

RÉSUMÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE AMÉLIORÉ

COVID-19 en Ontario — un regard sur la précarité économique des quartiers : du 26 février 2020 au 31 décembre 2022

Date de publication : mai 2023

Veillez consulter l'[Outil de surveillance des données sur la COVID-19 en Ontario](#) pour obtenir des données récentes sur la COVID-19 par bureau de santé publique, groupe d'âge, sexe et tendances au fil du temps. D'autres [rapports épidémiologiques améliorés](#) sont disponibles sur le site Web de Santé publique Ontario.

Objectif

Le présent rapport s'intègre à une série de deux documents qui, dans une perspective d'équité en santé, suivent les tendances à l'échelon des quartiers parmi les cas de COVID-19 confirmés en laboratoire et signalés en Ontario à l'extérieur des foyers de soins de longue durée (FSLD). Il s'attarde sur la « précarité économique », l'une des dimensions de l'[Indice de marginalisation ontarien \(ON-Marg\)](#), laquelle est rattachée à la pauvreté et mesure l'incapacité des particuliers et des communautés à combler leurs besoins de première nécessité (p. ex., niveau de scolarité, qualité du logement). Un rapport explorant les tendances dans la [diversité des quartiers](#) est aussi disponible¹.

L'objectif du présent rapport est d'aider les décideurs et les planificateurs de programmes à cerner les populations que devraient viser en priorité les ressources et les interventions du système de santé et du secteur de la santé publique afin d'atténuer les répercussions disproportionnées de la COVID-19.

Faits saillants

- Les quartiers les plus défavorisés de l'Ontario ont enregistré des taux plus élevés de COVID-19 au cours de la période allant du 26 février 2020 au 31 décembre 2022. Le taux de COVID-19 normalisé selon l'âge était 1,2 fois plus élevé dans les quartiers présentant le niveau de précarité économique le plus élevé que dans ceux présentant le niveau de précarité économique le plus faible ([tableau 1](#)).
- Les personnes vivant dans les quartiers où le niveau de précarité économique est le plus élevé étaient plus susceptibles de subir des incidences graves (c'est-à-dire des hospitalisations, des admissions en unité de soins intensifs [USI] voire de décéder) que les personnes vivant dans les quartiers où le niveau de précarité économique est le plus faible. Après normalisation selon l'âge, le taux d'hospitalisation était 2,3 fois plus élevé ([tableau 2](#)), le taux d'admission en unité de soins intensifs était 2,6 fois plus élevé ([tableau 3](#)) et le taux de décès était 2,5 fois plus élevé ([tableau 4](#)).

- La proportion de cas de COVID-19 varie peu entre les hommes et les femmes dans toutes les tranches d'âge et dans tous les quintiles de précarité économique des quartiers ([figure 2](#)).

Contexte

Au cours de la pandémie, les tendances de l'incidence du COVID-19 ont probablement été influencées par des facteurs individuels et sociétaux, par l'utilisation différentielle du vaccin contre la COVID-19, par le variant SRAS-CoV-2 en circulation, ainsi que par des changements dans les mesures de santé publique mises en place pour protéger contre la COVID-19.

En Ontario, une étude récente de l'Institute of Clinical and Evaluative Sciences (ICES) a montré que les personnes vivant dans des zones associées à un statut socioéconomique plus bas présentaient des taux plus élevés de positivité du test COVID-19 et d'hospitalisation, contrairement aux personnes vivant dans des quartiers avec un statut socioéconomique plus élevé.² Ces résultats sont cohérents avec d'autres études qui ont montré qu'un statut socioéconomique inférieur était un facteur déterminant d'un risque plus élevé d'infection par la COVID-19 et d'incidences graves (c'est-à-dire d'hospitalisations).³⁻⁴ Pour les personnes vivant dans des quartiers à faibles revenus, un certain nombre de facteurs de risque augmentent l'exposition à la COVID-19, le taux d'acquisition de l'infection et les incidences graves. Nombre de ces facteurs sont étroitement liés à la pauvreté et comprennent le fait de vivre dans des conditions de promiscuité, d'exercer des professions essentielles et de rencontrer des obstacles à l'accès aux équipements de protection individuelle, aux tests et aux vaccins.⁴ En outre, des facteurs systémiques et structurels plus larges (par exemple, la discrimination raciale et la pauvreté) et la variabilité du type et de la durée des mesures de santé publique visant à atténuer la transmission de la COVID-19 ont affecté les quartiers de manière disparate, les quartiers à faible revenu supportant la plus grande partie du fardeau.⁵⁻⁶

Méthodes

ON-Marg et « précarité économique »

La dimension « précarité économique » de l'indice ON-Marg est étroitement liée à la pauvreté. Elle décrit l'incapacité des personnes et des communautés à combler leurs besoins de première nécessité. Pour attribuer une mesure de marginalisation aux quartiers de l'Ontario, l'indice utilise les données du recensement canadien portant sur le revenu, la qualité du logement, le niveau de scolarité et la structure familiale.

Dans le présent rapport, les « quartiers » correspondent aux aires de diffusion (AD) du recensement canadien, qui constituent les plus petites unités géographiques pour lesquelles les données du recensement sont diffusées, et qui comptent en moyenne de 400 à 700 habitants. ON-Marg attribue un des cinq niveaux ou quintiles de précarité aux quartiers de sorte que chaque quintile regroupe 20 % des quartiers de l'Ontario. À l'aide de la version 7E du fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), le code postal résidentiel des cas de COVID-19 a été utilisé pour associer ces derniers à des quartiers, puis à des quintiles. Les quintiles de précarité sont classés selon une échelle de 1 à 5, où 1 représente les quartiers au degré de marginalisation le plus faible et 5, les quartiers au degré de marginalisation le plus élevé. Les groupes de population et autres caractéristiques démographiques des quartiers qui composent chaque quintile sont précisés dans le [tableau A1](#).

La dimension de la précarité de l'ON-Marg à l'échelon des AD fait référence uniquement aux quartiers et non aux individus. Ainsi, les tendances mises en lumière dans le présent rapport s'appliquent seulement aux quartiers et ne peuvent servir à caractériser les personnes qui y résident. Ces tendances démographiques plus générales ne représentent peut-être pas tous les résidents d'une région en raison de la grande variabilité de l'hétérogénéité inhérente des caractéristiques démographiques, surtout dans les vastes régions rurales.

Cas présentés dans ce rapport

Au total, 1 550 063 cas de COVID-19 confirmés en laboratoire ont été signalés en Ontario entre le 26 février 2020 et le 31 décembre 2022. Du lot, 1 401 843 cas (90,4 %) ont été inclus dans le présent rapport, après l'exclusion des cas suivants :

- Les cas concernant des personnes vivant dans les foyers de soins de longue durée (FSLD), puisque ces cas ne sont pas inclus dans les données du recensement utilisées pour déterminer la précarité économique dans l'indice ON-Marg (n = 98 543). Même si ces cas représentent une grande proportion de tous les cas et décès, leur exclusion garantit des comparaisons appropriées à l'échelon des quartiers.
- Les cas dont le dossier ne comporte pas de code postal, lequel est nécessaire pour associer un cas à un quintile de précarité du quartier (n = 16 257).
- Les cas qui proviennent de régions de la province où les données du recensement ne sont pas disponibles puisque Statistique Canada les a supprimées pour des raisons liées à la confidentialité ou en raison du dénombrement partiel de communautés autochtones vivant sur des réserves (n = 33 420). Les personnes autochtones ne vivant pas sur des réserves sont incluses dans cette analyse ; toutefois, les données sur l'ascendance autochtone ne sont pas collectées ni représentées dans les dimensions d'ON-Marg.

Le présent rapport fait état du nombre de cas et du taux d'incidence dans chaque quintile de précarité. S'il y a lieu, les taux ont aussi été normalisés en fonction de l'âge afin de supprimer l'influence de l'âge dans les tendances et de permettre des comparaisons appropriées entre les quartiers présentant divers niveaux de précarité. La [figure A1](#) présente une carte des régions géographiques (codées par couleur) du recensement de l'Ontario illustrant les cinq quintiles de précarité des quartiers.

Résultats

Cas de COVID-19 et précarité économique du quartier

- La proportion de cas COVID-19 varie peu en fonction des quintiles de précarité économique du quartier ([tableau 1](#)).
- Les taux de COVID-19 normalisés selon l'âge ont montré un effet de gradient, avec une hausse régulière du taux d'incidence à mesure que le niveau de précarité économique du quartier augmentait ([tableau 1](#)). Les quartiers les plus défavorisés (quintile 5) présentaient un taux cumulé normalisé selon l'âge de 10 943 cas pour 100 000 habitants. Ce taux était 1,2 fois plus élevé que celui des quartiers les moins défavorisés (quintile 1), qui affichaient un taux cumulé normalisé selon l'âge de 8 942 cas pour 100 000 habitants.

Tableau 1. Résumé des cas de COVID-19 répartis selon les quintiles de précarité économique des quartiers en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 1 401 843)

Quintiles de précarité économique des quartiers	Cumul des cas	Pourcentage de tous les cas de COVID-19 (%)	Taux cumulatif normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	Taux relatif au niveau le plus faible de précarité économique
Quintile 1 (plus faible niveau de précarité)	297 106	21,2	8 942	Référence
Quintile 2	276 625	19,7	9 187	1,0
Quintile 3	266 837	19,0	9 854	1,1
Quintile 4	268 252	19,1	10 390	1,2
Quintile 5 (plus haut niveau de précarité)	293 023	20,9	10 943	1,2

Remarque : Les taux par 100 000 habitants sont ajustés selon le recensement de la population de 2011 pour tenir compte de toute différence d'âge entre les quintiles de précarité économique des quartiers.

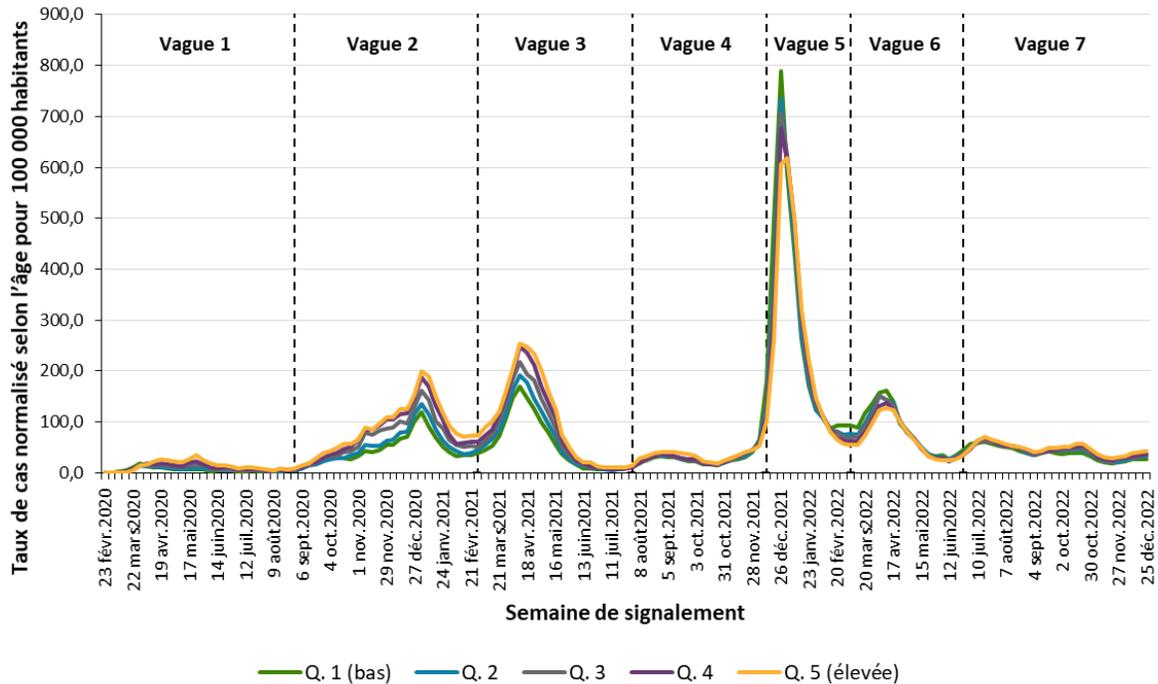
Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Tendances temporelles par vague

La répartition des cas dans le temps est présentée en fonction des vagues et de la semaine de signalement par le bureau de santé publique, la date à laquelle les bureaux de santé publique locaux ont été informés du cas pour la première fois du cas ([Figure 1](#)).

- Le taux de cas de COVID-19 était le plus élevé dans les quartiers présentant les niveaux de précarité économique les plus élevés (quintiles 4 et 5) au cours des première, deuxième, troisième et quatrième vagues.
- À partir de la fin de la quatrième vague et jusqu'au milieu de la sixième, un renversement de tendance a été observé, les quartiers ayant les niveaux de précarité économique les plus bas (quintiles 1 et 2) ayant les taux de cas normalisés selon l'âge les plus élevés.
- Au cours de la septième vague, les différences entre les taux des cas ont diminué dans tous les quartiers et les tendances ont convergé.

Figure 1. Taux de COVID-19 normalisé selon l'âge pour chaque quintile de précarité économique des quartiers, par vague et par semaine de signalement du bureau de santé publique en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



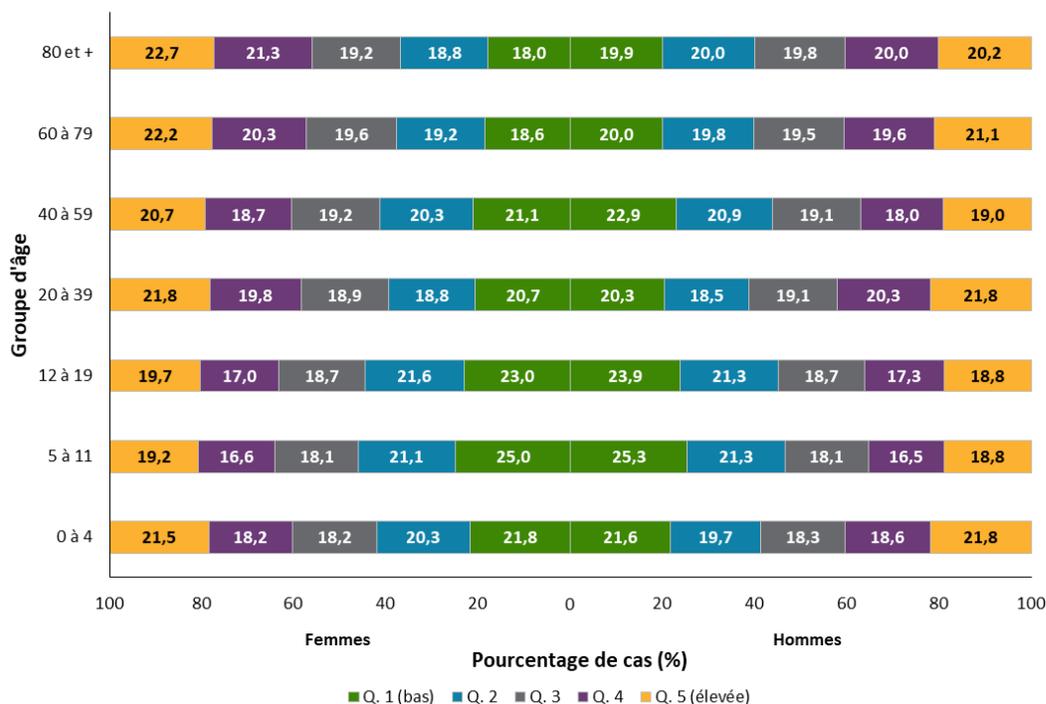
Remarque : Les données de la septième vague comprennent les cas déclarés jusqu'au 31 décembre 2022. Les taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20 et ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les différents quintiles.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Répartition selon l'âge et le sexe

- Aucune tendance claire ne s'est dégagée des associations entre l'âge et le sexe et la précarité économique à l'échelon des quartiers. Dans tous les groupes d'âge, la proportion de cas de COVID-19 était similaire chez les hommes et les femmes dans les cinq quintiles ([figure 2](#)).

Figure 2. Proportion de cas de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers, par sexe et par groupe d'âge en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Incidences graves

HOSPITALISATIONS

- Un total de 55 679 hospitalisations COVID-19 a été rapporté entre les cinq quintiles de précarité économique des quartiers. Parmi ces hospitalisations, 15,4 % (8 571/55 679) étaient des résidents des quartiers les moins défavorisés, tandis que 28 % (15 608/55 679) étaient des résidents dans les quartiers les plus défavorisés ([tableau 2](#)).
- Les quartiers les plus défavorisés sur le plan économique présentaient les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge les plus élevés pour la COVID-19, cette tendance se maintenant dans le temps ([figure 3](#)).
- Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour la COVID-19 augmentent avec les niveaux de précarité économique des quartiers. Le taux d'hospitalisation dans les quartiers les plus défavorisés (525 admissions pour 100 000 habitants dans le quintile 5) était environ 2,3 fois plus élevé que dans les quartiers les moins défavorisés (231,5 pour 100 000 habitants) ([tableau 2](#)).

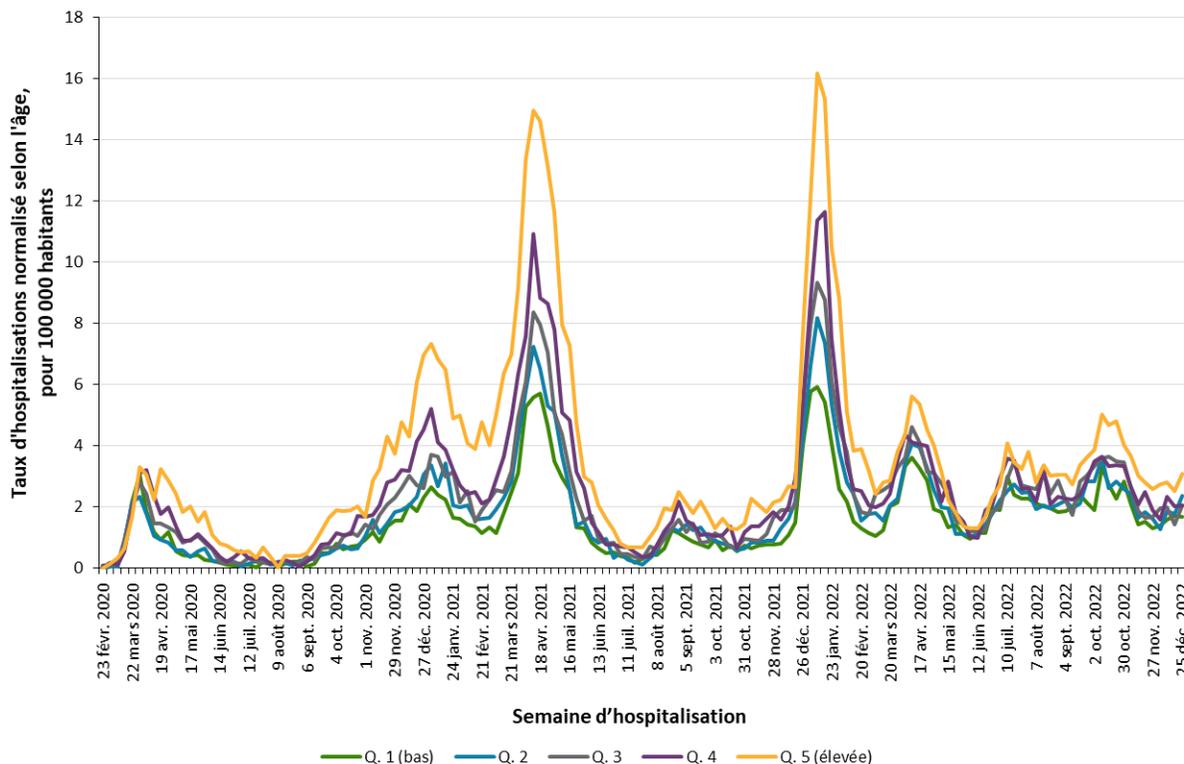
Tableau 2. Résumé des hospitalisations parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 55 679)

Quintiles de précarité économique des quartiers	Âge médian (années)	Nombre d'admissions à l'hôpital	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000 habitants	Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	Taux relatif au niveau le plus bas de précarité économique
Quintile 1 (plus faible niveau de précarité)	71	8 571	253,1	231,5	Référence
Quintile 2	70	9 474	307,2	272,1	1,2
Quintile 3	71	10 365	374,1	321,9	1,4
Quintile 4	70	11 661	442,5	372,8	1,6
Quintile 5 (plus haut niveau de précarité)	67	15 608	576,5	525,0	2,3

Remarque : Les taux bruts et taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20 et ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les différents quintiles.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Figure 3. Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers par semaine d'admission à l'hôpital en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Note Remarque : Les taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20 et ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les différents quintiles. Les cas dont la date d'admission à l'hôpital est postérieure au 31 décembre 2022 ont été retirés de cette figure, mais sont analysés dans le reste du rapport.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

ADMISSIONS AUX SOINS INTENSIFS

- Parmi les 8 881 cas de COVID-19 ayant déclaré avoir été admis dans une unité de soins intensifs (USI), 14,7 % (1 308/8 881) résidaient dans les quartiers où le niveau de précarité économique était le plus faible, tandis que 30,2 % (2 683/8 881) résidaient dans les quartiers où le niveau de précarité économique était le plus élevé ([tableau 3](#)).
- Les quartiers les plus défavorisés sur le plan économique présentaient les taux d'admission en USI normalisés selon l'âge les plus élevés pour la COVID-19, cette tendance persistant la plupart du temps ([figure 4](#)).
- Après ajustement de l'âge, les taux d'admission aux soins intensifs ont montré un effet de gradient avec une croissance constante des taux à mesure que les quintiles de précarité économique du quartier augmentent ([tableau 3](#)). Le taux d'admission aux soins intensifs dans les quartiers les plus défavorisés (92,9 admissions pour 100 000 habitants dans le quintile 5) était environ 2,6 fois plus élevé que dans les quartiers les moins défavorisés (35,6 pour 100 000 habitants).

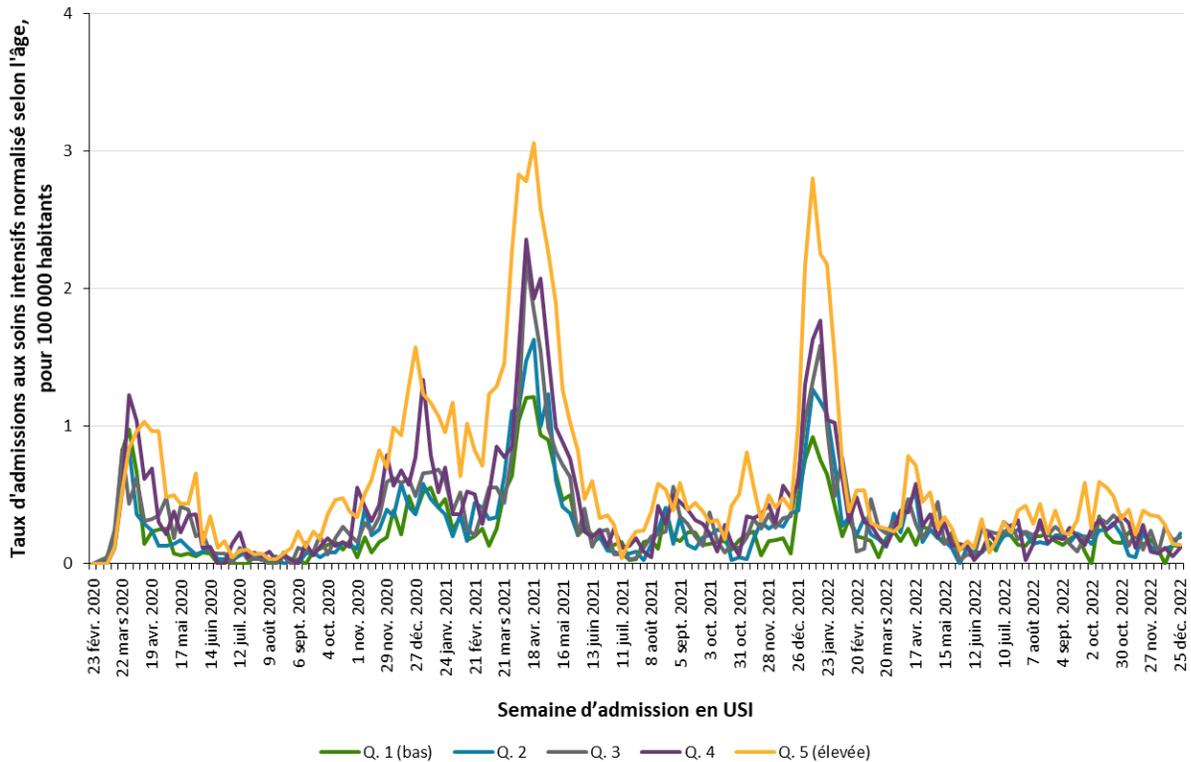
Tableau 3. Résumé des admissions aux soins intensifs parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 8 881)

Quintiles de précarité économique des quartiers	Âge médian (années)	Nombre d'admissions en USI	Taux brut d'admission en USI pour 100 000 habitants	Taux d'admission en USI normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	Taux relatif au niveau le plus bas de précarité économique
Quintile 1 (plus faible niveau de précarité)	65	1 308	38,6	35,6	Référence
Quintile 2	66	1 438	46,6	41,5	1,2
Quintile 3	65	1 618	58,4	51,4	1,4
Quintile 4	66	1 834	69,6	60,3	1,7
Quintile 5 (plus haut niveau de précarité)	63	2 683	99,1	92,9	2,6

Remarque : Les taux bruts et les taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20 et ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les différents quintiles.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Figure 4. Taux d'admission aux soins intensifs normalisé selon l'âge parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers, par semaine d'admission aux soins intensifs en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Remarque : Les taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20 et ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les différents quintiles. Les cas dont la date d'admission aux soins intensifs est postérieure au 31 décembre 2022 ont été retirés de cette figure, mais sont analysés dans le reste du rapport.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

DÉCÈS

- Parmi les 8 896 décès liés à la COVID-19 signalés au cours de la période analysée, 14 % (1 247/8 896) des personnes décédées résidaient dans les quartiers où le niveau de précarité économique était le plus faible, tandis que 28,9 % (2 573/8 896) résidaient dans les quartiers où le niveau de précarité économique était le plus élevé ([tableau 4](#)).
- En général, les quartiers de l'Ontario présentant les niveaux les plus élevés de précarité économique avaient les taux de mortalité normalisés selon l'âge le plus élevé liés à la COVID-19, cette tendance persistant la plupart du temps ([figure 5](#)).
- Après ajustement de l'âge, le taux de décès augmentait en fonction du quintile de précarité économique des quartiers ([tableau 4](#)). Le taux de mortalité dans les quartiers les plus défavorisés (80,9 admissions pour 100 000 habitants dans le quintile 5) était environ 2,5 fois plus élevé que dans les quartiers les moins défavorisés (31,8 pour 100 000 habitants).

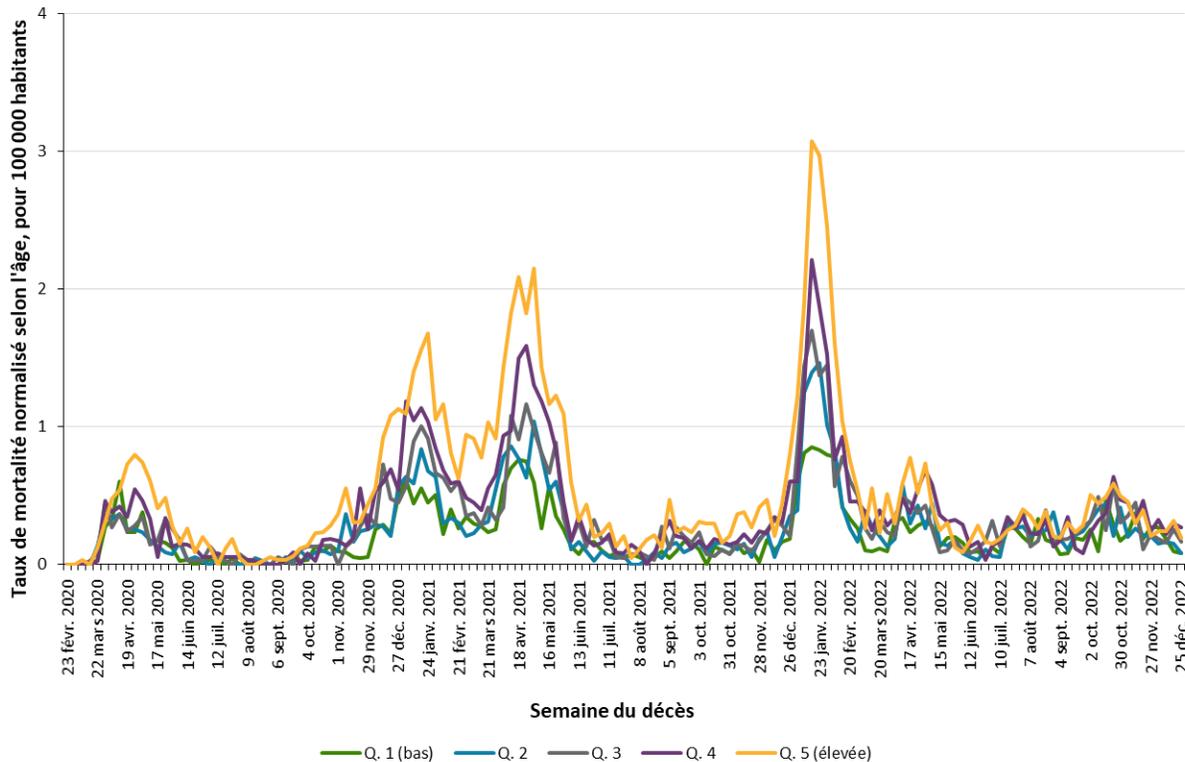
Tableau 4. Résumé des décès parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 8 896)

Quintiles de précarité économique des quartiers	Âge médian (années)	Nombre de décès	Taux de mortalité brut pour 100 000 habitants	Taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants	Taux relatif au niveau le plus bas de précarité économique
Quintile 1 (plus faible niveau de précarité)	79	1 247	36,8	31,8	Référence
Quintile 2	79	1 439	46,7	38,7	1,2
Quintile 3	79	1 647	59,4	47,3	1,5
Quintile 4	78	1 990	75,5	57,5	1,8
Quintile 5 (plus haut niveau de précarité)	76	2 573	95,0	80,9	2,5

Note : Les taux bruts et les taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20. Les taux normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants sont ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte de toute différence d'âge entre les différents quintiles.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Figure 5. Taux de mortalité normalisé selon l'âge parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de précarité économique des quartiers, par semaine de décès en Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Remarque : Les taux normalisés selon l'âge sont calculés à partir des chiffres de population de la BDPI pour l'exercice 2019/20 et ajustés à la population du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les différents quintiles. Les cas dont la date de décès est postérieure au 31 décembre 2022 ont été retirés de cette figure, mais sont analysés dans le reste du rapport.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Notes techniques

Les détails sur les mises en garde concernant les données et les méthodes sont documentés dans les [notes techniques](#) de l'[Outil de surveillance des données sur la COVID-19 en Ontario](#). Pour obtenir des renseignements sur les mises en garde concernant les données et les méthodes relatives à l'indice de marginalisation ontarien (ON-Marg), veuillez consulter [la page Web de l'ON-Marg](#).

Sources des données

- Les données contenues dans ce rapport sont basées sur de l'information extraite par SPO de la Solution de gestion des cas et des contacts pour la santé publique (Solution GCC) pour l'ensemble des bureaux de santé publique en date du :
 - **11 janvier 2023 à 13 heures** pour les cas signalés à partir du 1^{er} mars 2022 ;
 - **9 janvier 2023 à 9 heures** pour les cas signalés entre le 1^{er} août 2021 et le 28 février 2022 ;
 - **9 janvier 2023 à 9 heures** pour les cas signalés jusqu'au 31 juillet 2021.
- Fichier de conversion des codes postaux Plus (PCCF+) de Statistique Canada, version 7E.
- Les analyses sur l'équité en matière de santé (précarité économique) utilisent les données de l'indice de marginalisation ontarien (ON-Marg) 2016⁷, et les chiffres de la population ont été extraits par cohorte de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) de l'Assurance-santé de l'Ontario pour l'exercice 2019-2020 (extraction en octobre 2020) (fournis par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique du ministère de la Santé).

Mises en garde sur les données : Données sur les cas

- La Solution GCC est un système dynamique de déclaration des maladies qui permet de mettre à jour de façon continue les données précédemment saisies. Par conséquent, les données extraites de la Solution GCC constituent un instantané au moment de l'extraction et peuvent différer des résumés précédents ou ultérieurs.
- Les données ne représentent que les cas signalés aux bureaux de santé publique et enregistrés dans la Solution GCC. Par conséquent, les cas sont susceptibles d'être sous-déclarés en raison de divers facteurs, comme la méconnaissance de la maladie et l'obtention ou non de soins médicaux, des facteurs qui peuvent dépendre de la gravité de la maladie, des pratiques cliniques, de changements dans les algorithmes d'analyse de laboratoire, et des pratiques de signalement.
- Les tendances observées au fil du temps doivent être interprétées avec prudence pour la période la plus récente en raison des délais de déclaration et/ou de saisie des données.

- Seuls les cas correspondant à la classification des cas confirmés énoncée dans la [définition de cas du ministère de la Santé pour la maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#) sont inclus dans les comptes rapportés dans la Solution GCC. Il s'agit notamment des personnes présentant :
 - une confirmation en laboratoire par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) ;
 - un test au point de service jugé acceptable pour fournir un résultat définitif ;
 - un test sérologique en laboratoire pour le SRAS-CoV-2.
- Les cas de réinfection confirmée, tels que définis dans les définitions de cas provinciales, sont comptabilisés comme des enquêtes uniques.
- La date de signalement est la date à laquelle le cas a été signalé au bureau de santé publique.
- Les données relatives aux admissions à l'hôpital, aux admissions en unités de soins intensifs et aux décès sont probablement sous-estimées, car ces événements peuvent survenir après la fin du suivi des cas par les services de santé publique. Les cas qui ont été admis à l'hôpital ou qui sont décédés après la fin du suivi peuvent ne pas être pris en compte dans la Solution GCC.
- Les données sur les hospitalisations et les unités de soins intensifs peuvent être incomplètes ou manquantes lorsque les informations n'ont pas été recueillies, communiquées aux bureaux de santé publique ou saisies dans la Solution GCC.
- Les hospitalisations comprennent tous les cas hospitalisés (ou dont le séjour à l'hôpital a été prolongé) à cause de la COVID-19. Cela inclut les cas qui ont reçu leur congé de l'hôpital ainsi que les cas qui sont actuellement hospitalisés, les cas de l'unité de soins intensifs (USI), mais pas les visites aux urgences. Elles incluent également les cas pour lesquels on rapportait une réponse positive à la question de l'hospitalisation ou de l'admission en soins intensifs.
 - La date d'admission à l'hôpital correspond à la première date d'admission enregistrée dans le dossier. Les transferts entre services hospitaliers (par exemple, pour un autre niveau de soins) ne sont pas pris en compte dans la date d'admission à l'hôpital.
 - Si la date d'admission à l'hôpital est manquante, la date d'admission à l'USI est utilisée (le cas échéant). S'il n'y a pas de date d'admission à l'USI pouvant servir d'indicateur, c'est la date de signalement qui est utilisée.
- Les cas admis dans une unité de soins intensifs comprennent tous les cas pour lesquels une date d'admission dans une unité de soins intensifs a été communiquée au moment de l'extraction des données. Ils comprennent les cas qui ont été traités ou qui sont en cours de traitement dans une unité de soins intensifs. Les cas admis en USI sont un sous-ensemble des cas hospitalisés. Toutefois, les chiffres des admissions aux soins intensifs peuvent inclure des cas admis aux soins intensifs qui ne sont pas inclus dans les chiffres des hospitalisations si la date d'admission initiale à l'hôpital d'un cas est antérieure au 12 décembre 2021.
 - La date d'admission à l'USI fait référence à la première date d'admission enregistrée dans le dossier (c'est-à-dire que la première date d'admission à l'USI serait utilisée si un cas était réadmis).

- Si la date d'admission à l'USI est manquante, la date de signalement est utilisée comme indicateur.
- Aux fins de surveillance, un décès dû à la COVID-19 est défini comme un décès résultant d'une maladie cliniquement compatible, à moins qu'il n'existe une autre cause évidente de décès qui ne peut être liée à la COVID-19 (par exemple, un traumatisme, une mort médicalement assistée). Il ne doit pas y avoir de période de guérison complète de la COVID-19 entre la maladie et le décès déclaré.
- Les décès sont déterminés à l'aide des champs « Outcome » (issue) et « Type of Death » (type de décès) de la Solution GCC. Les décès dus à la COVID-19 sont comptabilisés lorsque la valeur du résultat est « fatal » (décédé) et que la valeur du type de décès n'est pas « DOPHS was unrelated to cause of death » (le décès n'est pas en lien avec une des maladies considérées importantes pour la santé publique).
 - Les décès COVID-19 sont classés dans le temps à l'aide du champ « Date of Death » (date du décès) de la Solution GCC. Si la date du décès est manquante, le champ « outcome date » (date de l'issue) est utilisé comme valeur approximative.
- Les cas dont l'âge était inconnu ou manquant ont été exclus des analyses par âge.
- Les cas de COVID-19 de la Solution GCC pour lesquels la classification et/ou le caractère ont été signalés comme étant erronés (erreur de saisie), non conforme à la définition, à ne pas comptabiliser, doublon ou toute autre variation de ces valeurs ont été exclus. Le nombre de cas provinciaux de COVID-19 peut inclure certains signalements en double, si ces signalements n'ont pas été identifiés et résolus.
- Les vagues correspondent aux semaines de signalement des cas de COVID-19 avec les plages de dates suivantes :
 - Première vague : du 26 février 2020 au 31 août 2020 (durée : 188 jours)
 - La semaine commençant le 23 février 2020 présentée dans les figures 1 à 4 contient les données à partir du 26 février.
 - Deuxième vague : du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021 (durée : 181 jours)
 - Troisième vague : du 1^{er} mars 2021 au 31 juillet 2021 (durée : 153 jours)
 - Quatrième vague : du 1^{er} août 2021 au 14 décembre 2021 (durée : 136 jours)
 - Cinquième vague : du 15 décembre 2021 au 28 février 2022 (durée : 76 jours)
 - Sixième vague : du 1^{er} mars 2022 au 18 juin 2022 (durée : 110 jours)
 - Septième vague : du 19 juin 2022 au 31 décembre 2022 (en cours)

Mises en garde concernant les données : ON-Marg

- ON-Marg est un outil de données qui combine un large éventail d'indicateurs démographiques en de multiples dimensions distinctes de marginalisation. Il s'agit d'un indice basé sur un territoire qui attribue une mesure de marginalisation reposant sur les caractéristiques du quartier par rapport à celles de l'individu. Ainsi, les tendances démographiques générales d'un territoire peuvent ne pas refléter tous les résidents d'un quartier en raison de l'hétérogénéité inhérente des caractéristiques démographiques qui peuvent varier considérablement, en particulier dans les grandes régions rurales. Pour plus de renseignements, veuillez consulter [le site Web ON-Marg de SPO](#).
- Les données de la BDPI incluent les personnes vivantes et éligibles à l'Assurance-santé de l'Ontario. Les codes postaux ont été attribués aux personnes en fonction de leur dernière adresse résidentielle disponible. Les résidents de l'Ontario qui n'ont pas de numéro de carte santé, les personnes âgées de moins de 65 ans qui n'ont eu aucune activité dans le système de santé au cours des sept dernières années, et les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont eu aucune activité dans le système de santé au cours des deux dernières années sont exclus du dénombrement de la population.
- Les taux par quintile pour 100 000 habitants ont été normalisés selon l'âge en fonction de la population du recensement de 2011 afin de tenir compte de toute différence d'âge entre les quintiles de précarité économique.⁸

Annexe A

Tableau A1. Caractéristiques démographiques des quintiles de précarité économique des quartiers (ON-Marg 2016)

Caractéristiques de la population	Quintile 1 (le moins défavorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (le plus défavorisé)
Population	3 026 112	2 833 474	2 547 530	2 432 696	2 541 350
Proportion de la population	22,5 %	21,1 %	18,9 %	18,1 %	18,9 %
Non-blancs, non autochtones	23,1 %	26,5 %	29,4 %	32,0 %	38,1 %
Noirs	2,3 %	2,9 %	4,1 %	5,1 %	10,2 %
Personnes originaires de l'Asie orientale et de l'Asie du Sud-Est	9,7 %	10,8 %	9,4 %	10,0 %	10,1 %
Personnes originaires d'Amérique latine	1,1 %	1,1 %	1,3 %	1,7 %	2,4 %
Personnes originaires du Moyen-Orient	2,8 %	2,7 %	2,5 %	2,4 %	3,5 %
Personnes originaires d'Asie du Sud	5,9 %	7,5 %	10,5 %	11,0 %	9,6 %
Immigrants nouvellement arrivés (< 5 ans)	2,7 %	2,9 %	3,1 %	4,0 %	5,6 %
Personnes qui ne parlent ni l'anglais ni le français	1,4 %	1,9 %	2,3 %	3,0 %	4,0 %
Personnes âgées (65 ans et +)	15,9 %	16,5 %	17,4 %	18,2 %	16,1 %
Personnes à faible revenu	10,3 %	14,1 %	17,2 %	20,5 %	26,8 %
Personnes sans diplôme d'études secondaires	16,8 %	20,7 %	25,4 %	32,1 %	44,3 %

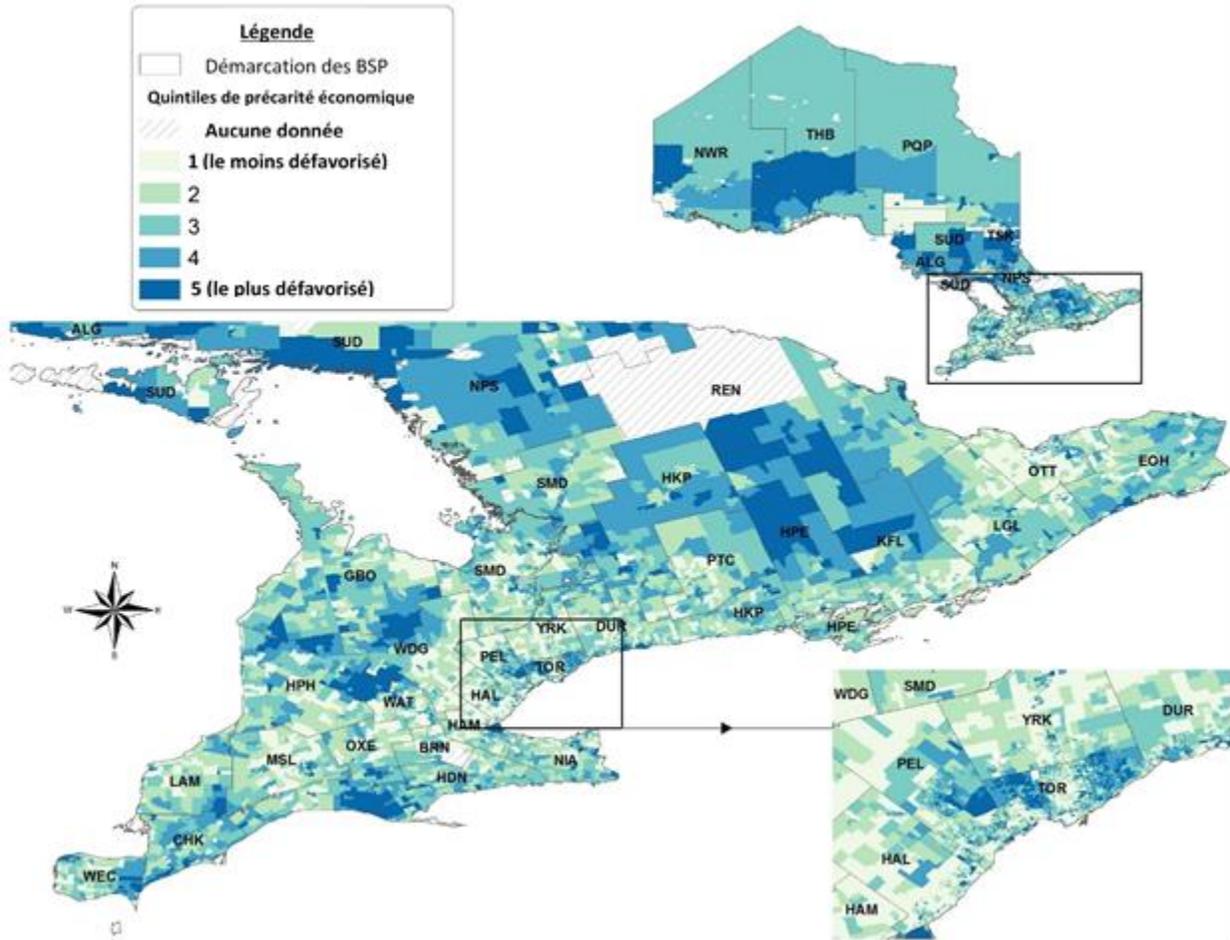
Caractéristiques de la population	Quintile 1 (le moins défavorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (le plus défavorisé)
Familles monoparentales	23,6 %	15,6 %	19,7 %	29,6 %	47,9 %
Logements dans un immeuble d'appartements	7,6 %	9,3 %	11,7 %	16,1 %	29,5 %
Nombre moyen de personnes par logement	2,8 personnes	2,8 personnes	2,8 personnes	2,6 personnes	2,5 personnes

Le total de la population de tous les quintiles est inférieur à la population totale de l'Ontario parce que toutes les régions n'ont pas pu être assignées à un quintile de l'indice ON-Marg.

La population non blanche et non autochtone comprend les groupes ethnoraciaux inclus ainsi que les personnes qui s'identifient comme étant d'une ethnicité ou d'une race mixte et celles qui ont répondu « autre ».

Source des données : Statistique Canada⁹

Figure A1 : Régions de recensement de l'Ontario et indice de marginalisation ontarien (ON-Marg) : Précarité économique des quartiers



Voir le [tableau A2](#) pour les noms complets des bureaux de santé figurant sur cette carte.

Source des données : Statistique Canada¹⁰, ON-Marg 2016

Tableau A2. Bureaux de santé publique de l'Ontario (BSP)

Code	Nom du bureau de santé publique
ALG	Santé publique Algoma
BRN	Bureau de santé du comté de Brant
CHK	Bureau de santé de Chatham-Kent
DUR	Bureau de santé de Durham
EOH	Bureau de santé de l'Est de l'Ontario
GBO	Bureau de santé de Grey Bruce
HAL	Bureau de santé de la région de Halton
HAM	Services de santé publique de Hamilton
HDN	Bureau de santé d'Haldimand-Norfolk
HKP	Bureau de santé du district d'Haliburton, Kawartha et Pine Ridge
HPE	Bureau de santé de Hastings et Prince Edward
HPH	Circonscription sanitaire de Huron et Perth
KFL	Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington
LAM	Bureau de santé publique de Lambton
LGL	Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark
MSL	Bureau de santé de Middlesex-London
NIA	Bureau de santé de la région du Niagara
NPS	Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound
NWR	Bureau de santé du Nord-Ouest
OTT	Santé publique Ottawa
OXE	Bureau de santé du Sud-Ouest
PEL	Bureau de santé de la région de Peel
PQP	Bureau de santé Porcupine

Code	Nom du bureau de santé publique
PTC	Bureau de santé de Peterborough
REN	Bureau de santé du comté et du district de Renfrew
SMD	Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka
SUD	Service de santé publique de Sudbury et du district
THB	Bureau de santé du district de Thunder Bay
TOR	Bureau de santé de Toronto
TSK	Bureau de santé de Témiskamingue
WAT	Bureau de santé de la région de Waterloo
WDG	Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph
WEC	Unité sanitaire de Windsor-Essex
YRK	Service de santé de la région de York

Bibliographie

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). La COVID-19 en Ontario — un regard sur la diversité des quartiers : du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 [Internet]. Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2023 [cité le 2023 mai 19]. Sur internet : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?sc_lang=fr
2. Chung H, Fung K, Ferreira-Legere LE, Chen B, Ishiguro L, Kalappa G, et al. COVID-19 laboratory testing in Ontario : patterns of testing and characteristics of individuals tested, as of April 30, 2020. Toronto (Ontario) : ICES; 2020. Sur internet : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-Laboratory-Testing-in-Ontario>
3. Karmakar M, Lantz PM, Tipirneni R. Association of social and demographic factors with COVID-19 incidence and death rates in the US. JAMA Netw Open. 2021;4(1):e2036462. Sur internet : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36462>
4. van Ingen T, Brown KA, Buchan SA, Akingbola S, Daneman N, Warren CM, et al. Neighbourhood-level socio-demographic characteristics and risk of COVID-19 incidence and mortality in Ontario, Canada: a population-based study. PloS One. 2022;17(10):e0276507. Sur internet : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276507>
5. McCoy LG, Smith J, Anchuri K, Berry I, Pineda J, Harish V, et al. Characterizing early Canadian federal, provincial, territorial and municipal nonpharmaceutical interventions in response to COVID-19: a descriptive analysis. CMAJ Open. 2020;8(3):E545-53. Sur internet : <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200100>
6. Parolin Z, Lee EK. The role of poverty and racial discrimination in exacerbating the health consequences of COVID-19. Lancet Reg Health Am. 2022;7:100178. Sur internet : <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100178>
7. Matheson FI, van Ingen T ; Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). 2016 Ontario marginalization index [Internet]. Toronto (Ontario) : St. Michael's Hospital ; 2018 [cité le 4 janvier 2022]. Sur internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/data-files/index-on-marg.xls?la=en>
8. Statistique Canada. « Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe » (Canada, provinces ou territoires, fréquence : annuelle [personnes sauf indication contraire]) [En ligne]. Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2020 [données extraites le 1^{er} mai 2020]. Sur Internet : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr

9. Statistique Canada. Recensement de 2016 : profils pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement, les subdivisions de recensement et les aires de diffusion [En ligne]. Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2016 [données extraites le 1^{er} mai 2020]. Sur Internet : https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/download-telecharger/comp/GetFile.cfm?Lang=F&FILETYPE=CSV&GEONO=044_ONTARIO
10. Statistique Canada. Fichiers des limites des aires de diffusion, Année de recensement 2016 [En ligne]. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 16 novembre 2016 [données extraites le 13 novembre 2018]. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/92-169-X2016001>.

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *La COVID-19 en Ontario — un regard sur la précarité économique des quartiers : du 26 février 2020 au 31 décembre 2022*, Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Ontario 