont aucune connaissance de l'une ou l'autre des langues officielles du Canada (anglais et français). Les quintiles de concentration de composition ethnoculturelle (de 1 – concentration la plus faible, à 5 – concentration la plus élevée) ont été utilisés. Cette mesure a été utilisée dans la recherche sur la santé de la population et la surveillance pour répertorier les sous-populations qui peuvent être particulièrement désavantagées par des facteurs structurels et systémiques, notamment en raison du racisme systémique et des inégalités économiques¹⁶.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, les taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge étaient plus élevés dans les quartiers où la concentration de la composition ethnoculturelle était plus élevée (figure 1). Dans l'ensemble du Canada, l'écart des taux de mortalité liés à la COVID-19 entre les régions ayant les concentrations les plus faibles (quintile 1) et les plus élevées (quintile 5) était de 35 décès pour 100 000 habitants (IC à 95 % de la différence de taux (DT) : 33, 37) (2,2 fois plus élevé dans les quintiles de concentrations les plus élevées par rapport aux concentrations les plus faibles; 64 décès par rapport à 29 décès pour 100 000 habitants).

FIGURE 1. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants selon le quintile de composition ethnoculturelle et selon le sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier 31 au décembre 2020)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95%)				
	Quintile 1 (concentration plus faible)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (concentration plus élevée)
Tous	29 (28, 31)	25 (24, 26)	31 (30, 32)	50 (49, 52)	64 (62, 66)
Hommes	35 (33, 37)	30 (28, 32)	38 (35, 40)	64 (61, 67)	81 (78, 85)
Femmes	26 (24, 27)	22 (20, 23)	26 (24, 27)	41 (39, 43)	52 (50, 54)

Inégalités fondées sur le sexe ou le genre dans la composition ethnoculturelle

Dans l'ensemble du Canada, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, le taux de mortalité lié à la COVID-19 normalisé selon l'âge était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le rapport relatif entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les décès liés à la COVID-19 était similaire dans l'ensemble des niveaux de composition ethnoculturelle (ratio de 1,4 à 1,6 décès chez les hommes par rapport à 1 décès chez les femmes). Cependant, la différence absolue des taux de mortalité entre les hommes et les femmes

était environ 3 fois plus importante dans les quartiers où la concentration de la composition ethnoculturelle était la plus élevée (quintile 5) (81 décès chez les hommes par rapport à 52 décès chez les femmes pour 100 000 habitants; différence de 29 décès pour 100 000 habitants), par rapport aux quartiers où la concentration était la plus faible (quintile 1) (35 décès chez les hommes par rapport à 26 décès chez les femmes pour 100 000 habitants; différence de 9 décès pour 100 000 habitants).

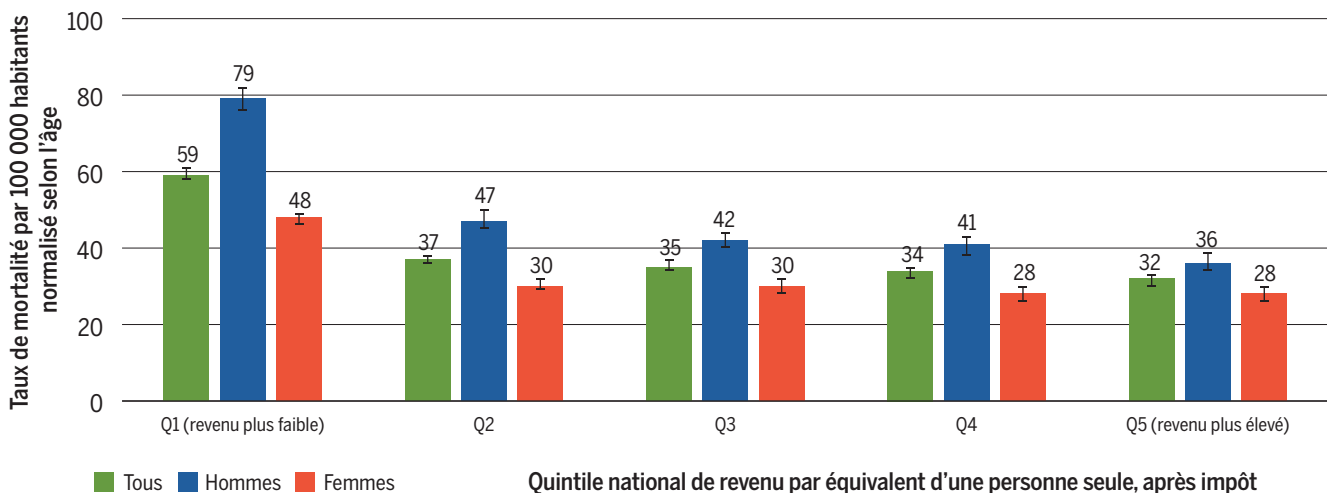
MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 SELON LE REVENU DU QUARTIER

Statistique Canada produit une mesure nationale de quintile du revenu des quartiers après impôt en fonction de l'équivalent d'une personne seule. Ces quintiles sont construits sur la base de la distribution des niveaux de revenu des aires de diffusion pour l'ensemble du pays.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, un écart important des taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge

a été observé entre les quartiers aux revenus les plus faibles (quintile 1) et les autres régions (quintiles 2 à 5) (figure 2). Dans l'ensemble du Canada, la différence dans les taux de mortalité liés à la COVID-19 entre les quartiers ayant le revenu le plus faible (quintile 1) et celles ayant le revenu le plus élevé (quintile 5) était de 28 décès pour 100 000 habitants (IC à 95 % de la DT : 26, 30) (soit un taux 1,9 fois plus élevé dans les régions du quintile 1 que dans celles du quintile 5) (figure 2).

FIGURE 2. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants selon le revenu du quartier et selon le sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95 %)				
	Quintile 1 (concentration plus faible)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (concentration plus élevée)
Tous	59 (58, 61)	37 (36, 38)	35 (34, 37)	34 (32, 35)	32 (30, 33)
Hommes	79 (76, 82)	47 (45, 50)	42 (40, 44)	41 (38, 43)	36 (34, 39)
Femmes	48 (46, 49)	30 (29, 32)	30 (28, 32)	28 (26, 30)	28 (26, 30)

Inégalités fondées sur le sexe ou le genre dans les quartiers selon le revenu

Tant sur une échelle relative qu'absolue, l'écart entre les sexes pour la mortalité liée à la COVID-19 était plus élevé dans les quartiers à plus faible revenu. Dans les quartiers au revenu le plus faible, le rapport entre les décès chez les hommes et chez les femmes était de 1,7, et la différence absolue entre les taux de mortalité chez les hommes et chez les femmes était de 31 décès pour 100 000 habitants. En revanche, ce ratio et la différence absolue étaient de 1,3 et 8 décès/100 000 habitants, respectivement dans les quartiers aux revenus les plus élevés (quintile 5). Cette constatation est conforme aux recherches antérieures sur les inégalités entre les sexes en matière de morbidité et

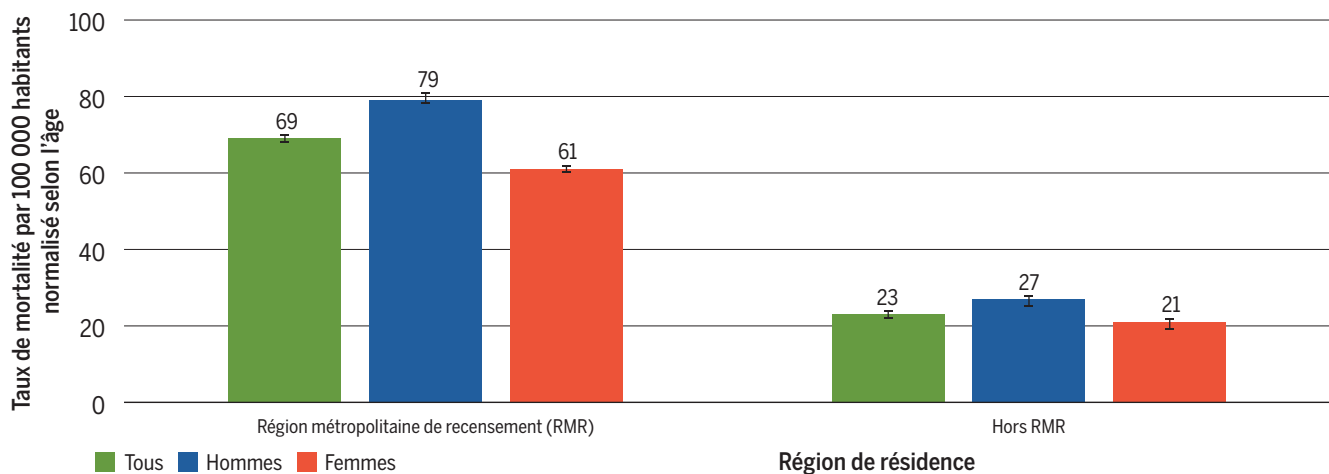
de mortalité liées au statut socioéconomique, lesquelles ont révélé de plus grandes inégalités entre les sexes dans les groupes socioéconomiques moins favorisés^{23 37 38}. Les chercheurs ont suggéré qu'au-delà des facteurs de risques biologiques, les tendances de mortalité plus élevées chez les hommes vivant dans des contextes socioéconomiques plus défavorisés seraient liées aux conditions matérielles, sociales et environnementales relatives au genre, y compris des taux plus élevés d'exposition aux facteurs de risque au travail et les comportements associés qui nuisent à la santé (tabagisme, consommation élevée d'alcool), ainsi qu'une utilisation plus limitée des services de santé durant toute la vie^{23 24 25 26}.

MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR DES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES DE RECENSEMENT (RMR)

Les taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge ont été estimés pour les personnes vivant dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) et celles vivant à l'extérieur des RMR. Les RMR sont de grands centres urbains comptant une population minimale de 100 000 habitants³⁹. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020, les taux de mortalité liés à

la COVID-19 normalisés selon l'âge étaient systématiquement plus élevés dans les RMR que dans l'ensemble des régions à l'extérieur des RMR (3 fois plus élevés; 46 décès de plus par 100 000 habitants (CI à 95 % de la DT : 44, 48)), et ce, pour les hommes et les femmes séparément (figure 3).

FIGURE 3. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants, selon la région métropolitaine de recensement (RMR) de résidence et selon le sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95 %)	
	RMR	Hors RMR
Tous	69 (68, 70)	23 (22, 24)
Hommes	79 (78, 81)	27 (25, 28)
Femmes	61 (60, 62)	21 (19, 22)

Inégalités fondées sur le sexe ou le genre dans les régions de résidence

La différence dans les taux de mortalité liés à la COVID-19 entre les hommes et les femmes était de 18 décès pour 100 000 habitants dans les RMR (79 décès chez les hommes par opposition à 61 décès chez les femmes pour 100 000 habitants), soit environ 3 fois plus que la différence de 6 décès pour 100 000 habitants observée dans les zones

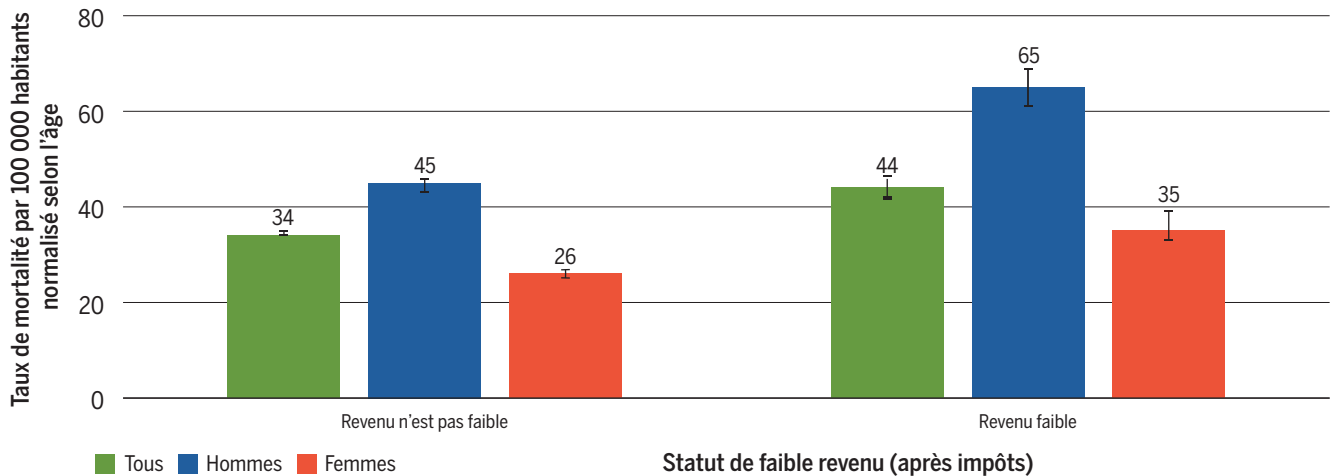
hors RMR (27 décès chez les hommes par rapport à 21 décès chez les femmes pour 100 000 habitants). Toutefois, sur une échelle relative, le ratio de mortalité chez les hommes et chez les femmes était le même pour les zones hors RMR et RMR (1,3).

MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 SELON LA SITUATION DE FAIBLE REVENU APRÈS IMPÔT AU NIVEAU INDIVIDUEL

La « mesure du faible revenu (MFR) » de Statistique Canada permet de répertorier les ménages dont le revenu ajusté après impôt est inférieur à la moitié du revenu médian ajusté du Canada^{34,40}. Elle englobe 2 groupes : les personnes à faible revenu et les personnes n'ayant pas un faible revenu. Entre le 1er janvier 2020 et le 31 mars 2021, à l'instar des résultats obtenus au niveau local, les populations à faible revenu vivant en logement privé ont connu un taux de mortalité lié à la COVID-19 normalisé selon l'âge plus élevé en général et pour

les hommes et les femmes, séparément (figure 4). L'écart des taux de mortalité liés à la COVID-19 entre les personnes à faible revenu et les personnes n'ayant pas un faible revenu était de 10 décès pour 100 000 habitants au Canada (CI à 95 % de la DT : 8, 12) (soit un taux 1,3 fois plus élevé pour les personnes à faible revenu que pour les personnes n'ayant pas un faible revenu : 44 décès par rapport à 34 pour 100 000 habitants) (figure 4).

FIGURE 4. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants selon le statut de faible revenu individuel (après impôt) et selon le sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier au 31 mars 2021)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95 %)	
	Revenu n'est pas faible	Revenu faible
Tous	34 (34, 35)	44 (42, 46)
Hommes	45 (43, 46)	65 (61, 69)
Femmes	26 (25, 27)	35 (33, 37)

Inégalités dans les situations de faible revenu en fonction du sexe ou du genre

Pour les décès survenus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 juillet 2021 dans des logements privés, les taux de

mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, dans les

2 groupes (les personnes à faible revenu et les personnes n'ayant pas un faible revenu). Les inégalités dans les taux de mortalité entre les groupes de population à faible revenu et ceux n'ayant pas un faible revenu étaient plus importantes

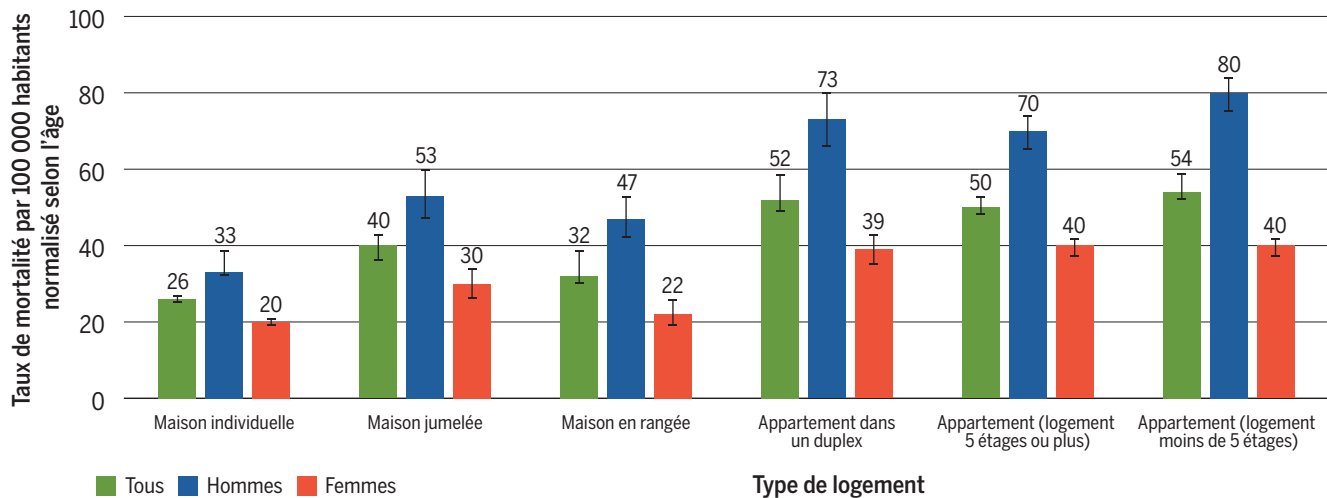
chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, l'écart était de 20 décès pour 100 000 habitants chez les hommes, et de 9 décès pour 100 000 habitants chez les femmes au Canada.

MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 EN FONCTION DU TYPE DE LOGEMENT PRIVÉ

Dans le questionnaire abrégé du Recensement, 6 types de logements privés sont répertoriés : maison individuelle non attenante, maison jumelée, maison en rangée, appartement ou plain-pied dans un duplex, appartement dans un immeuble de 5 étages ou plus et appartement dans un immeuble de moins de 5 étages. Aux fins de la présente analyse, les décès survenus dans des lieux d'habitation collectifs, y compris les centres de soins de longue durée, ont été exclus. Le type de logement privé illustre de nombreuses différences sociales et économiques. Par exemple, les résidents de maisons individuelles ont tendance à avoir un revenu médian déclaré après impôt plus élevé que les résidents d'appartements dans des immeubles à plusieurs étages⁴¹. De plus, les résidents de maisons individuelles

ont également tendance à se déclarer plus satisfaits de la taille et du nombre de pièces de leur logement que les personnes résidant en appartement, ce qui peut indiquer un risque possible plus élevé de conditions de logement insatisfaisantes chez les résidents d'appartements dans le contexte de la pandémie de COVID-19⁴². Les taux de mortalité plus élevés dans les appartements pourraient être associés au fait que ce type de logement est plus concentré dans les grandes régions urbaines où le fardeau de la mortalité liée à la COVID-19 est élevé (comme l'indiquent les résultats susmentionnés selon la RMR de résidence). Toutefois, ces inégalités persistaient lorsqu'on se limite aux RMR du Québec et de l'Ontario⁶.

FIGURE 5. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants selon le type de logement et selon le sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95 %)					
	Maison individuelle	Maison jumelée	Maison en rangée	Appartement dans un duplex	Appartement (logement 5 étages ou plus)	Appartement (logement moins de 5 étages)
Tous	26 (25, 27)	40 (36, 43)	32 (30, 35)	52 (49, 56)	50 (48, 53)	54 (52, 56)
Hommes	33 (32, 35)	53 (47, 60)	47 (42, 53)	73 (66, 80)	70 (65, 74)	80 (75, 84)
Femmes	20 (19, 21)	30 (26, 34)	22 (19, 26)	39 (35, 43)	40 (37, 42)	40 (37, 42)

Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021, les taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge dans la population vivant en logement privé étaient les plus élevés chez les personnes habitant en appartement (dans des immeubles de moins de 5 étages ou de plus de 5 étages, appartements ou duplex) (figure 5). Sur le plan statistique, les taux n'étaient pas significativement différents selon les types de bâtiments dans lesquels se trouvaient ces appartements, comme l'indique le chevauchement des intervalles de confiance à 95 % (figure 5).

Par rapport aux résidents en appartement, les taux étaient plus faibles pour ceux qui résidaient dans des maisons jumelées ou en rangée. Le taux de mortalité lié à la COVID-19 le plus faible a été observé chez les personnes vivant dans des maisons individuelles non attenantes (26 décès pour 100 000 habitants). Dans l'ensemble, les taux de mortalité étaient de 1,9 à 2,0 fois plus élevés au sein des populations vivant en appartement comparativement à celles vivant dans des maisons individuelles.

Inégalités fondées sur le sexe ou le genre dans les types de logements privés

L'ampleur des inégalités absolues fondées sur le sexe ou le genre variait selon le type de logement. La différence absolue des taux entre les hommes et les femmes allait de 30 à 40 décès pour 100 000 habitants chez les résidents en appartement, comparativement à 13 à 25 décès pour 100 000 habitants

De 24 (IC à 95 % : 22, 26) à 28 (IC à 95 % : 26, 30) décès de plus pour 100 000 habitants ont été enregistrés dans les groupes de population vivant en appartement par rapport aux groupes de population vivant dans des maisons individuelles (de 50 à 54 décès comparativement à 26 décès pour 100 000 habitants, respectivement).

L'ampleur de l'inégalité liée à la mortalité entre les résidents des maisons en rangée et des maisons jumelées et ceux des maisons individuelles était plus faible. Les taux étaient de 1,2 à 1,5 fois plus élevés pour les résidents des maisons en rangée et des maisons jumelées. Environ de 6 (IC à 95 % : 3, 9) à 14 (IC à 95 % : 10, 18) décès de plus pour 100 000 habitants sont survenus parmi les groupes de population vivant dans des maisons en rangée ou jumelées par rapport aux groupes de population vivant dans des maisons individuelles (de 32 à 40 décès par rapport à 26 décès pour 100 000 habitants, respectivement).

chez les résidents dans des maisons individuelles, jumelées ou en rangées. Toutefois, sur une échelle relative, le rapport hommes-femmes en ce qui concerne les décès était similaire dans tous les groupes (1,7 à 2,1).

MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 PAR TYPE DE MÉNAGE

Le questionnaire abrégé du Recensement détermine plusieurs types de ménages. Il s'agit des personnes vivant seules, des ménages comptant une famille de recensement (c'est-à-dire, couples sans enfants, couples avec enfants, familles monoparentales, ménages multigénérationnels), des « autres » ménages comptant une famille de recensement et des ménages sans famille de recensement de 2 personnes ou plus. Les « autres » ménages comptant une famille de recensement comprennent tous les ménages où il y a une famille de recensement avec des personnes supplémentaires ou plus d'une famille de recensement. Les « ménages sans famille de recensement » composés de 2 personnes ou plus comprennent les personnes qui ne constituent pas une famille de recensement, sur la base de l'état matrimonial ou parental⁴³. Le ménage moyen au Canada est composé de 2,5 personnes⁴⁴. La taille des ménages varie selon le type de ménage, les ménages sans famille de recensement

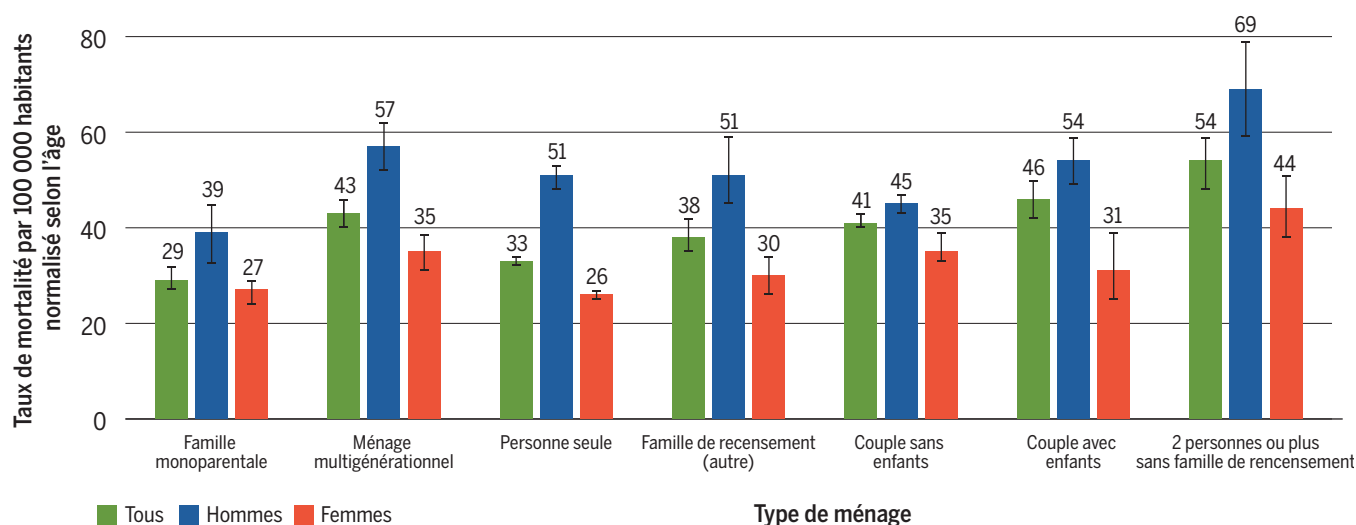
de 2 personnes ou plus comptant en moyenne 3 personnes, et les ménages multigénérationnels comptant 5 personnes⁴⁵. Certaines sous-populations, comme les immigrants au Canada, sont plus susceptibles de vivre dans des ménages multigénérationnels que les non-immigrants (11 % des immigrants par rapport à 5 % des non-immigrants)⁴⁶.

Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021, le portrait de la mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge en fonction du type de ménage des personnes ayant un logement privé était hétérogène (figure 6). Les taux globaux de mortalité étaient les plus élevés parmi les ménages sans famille de recensement de 2 personnes ou plus (54 décès pour 100 000 habitants); 24 décès de plus par 100 000 habitants (IC à 95 % : 18, 30) comparativement aux ménages comptant des familles monoparentales). Les familles de recensement

comptant 2 personnes ou plus sont les ménages qui n'étaient pas composés d'un couple marié ou en union libre avec ou sans enfants, ni d'un parent seul avec un ou plusieurs enfants. Des taux élevés étaient également observés chez les personnes

vivant dans un ménage de couples avec enfants (46 décès pour 100 000 habitants; 17 décès de plus par 100 000 habitants (IC à 95 % : 12, 22) comparativement aux ménages de familles monoparentales) (figure 6).

FIGURE 6. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants selon le type de ménage et selon sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95 %)						
	Famille monoparentale	Ménage multi-générationnel	Personne seule	Famille de recensement (autre)	Couple sans enfants	Couple avec enfants	2 personnes ou plus sans famille de recensement
Tous	29 (27, 32)	43 (40, 46)	33 (32, 34)	38 (35, 42)	41 (40, 43)	46 (42, 50)	54 (48, 59)
Hommes	39 (33, 45)	57 (52, 62)	51 (48, 53)	51 (45, 58)	45 (43, 47)	54 (49, 59)	69 (59, 79)
Femmes	27 (24, 29)	35 (31, 38)	26 (25, 27)	30 (26, 34)	35 (33, 38)	31 (25, 37)	44 (38, 51)

Inégalités fondées sur le sexe ou le genre selon le type de ménage

L'ampleur des inégalités fondées sur le sexe ou le genre variait selon le type de ménage. La différence absolue des taux entre les hommes et les femmes variait de 21 à 25 décès pour 100 000 habitants dans les ménages de personnes vivant seules (rapport hommes-femmes de 1,9), les ménages de couples avec enfants (rapport hommes-femmes de 1,7), les ménages d'autres familles de recensement (rapport hommes-femmes de 1,7), les ménages sans famille de recensement de 2 personnes ou plus (rapport hommes-femmes de 1,6) et les ménages multigénérationnels (rapport hommes-femmes de 1,6). Dans les familles monoparentales et les ménages de couples sans enfants, la différence de taux entre les hommes et les femmes était de 13 et de 10 décès pour 100 000 habitants, respectivement

(rapports hommes-femmes de 1,5 et de 1,3 respectivement). Les données probantes sur la distribution des facteurs de risque de mortalité COVID-19 entre les hommes et les femmes selon le type de ménages sont très limitées, et par conséquent l'étiologie de ces tendances est difficile à expliquer. Il est possible, par exemple, que l'écart plus important entre les hommes et les femmes au sein des ménages de couples avec enfants reflète le risque plus faible de transmission du SRAS-CoV-2 chez les femmes qui ont pris un congé pour s'occuper des enfants à la maison⁴⁷. Toutefois, des recherches plus poussées sur ce sujet sont nécessaires.

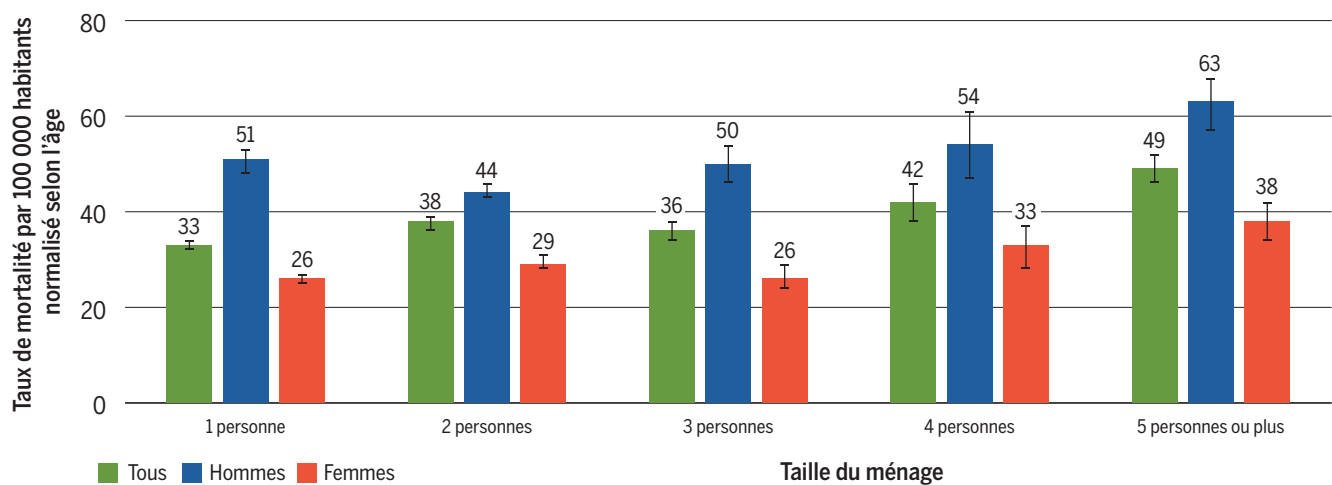
MORTALITÉ LIÉE À LA COVID-19 EN FONCTION DE LA TAILLE DU MÉNAGE

Dans le Recensement de 2016 (questionnaire abrégé), 5 tailles de ménage ont été enregistrées : personnes vivant seules, ménages de 2, 3, 4 ou 5 personnes ou plus. Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2021, les taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge étaient plus élevés pour les ménages comptant 4 personnes ou plus ou 5 personnes ou plus (42 et 49 décès/100 000 habitants pour les ménages comptant 4 et 5 personnes ou plus, respectivement, comparativement à 33 décès/100 000 habitants pour les ménages composés d'une seule personne) (figure 7).

Par conséquent, il y a eu 16 décès de plus (IC à 95 % : 12, 20) par 100 000 habitants chez les personnes vivant dans des ménages de 5 personnes ou plus comparativement aux ménages composés d'une seule personne.

L'ampleur des inégalités de mortalité entre les hommes et les femmes variait en fonction de la taille du ménage, mais ces différences n'augmentaient pas avec la taille du ménage. La différence de taux entre les hommes et les femmes était plus élevée pour les ménages composés d'une seule personne et de 5 personnes ou plus (25 décès/100 000 habitants chacun).

FIGURE 7. Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants selon la taille du ménage et selon le sexe ou le genre, au Canada (du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021)



Groupe	Mortalité liée à la COVID-19 normalisée selon l'âge pour 100 000 habitants (IC 95 %)				
	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	5 personnes ou plus
Tous	33 (32, 34)	38 (36, 39)	36 (34, 38)	42 (38, 46)	49 (46, 52)
Hommes	51 (48, 53)	44 (43, 46)	50 (46, 54)	54 (47, 61)	63 (57, 68)
Femmes	26 (25, 27)	29 (28, 31)	26 (24, 129)	33 (28, 37)	38 (34, 42)

Conclusion

Ces données provisoires suggèrent que les décès liés à la COVID-19 survenus entre janvier 2020 et mars 2021 n'ont pas été répartis de manière égale dans les sous-populations du Canada.

Les plus grandes inégalités en matière de mortalité liée à la COVID-19 ont été observées entre 4 groupes :

- les résidents des grands centres urbains (RMR) (par rapport aux résidents des régions autres que des RMR)
- les résidents des régions ayant la plus forte concentration de composition ethnoculturelle (quintiles 4 et 5 par rapport aux régions du quintile 1)
- les résidents des régions ayant les plus faibles revenus (régions du quintile 1 par rapport aux régions du quintile 5)
- les résidents en appartement (par rapport aux résidents en maison individuelle)

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et ces inégalités de sexe et de genre étaient également plus élevées dans ces 4 groupes comparativement à leurs populations de référence respectives.

Les inégalités décrites dans ce rapport présentent les sous-populations confrontées à une vulnérabilité systémique en ce qui concerne la mortalité attribuable à la COVID-19. Ces résultats sont conformes à ceux de rapports provinciaux, nationaux et internationaux antérieurs^{1 2 3 4 5 6 7 48 49 50 8 9 17}. Ils correspondent également à la compréhension de la santé publique de l'influence des déterminants structurels, tels que le racisme systémique, l'inégalité économique et d'autres déterminants sociaux de la santé, sur la distribution inéquitable des infections^{51 52 53 54} et du risque de morbidité^{14 11 55 56}. Les mesures de santé publique telles que la fermeture des lieux de travail non essentiels ont eu des effets différentiels sur les taux de transmission du SRAS-CoV-2 selon les profils socioéconomiques des communautés, étant donné les différences dans la proportion locale des travailleurs qui pouvaient travailler à domicile⁵⁷.

En outre, les efforts de vaccination ont commencé au Canada en décembre 2020 et pourraient avoir contribué à la réduction des taux de mortalité pendant une partie de la période visée par le présent rapport, puisque les personnes les plus

à risque ont été vaccinées en premier, particulièrement les adultes canadiens plus âgés²⁹. Le 2 janvier 2021, moins de 1 % des Canadiens âgés de 70 ans ou plus avaient reçu au moins une dose du vaccin. Toutefois, le 3 avril 2021, 79 % des adultes âgés de 80 ans et plus et 51 % des adultes âgés de 70 à 79 ans avaient reçu au moins une dose du vaccin⁵⁸. En moyenne, le taux d'efficacité documenté des vaccins à prévenir une maladie grave et le décès après 3 à 4 semaines suivant l'administration de la première dose du vaccin de Pfizer, de Moderna ou d'AstraZeneca s'élevait de 70 à 90 %⁵⁹. La couverture vaccinale est particulièrement importante lors de l'examen des inégalités relatives au taux de mortalité liés à la COVID-19 puisqu'un taux d'efficacité moindre des vaccins contre la COVID-19 a été observé chez les populations atteintes de certaines comorbidités chroniques⁶⁰, qui, à leur tour, sont plus prévalentes chez les populations ayant un statut socioéconomique inférieur^{61 11}.

Des preuves d'inégalités en ce qui concerne la distribution et l'adoption des vaccins contre la COVID-19 ont été observées pendant cette période. Une analyse réalisée en Ontario indique que, chez les personnes vivant dans les régions ayant des niveaux plus élevés de diversité (selon la proportion de résidents racisés et d'immigrants récents) et des niveaux plus élevés de défavorisation matérielle (selon les indicateurs du revenu, de l'éducation, de la qualité du logement et de la structure familiale), les taux de couverture après l'administration d'au moins une dose du vaccin étaient moins élevés à la fin du mois de mars 2021⁶². L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a démontré que les personnes ayant des études secondaires ou inférieures avaient une prévalence de vaccination autodéclarée significativement plus faible que les diplômés universitaires⁶³. Une analyse approfondie des données de l'ESCC a montré que la couverture vaccinale variait selon l'identité raciale. Les Canadiens noirs et arabes ont signalé une couverture significativement plus faible, et les Canadiens sud-asiatiques ont rapporté une couverture significativement plus élevée que celle des Canadiens non racisés⁶⁴.

Concernant l'intention de se faire vacciner, un sondage sur la couverture vaccinale a conclu que l'intention de se faire vacciner augmentait avec le revenu du ménage et le niveau d'éducation individuel, mais était également plus élevé chez les répondants racisés et demeurait inchangé selon le statut d'immigration⁶⁵. Des tendances similaires ont été constatées parmi les données de l'ESCC concernant le niveau d'éducation et les répondants racisés⁶³. Comme au Canada, des inégalités relatives à la couverture vaccinale ont été observées pendant les premiers mois des efforts de vaccination aux États-Unis et au Royaume-Uni, où des niveaux inférieurs de couverture vaccinale étaient observés chez les personnes vivant en situation de pauvreté⁶⁶ ainsi que dans les quartiers plus vulnérables sur le plan social (un index comprenant des facteurs comme le revenu, l'identité raciale et les caractéristiques du logement)⁶⁷. Des inégalités en matière de couverture ont également été observées chez les populations racisées dans les 2 pays^{68,66}, avec des expériences différentes selon le groupe de population et l'âge dans l'étude du Royaume-Uni⁶⁶. Ceux-ci ont été attribués en partie au plus faible taux de confiance envers les vaccins et les institutions publiques⁶⁹ et aux expériences en matière de racisme systémique⁶⁸.

Ces facteurs pourraient avoir contribué aux inégalités persistantes et croissantes observées quant au taux de mortalité liés à la COVID-19 au Canada. Toutefois, ces études se penchant sur ces liens demeurent limitées et le déploiement des vaccins était relativement récent pendant la période visée par le présent rapport. Une recherche plus approfondie est requise pour mieux comprendre la contribution des inégalités en matière de couverture vaccinale contre la COVID-19 aux inégalités en matière de mortalité liée à la COVID-19 au Canada.

De manière générale, les taux de mortalité étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, malgré des taux d'incidence de cas similaires chez les femmes et chez les hommes, pendant la période d'étude¹⁸. Les données de surveillance indiquent qu'en date du 31 mars 2021, il y a eu environ 84 116 cas de COVID-19 chez les femmes et 79 034 cas chez les hommes (rapport hommes-femmes de 1,06)¹⁸. De plus, en date du 31 mars 2021, 88 % des décès liés à la COVID-19 au Canada ont eu lieu parmi la population âgée de 70 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, les cas étaient aussi plus nombreux chez les femmes (approximativement 64 315 cas) que chez les

hommes (44 267 cas) (rapport hommes-femmes 0,69)¹⁸. Parmi les adultes en âge de travailler, la différence dans le nombre total de cas entre les hommes et les femmes a été attribuée, au moins en partie, à la surreprésentation des femmes dans certains milieux professionnels qui peuvent être plus à risque d'exposition au virus, comme les milieux d'enseignement et de santé et de soins, ainsi qu'aux taux élevés de dépistage dans ces contextes^{70,68,47}.

Il a été proposé que les taux de mortalité liés à la COVID-19 plus élevés chez les hommes, malgré le nombre plus faible de cas chez ces derniers, pourraient en partie s'expliquer par des facteurs immunologiques liés au sexe¹⁹, ainsi qu'à la prévalence plus élevée des facteurs de risque de mortalité liée à la COVID-19 chez les hommes au Canada comparativement aux femmes. Les facteurs de risque de mortalité liée à la COVID-19 comprennent une consommation antérieure ou actuelle de produits du tabac et des conditions de santé chroniques²⁰. Des rapports précédents de l'IIS indiquent que chez les adultes plus âgés au Canada, les hommes ont des taux supérieurs de diabète, de cancer et de maladie pulmonaire obstructive chronique et des taux de prévalence du tabagisme plus élevés que les femmes²¹.

De plus, des recherches antérieures sur les différences entre les sexes en matière de santé et de mortalité indiquent l'importance que jouent les normes sociales, les comportements et les conditions liés au genre, au-delà des caractéristiques biologiques et physiologiques, et en relation avec d'autres déterminants sociaux clés tels que le statut socio-économique, dans la détermination des comportements liés à la santé et des résultats sur la santé. Par exemple, les notions culturelles de la masculinité expliqueraient en partie la raison pour laquelle les hommes et les garçons sont plus susceptibles de fumer, de déclarer des niveaux plus élevés de consommation d'alcool et de ne pas recourir aux services de santé, comparativement aux femmes et aux filles²².

Les intersections entre les normes liées au genre et d'autres sources de discrimination ou de désavantage, telles que le statut socio-économique inférieur, le racisme systémique et l'orientation sexuelle se reflètent dans les taux d'exposition plus élevés aux facteurs de risque au travail (par exemple, agents cancérigènes, blessures), aux comportements influençant la santé (par exemple, tabagisme, consommation élevée d'alcool) et à une utilisation plus faible des services de

santé chez les hommes dans les milieux socio-économiques inférieurs par rapport aux femmes en général et aux hommes dans les milieux socioéconomiques plus élevés^{23 24 25 26}.

Les inégalités de mortalité liée à la COVID-19 plus importantes entre les hommes et les femmes dans les quartiers à faible revenu et où il y a une plus grande concentration de personnes ayant immigrées récemment ou qui sont nées à l'extérieur du Canada, qui appartiennent à des minorités visibles et ne parlaient ni l'anglais ni le français (par rapport aux quartiers à revenu plus élevé et à plus faible concentration de composition ethnoculturelle) concordent avec ces constatations antérieures relatives aux inégalités dans l'ensemble de la mortalité en milieux socioéconomiques inférieurs^{23 24 25 26}.

Toutefois, en raison de la portée limitée des analyses, des recherches sont nécessaires dans l'avenir pour identifier les mécanismes qui créent ces inégalités. Les inégalités observées peuvent être dues à une exposition inégale à l'infection par le SRAS-CoV-2, à des différences dans la répartition des maladies chroniques et à d'autres facteurs de risque sous-jacents de morbidité liée à la COVID-19^{71 72}, ou à des inégalités potentielles en matière d'accès, d'utilisation et de qualité des traitements⁴. La poursuite de la surveillance et de la recherche est nécessaire dans l'avenir afin de combler le manque de connaissances à ce sujet. De plus, ce rapport n'a pas examiné, par exemple, les taux de mortalité chez les personnes appartenant à plusieurs groupes de population ou plusieurs identités.

Ces types d'analyse peuvent contribuer à l'identification des sources de biais de confusion ainsi que de médiation ou de modification de l'effet. Par exemple, une analyse fondée sur la même intégration de données utilisée dans le présent rapport a permis de déterminer que les taux de mortalité liés à la COVID-19 variaient de façon significative selon le statut de faible revenu des personnes vivant dans un immeuble à appartements ou un édifice comptant plusieurs étages, mais pas pour celles vivant dans d'autres types d'habitations⁷³.

Plus particulièrement, les personnes vivant dans un immeuble à appartements de 5 étages ou plus et qui n'avaient pas un faible revenu avaient des taux significativement plus faibles de mortalité liée à la COVID-19 (45/100 000) que les personnes qui avaient un faible revenu (65/100 000). Ces résultats d'hétérogénéité entre les groupes de revenu suggèrent que le niveau de revenu est probablement une source de biais de confusion

entre les types de logements et le taux de mortalité liés à la COVID-19. Il est possible qu'un ajustement selon le revenu permette de réduire ou d'éliminer les inégalités observées par type de logement.

De même, une étude se penchant sur les inégalités relatives au risque de mortalité liée à la COVID-19 selon la densité en populations immigrantes et racisées dans les quartiers indique que les inégalités chez ces populations persistent même après l'ajustement des caractéristiques du logement, comme le surpeuplement⁷⁴. Cela peut indiquer que le surpeuplement joue un rôle de médiation entre ces dernières caractéristiques de quartier et le risque de mortalité liée à la COVID-19.

De plus, il n'a pas été possible d'examiner le fardeau de la COVID-19 parmi une gamme complète de déterminants sociaux de la santé dans le présent rapport, en raison de l'absence de mesures individuelles dans la source de données du Recensement canadien abrégé de 2016. Il manquait des mesures au niveau individuel du genre et de l'orientation sexuelle, comme mesures indirectes de diverses formes de sexisme; de mesures de populations autochtones pour cerner les différences fondées sur les principes de distinction dans l'expérience de la pandémie et les effets du racisme anti-autochtone et du colonialisme ou de mesures de la race/l'ethnicité au niveau individuel, comme mesure indirecte du racisme⁵⁶.

Certaines régions du Canada ont commencé à désagréger les données sur la COVID-19 selon ces mesures^{75 76 2}. Ces domaines sont pertinents pour d'éventuelles recherches, tout comme l'évaluation des inégalités à des moments ultérieurs de la pandémie, soit après l'apparition des variants préoccupants du virus⁷⁷ ainsi que les campagnes de vaccination.

Comparativement aux résultats déclarés pendant la première vague de la pandémie (de janvier à juillet/août 2020, voir le [rapport archivé](#)), le présent rapport mis à jour (couvrant de janvier 2020 à décembre 2020/mars 2021) conclut que les populations faisant face aux plus grandes inégalités demeurent les mêmes. Toutefois, pour la plupart des populations, la taille absolue des inégalités a augmenté et, dans plusieurs cas, est 2 fois plus grande que celle observée pendant la période initiale (voir l'annexe). Cet écart peut être en partie attribuable à l'augmentation générale du taux

de mortalité lié à la COVID-19 pendant la seconde moitié de 2020 et au début de 2021²⁶, ainsi que les décès supplémentaires liés à la COVID-19 observés en raison des révisions des chiffres provisoires de la période de déclaration initiale.

Les inégalités en matière de santé sont considérées comme injustes et inévitables lorsqu'elles peuvent être évitées par des efforts collectifs^{27,28}. Le fardeau élevé de mortalité observé dans certains groupes et pas dans d'autres, ainsi que la persistance de ces inégalités entre les différentes vagues de la pandémie, permet de supposer que ces inégalités de mortalité peuvent être évitées et, par conséquent, être considérées comme inévitables. Ce rapport fournit des éléments probants à l'échelle nationale des inégalités au niveau de la mortalité liée à la COVID-19, une première étape pour faire avancer une réponse et une préparation à la pandémie qui sont axées sur l'équité en matière de santé. Ce rapport s'appuie sur les rapports précédents de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé, dont le rapport de 2018 intitulé *Les principales inégalités en santé au Canada*, qui fournit des principes d'action et de pratiques clés pour faire progresser l'équité en santé au Canada, afin que tous les Canadiens puissent avoir accès à des conditions et des milieux de vie et de travail sains.

ENCADRÉ 3. REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le fruit de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (IIS), une initiative conjointe du Réseau pancanadien de santé publique (RSP), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Le RSP, un organisme de coordination composé des ministères de la Santé publique au niveau fédéral et au niveau des provinces et territoires, a fourni une orientation et une rétroaction sur la version originale de ce rapport par l'intermédiaire de son Comité consultatif technique sur la COVID-19.

L'ASPC a dirigé la rédaction du rapport, les consultations et la coordination des examens par les experts, et a assuré la gestion globale du projet. Statistique Canada a fourni une expertise méthodologique et a assuré l'analyse des données et la révision du rapport. Au sein de l'ASPC, le rapport a été préparé sous la direction d'une équipe de la Division des déterminants sociaux de la santé composée des membres suivants : Alexandra Blair, Sai Yi Pan, Colin Steensma et Malgorzata Miszkurka, avec le soutien de Beth Jackson, Nasim Khatibsemnani, Natalie Osorio, Dolon Chakravartty, Muhim Abdalla et Ali El-Samra.

À Statistique Canada, l'intégration des données et les analyses de données pour ce rapport ont été menées par (en ordre alphabétique) : Nicole Aitken, Lawson Greenberg, Shikha Gupta, Vijata Sharma, Rajendra Subedi et Fei-Ju Yang du Centre de données sur la santé de la population.

Des réviseurs externes et internes ont fourni des commentaires éclairés sur la version originale de ce rapport, nommés ici en ordre alphabétique : à l'externe – Nicole Aitken (Statistique Canada), Tia Carpino (Femmes et Égalité des genres Canada), Geoff Hynes (ICIS), Evasha Rasasakaram (ICIS), Dana Riley (ICIS), Rajendra Subedi (Statistique Canada), Fei-Ju Yang (Statistique Canada); à l'ASPC – Kate Hill MacEachern, Marie-Claire Ishimo, Laura MacDougall, Ahalya Mahendra et Susan Scruton. Des commentaires sur la version mise à jour du rapport ont été formulés par Nicole Aitken, Nicolas Gilbert (ASPC), Shika Gupta (Statistique Canada), Geoff Hynes, Evasha Rasasakaram, Dana Riley, Vijata Sharma (Statistique Canada), Rajendra Subedi et Fei-Ju Yang.

Les analyses et constatations de ce rapport ne reflètent pas nécessairement celles des réviseurs ou de leurs organismes affiliés.

Références

- ¹ H. Chung, K. Fung, L. Ferreira-Legere, B. Chen, L. Ishiguro, G. Kalappa, G. P. C. T, J. Paterson, S. Bronskill, J. Kwong, A. Guttman, M. Azimae, M. Vermeulen et M. Schull, « COVID-19 Laboratory Testing in Ontario: Patterns of Testing and Characteristics of Individuals Tested, as of April 30, 2020, » 2020.
- ² Toronto Public Health, « COVID 19: Ethno-Racial Identity & Income, » 2020. [En ligne]. Disponible : <https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-latest-city-of-toronto-news/covid-19-status-of-cases-in-toronto/>. [Accédé le 28 juin 2021].
- ³ ICES, « COVID-19 in Immigrants, Refugees, and Other Newcomers in Ontario: Characteristics of Those Tested and Those Confirmed Positive, » 2020. [Online]. Disponible : <https://www.ices.on.ca/Newsroom/Announcements-and-Events/2020/ICES-releases-report-on-COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario>
- ⁴ Agence de la santé publique du Canada, « Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19, » *Administratrice en chef de la santé publique du Canada*, 2020
- ⁵ R. Subedi, L. Greenberg et M. Turcotte, « Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada, » *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur.*, 2020.
- ⁶ F. Yang et N. Aitken, « Les personnes qui vivaient en appartement ou au sein d'un ménage plus nombreux étaient plus à risque de mourir de la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie, » *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur.*, 2021.
- ⁷ E. Ng, « Décès liés à la COVID-19 chez les immigrants: données probantes des premiers mois de la pandémie, » Statistique Canada, le 9 juin 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00017-fra.htm>. [Accédé le 11 juin 2021].
- ⁸ S. Mishra, H. Ma, G. Moloney, K. C. Y. Yiu, D. Darvin et D. e. a. Landsman, « Increasing concentration of COVID-19 by socioeconomic determinants and geography in Toronto, Canada: an observational study, » *Annals of Epidemiology*, vol. 65, pp. 84-92, 2022.
- ⁹ R. Subedi et N. Aitken, « Inégalités des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 selon le type de quartier au Canada », *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances pour bâtir un Canada meilleur*, 2022.
- ¹⁰ Agence de la santé publique du Canada, « Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé, » 2020. [En ligne]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.
- ¹¹ Agence de la santé publique du Canada, « Les principales inégalités en santé au Canada - un portrait national, » Ottawa (Ontario), 2018.
- ¹² M. Marmot et J. Allen, « Social determinants of health equity, » *American Journal of Public Health*, pp. S517-9, 2014.
- ¹³ M. Haworth-Brockman et C. Betker, « Mesurer ce qui compte en plein cœur de la pandémie de COVID-19 : », Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses 2020.
- ¹⁴ O. Solar et A. Irwin, « A conceptual framework for action on the social determinants of health, » 2010.
- ¹⁵ Statistique Canada, « L'Indice canadien de défavorisation multiple Guide de l'utilisateur, » 2019. [En ligne]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/45200001>.
- ¹⁶ R. A. Walk et L. S. Bourne, « Ghettos in Canada's cities? Racial segregation, ethnic enclaves and poverty concentration in Canadian urban areas, » *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, pp. 273-297, 2006.
- ¹⁷ A. Khanijahani, S. Iezadi, K. Gholipour, S. Azami-Aghdash et D. Naghibi, « A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in COVID-19, » *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, no. 248, 2021.

- ¹⁸ Agence de la santé publique du Canada, « Maladie à coronavirus (COVID-19): Mise à jour de l'épidémiologie - Archives Web du 31 mars 2021, » *Archives Web du 31 mars 2021*, 2021. [En ligne]. Disponible : <https://web.archive.org/web/20210331092307/https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>.
- ¹⁹ C. Wenham, J. Smith et R. Morgan, « COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, » *The Lancet*, vol. 395, no. 10227, pp. 846-848, 2020.
- ²⁰ Agence de la santé publique du Canada, « Personnes susceptibles de présenter une forme grave de la maladie ou des complications si elles contractent la COVID-19, » 2020. [En ligne]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/personnes-susceptibles-grave-malades-contractent-covid-19.html>.
- ²¹ Agence de la santé publique du Canada, « Données des inégalités en santé, » 2016. [En ligne]. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/?Geo=00&Cat=13&Ind=300&Lif=3&Strat=52&MS=14>.
- ²² Organisation mondiale de la Santé, « Gender and health: Overview, » 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.who.int/health-topics/gender>.
- ²³ S. Macintyre et K. Hunt, « Scio-economic position, gender and health: how do they interact?, » *Journal of health psychology*, vol. 2, no. 3, pp. 315-334, 1997.
- ²⁴ C. A. Mustard et J. Etches, « Gender differences in socioeconomic inequality in mortality, » *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, no. 12, pp. 974-980, 2003.
- ²⁵ T. Bushnik, M. Tjepkema et L. Martel, « Disparités socioéconomiques en matière d'espérance de vie et d'espérance de vie en santé au sein de la population à domicile au Canada, » *Rapports sur la santé*, vol. 31, no. 1, pp. 3-14, 2020.
- ²⁶ L. Rosella, A. Calzavara, J. W. Frank, T. Fitzpatrick, P. Donnelly et D. Henry, « Narrowing mortality gap between men and women over two decades: a registry-based study in Ontario, Canada, » *BMJ open*, vol. 6, no. 11, p. e012564, 2016.
- ²⁷ M. Whitehead, « The concepts and principles of equity and health, » *Health Promotion International*, vol. 6, no. 3, pp. 217-28, 1991.
- ²⁸ P. Braveman, S. Kumanyika, J. Fielding, T. LaVeist, L. Borrell et R. Manderscheid, « Health disparities and health equity: the issue is justice, » *American Journal of Public Health*, vol. 101, no. S1, pp. S149-55, 2011.
- ²⁹ Agence de la santé publique du Canada, « Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada, » Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2021.
- ³⁰ Statistique Canada, « Décès, 2020., » *Le Quotidien*, 24 janvier 2022.
- ³¹ Statistique Canada, « Population, logements et ménages (8) du Canada, provinces et territoires, recensements de 1981 à 2016, » *Catalogue no. 98-400-X2016013*, 2016.
- ³² Institut canadien d'information sur la santé, « La pandémie dans le secteur des soins de longue durée Où se situe le Canada par rapport aux autres pays?, » 2020.
- ³³ Statistique Canada, « Dictionnaire, Recensement de la population, 2016; Aire de diffusion (AD), » 2016. [En ligne]. Disponible : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo021-fra.cfm>. [Accès le 17 May 2021].
- ³⁴ Statistique Canada, « Les lignes de faible revenu : leur signification et leur calcul, » 2016. [En ligne]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2016002-fra.htm>.
- ³⁵ Institut canadien d'information sur la santé, « Mesurer les inégalités en santé : trousse d'outils, » 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.cihi.ca/fr/mesurer-les-inegalites-en-sante-trousse-doutils>.
- ³⁶ A. Diez-Roux, C. Kiefe, D. Jacobs, M. Haan, S. Jackson et F. Nieto, « Area characteristics and individual-level socioeconomic position indicators in three population-based epidemiologic studies, » *Annals of Epidemiology*, vol. 11, n° 16, pp. 395-405, 2001.

- ³⁷ F. Shahidi, A. Parnia et A. Siddiqi, « Trends in socioeconomic inequalities in premature and avoidable mortality in Canada, 1991–2016, » *Canadian Medical Association Journal*, vol. 192, no. 39, pp. E1114-E1128, 2020.
- ³⁸ E. Marshall-Catlin, Bushnik, T et Tjepkama, M, « Trends in mortality inequalities among the adult household, » vol. 30, no. 12, pp. 11-17, 2019.
- ³⁹ Statistique Canada, « RMR et AR : définition détaillée, » 2018. [En ligne]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/geo/cma-rmr/def-fra.htm>. [Accès le 17 May 2021].
- ⁴⁰ Statistique Canada, « Tableau : 11-10-0232-01 Seuils de la Mesure de faible revenu (MFR) selon la source de revenu et la taille du ménage, » 2021.
- ⁴¹ J. Al-Tawil, « Propriété, revenu et valeurs des propriétés résidentielles », n° 46-28-0001 au catalogue de Statistique Canada, 2019.
- ⁴² G. Schellenberg et J. Fonberg, « Housing characteristics and staying at home during the COVID-19 pandemic, » *StatCan COVID-19 Data to Insights for a Better Canada*, 2020.
- ⁴³ Statistique Canada, « Famille de recensement définitions, » 2019. [En ligne]. Disponible : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=UnitI&Id=272562. [Accédé le 28 juin 2021].
- ⁴⁴ Statistique Canada, « La réduction de la taille des ménages au cours du dernier siècle, » *Le Quotidien*, 23 novembre 2015.
- ⁴⁵ Statistique Canada, « Estimations du nombre de ménages et de la taille moyenne des ménages par domaine, Canada, » 2017. [En ligne]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/62f0026m/2017002/app-ann-g-fra.htm>.
- ⁴⁶ N. Badets, G. Novoa et N. Battams, « Families and Housing in Canada, » 21 July 2020. [En ligne]. Disponible : <https://vanierinstitute.ca/fr/limpact-de-la-covid-19-les-familles-et-le-logement-au-canada/>. [Accédé le 10 mai 2021].
- ⁴⁷ Statistique Canada, « Les faits, tout simplement! Journée internationale des femmes de 2021, » 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-28-0001/2018001/article/00020-fra.htm>.
- ⁴⁸ Santé publique Ontario, « COVID-19 in Ontario - A Focus on Diversity: January 15, 2020 to May 14, 2020 », 2020. [En ligne]. Disponible : www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epidiversity.pdf?la=en. [Accédé le 28 juin 2021].
- ⁴⁹ Santé publique Ontario, « La COVID-19 en Ontario – un regard sur la précarité économique des quartiers », 2020. [En ligne]. Disponible : www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-material-deprivation.pdf?la=fr.
- ⁵⁰ A. Blair, S. Y. Pan, R. Subedi, F.-J. Yang, N. Aitken et C. Steensma, « Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020 : résultats de deux processus nationaux d'intégration de données, » *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 48, n° 11, pp. 27-38, 2022.
- ⁵¹ Ottawa Public Health, « COVID-19 and Racial Identity in Ottawa, » 2020. [En ligne]. Disponible : <https://www.ottawapublichealth.ca/en/reports-research-and-statistics/resources/Documents/covid-19/Special-Focus/Report---COVID-19-and-Racial-Identity-in-Ottawa-2020.pdf>.
- ⁵² Direction régionale de santé publique de Montréal, « Inégaux face à la pandémie: populations racisées et la COVID-19, » 2021. [En ligne]. Disponible : <https://santemontreal.qc.ca/population/coronavirus-covid-19/situation-du-coronavirus-covid-19-a-montreal/point-sante/populations-racisees/>.
- ⁵³ M. Markon, V. Springmann et V. Lemieux, « Inégaux face à la pandémie » *Direction régionale de santé publique de Montréal*.
- ⁵⁴ M. Sundaram, A. Calzavara, S. Mishra, R. Kustra et A. K. H. M. A. Chan, « Individual and social determinants of SARS-CoV-2 testing and positivity in Ontario, Canada: a population-wide study, » 2021.
- ⁵⁵ Institut canadien d'information sur la santé, « Statistiques sur les hospitalisations et les visites au service d'urgence liées à la COVID-19, » 25 March 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.cih.ca/fr/statistiques-sur-les-hospitalisations-et-les-visites-au-service-durgence-liees-a-la-covid-19>.

- ⁵⁶ Institut canadien d'information sur la santé, « Normes proposées pour les données fondées sur la race et l'identité autochtone, » 2020.
- ⁵⁷ S. Ayer et G. Sriranganathan, « Toronto Fallout Report: Half a year in the life of COVID-19, » p. 68, 2020.
- ⁵⁸ Agence de la santé publique du Canada, « Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19, » 2021. [En ligne]. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/resume-epidemiologique-cas-covid-19.html>.
- ⁵⁹ Santé publique Ontario, « L'efficacité des vaccins contre la COVID-19 en conditions réelles : ce que nous savons jusqu'à présent, » 25 Août 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/04/wwksf-vaccine-effectiveness.pdf?la=fr>. [Accédé le 14 Juin 2022].
- ⁶⁰ I. Yelin, R. Katz, E. Herzel, T. Berman-Zilberstein, A. Ben-Tov, J. Kuint et al., « Associations of the BNT162b2 COVID-19 vaccine effectiveness with patient age and comorbidities, » *medRxiv*, 2021.
- ⁶¹ A. Wingert, J. Pillay, M. Gates, S. Guitard, S. Rahman, A. Beck et al., « Risk factors for severity of COVID-19: a rapid review to inform vaccine prioritisation in Canada, » *BMJ Open*, vol. 11, 2021.
- ⁶² Santé publique Ontario, « Couverture vaccinale contre la COVID-19 en Ontario selon la diversité et la précarité économique des quartiers : du 14 décembre 2020 au 21 février 2022, » 2022. [En ligne]. Disponible : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-immunization-diversity-deprivation-epi-summary.pdf?sc_lang=fr. [Accédé le 14 Juin 2022].
- ⁶³ Statistique Canada, « Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19, » *Le Quotidien*, 9 juillet 2021.
- ⁶⁴ T. Dolby, K. Finning, A. Baker, L. Fowler-Dowd, K. Khunti, C. Razieh et al., « Monitoring sociodemographic inequality in COVID-19 vaccination uptake in England: a national linked data study, » *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 76, pp. 646-652, 2022.
- ⁶⁵ M. M. Hughes, A. Wang, M. K. Grossman, E. Pun, A. Whiteman, D. Li et al., « County-Level COVID-19 Vaccination Coverage and Social Vulnerability - United States, December 14, 2020-March 1, 2021, » *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 70, n° 112, pp. 431-436, 2021.
- ⁶⁶ M. Siegel, I. Critchfield-Jain, M. Boykin, A. Owens, R. Muratore, T. Nunn et al., « Racial/Ethnic Disparities in State-Level COVID-19 Vaccination Rates and Their Association with Structural Racism, » *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2021.
- ⁶⁷ S. McFadden, J. Demeke, D. Dada, L. Wilton, M. Wang, D. Vlahov et al., « Confidence and Hesitancy During the Early Roll-out of COVID-19 Vaccines Among Black, Hispanic, and Undocumented Immigrant Communities: a Review, » *Journal of Urban Health*, vol. 99, no. 1, pp. 3-14, 2021.
- ⁶⁸ K. Schwartz, C. Achonu, S. Buchan, K. Brown, B. Lee, M. Whelan, J. Wu and G. Garber, « Healthcare Worker COVID-19 Cases in Ontario, Canada: A Cross-sectional Study, » *medRxiv Pre-print*, 2021.
- ⁶⁹ Agence de la santé publique du Canada, « Mise à jour sur l'épidémiologie de la COVID-19 », 2021. [En ligne]. Disponible : <https://sante-infobase.canada.ca/covid-19/>.
- ⁷⁰ K. O'Brien, M. St-Jean, P. Wood, S. Willbond, O. Phillips, D. Currie et M. Turcotte, « Comorbidités liées aux décès impliquant la COVID-19 au Canada », *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 2020.
- ⁷¹ Statistique Canada, « Les facteurs sociodémographiques et socioéconomiques qui sont liés aux taux de mortalité attribuables à la COVID-19, 2020-2021, » *Le Quotidien*, 8 mars 2022.
- ⁷² T. van Ingen, S. Akingbola, K. A. Brown, N. Daneman, S. A. Buchan et B. T. Smith, « Neighbourhood-level risk factors of COVID-19 incidence and mortality, » *medRxiv*, 31 janvier 2022.

⁷³ Peel Public Health, « COVID-19 in Peel, » 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.peelregion.ca/coronavirus/case-status/>.

⁷⁴ Government of Manitoba, « COVID-19 Infections in Manitoba: Race, Ethnicity, and Indigeneity External, » March 1, 2021. [En ligne]. Disponible : https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/docs/rei_external.pdf.

⁷⁵ Z. Chagla, H. Ma, B. Sander, S. Baral et S. Mishra, « Characterizing the disproportionate burden of SARSCoV-2 variants of concern among essential workers in the Greater Toronto Area, Canada, » *Pre-Print*, 2021.

⁷⁶ R. Subedi, L. Greenberg et M. Turcotte, « Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada », *StatCan et la COVID-19 Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 2020.

⁷⁷ F. Yang et N. Aitken, « Les personnes qui vivaient en appartement ou au sein d'un ménage plus nombreux étaient plus à risque de mourir de la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie », *StatCan et la COVID-19 Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 2021.

Annexe : Différences clés en matière d'inégalités entre le présent rapport et le rapport précédent

Dans l'ensemble, comparativement à la période visée dans le premier rapport (du 1^{er} janvier à juillet/août 2020, voir le [rapport archivé](#)), le présent rapport (de janvier 2020 à décembre 2020/mars 2021) a permis de conclure que plusieurs inégalités absolues (exprimées en tant que différences des taux, DT) ont augmenté, alors que des inégalités relatives (exprimées en tant que ratios des taux, RT) persistaient (figures 8 et 9).

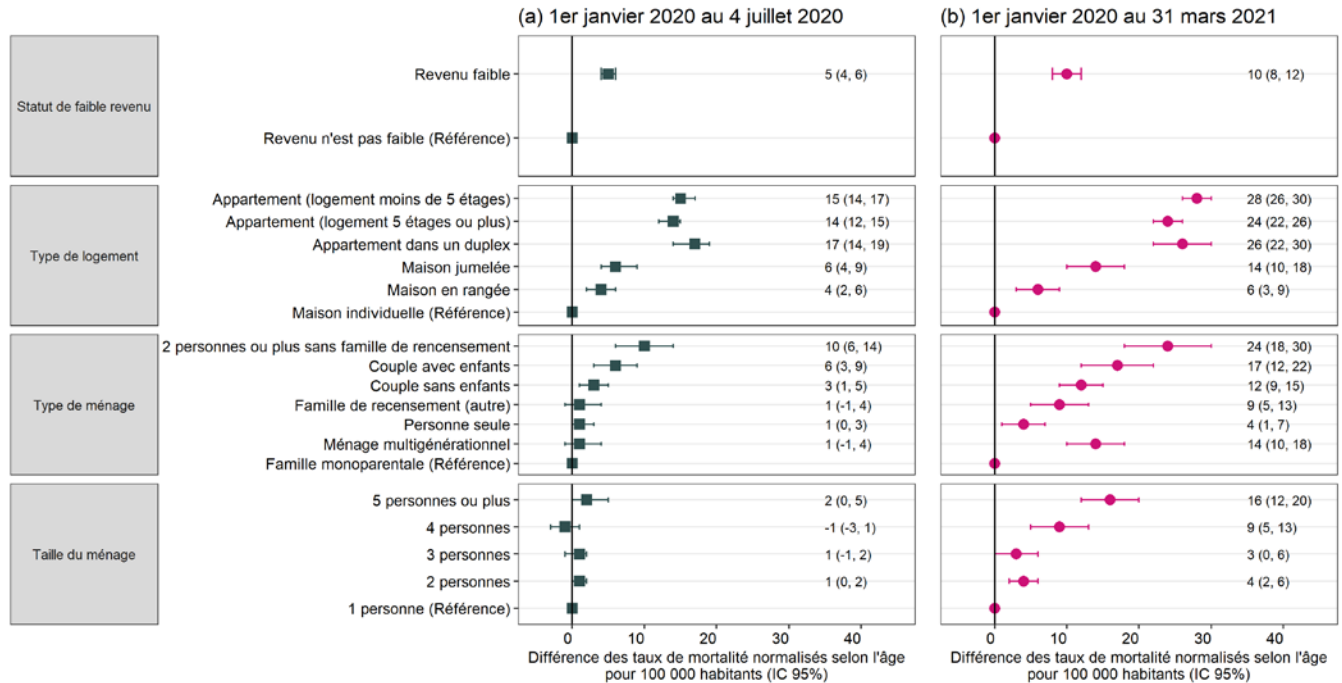
Pour les mesures de niveau individuel et pour les périodes visées dans le présent rapport, les inégalités absolues entre les personnes ayant et n'ayant pas un faible revenu ont doublé (d'un RT de 5 décès pour 100 000 habitants à un RT de 10 décès pour 100 000 habitants) (figure 8A). Les inégalités absolues selon le type de logement ont augmenté d'environ 10 décès supplémentaires pour 100 000 pour les personnes vivant dans un appartement (de 15 à 17 décès de plus pour 100 000 habitants à 24 à 28 décès de plus pour 100 000 habitants) par rapport aux personnes vivant dans une maison unifamiliale (figure 8A). Une tendance similaire a été observée chez les personnes faisant partie de ménages sans famille de recensement de 2 personnes ou plus et de ménages composés de couples avec des enfants (figure 8A). De plus, alors que des différences quant au taux de mortalité entre les ménages sans famille de recensement, les ménages d'une personne, les ménages multigénérationnels et le groupe de référence de ménages monoparentaux n'étaient pas statistiquement significatives pendant la première partie de la pandémie (figure 8A), des inégalités ont émergé entre ces groupes à la fin de la première année (figure 8A). Par exemple, les inégalités entre les ménages multigénérationnels et les ménages monoparentaux ont augmenté, pour passer d'un TD de 1 décès pour 100 000 habitants à un TD de 14 décès pour 100 000 habitants (figure 8A).

En ce qui concerne les mesures locales, les inégalités absolues selon la région de résidence ont augmenté d'environ 16 décès supplémentaires pour 100 000 habitants pour les personnes vivant dans un grand centre urbain (de 30 décès de plus pour 100 000 habitants à 46 décès de plus pour 100 000 habitants) (figure 9A). Sur une échelle relative, ces dernières inégalités ont diminué, mais sont demeurées importantes (d'un RT de 9,5 à un RT de 3) (figure 9B).

Les inégalités absolues entre les régions comptant les concentrations de la composition ethnoculturelle la plus élevée et la moins élevée ont augmenté de 14 décès supplémentaires pour 100 000 habitants (d'un RT de 21 pour 100 000 habitants à un RT de 35 pour 100 000 habitants) (figure 9A). Finalement, les inégalités absolues entre les quartiers aux revenus les plus élevés et les moins élevés ont augmenté entre la période de la première étude et la période visée par le présent rapport (d'un RT de 20 pour 100 000 habitants à un RT de 28 pour 100 000 habitants) (figure 9A).

FIGURE 8. Différences et ratios des taux de mortalité liés à la COVID-19 normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants par mesures de niveau individuel entre les 2 périodes, du 1^{er} janvier au 4 juillet 2020 et du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021

A. Inégalités absolues (différences des taux) dans les mesures de niveau individuel entre les périodes



B. Inégalités relatives (ratios des taux) dans les mesures de niveau individuel entre les périodes

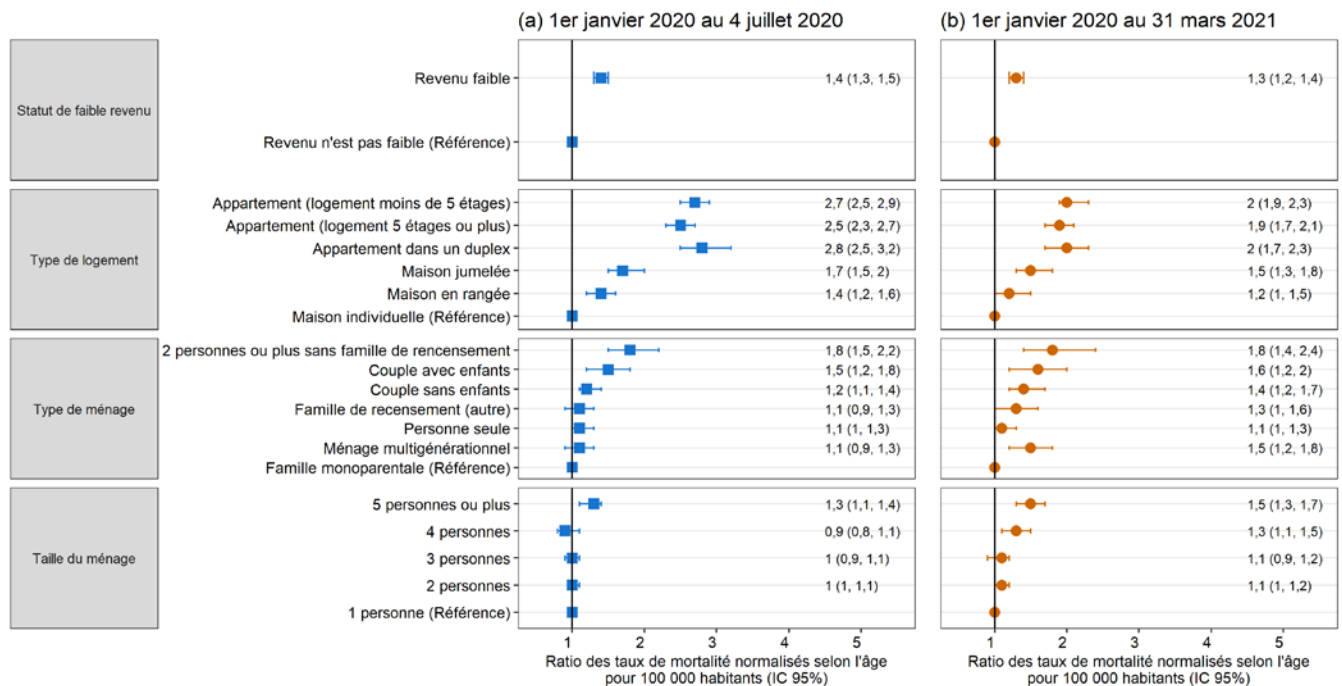
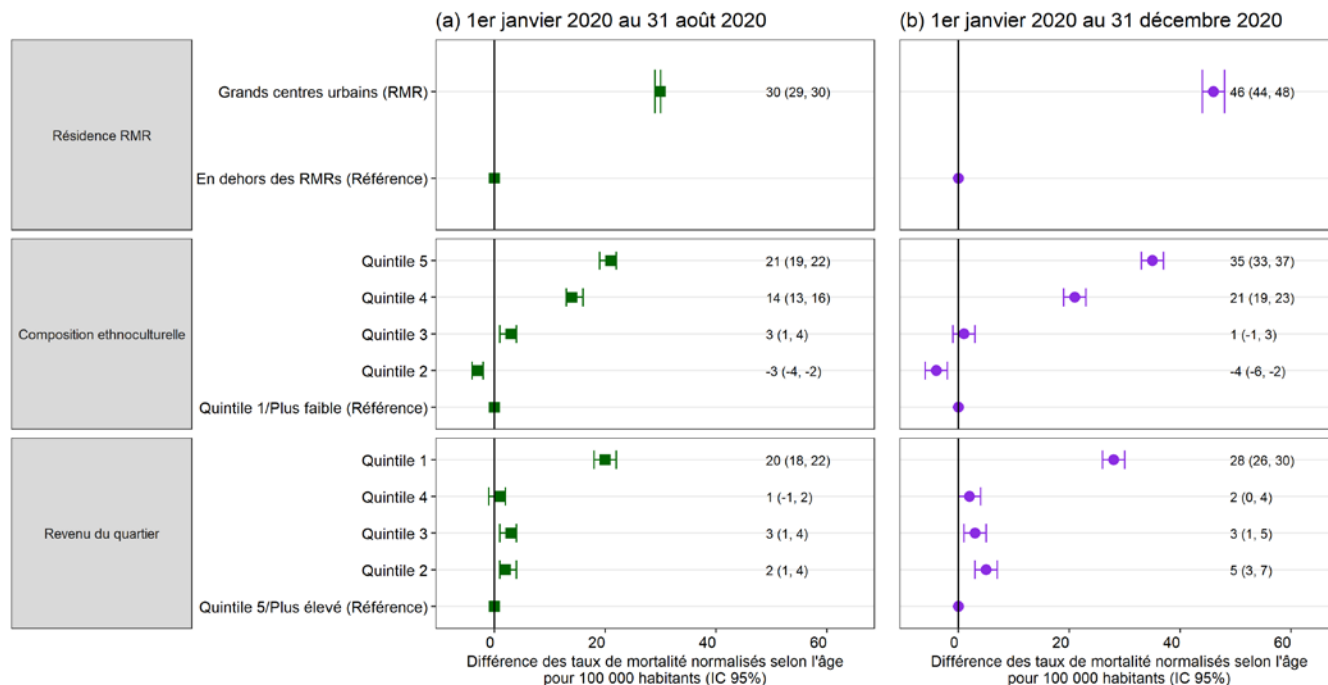


FIGURE 9. Différences et ratios des taux de mortalité liée à la COVID-19 normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants par mesures locales entre les 2 périodes, du 1^{er} janvier au 4 juillet 2020 et du 1^{er} janvier 2020 au 31 mars 2021

A. Inégalités absolues (différences des taux) dans les mesures locales entre les périodes



B. Inégalités relatives (ratios des taux) dans les mesures locales entre les périodes

