

RÉSUMÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE AMÉLIORÉ

La COVID-19 en Ontario – Un regard sur la diversité des quartiers, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022

2^e édition : mai 2023

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

Objectif

Le présent rapport est le premier de deux documents qui, dans une perspective d'équité en santé, suivent les tendances à l'échelle des quartiers parmi les cas de la COVID-19 confirmés en laboratoire et signalés en Ontario, en excluant les cas signalés dans des foyers de soins de longue durée (FSLD). Il porte principalement sur la dimension de la « concentration ethnique » dans [l'indice de marginalisation ontarien \(ON-Marg\)](#). Pour faciliter la compréhension, le terme « diversité des quartiers » est utilisé dans l'ensemble du rapport pour désigner la concentration ethnique d'une région géographique, c'est-à-dire qu'une grande diversité correspond à des niveaux plus élevés de concentration ethnique et une faible diversité, à des niveaux plus bas. Le deuxième rapport de cette série explore les tendances en fonction du niveau de précarité des quartiers¹.

Les observations du rapport nous permettront de mieux comprendre en quoi l'incidence de la COVID-19 diffère selon les quartiers en Ontario, en particulier ceux qui présentent une plus grande diversité et qui peuvent déjà faire l'objet de discrimination ou de marginalisation liée à la race. Ces données pourraient aussi être utilisées pour éclairer la planification et la priorisation équitable des ressources et des interventions de la santé publique et du système de santé. Bien que le présent rapport ne comprenne pas de données individuelles sur la race, un rapport de Santé Ontario présente des données fondées sur la race qui ont été recueillies par les bureaux de santé publique (BSP) au début de la pandémie de COVID-19².

Faits saillants

- Les quartiers les plus diversifiés en Ontario affichaient généralement des taux plus élevés de COVID-19 pendant la période du 26 février 2020 au 31 décembre 2022. Le taux d'incidence de la COVID-19 rajusté pour tenir compte de l'âge dans les quartiers les plus diversifiés était 1,6 fois supérieur à celui des quartiers les moins diversifiés ([Tableau 1](#)).

- Les personnes habitant dans les quartiers les plus diversifiés étaient aussi plus susceptibles de subir des conséquences graves de la maladie que celles qui habitaient dans les quartiers les moins diversifiés. Après normalisation selon l'âge, le taux d'hospitalisation était approximativement 2,0 fois plus élevé ([Tableau 2](#)), le taux d'admission aux soins intensifs, 2,0 fois plus élevé ([Tableau 3](#)) et le taux de décès, 2,6 fois plus élevé ([Tableau 4](#)).
- Bien que les récentes tendances de la COVID-19 (vagues 6 et 7) montrent des différences moindres en ce qui a trait à l'incidence de la maladie en fonction de la diversité du quartier, dans l'ensemble, les quartiers les plus diversifiés ont éprouvé un fardeau disproportionné de conséquences graves pendant la pandémie de COVID-19.

Renseignements généraux

Pendant la pandémie, les tendances en matière d'incidence de la COVID-19 étaient probablement influencées par des facteurs individuels et sociétaux, une adhésion différente à la vaccination contre la COVID-19³, des antécédents d'infection, le variant de SRAS-CoV-2 en circulation ainsi que les changements dans les mesures sanitaires mises en œuvre pour prévenir la propagation de la COVID-19. Les études de séroprévalence ont révélé qu'au Canada, les populations racisées présentent régulièrement plus d'anticorps acquis par l'infection à la COVID-19 que les Canadiens de race blanche, ce qui indique l'existence de différences possibles en ce qui concerne le risque d'exposition⁴. Ces risques différents peuvent atténuer les conséquences positives des mesures sanitaires, ce qui signifie que les populations racisées en bénéficieraient moins en raison de facteurs structurels ayant une incidence sur l'hébergement (p. ex. intergénérationnel), l'emploi (c.-à-d. essentiel) et l'utilisation des transports en commun (choix limité)⁵.

Méthodologie

Indice ON-Marg et « diversité des quartiers »

Dans le présent rapport, la diversité des quartiers est mesurée au moyen de la dimension de la « concentration ethnique » dans l'indice ON-Marg, qui utilise les données du recensement canadien pour évaluer les quartiers de la province en fonction des aspects suivants : 1) la proportion de résidents non blancs et non autochtones (c.-à-d. d'après la variable minorité visible de Statistique Canada qui est définie comme « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche »; 2) la proportion d'immigrants qui sont arrivés au Canada au cours des cinq dernières années; ou 3) les deux⁶. Les populations et les autres caractéristiques démographiques des quartiers qui forment chaque quintile de cette dimension sont présentées dans l'annexe ([Tableau A1](#)).

Par ailleurs, les « quartiers » sont basés sur les aires de diffusion (AD) du recensement. Celles-ci sont les plus petites unités géographiques pour lesquelles des données de recensement sont diffusées et elles comptent en moyenne de 400 à 700 habitants. L'indice ON-Marg attribue les quartiers à l'un des cinq niveaux ou quintiles de concentration ethnique, de façon que chacun contient 20 % des quartiers de l'Ontario. Les quintiles sont classés de 1 (Q1), soit la moins grande diversité de quartier (le moins diversifié), à 5 (Q5), soit la plus grande diversité de quartier (le plus diversifié). Les cas ont été attribués aux quartiers et ensuite à un quintile en fonction de leur code postal, en utilisant la version 7E du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+). En tant que mesure de marginalisation à l'échelle du quartier, la diversité décrit les caractéristiques générales d'une région donnée. Par conséquent, les tendances mises en évidence dans le présent rapport s'appliquent uniquement aux quartiers dont elles émanent et ne peuvent pas être utilisées pour caractériser les habitants d'une région donnée.

Cas présentés dans le présent rapport

Au total 1 550 063 cas de COVID-19 confirmés en laboratoire ont été rapportés en Ontario du 26 février 2020 au 31 décembre 2022. De ce nombre, 1 401 843 (90,4 %) ont été inclus dans ce rapport, après l'exclusion des cas suivants :

- Les personnes qui résident dans des établissements de soins de longue durée, puisqu'elles ne sont pas incluses dans les données de recensement à partir desquelles est déterminée la dimension de la concentration ethnique de l'indice ON-Marg (n = 98 543). Bien que ces cas représentent un grand nombre de l'ensemble des cas et des décès, leur exclusion permet de faire des comparaisons adéquates à l'échelle du quartier.
- Les cas pour lesquels le code postal est absent, car un code postal est nécessaire pour attribuer les cas à l'un des quintiles de diversité des quartiers (n = 16 257).
- Les personnes qui habitent dans des régions de la province pour lesquelles il n'existe pas de données de recensement parce qu'elles ont été supprimées par Statistique Canada afin de protéger la vie privée du répondant ou parce que la liste des communautés autochtones vivant dans des réserves est incomplète (n = 33 420). Les personnes d'origine autochtone qui habitent à l'extérieur des réserves sont incluses dans cette analyse, cependant, les données relatives à l'appartenance autochtone ne sont actuellement pas collectées ou saisies dans les dimensions de l'indice ON-Marg.

Le nombre de cas et les taux d'incidence pour chaque quintile de diversité des quartiers sont présentés dans le présent rapport. Le cas échéant, les taux ont été normalisés selon l'âge en vue d'éliminer l'influence de ce facteur sur les tendances ainsi que pour permettre des comparaisons appropriées entre les quartiers de différents niveaux de diversité. Une carte des régions géographiques ontariennes du recensement qui composent les cinq quintiles de la diversité des quartiers est illustrée dans l'annexe ([Figure A1](#)).

Résultats

Cas de COVID-19 et diversité des quartiers

- Parmi les cas rapportés de COVID-19 présentés dans le présent rapport, 24,3 % habitaient dans les quartiers les moins diversifiés (quintiles 1 et 2), tandis que 59,3 % résidaient dans les quartiers les plus diversifiés (quintiles 4 et 5). Les autres cas (16,4 %) habitaient dans des quartiers de diversité modérée (quintile 3) ([Tableau 1](#)).
- Les taux de COVID-19 normalisés selon l'âge révélaient un effet de gradient, soit une augmentation constante du taux d'incidence proportionnelle à l'augmentation de la diversité du quartier ([Tableau 1](#)). Les cas habitant dans les quartiers les plus diversifiés (quintile 5) comptaient pour 36,9 % des cas, ce qui correspond à un taux d'incidence normalisé selon l'âge d'environ 12 051 cas par 100 000 habitants. Cela est 1,6 fois supérieur au taux des quartiers les moins diversifiés (quintile 1), qui comptaient pour 11,0 % des cas, soit un taux d'incidence normalisé selon l'âge d'environ 7418 cas par 100 000 habitants.

Tableau 1. Résumé des cas confirmés de COVID-19 pour chacun des quintiles de diversité des quartiers : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 1 401 843)

Quintile de diversité des quartiers	Nombre cumulatif de cas	Pourcentage de tous les cas de COVID-19 (%)	Taux cumulatif normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	Taux par rapport au plus faible niveau de diversité
Quintile 1 (le moins diversifié)	154 131	11,0	7 418	Référence
Quintile 2	186 401	13,3	8 175	1,1
Quintile 3	229 939	16,4	9 056	1,2
Quintile 4	314 497	22,4	10 170	1,4
Quintile 5 (le plus diversifié)	516 875	36,9	12 051	1,6

Note : Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour prendre en compte les différences d'âge entre les quintiles de marginalisation.

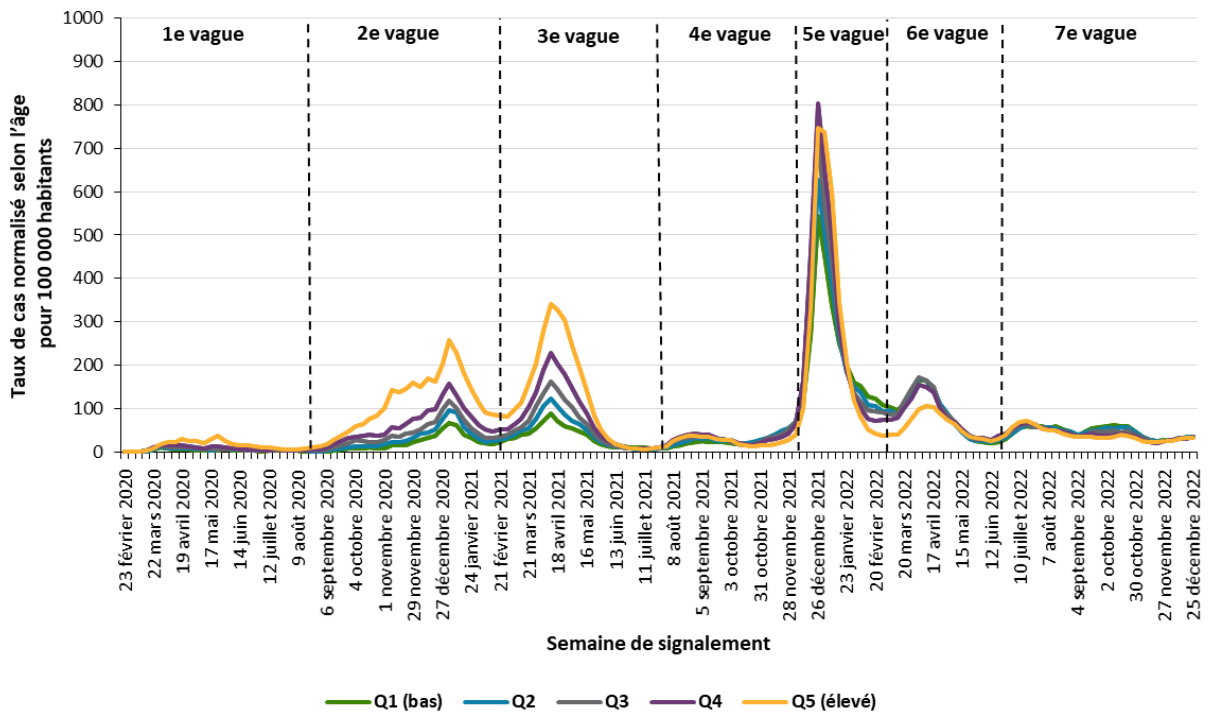
Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Tendances temporelles par vague

La répartition des cas dans le temps illustrée à la [Figure 1](#) se fonde sur la semaine de signalement à un bureau de santé publique, la date à laquelle les bureaux de santé publique ont été informés du cas pour la première fois et les vagues de la COVID-19.

- Pour les vagues 1 à 7, les quartiers les plus diversifiés (quintiles 4 et 5) rapportaient en général le plus grand nombre d'infections à la COVID-19, sauf pendant une brève période se situant entre la fin de la cinquième vague et le début de la sixième vague.
- Vers la fin de la vague 6 et tout au long de la vague 7, les différences en matière d'incidence s'étaient atténuées et les tendances se recoupaient entre tous les quartiers.

Figure 1. Cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de diversité des quartiers par semaine de signalement : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



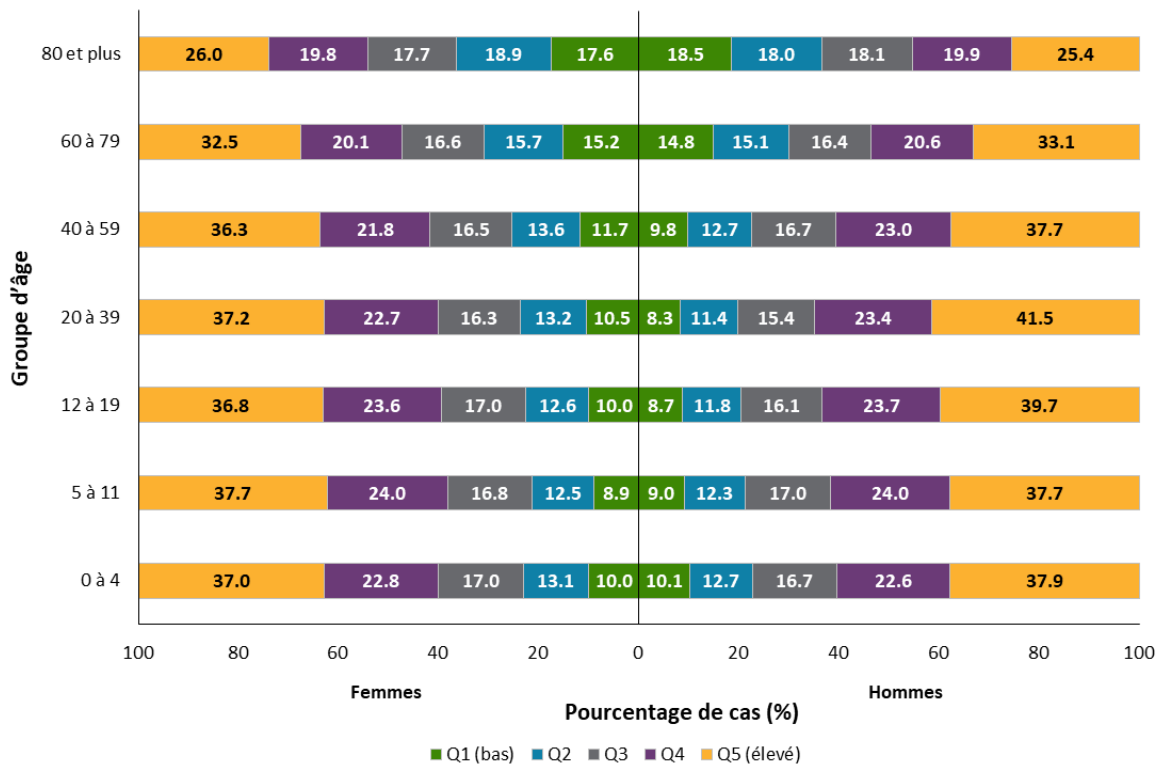
Note : La vague 7 comprend des données sur des cas signalés jusqu'au 31 décembre 2022.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Répartition selon l'âge et le sexe

- Les quartiers les plus diversifiés (quintile 5) comptaient la proportion la plus élevée de cas de COVID-19 ([Tableau 1](#)). Cette tendance a persisté chez les hommes et les femmes pour tous les groupes d'âge, dans des proportions variant de 25,4 % à 41,5 % et 26, % à 37,7 %, respectivement ([Figure 2](#)).

Figure 2. Cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de diversité des quartiers par sexe et groupe d'âge : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Conséquences graves

HOSPITALISATION

- On a rapporté au total 55 679 hospitalisations liées à la COVID-19 parmi les cinq quintiles de diversité des quartiers pendant la période examinée. L'âge médian le plus élevé était 73 ans parmi les cas hospitalisés du quintile 1 (le moins diversifié) et l'âge médian le moins élevé était 66 ans parmi les cas hospitalisés du quintile 5 (le plus diversifié) ([Tableau 2](#)).
- Les taux d'hospitalisation liés à la COVID-19 rajustés pour tenir compte de l'âge affichaient une tendance croissante des hospitalisations correspondant à l'accroissement de la diversité de quartier ([Tableau 2](#)). Pour la période examinée, les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge étaient en général plus élevés dans les quartiers plus diversifiés par comparaison aux quartiers moins diversifiés ([Figure 3](#)). Le taux d'hospitalisation rajusté pour tenir compte de l'âge pour les quartiers les plus diversifiés (473,6 hospitalisations par 100 000 habitants dans le quintile 5) était approximativement 2,0 fois supérieur au taux correspondant des quartiers les moins diversifiés (241,6 hospitalisations par 100 000 habitants dans le quintile 1).

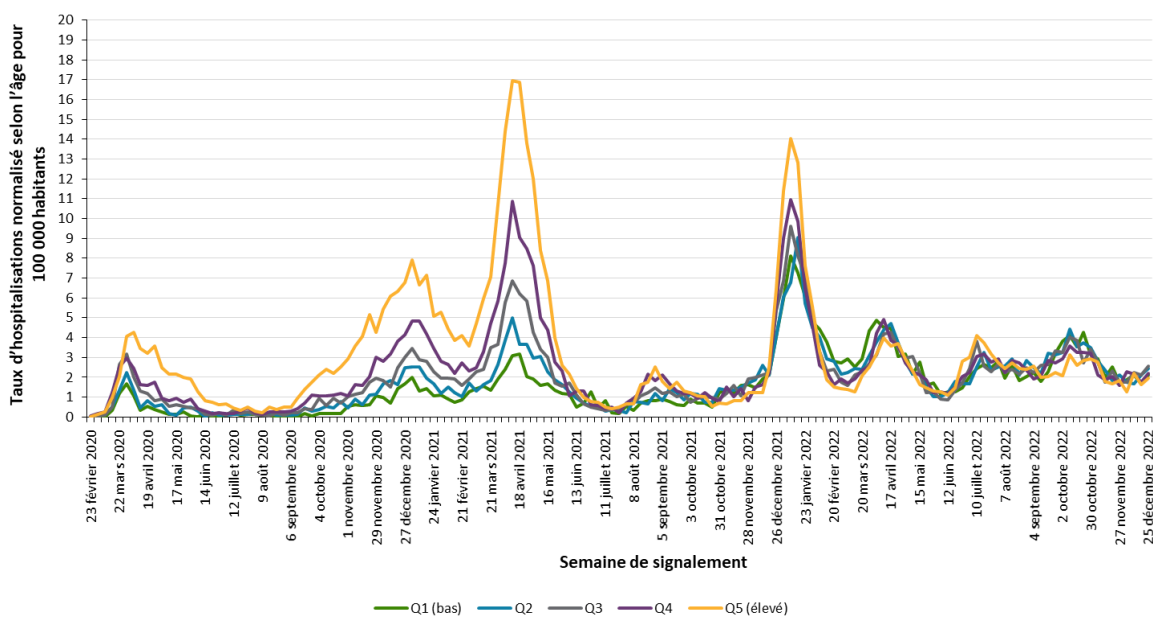
Tableau 2. Résumé des hospitalisations parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de diversité des quartiers : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 55 679)

Quintile de diversité des quartiers	Âge médian (années)	Nombre d'hospitalisations	Taux cumulatif brut par 100 000 habitants	Taux cumulatif normalisé selon l'âge par 100 000 habitants	Taux par rapport au plus faible niveau de diversité
Quintile 1 (le moins diversifié)	73	7 529	339,2	241,6	Référence
Quintile 2	72	8 173	344,5	267,8	1,1
Quintile 3	71	9 058	349,3	300,5	1,2
Quintile 4	69	11 572	373,0	355,0	1,5
Quintile 5 (le plus diversifié)	66	19 347	450,3	473,6	2,0

Note : Les taux bruts et les taux normalisés selon l'âge sont calculés au moyen des nombres d'habitants tirés des données démographiques de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) de 2019-2020. Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour tenir compte des différences entre les quintiles de marginalisation.

Source de 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 diversité des quartiers, par semaine de signalement des bureaux de santé publique : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Note : Les taux bruts et **normalisés selon l'âge** sont calculés au moyen des nombres d'habitants tirés des données démographiques de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) de 2019-2020. Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour tenir compte des différences entre les quintiles de marginalisation. Les cas ayant une date d'hospitalisation postérieure au 31 décembre 2022 n'apparaissent pas sur cette figure parce qu'ils sont survenus hors de la fourchette de temps présentée. Cependant, ils sont présents dans le reste du rapport, car ils satisfont à la définition d'un cas hospitalisé.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

ADMISSION AUX SOINS INTENSIFS

- L'âge médian des 8 881 personnes atteintes de COVID-19 qui ont été admises aux soins intensifs (SI) pendant la période examinée variait de 64 à 68 ans. De ce nombre, l'âge médian le plus élevé, soit 68 ans, était dans le quintile 1 (le moins diversifié) et le moins élevé, soit 64 ans, était dans le quintile 5 (le plus diversifié).
- Après un rajustement pour tenir compte de l'âge, les taux globaux d'admission aux soins intensifs parmi les cas de COVID-19 montraient une tendance à la hausse à mesure que la diversité de quartier augmentait, et ces tendances se maintenaient en particulier durant les périodes où les admissions aux soins intensifs étaient nombreuses ([Tableau 3](#), [Figure 4](#)). Le taux d'admission aux soins intensifs pour les quartiers les plus diversifiés (81,3 admissions aux SI par 100 000 habitants dans le quintile 5) était 2,0 fois plus élevé que le taux correspondant pour les quartiers les moins diversifiés (40,0 admissions aux soins intensifs par 100 000 habitants dans le quintile 1).

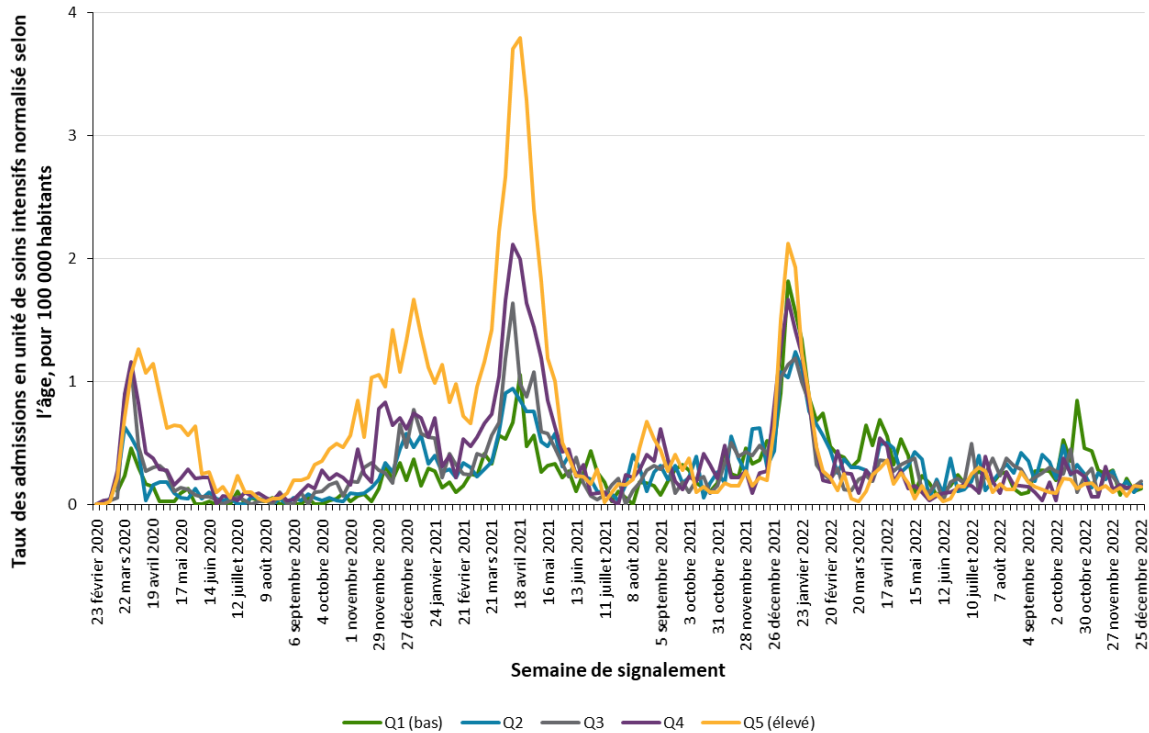
Tableau 3. Résumé des admissions aux soins intensifs parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de diversité des quartiers : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 (n = 8 881)

Quintile de diversité des quartiers	Âge médian (années)	Nombre d'admissions aux SI	Taux cumulatif brut par 100 000 habitants	Taux cumulatif normalisé en fonction de l'âge par 100 000 habitants	Taux par rapport au plus faible niveau de diversité
Quintile 1 (le moins diversifié)	68	1 203	54,2	40,0	Référence
Quintile 2	66	1 255	52,9	43,3	1,1
Quintile 3	65	1 339	51,6	45,6	1,1
Quintile 4	65	1 784	57,5	55,6	1,4
Quintile 5 (le plus diversifié)	64	3 300	76,8	81,3	2,0

Note : Les taux bruts et **normalisés selon l'âge** sont calculés au moyen des nombres d'habitants tirés des données démographiques de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) de 2019-2020. Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour tenir compte des différences entre les quintiles de marginalisation.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Figure 4. Taux d'admission aux soins intensifs normalisé en fonction de l'âge parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de diversité des quartiers, par semaine de signalement des bureaux de santé publique : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Note : Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les quintiles de marginalisation. Les cas ayant une date d'hospitalisation postérieure au 31 décembre 2022 n'apparaissent pas sur cette figure parce qu'ils sont survenus hors de la fourchette de temps présentée. Cependant, ils sont présents dans le reste du rapport, car ils satisfont à la définition d'un cas hospitalisé.

DÉCÈS

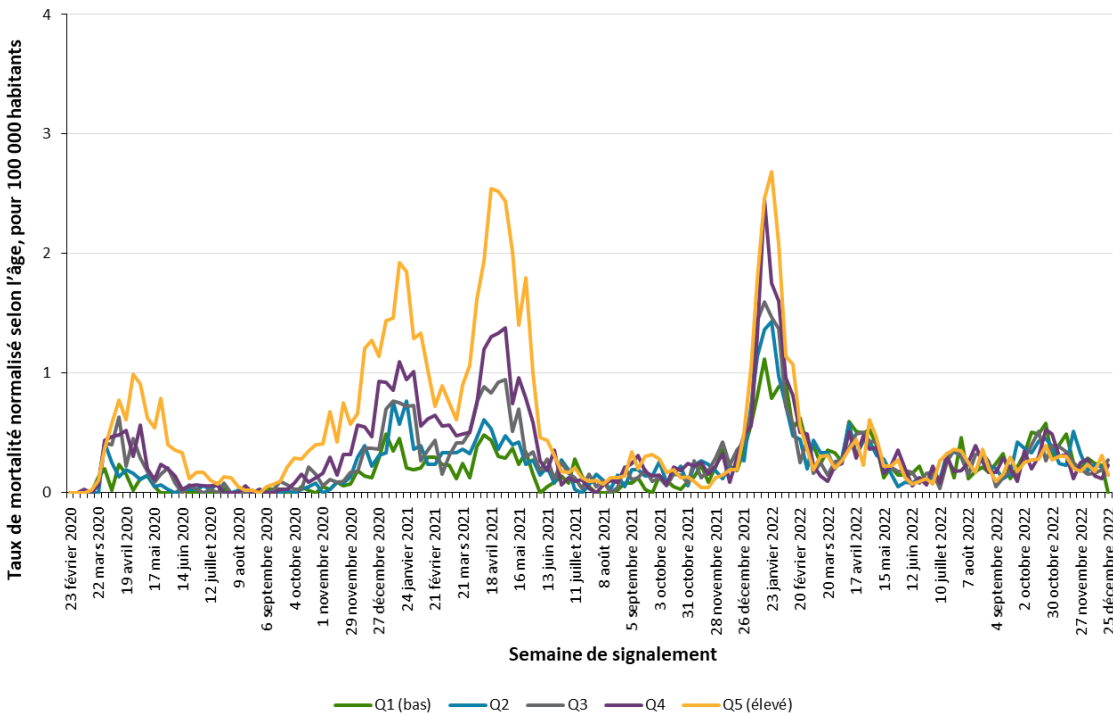
- Parmi les 8 896 décès liés à la COVID-19 qui ont été signalés pendant la période d'examen, les cas de décès provenant des quartiers du quintile 5 (le plus diversifié) étaient plus jeunes que ceux des autres quartiers (quintiles 1 à 4) en Ontario (âge médian de 77 ans c. 79 ans) ([Tableau 4](#)).
- Plus de 50 % de ces décès sont survenus dans les quartiers les plus diversifiés (20,2 % et 36,3 % dans les quintiles 4 et 5, respectivement).
- Le taux de mortalité en lien avec la COVID-19 rajusté pour tenir compte de l'âge affichait une tendance à la hausse des décès proportionnelle à l'augmentation de la diversité de quartier ([Tableau 4](#)). Pendant la période examinée, les taux de mortalité rajustés pour tenir compte de l'âge étaient généralement plus élevés dans les quartiers les plus diversifiés que dans les quartiers les moins diversifiés ([Figure 5](#)). Les quartiers les plus diversifiés (quintile 5) présentaient les taux d'hospitalisation rajustés en fonction de l'âge les plus élevés pour la COVID-19, soit 80,1 décès par 100 000 habitants, ce qui était 2,6 fois supérieur au taux de 31,2 décès par 100 000 habitants des quartiers les moins diversifiés du quintile 1.

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

Quintile de diversité des quartiers	Âge médian (années)	Nombre de décès	Taux cumulatif brut par 100 000 habitants	Taux cumulatif normalisé en fonction de l'âge par 100 000 habitants	Taux par rapport au plus faible niveau de diversifié
Quintile 1 (le moins diversifié)	79	1 153	51,9	31,2	Référence
Quintile 2	79	1 289	54,3	37,0	1,2
Quintile 3	79	1 418	54,7	43,5	1,4
Quintile 4	79	1 805	58,2	53,5	1,7
Quintile 5 (le plus diversifié)	77	3 231	75,2	80,1	2,6

Note : Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les quintiles de marginalisation. 2016

Figure 5. Taux de mortalité normalisé en fonction de l'âge parmi les cas confirmés de COVID-19 pour chaque quintile de diversité des quartiers, par semaine de signalement des bureaux de santé publique : Ontario, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022



Note : Les taux par 100 000 habitants sont normalisés en fonction du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les quintiles de marginalisation. Les cas ayant une date d'hospitalisation postérieure au 31 décembre 2022 n'apparaissent pas sur cette figure parce qu'ils sont survenus hors de la fourchette de temps présentée. Cependant, ils sont présents dans le reste du rapport, car ils satisfont à la définition d'un cas hospitalisé.

Source des données : Solution GCC, ON-Marg 2016

Notes techniques

Des précisions sur la méthodologie et les mises en garde au sujet des données sont présentées dans les [Notes techniques de l'outil de surveillance des données sur la COVID-19](#) de l'Ontario. Pour en savoir plus sur la méthodologie et les mises en garde liées à l'indice de marginalisation ontarien (ON-Marg), veuillez consulter la [page Web ON-Marg](#) de Santé publique Ontario.

Sources des données

- Les données utilisées dans ce rapport se fondent sur de l'information extraite de la Solution de gestion des cas et des contacts (GCC) par SPO pour tous les bureaux de santé publique (BSP) aux dates suivantes :
 - le **11 janvier 2023 à 13 heures** pour les cas rapportés à compter du 1^{er} mars 2022;
 - le **9 janvier 2023 à 9 heures** pour les cas rapportés du 1^{er} août 2021 au 28 février 2022;
 - le **9 janvier 2023 à 9 heures** pour les cas rapportés jusqu'au 31 juillet 2021.
- La version 7E du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada.
- Les analyses de l'équité en santé (diversité des quartiers) se fondent sur des données de 2016 de l'indice de marginalisation ontarien².
- Les dénominateurs utilisés pour calculer les taux associés aux quintiles d'ON-Marg ont été extraits par cohorte de la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour l'exercice 2019-2020 (extraction en octobre 2020). Cette base de données comprend uniquement les personnes ayant un numéro de carte Santé valide en Ontario et celles inscrites au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Les dénominateurs ont été fournis par la Direction de l'analytique et des connaissances en matière de santé de la Division de la planification de la capacité et de l'analytique du ministère de la Santé.
- 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 leur extraction et peuvent différer des résumés précédents ou ultérieurs.
- Les données ne représentent que les cas signalés aux bureaux de santé publique et saisis dans la Solution GCC. En conséquence, les nombres de cas sont susceptibles d'être sous-estimés en raison de divers facteurs, comme la méconnaissance de la maladie et l'obtention ou non de soins médicaux, 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 dans le temps doivent être interprétées avec prudence pour la période la plus récente, en raison des délais de signalement ou de saisies 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 de la Solution GCC. Ceci comprend les personnes pour lesquelles on a obtenu :
 - 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 confirmés de réinfection, au sens des définitions de cas provinciales, sont comptés comme des enquêtes uniques.
- La date de signalement est la date à laquelle le cas a été déclaré au bureau de santé publique.
- Les données concernant les hospitalisations, les admissions aux soins intensifs et les décès sont probablement sous-déclarées, car ces événements peuvent survenir après la fin du suivi des cas par les bureaux de santé publique. Il est possible que les cas qui sont hospitalisés ou qui meurent après la période de suivi ne soient pas saisis dans la Solution GCC.
- Les données concernant les hospitalisations et les admissions aux soins intensifs peuvent être incomplètes ou manquantes dans le cas des dossiers pour lesquels l’information n’a pas été recueillie, déclarée aux bureaux de santé publique ou saisie dans la Solution GCC.
- La catégorie hospitalisation comprend toutes les personnes hospitalisées (ou dont le séjour à l’hôpital a été prolongé) en raison de la COVID-19. Elle inclut à la fois les personnes qui ont reçu leur congé de l’hôpital et celles qui sont actuellement hospitalisées, ainsi que les personnes admises aux soins intensifs, mais non les visites aux services d’urgence. Les hospitalisations sont comptabilisées par date d’hospitalisation ou par la réponse « Oui » à la question sur l’hospitalisation et l’admission aux soins intensifs.
 - La date d’hospitalisation signifie la date de la première hospitalisation indiquée dans le dossier. Les transferts de services hospitaliers (p. ex., différents niveaux de soins (DNS)) ne sont pas pris en compte dans la date d’hospitalisation.
 - En l’absence de la date d’hospitalisation, c’est la date d’admission aux soins intensifs qui est utilisée (le cas échéant). Quand une date d’admission aux soins intensifs ne peut être indiquée en remplacement, c’est la date de signalement qui est utilisée.
- Les admissions aux soins intensifs comprennent tous les cas pour lesquels une date d’admission aux soins intensifs était déclarée au moment de l’extraction des données. Elles comprennent les cas qui ont été traités ou qui sont actuellement traités aux soins intensifs. Elles constituent un sous-ensemble des patients hospitalisés. Cependant, le nombre d’admissions aux soins intensifs peut inclure des cas qui ne font pas partie du nombre de cas hospitalisés si la date d’hospitalisation initiale se situe avant le 12 décembre 2021.
 - La date d’admission aux soins intensifs est la date de la première admission inscrite au dossier (c.-à-d. que la première date d’admission aux soins intensifs doit être utilisée si un patient est de nouveau admis aux soins intensifs).

- En l'absence d'une date d'admission aux soins intensifs, la date de signalement est utilisée en remplacement.
- À des fins de surveillance, un décès lié à la COVID-19 est défini comme un décès résultant d'une maladie clinique compatible chez un cas confirmé de COVID-19 à moins qu'il existe une autre cause manifeste de décès sans lien avec la COVID-19 (p. ex., traumatisme, aide médicale à mourir). Il ne doit y avoir aucune période de guérison complète de la COVID-19 entre la maladie et le décès signalé.
 - Les décès sont relevés à l'aide des champs de la Solution GCC précisant l'issue et le type de décès. Les décès liés à la COVID-19 sont comptés lorsque la valeur indiquée dans le champ précisant l'issue est « fatal » et celle du champ précisant le type de décès n'est pas « une maladie importante sur le plan de la santé publique sans lien avec la cause de décès ».
 - Les décès associés à la COVID-19 sont fixés dans le temps au moyen du champ « Date de décès » de la Solution GCC. Si la date de décès n'est pas indiquée, le champ de la date du résultat sert de donnée de remplacement.
- Les cas de personnes dont l'âge était inconnu ou manquant ont été exclus des analyses en fonction de l'âge.
- Sont exclus les cas de COVID-19 consignés dans la Solution GCC dont la classification ou l'issue est signalée comme étant ERRONÉE (ERREUR DE SAISIE); NON-CONFORME À LA DÉFINITION; À NE PAS COMPTABILISER; DOUBLON; ou une variation de ces valeurs. Le nombre de cas de COVID-19 à l'échelle provinciale pourrait comprendre certains dossiers en double si ceux-ci n'ont pas été identifiés et résolus.
- Les vagues de COVID-19 correspondent aux semaines de signalement de cas suivantes :
 - Première vague : du 26 février 2020 au 31 août 2020 (188 jours).
 - La semaine du 23 février 2020 présentée à la figure 1 comprend les données du 26 février et des jours subséquents.
 - Deuxième vague : du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021 (181 jours).
 - Troisième vague : du 1^{er} mars 2021 au 31 juillet 2021 (153 jours).
 - Quatrième vague : du 1^{er} août 2021 au 14 décembre 2021 (136 jours).
 - Cinquième vague : du 15 décembre 2021 au 28 février 2022 (76 jours).
 - Sixième vague : du 1^{er} mars 2022 au 18 juin 2022 (110 jours).
 - Septième vague : du 19 juin 2022 au 31 décembre 2022 (en cours).

Mises en garde concernant les données : indice ON-Marg

- L'indice ON-Marg est un outil qui combine un large éventail d'indicateurs démographiques de façon à refléter plusieurs dimensions de marginalisation. Il s'agit d'un indice régional qui attribue une mesure de marginalisation basée sur le quartier par rapport aux caractéristiques individuelles. Ainsi, les plus vastes tendances démographiques d'une région peuvent ne pas refléter l'ensemble des résidents en raison de l'hétérogénéité inhérente des caractéristiques démographiques qui peuvent varier notablement, en particulier pour les grandes régions rurales. Pour obtenir un complément d'information, veuillez consulter le [site Web de SPO sur l'indice ON-Marg](#).
- Les données de la Base de données sur les personnes inscrites incluent les personnes en vie et admissibles au PMO. Les codes postaux ont été attribués selon l'adresse de résidence la plus récente disponible. Les résidents de l'Ontario qui n'avaient pas de numéro de carte Santé, les personnes âgées de moins de 65 ans qui n'avaient eu aucune interaction avec le système de santé au cours des sept dernières années et les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'avaient eu aucune interaction avec le système de santé au cours des deux dernières années sont exclus des données. Les taux de chaque quintile par 100 000 habitants ont été normalisés en fonction des données démographiques du recensement de 2011 pour tenir compte des différences d'âge entre les quintiles de diversité des quartiers⁷.

Annexe A

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

Caractéristique démographique	Quintile 1 (le moins diversifié)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (le plus diversifié)
Population	2 075 031	2 209 550	2 393 497	2 838 290	3 874 794
Proportion de la population	15,4 %	16,4 %	17,8 %	21,1 %	28,8 %
Non blancs, non autochtones	2,5 %	5,7 %	12,9 %	28,9 %	67,6 %
Noirs	0,6 %	1,2 %	2,3 %	4,7 %	10,5 %
Personnes originaires de l'Asie orientale ou de l'Asie du Sud-Est	0,9 %	2,1 %	4,7 %	10,3 %	22,3 %
Personnes latino-américaines	0,2 %	0,5 %	1,1 %	2,1 %	2,5 %
Personnes originaires du Moyen-Orient	0,2 %	0,5 %	1,3 %	3,2 %	6,0 %
Personnes originaires de l'Asie du Sud	0,4 %	1,1 %	2,6 %	6,5 %	22,7 %
Immigrants récents (moins de 5 ans)	0,2 %	0,5 %	1,3 %	3,2 %	8,8 %
Personnes ne parlant ni l'anglais ni le français	0,3 %	0,6 %	1,2 %	2,4 %	5,6 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	25,2 %	20,5 %	17,1 %	14,2 %	11,8 %
Personnes à faible revenu	12,0 %	10,8 %	11,2 %	13,2 %	20,7 %

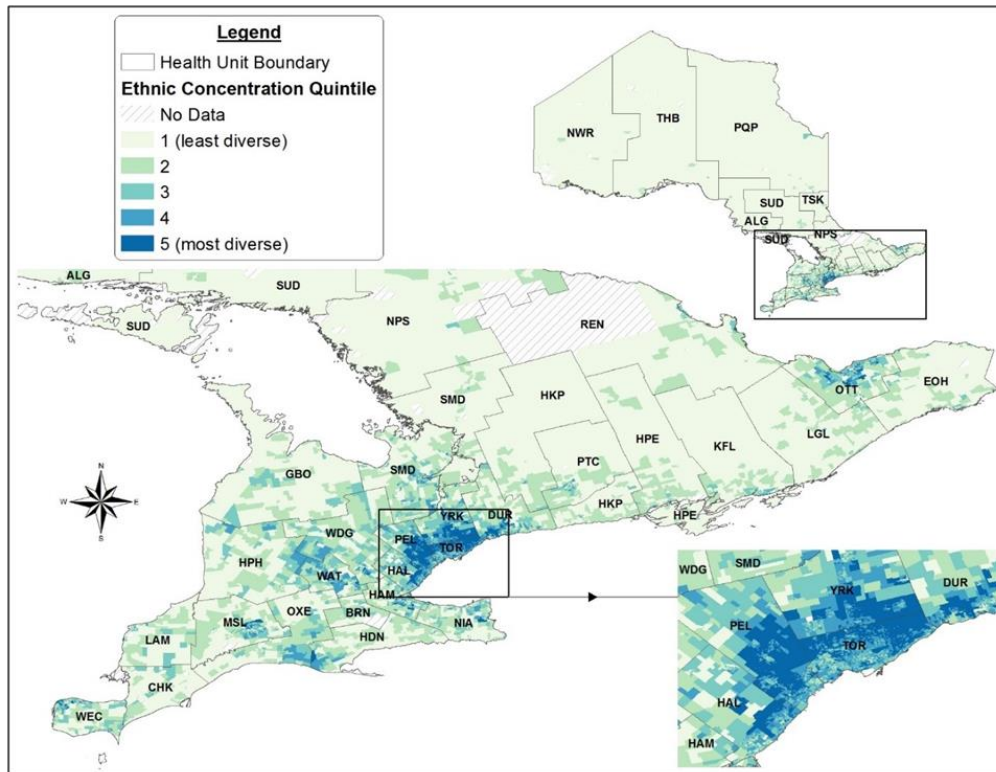
Caractéristique démographique	Quintile 1 (le moins diversifié)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (le plus diversifié)
Personnes sans diplôme d'études secondaires	20,0 %	17,9 %	16,3 %	15,7 %	17,9 %
Familles monoparentales	28,2 %	27,7 %	27,5 %	27,9 %	28,9 %
Logements en immeubles d'appartements	12,1 %	14,1 %	18,5 %	24,0 %	34,6 %
Nombre moyen de personnes par logement	2,3 pers.	2,5 pers.	2,6 pers.	2,7 pers.	3,1 pers.

Note : La somme de la population de tous les quintiles est inférieure au total de la population ontarienne parce que certaines 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 ayant une origine ethnique ou une race mixte ainsi que celles qui s'identifient à la catégorie « autre ».

Source des données : Statistique Canada⁸

Figure A1. Régions géographiques ontariennes du recensement et indice de marginalisation ontarien (ON-Mag) : diversité des quartiers



Voir le [Tableau A3](#) pour connaître les noms complets des bureaux de santé illustrés sur cette carte.

Source des données : ON-Marg 2016⁹, Statistique Canada¹⁰

Tableau A2. Bureaux de santé publique (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	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 précarité économique des quartiers* : du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 1^{er} mai 2023]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/epi/2020/06/covid-19-epi-material-deprivation.pdf>
2. Santé Ontario; Wellesley Institute. Suivre la progression de la COVID-19 à partir des données sur la race [Internet]. Toronto, ON : Santé Ontario; 2022 [cité le 10 mars 2022]. Disponible à : <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2021-08/Tracking%20COVID%2019%20Through%20Race%20Based%20Data-FR.pdf>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (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 14 août 2022 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 1^{er} mai 2023]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-immunization-diversity-deprivation-epi-summary.pdf?sc_lang=fr
4. Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19. Séroprévalence au Canada [Internet]. Montréal, QC : Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19; 2023 [cité le 5 janvier 2023]. Disponible à : <https://www.covid19immunitytaskforce.ca/fr/seroprevalence-au-canada/>
5. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent sur... les déterminants sociaux de la santé [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 1^{er} mai 2023]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/05/what-we-know-social-determinants-health.pdf?la=fr>
6. *Loi sur l'équité en matière d'emploi*. L. C. 1995, ch. 44. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/e-5.401/TexteCompleet.html>
7. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 – Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe, Canada, province et territoire, annuel (personnes sauf indication contraire) [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2020 [extrait le 1^{er} mai 2020]. Disponible à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr
8. Statistique Canada. Recensement de la population, 2016 : profil pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement, les sous-divisions de recensement et les aires de diffusion [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 25 août 2017 [extrait le 1^{er} mai 2023]. Disponible à : https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/download-telecharger/comp/GetFile.cfm?Lang=E&FILETYPE=CSV&GEONO=044_ONTARIO

9. Matheson FI, van Ingen T. Indice de marginalisation ontarien 2016 [Internet]. Toronto, ON : Hôpital St. Michael; 2018 [cité le 4 janvier 2022]. Publication conjointe avec Santé publique Ontario. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/data-files/index-on-marg.xls?la=en>
10. Statistique Canada. Fichiers des limites des aires de diffusion, année de recensement 2016. Numéro de catalogue 92-169-X2016001 [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 16 novembre 2016 [extrait le 13 novembre 2018]. Disponible à : <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 diversité des quartiers : du 26 février 2020 au 31 décembre 2022. Toronto, ON : 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.

Historique de publication

Date de publication : 2022

Date de publication de la 2^e édition : mai 2023

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 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.

©Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Ontario 