

SYNOPSIS

(ARCHIVÉ) COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les déterminants sociaux de la santé

Publication : mai 2020

Archivé : décembre 2023

ARCHIVÉ

Ce matériel archivé est disponible uniquement à des fins de recherche historique et de référence. Celui-ci n'est plus mis à jour et il se peut qu'il ne reflète plus les directives actuelles.

Introduction

SPO surveille, examine et évalue activement les renseignements pertinents concernant la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). La série de documents « Ce que nous savons jusqu'à présent sur... » offre un aperçu des données probantes relatives à divers aspects ou enjeux émergents liés à la COVID-19.

L'élaboration de ces documents se fonde sur une recherche systématique dans les rapports scientifiques publiés et non publiés (p. ex., [ProMED](#), [CIDRAP](#), [Johns Hopkins Situation Reports](#)) et dans les reportages des médias, le cas échéant. Pour ce « Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les déterminants sociaux de la santé », les données canadiennes sont incluses et complétées par des données internationales. Nous sommes conscients qu'il peut y avoir des données supplémentaires qui ne sont pas prises en compte dans le présent document, y compris des exclusions particulières de sujets abordés ailleurs (p. ex., les foyers de soins de longue durée) et provenant de pays en développement. Les résultats pertinents sont examinés et les données sont extraites aux fins de synthèse. Tous les documents de la série sont examinés par des experts en la matière de SPO avant leur affichage.

L'épidémie de COVID-19 évolue et les données probantes scientifiques s'accumulent rapidement. Le lecteur est avisé que l'information comprise dans ces documents est à jour à la date de leur affichage.

Éléments clés

- Les premiers résultats démontrent que la COVID-19 impose un fardeau social et économique inégal à l'échelle internationale. Des données émergentes confirment cette situation en Ontario et au Québec.
- Les déterminants sociaux de la santé, comme le sexe, le statut socio-économique, la race ou l'ethnicité, la profession, l'origine ethnique, l'itinérance et l'incarcération, jouent un rôle

important dans le risque d'infection par la COVID-19, en particulier lorsque ces déterminants limitent la capacité à maintenir une distanciation physique.

- Les inégalités sociales existantes en matière de santé augmentent le risque de résultats graves liés à la COVID-19 en raison d'une prévalence accrue de problèmes de santé sous-jacents ou d'un accès réduit aux soins de santé.

Contexte

Comme le nombre de cas de COVID-19 augmente à l'échelle internationale, les données préliminaires de la surveillance et des reportages dans les médias tendent à indiquer que les populations racialisées (comme les Noirs, les personnes latinophones et les autres minorités ethniques) et à faible revenu ont des taux disproportionnés d'infection, d'hospitalisation et de mortalité liés à la COVID-19 aux États-Unis et au Royaume-Uni. De nouvelles données confirmant ces liens existent en Ontario et au Québec.

Les facteurs de risque de la COVID-19 étaient à l'origine axés sur les [conditions cliniques associées à des résultats graves de la COVID-19](#), notamment [le fait d'être âgé de 65 ans et plus et les problèmes de santé sous-jacents](#). L'Agence de la santé publique du Canada a élargi sa liste de facteurs de risque pour y inclure les [circonstances socio-économiques](#) qui accroissent le risque d'infection par la COVID-19 et de résultats graves. Les [déterminants sociaux de la santé](#) sont définis comme les facteurs qui n'ont aucun lien avec la biologie et les comportements d'un particulier, c'est-à-dire ceux qui constituent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et travaillent. L'intégration des déterminants sociaux de la santé aux analyses et aux évaluations des risques est essentielle afin d'assurer une réponse équitable à la COVID-19. Nous présentons un aperçu des données probantes actuelles afin d'illustrer les liens entre les déterminants sociaux de la santé et la COVID-19.

Inégalités sociales et la COVID-19

Lorsqu'elles sont disponibles, les données probantes préliminaires issues de la surveillance et des reportages dans les médias indiquent que les inégalités structurelles existantes peuvent contribuer à augmenter le risque de COVID-19 chez les Noirs, les personnes latinophones, les autres minorités ethniques et les populations à faible revenu. Outre la race ou l'ethnicité et les facteurs socio-économiques, on note des préoccupations croissantes liées au [sexe et au genre](#), à [l'identité autochtone](#), à [la situation d'itinérance](#), à [l'incarcération](#) et au [statut d'immigrant et de réfugié](#). Ces constatations sont conformes aux inégalités [sociales](#) et [raciales](#) observées lors de la pandémie de grippe H1N1 survenue en 2009 au Canada. Il existe peu de données individuelles sur les déterminants sociaux de la santé permettant d'évaluer leur impact sur l'exposition à la COVID-19 ou sur ses résultats en Ontario ou au Canada. La collecte régulière et systématique de données sur les déterminants sociaux de la santé et leur lien avec les résultats de la COVID-19 est nécessaire afin de comprendre les inégalités existantes. Cette collecte est essentielle afin d'assurer une réponse équitable à la pandémie et la préparation aux phases subséquentes de la pandémie.

Données individuelles sur les déterminants sociaux de la santé

- **Inégalités raciales et ethniques liées aux résultats de la COVID-19 reflétées dans les rapports de surveillance publiés aux États-Unis.** Les [Centres de prévention et de lutte contre les maladies \(CDC\)](#) ont indiqué que 33 % (192 sur 580) des patients hospitalisés en raison de la COVID-19 en mars 2020 étaient des Noirs, alors qu'ils ne constituent que 18 % des résidents de la zone de couverture du réseau de surveillance des hospitalisations liées à la COVID-19 (COVID-NET), ce

qui représente environ 10 % de la population des États-Unis dans 15 États. Ces résultats sont préliminaires, car les données sur la race et l'ethnicité n'étaient disponibles que pour 39 % (580 sur 1 482) des patients atteints de la COVID-19. Par ailleurs, les [CDC](#) ont indiqué que les patients noirs étaient surreprésentés dans une cohorte de 305 hospitalisations liées à la COVID-19 en Géorgie, où 80 % de la cohorte était des Noirs, contre 47 % de l'ensemble des patients hospitalisés en mars 2020. Les premiers rapports sur les inégalités raciales en lien avec la COVID-19 sont résumés par [Yancy et coll.](#) Par exemple, à [Chicago](#), les résidents noirs (652 cas pour 100 000 cas et 48 décès pour 100 000 personnes) et les personnes latinophones (434 cas pour 100 000 cas et 17 décès pour 100 000 personnes) avaient des taux d'infection par la COVID-19 et de décès plus élevés que les résidents blancs (257 cas pour 100 000 cas et 14 décès pour 100 000 personnes). De plus, une mortalité disproportionnellement élevée a été observée dans les populations noires de la [ville de New York](#) (20 décès contre 10 pour 100 000 personnes chez les Noirs par rapport aux Blancs), de la [Louisiane](#) (56 % des décès étaient des résidents noirs qui représentent 33 % de la population) et du [Michigan](#) (33 % des cas et 40 % des décès étaient des résidents noirs qui représentent 14 % de la [population](#)).

- **Inégalités raciales et ethniques liées aux résultats de la COVID-19 reflétées dans les rapports de surveillance publiés au Royaume-Uni.** En date du 10 avril 2020, [l'Office of National Statistics](#) a indiqué qu'en Angleterre et au Pays de Galles la probabilité de décès liée à la COVID-19 était de 4,2 (intervalle de confiance (IC) de 95 % : de 3,8 à 4,6) et de 4,3 (IC de 95 % : de 3,8 à 4,8) fois plus élevée chez les hommes et les femmes noirs que chez leurs homologues blancs après avoir pris en compte l'âge. En outre, la probabilité de décès liée à la COVID-19 était également plus élevée pour les autres minorités ethniques en Angleterre et au Pays de Galles, tant chez les hommes (Bangladais/Pakistanaï : ratio des probabilités (RP) de 3,6, IC de 95 % : de 3,1 à 4,0; Indiens : RP de 2,4, IC de 95 % : de 2,1 à 2,7; Chinois : RP de 1,9, IC de 95 % : de 1,4 à 2,6; et hommes d'origine ethnique mixte : RP de 2,7, IC de 95 % : de 2,3 à 3,1) que chez les femmes (Bangladaïses/Pakistanaïses : RP de 3,4, IC de 95 % : de 2,8 à 4,0; Indiennes : RP de 2,7, IC de 95 % : de 2,3 à 3,1; et femmes d'origine ethnique mixte : RP de 2,1, IC de 95 % : de 1,7 à 2,5) par rapport aux ratios des Blancs.
- **Sexe et genre.** [À l'échelle internationale](#), les données préliminaires indiquent un nombre à peu près égal de cas de COVID-19 chez les hommes et les femmes, mais révèlent des taux d'hospitalisation et de mortalité plus élevés chez les hommes. Au [Canada](#), environ 55 % des cas de COVID-19 sont des femmes. Pour les cas de COVID-19 dont des données sur l'hospitalisation et le sexe (56 %) étaient indiquées, les hommes présentaient un risque plus élevé d'hospitalisation (1,4 fois) et d'admission aux soins intensifs (2,1 fois) que les femmes.

Données sur les déterminants sociaux de la santé à l'échelon local

- **Quartiers défavorisés et concentration ethnique au Canada.** En date du 30 avril 2020, un pourcentage plus élevé de tests de dépistage positifs confirmés de COVID-19 a été observé dans les quintiles des quartiers présentant la plus forte concentration ethnique (41 % contre 8 %), la plus grande privation matérielle (24 % contre 17 %) et le revenu le plus faible (26 % contre 16 %) par rapport aux quintiles les moins marginalisés de chaque mesure, selon les résultats tirés de la [base de données du Système d'information de laboratoire de l'Ontario \(SILO\)](#). À [Toronto](#), en date du 27 avril 2020, le quintile de revenu le plus bas (le quintile comprenant les secteurs de recensement avec le pourcentage le plus élevé de personnes vivant sous le seuil de faible revenu) avait des taux plus élevés de cas de COVID-19 (113 cas pour 100 000 personnes) et

d'hospitalisations (20 hospitalisations pour 100 000 personnes) par rapport au quintile avec le revenu le plus élevé (73 cas pour 100 000 personnes et 19 hospitalisations pour 100 000 personnes). Par ailleurs, les quintiles ayant le pourcentage le plus élevé de personnes issues de communautés racialisées, de nouveaux arrivants au Canada, de personnes ayant un niveau de scolarité plus faible et de chômeurs présentaient des taux de cas de COVID-19 et d'hospitalisation plus élevés que les quintiles ayant le pourcentage le plus faible de chacune de ces caractéristiques. Des résultats similaires sont constatés à [Montréal](#), où un nombre plus élevé de cas de COVID-19 a été observé dans les quartiers à faible revenu par rapport aux quartiers à revenu élevé.

- **Quartiers défavorisés et concentration raciale et ethnique aux États-Unis.** Aux [États-Unis](#), les taux de mortalité liés à la COVID-19 étaient systématiquement plus élevés dans les comtés les plus défavorisés que dans les comtés les moins défavorisés selon les caractéristiques suivantes : le taux de pauvreté (19 contre 10 pour 100 000 personnes), la proportion de la population de couleur (17 contre 3 pour 100 000 personnes) et le taux de surpeuplement (17 contre 5 pour 100 000 personnes). Au [Royaume-Uni](#), le taux de mortalité normalisé selon l'âge lié à la COVID-19 était plus élevé dans les secteurs les plus défavorisés que dans les secteurs les moins défavorisés (Angleterre : 55 décès contre 25 pour 100 000 personnes; Pays de Galles : 45 décès contre 23 pour 100 000 personnes).

Déterminants sociaux de la santé et lieux d'hébergement collectif

- **Éclotions de COVID-19 et refuges.** Des éclotions de COVID-19 ont été signalées dans des refuges par [les responsables de la santé publique à Toronto](#), mais à ce jour, il n'y a pas eu d'analyse complète du fardeau de la COVID-19 dans les refuges canadiens. Aux États-Unis, les [CDC](#) ont signalé des cas de COVID-19 parmi 1 192 résidents et 313 membres du personnel après avoir testé 19 refuges pour les sans-abris dans cinq villes, avec un taux de positivité plus élevé dans les refuges ayant un groupe de cas, c'est-à-dire deux cas ou plus dans les deux semaines précédant le test (résidents : de 17 à 66 %; personnel : de 16 à 30 %), par rapport à ceux qui n'ont pas eu de cas (résidents : de 4 à 5 %; personnel : de 1 à 2 %). Suite à l'apparition d'un groupe de cas de COVID-19 dans [un grand refuge de Boston](#), le dépistage chez tous les résidents a révélé un taux de positivité de 36 % chez 147 participants, dont 88 % étaient asymptomatiques.
- **Éclotions de COVID-19 et établissements correctionnels.** En date du 6 mai 2020, [Service correctionnel Canada](#) a signalé 294 cas confirmés de COVID-19 dans les établissements correctionnels fédéraux, dont 166 au Québec, 8 en Ontario et 120 en Colombie-Britannique. En date du 21 avril 2020, les [CDC](#) ont signalé 4 893 cas et 88 décès parmi les personnes incarcérées et détenues et 2 778 cas et 15 décès parmi les membres du personnel. Des cas ont été signalés dans 86 % (32 sur 37) des 54 administrations qui ont participé à l'étude, regroupant 420 établissements correctionnels et installations de détention.

Lacunes dans les données afin d'évaluer l'impact de la COVID-19 en fonction des déterminants sociaux de la santé

Une quantité limitée de données individuelles est disponible pour comprendre l'impact de la COVID-19 en fonction des déterminants sociaux de la santé.

- **Disponibilité limitée de données désagrégées dans les rapports de surveillance aux États-Unis sur les cas de COVID-19 en fonction des déterminants sociaux de la santé.** En date du 17 avril 2020, [l'université Johns Hopkins](#) a noté que les données sur la COVID-19 fondées sur la race aux États-Unis sont signalées pour les [tests de dépistage](#) dans deux États (Illinois et Kansas), les [cas confirmés](#) dans 34 États et les [décès](#) dans 26 États. Lorsque les cas sont signalés, les données d'une proportion importante de cas et de décès indiquent [« race ou ethnicité inconnue ou données manquantes »](#) (p. ex., 58 % des cas sur le [site web des CDC](#)).
- **Début de la collecte de données sur les déterminants sociaux de la santé par les administrations dans le cadre de la surveillance de la COVID-19 en Ontario.** Suite aux premiers rapports sur les inégalités sociales dans les résultats relatifs à la COVID-19, [l'Ontario](#), [le Québec](#) et [le Manitoba](#) ont annoncé leur intention de commencer à recueillir des données individuelles sur la race, l'ethnicité et le revenu dans le cadre de la surveillance de la COVID-19. En Ontario, les bureaux de santé publique de [Peel](#), [Toronto](#) et London-Middlesex ont annoncé leur intention de recueillir et d'utiliser des données sociodémographiques et raciales.

Liens entre les déterminants sociaux et la COVID-19

De plus en plus de données probantes confirment le rôle des facteurs socio-économiques dans la détermination des résultats de la COVID-19. Ces liens sont complexes et souvent croisés, et se traduisent par :

1. un risque accru d'exposition et d'infection;
2. une gravité accrue liée à des conditions sociales qui augmentent la prévalence de problèmes de santé sous-jacents préexistants ou un accès réduit aux soins de santé.

Déterminants sociaux et exposition et infection à la COVID-19

Les raisons sous-jacentes du risque accru d'exposition et d'infection à la COVID-19 peuvent être liées aux conditions de vie en surpeuplement et à la nécessité de continuer à travailler dans certaines professions essentielles, deux facteurs qui rendent la distanciation physique plus difficile. Des facteurs connexes sont énumérés ci-dessous.

- **Inégalités sociales structurelles.** Des facteurs structurels, comme la colonisation, le racisme, l'exclusion sociale et la répression de l'autodétermination sont des déterminants structurels importants liés à l'augmentation du risque de COVID-19, par exemple dans les populations [autochtones](#) et [noires](#) du Canada. Ce point de départ inégal agit par des voies plus proximales et intermédiaires. Par exemple, les populations des [Premières Nations](#), [des Métis](#), [des Inuits](#) et des [Noirs](#) sont surreprésentées parmi les Canadiens ayant un faible statut socio-économique (p. ex., scolarité et profession), un facteur de risque accru par rapport à la COVID-19.
- **Emplois dans les services essentiels.** Les travailleurs jugés essentiels peuvent être exposés à un risque accru d'infection par la COVID-19, en particulier [s'ils ne peuvent pas travailler à partir de leur domicile](#) ou pratiquer la distanciation physique et n'ont pas accès à [des équipements de protection individuelle](#). Cette situation est urgente dans le cas d'un emploi qui exige de côtoyer d'autres personnes, comme les professions de la vente et des services, où les [femmes](#), [les travailleurs à faible revenu](#) et les [travailleurs racialisés](#) sont souvent surreprésentés. Par exemple, les éclosions de COVID-19 qui ont donné lieu à 558 cas confirmés dans une [usine](#)

[d'abattage et de transformation de la viande](#) et à 49 cas confirmés chez des [travailleurs agricoles migrants](#).

- **Emplois précaires.** Au Royaume-Uni, les [travailleurs peu qualifiés](#) (p. ex., les agents de sécurité masculins : 46 décès pour 100 000 personnes; les chauffeurs de taxi masculins : 36 décès pour 100 000 personnes) ont un taux de mortalité lié à la COVID-19 plus élevé que celui de la population générale (hommes : 10 décès pour 100 000 personnes), mais il existe peu de données probantes au sujet d'un lien de cette nature au Canada. Une analyse des travailleurs du secteur de la vente et des services essentiels à Toronto, dont une forte proportion est constituée de travailleurs à temps partiel et de personnes âgées de 60 ans et plus, a révélé que [de nombreux travailleurs à faible revenu avaient un risque élevé d'exposition à la COVID-19](#) au travail (mesuré en fonction de la proximité physique avec les autres). Par exemple, en Ontario on compte 94 000 caissières et caissiers travaillant dans les services essentiels, une profession à faible salaire (environ 14\$ l'heure) avec un risque élevé d'exposition à la COVID-19. De plus, les travailleurs à faible revenu occupant un emploi précaire sont moins susceptibles d'avoir des [congrés de maladie payés](#). Ces liens sont préoccupants compte tenu des résultats récents de [l'Enquête sur la population active](#) selon lesquels les femmes, les personnes ayant un emploi précaire et les travailleurs à faible revenu ont été touchés par des pertes d'emplois plus importantes et à une diminution de leurs heures de travail par rapport à leurs pairs.
- **Populations autochtones.** Des logements inadéquats et le surpeuplement qui en résulte peuvent augmenter le risque par rapport à la COVID-19. Environ 23 % des membres des Premières Nations vivent dans des [logements inadéquats](#), un chiffre qui atteint 52 % dans l'Inuit Nunangat, et qui est plus élevé dans les réserves (37 %) qu'à l'extérieur des réserves (15 %). En outre, les familles autochtones vivant dans des ménages multigénérationnels peuvent être particulièrement à risque (p. ex., 25 % des membres des Premières Nations vivent dans des réserves contre 6 % de la population non autochtone).
- **Sexe et genre.** Les explications concernant les différences entre les sexes dans les cas d'infections graves et de décès par la COVID-19 ne sont pas claires. Un [commentaire publié dans le Lancet](#) explique comment les nouvelles données probantes suggèrent que ces variations liées au sexe sont potentiellement dues à des différences immunologiques ou sexospécifiques dans les comportements à risque, comme les habitudes et la prévalence du tabagisme. Il est nécessaire d'examiner plus en détail les variations liées au sexe en matière de vulnérabilité aux infections, d'exposition aux agents pathogènes et de traitement reçu. Par exemple, le risque d'infection par la COVID-19 peut être plus élevé chez les femmes que chez les hommes en raison des différences dans la proportion de femmes travaillant dans les soins de santé de première ligne (rôles de soins prescrits par la société) et dans d'autres professions jugées essentielles qui nécessitent une interaction étroite.
- **Besoin d'aide.** [L'Agence de la santé publique du Canada](#) avertit que les autres populations vulnérables peuvent comprendre toute personne qui a de la difficulté à lire, à parler, à comprendre ou à communiquer (p. ex., parler une langue autre que l'anglais ou le français), à avoir accès à des conseils de santé, à mener des activités de prévention, à avoir accès à un moyen de transport, à recevoir des soins médicaux spécialisés continus, à obtenir des fournitures médicales particulières ou qui a besoin de supervision pour conserver son

autonomie. L'atténuation de ces obstacles est désormais considérée comme un aspect des [droits de la personne](#).

- **Itinérance.** Les refuges sont souvent [surpeuplés](#) et limitent les [possibilités d'hygiène](#) et de distanciation physique. En outre, les mesures de santé publique à l'échelle communautaire peuvent avoir [un impact différent sur les sans-abris](#), notamment en réduisant l'accès aux espaces publics et aux services sanitaires ou sociaux, en augmentant la crainte d'une hospitalisation involontaire et le risque d'amendes ou d'arrestation.
- **Populations incarcérées.** Les personnes incarcérées ont des mouvements limités dans des espaces surpeuplés et confinés, avec des possibilités réduites de distanciation physique et d'hygiène ([Akiyama et coll](#)) ([Kinner et coll](#)) ([Yang et coll](#)). Les personnes peuvent être réticentes à signaler des symptômes de peur d'être isolées et de perdre leurs privilèges. En outre, les ressources limitées et les contraintes relatives aux politiques peuvent avoir un impact sur la capacité de l'établissement à identifier, à prévenir ou à répondre à une éclosion de COVID-19 dans certains contextes ([Akiyama](#)) ([Kinner](#)) ([Yang](#)).

Déterminants sociaux et facteurs de risque de résultats graves liés à la COVID-19

Les inégalités sociales préexistantes en matière de santé peuvent augmenter le risque de résultats graves liés à la COVID-19, comme l'hospitalisation et le décès. Les [comorbidités](#) qui peuvent être associées à un risque accru de résultats graves liés à la COVID-19 comprennent : l'obésité, l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques (maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'asthme). Voici quelques exemples d'inégalités sociales existantes en lien avec ces comorbidités.

- **Populations racialisées.** [L'exposition chronique au racisme](#) est associée à des résultats négatifs en matière de santé mentale et physique. Il a été démontré que le racisme a un impact sur la santé en raison des privations économiques et sociales, des inégalités en matière de santé environnementale et professionnelle, des traumatismes psychosociaux et d'un accès inadéquat aux soins de santé. Au Canada, les populations noires présentent des taux plus élevés [d'obésité](#), [d'hypertension](#) et de [diabète](#) ainsi que des [difficultés d'accès aux soins de santé](#), comme l'accès à un médecin régulier.
- **Statut socio-économique.** Au Canada, un faible statut socio-économique est associé à [l'obésité](#), [l'hypertension](#), le [diabète](#), les [maladies cardiovasculaires](#) et les [maladies respiratoires chroniques](#).
- **Populations autochtones.** De nombreuses communautés autochtones sont confrontées à des inégalités en matière de santé associées aux influences complexes de la colonisation, des pensionnats et des expériences continues de [racisme](#) systémique. Les iniquités en matière de santé sont bien établies dans les populations autochtones du Canada. Par exemple, la prévalence de [l'hypertension](#), du [diabète](#) et des [maladies cardiovasculaires](#) est plus élevée chez les Premières Nations et les taux [d'asthme et de MPOC](#) sont plus élevés chez les Métis. En outre, [l'isolement géographique](#) peut entraîner des difficultés d'accès aux soins médicaux, notamment aux soins et aux conseils médicaux préventifs.

- **Populations de sans-abris.** Les personnes en situation d’itinérance ont une prévalence plus élevée de comorbidités et de mortalité liée au diabète, aux maladies cardiovasculaires et aux maladies respiratoires, ainsi qu’un accès moindre aux soins de santé.
- **Populations incarcérées.** Les personnes incarcérées ont un accès limité aux soins médicaux (Akiyama et coll.) (Kinner et coll.) (Rubin et coll.) (Wurcel et coll.) (Yang et coll.). En outre, les populations racialisées et les adultes qui s’identifient comme des Autochtones sont surreprésentés dans les établissements correctionnels au Canada.

Bibliographie

Akiyama MJ, Spaulding AC, Rich JD. Flattening the curve for incarcerated populations - Covid-19 in jails and prisons. *N Engl J Med*. 2020 Apr 2 [Diffusion en ligne avant la version imprimée.] Disponible à : <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005687>

Amarasinghe U, Motha-Pollock A, Felder M, Oschinski M. COVID-19 and Ontario’s sales and service workers: who is most vulnerable? [Internet] Toronto, ON: MaRS Discovery District; 2020 [texte modifié le 17 avril 2020; cité le 10 mai 2020] Disponible à : <https://www.marsdd.com/research-and-insights/covid-19-and-ontarios-sales-and-service-workers-who-is-most-vulnerable/>

Amin F. Ontario to begin collecting race-based data during coronavirus pandemic. *CityNews* [Internet], 2020 May 6 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://toronto.citynews.ca/2020/05/06/ontario-to-begin-collecting-race-based-data-during-coronavirus-pandemic/>

Andrew-Gee E. Manitoba charts new course by collecting race-based data on COVID-19. *Globe and Mail* [Internet], 2020 May 12 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-manitoba-charts-new-course-by-collecting-race-based-data-on-covid-19/>

Baggett TP, Keyes H, Sporn N, Gaeta JM. Prevalence of SARS-CoV-2 infection in residents of a large homeless shelter in Boston. *JAMA*. 2020 Apr 27 [Diffusion en ligne avant la version imprimée.] Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.6887>

Barr C, Kommenda N, Voce A. Ethnic minorities dying of COVID-19 at higher rate, analysis shows. *The Guardian* [Internet], 2020 Apr 23 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/22/racial-inequality-in-britain-found-a-risk-factor-for-covid-19>

Beckett M, Firestone MA, McKnight CD, Smylie J, Rotondi MA. A cross-sectional analysis of the relationship between diabetes and health access barriers in an urban First Nations population in Canada. *BMJ Open*. 2018;8(1):e018272. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018272>

Boshra B. Quebec to collect data on race, economic status of COVID-19 patients, director of public health says. *CTV News (Montreal)* [Internet], 2020 May 6 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://montreal.ctvnews.ca/quebec-to-collect-data-on-race-economic-status-of-covid-19-patients-director-of-public-health-says-1.4927486>

Association canadienne de santé publique. Énoncés de politiques et positions : Racisme et santé publique. Ottawa, ON : ACSP; 2020 [texte modifié le 17 décembre 2018; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.cpha.ca/fr/racisme-et-sante-publique>

CBC News. Lower income people, new immigrants at higher COVID-19 risk in Toronto, data suggests. CBC News (Toronto) [Internet], 2020 May 12 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/low-income-immigrants-covid-19-infection-1.5566384>

Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019: cases in the U.S. [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2020 [texte modifié le 28 avril; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>

Chen JT, Krieger N. Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county vs ZIP code analyses. HCPDS Working Paper Series. 2020;19(1). Disponible à : <https://www.hsph.harvard.edu/social-and-behavioral-sciences/2020/04/24/covid-19-and-health-inequities-study-by-jarvis-t-chen-and-nancy-krieger/>

Chiu M, Maclagan LC, Tu JV, Shah BR. Temporal trends in cardiovascular disease risk factors among white, South Asian, Chinese and black groups in Ontario, Canada, 2001 to 2012: a population-based study. *BMJ Open*. 2015;5(8):e007232. Disponible à : <https://doi:10.1136/bmjopen-2014-007232>

Chicago Department of Public Health. Latest data [Internet]. Chicago, IL: City of Chicago; 2020 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.chicago.gov/city/en/sites/covid-19/home/latest-data.html>

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 [Internet]. Toronto, ON: ICES; 2020 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-Laboratory-Testing-in-Ontario>

Service correctionnel Canada. Tests de COVID-19 pour les détenus des établissements correctionnels fédéraux (28 avril 2020). Ottawa, ON: Gouvernement of Canada; 2020 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.csc-scc.gc.ca/001/006/001006-1014-fr.shtml>

Croxford R. Coronavirus cases to be tracked by ethnicity. BBC News [Internet], 2020 Apr 18 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.bbc.com/news/health-52338101>

Earles L. Understanding chronic disease and the role for traditional approaches in Aboriginal communities [Internet]. Prince George, BC: National Collaborating Center for Aboriginal Health; 2013 [cité le 8 mai 2020]. Disponible à : <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/FS-UnderstandingChronicDisease-Earle-EN.pdf>

Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-40. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)

Ferrante L, Fearnside PM. Protect Indigenous peoples from COVID-19. *Science*. 2020;368(6488):251. Disponible à : <https://doi.org/10.1126/science.abc0073>

Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R, et al. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019 — COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:458–64. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e3>

Gershon AS, Hwee J, Victor JC, Wilton AS, To T. Trends in socioeconomic status-related differences in mortality among people with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc*. 2014;11(8):1195-202. Disponible à : <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201403-094OC>

Gershon AS, Khan S, Klein-Geltink J, Wilton D, To T, Crighton EJ, et al. Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) prevalence and health services use in Ontario Metis: a population-based cohort study. *PloS one*. 2014;9(4):e95899. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095899>

Global Health 50/50. COVID-19 sex-disaggregated data tracker [Internet]. *Global Health 5050*; 2020 [texte modifié le 22 avril; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://globalhealth5050.org/covid19/>

Gold JA, Wong KK, Szablewski CM, et al. Characteristics and clinical outcomes of adult patients hospitalized with COVID-19 — Georgia, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:545–50. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e1>

Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Mise à jour sur l'écllosion [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2020 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#risque>

Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2019 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#a2>

Human Rights Watch. COVID-19 : Dimensions des droits humains dans les réponses gouvernementales. New York, NY: Human Rights Watch; 2020 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : <https://www.hrw.org/fr/news/2020/03/20/covid-19-dimensions-des-droits-humains-dans-les-reponses-gouvernementales>

Hwang SW, Ueng JJ, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *Am J Public Health*. 2010;100(8):1454-61. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.182022>

Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b4036. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.b4036>

Johns Hopkins University & Medicine. Racial data transparency: states that have released breakdowns of Covid-19 data by race [Internet]. Baltimore, MD: John Hopkins University; 2020 [texte modifié le 17 avril; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://coronavirus.jhu.edu/data/us-state-data-availability>

Kinner SA, Young JT, Snow K, Southalan L, Lopez-Acuna D, Ferreira-Borges C, et al. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *Lancet Public health*. 2020;5(4):e188-e9. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30058-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30058-X)

Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):447-49. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30160-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30160-0)

Lancet. COVID-19 will not leave behind refugees and migrants. *Lancet*. 2020;395(10230):1090. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30758-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30758-3)

Leng B, Yana J, Ge L, Ling C Nan J. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens*. 2015;33(2):221-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000428>

Louisiana Department of Health. Louisiana coronavirus COVID-19 updated [Internet]. Baton Rouge, LA: Louisiana Office of Public Health; 2020 [texte modifié le 27 avril; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <http://ldh.la.gov/coronavirus/>

Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, McGeer A, Crowcroft N. The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. *Am J Public Health*. 2012;102(8):e51-8. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300814>

MacDonald D. COVID-19 and the Canadian workforce: reforming EI to protect more workers [Internet]. Ottawa, ON: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2020 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/2020/03/CCPA%20Report_COVID19%20and%20the%20Canadian%20Workforce.pdf

Madrigal A. Tracking race and ethnicity in the COVID-19 pandemic. The COVID Tracking Project, The Atlantic [Internet], 2020 Apr 15 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : <https://covidtracking.com/blog/tracking-race-and-ethnicity>

Malakieh J. Adult and youth correctional statistics in Canada, 2017/2018 [Internet]. Ottawa, ON: Statistics Canada; 2019 [texte modifié le 9 mai; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00010-eng.htm>

Michigan Government. Coronavirus: Michigan data [Internet]. State of Michigan; 2020 [texte modifié le 28 avril; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : https://www.michigan.gov/coronavirus/0,9753,7-406-98163_98173---,00.html

Mojtehdzadeh S. Their work is keeping Canada safe. But they earn a fraction of the national average. *Toronto Star* [Internet], 2020 Mar 31 [cité le 31 mars 2020]. Disponible à : <https://www.thestar.com/business/2020/03/31/these-workers-are-keeping-canada-safe-but-they-earn-a-fraction-of-the-national-average.html>

Mojtehdzadeh S. Toronto public health to start collecting COVID-19 data on race in a bid to track health inequities. *Toronto Star* [Internet], 2020 Apr 21 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://www.thestar.com/news/gta/2020/04/21/toronto-public-health-to-start-collecting-covid-19-data-on-race-in-a-bid-to-track-health-inequities.html>

Mosites E, Parker EM, Clarke KE, Gaeta JM, Baggett TP, Imbert E, et al. Assessment of SARS-CoV-2 infection prevalence in homeless shelters- four U.S cities, March 27-April 15 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(17):521-2. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6917e1>

Navaranjan D, Rosella LC, Kwong JC, Campitelli M, Crowcroft N. Ethnic disparities in acquiring 2009 pandemic H1N1 influenza: a case-control study. *BMC public health*. 2014;14:214. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-214>

Newport A. Peel Public Health to begin collecting race- and occupation-based data amid COVID-19 pandemic. *In Brampton* [Internet], 2020 Apr 27 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://www.inbrampton.com/peel-public-health-to-begin-collecting-race-and-occupation-based-data-amid-covid-19-pandemic>

New York City Health. Age adjusted rate of fatal lab confirmed COVID-19 cases per 100, 000 by race/ethnicity group [Internet]. New York, NY: City of New York; 2020 [texte modifié le 6 avril; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-19-deaths-race-ethnicity-04082020-1.pdf>

Office for National Statistics. Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales [Internet]. Newport: Office for National Statistics; 2020 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronavirusrelateddeathsbyethnicgroupenglandandwales/2march2020to10april2020>

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « Ce que nous savons jusqu'à présent sur... la gravité clinique » [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/what-we-know-clinical-severity.pdf?la=fr>

Agence de la santé publique du Canada - Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé. Les principales inégalités en santé au Canada - un portrait national. Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-fra.pdf>

Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(9):e0138511. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

Pareek M, Bangash MN, Pareek N, Pan D, Sze S, Minhas JS, et al. Ethnicity and COVID-19: an urgent public health research priority. Lancet. 2020;395(10234):1421-2. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30922-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30922-3)

Agence de la santé publique du Canada. La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie [Internet]. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2020 [texte modifié le 28 avril 2020; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/surv-covid19-epi-update-fr.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : les populations vulnérables et le COVID-19. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2020 [cité le 29 avril 2020] Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases-maladies/vulnerable-populations-covid-19/vulnerable-fra.pdf>

Reading, C.L, Wein, F. Health inequalities and social determinants of Aboriginal People's health [Internet]. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2009 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>

Rubin R. The challenge of preventing COVID-19 spread in correctional facilities. JAMA. 2020 Apr 7 [Diffusion en ligne avant la version imprimée.] Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5427>

- Seglins D, Guerriero L, Clementson L. Canadian flight crews demand protective suits as more than a dozen fall ill with COVID-19. CBC News [Internet], 2020 Mar 28 [cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www.cbc.ca/news/health/flight-attendants-protective-suits-1.5513439>
- Shingler B, Stevenson V. COVID-19's devastating toll on families in Montreal's poorest neighbourhoods. CBC News (Montreal) [Internet], 2020 May 15 [cité le 17 mai 2020]. Disponible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-low-income-inequality-covid-19-1.5570296>
- Statistique Canada. La population noire au Canada : éducation, travail et résilience [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2020 [texte modifié le 25 février 2020; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020002-fra.htm>
- Statistique Canada. Premières Nations, Métis, Inuits et la COVID-19 : Caractéristiques sociales et de la santé [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2020 [texte modifié le 17 avril 2020; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/200417/dq200417b-fra.pdf?st=hzeXqyDx>
- Statistique Canada. Enquête sur la population active, mars 2020 [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2020 [texte modifié le 9 avril 2020; cité le 29 avril 2020]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200409/dq200409a-fra.htm>
- Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Socio-economic inequalities in cause-specific mortality: a 16-year follow-up study. *Can J Public Health*. 2013;104(7):e472-8. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/cjph.104.4075>
- Toronto Public Health. Update on COVID-19: Dr. Eileen de Villa, Medical Officer of Health [Internet]. Presented at Members' Lounge, Toronto City Hall. Toronto, ON: Toronto Public Health; 2020 Apr 14 [cité le 10 mai 2020]. Disponible à : https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/9765-MOH-Statement_Shelters_14April2020.pdf
- Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020;5(4):e186-7. Disponible à [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30053-0)
- United States Census Bureau. QuickFacts: Louisiana [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Commerce; 2020 [cité le 29 avril 2020] Disponible à : <https://www.census.gov/quickfacts/LA>
- Veenstra G, Patterson AC. Black-white health inequalities in Canada. *J Immigr Minor Health*. 2016;18(1):51-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0140-6>
- Walker JD, Slater M, Jones CR, Shah BR, Frymire E, Khan S, et al. Diabetes prevalence, incidence and mortality in First Nations and other people in Ontario, 1995-2014: a population-based study using linked administrative data. *CMAJ*. 2020;192(6):E128-E35. Disponible à : <https://doi.org/10.1503/cmaj.190836>
- Wallace M, Hagan L, Curran KG, et al. COVID-19 in correctional and detention facilities — United States, February–April 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 May 6 [Diffusion en ligne avant la version imprimée.] Disponible à : [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919e1external%20icon)
- Wenham C, Smith J, Morgan R, Gender, Group C-W. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020;395(10227):846-8. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)

Wood LJ, Davies AP, Khan Z. COVID-19 precautions: easier said than done when patients are homeless. Med J Aust. 2020;212(8):384.e1. Disponible à : <https://doi.org/10.5694/mja2.50571>

Wurcel AG, Dauria E, Zaller N, Nijhawan A, Beckwith C, Nowotny K, et al. Spotlight on jails: COVID-19 mitigation policies needed now. Clin Infect Dis. 2020 Mar 28 [Diffusion en ligne avant la version imprimée.] Disponible à : <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa346>

Yancy CW. COVID-19 and African Americans. JAMA. 2020 Apr 15 [Diffusion en ligne avant la version imprimée.] Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6548>

Yang H, Thompson JR. Fighting COVID-19 outbreaks in prisons. BMJ. 2020;369:m1362. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.m1362>

ARCHIVÉ

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). « Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les déterminants sociaux de la santé ». Toronto, ON. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020.

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 une société d'État vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités 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.

