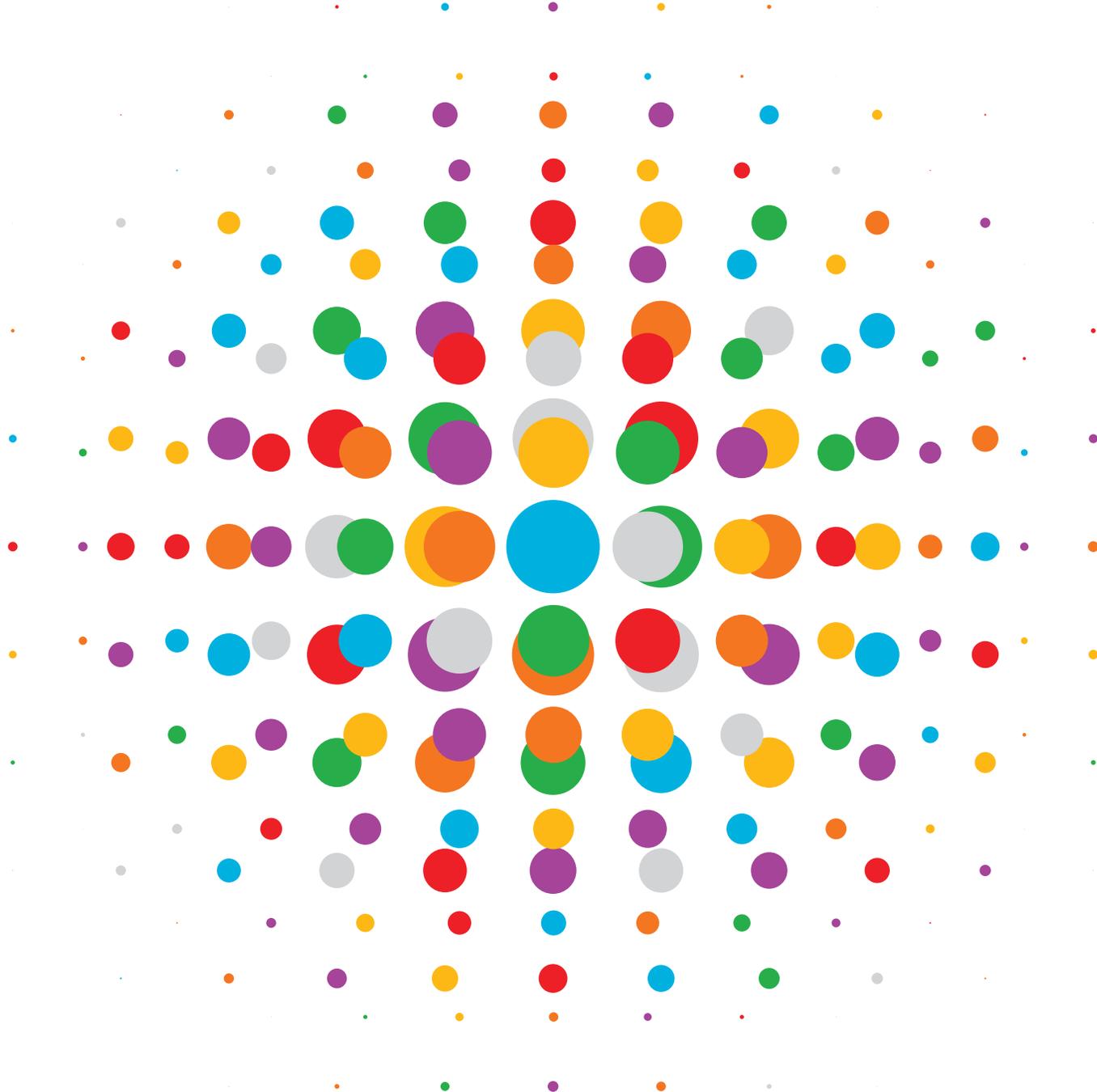


Suivre la progression de la COVID-19 à partir des données sur la race



Sommaire

La réponse rapide de l'Ontario à la pandémie de COVID-19 visait « l'aplatissement de la courbe » - l'application de mesures de santé publique de manière égale dans les régions et les populations afin de réduire le nombre de cas quotidiens. Lorsqu'il est devenu évident que certaines communautés étaient touchées de façon disproportionnée par la pandémie, l'accent a été mis sur l'atténuation des inégalités, en reconnaissant que le contrôle des infections et la protection des Ontariens vulnérables étaient des objectifs de santé publique qui se renforçaient mutuellement. Pour lutter efficacement contre la pandémie, il faut comprendre quelles sont les populations les plus exposées et mener des interventions ciblées pour protéger ces groupes. L'Ontario a besoin de savoir qui se trouve sous la courbe pour pouvoir l'« aplatir. »

Ce rapport porte sur les données fondées sur la race recueillies entre le 26 juin 2020 et le 21 avril 2021 par les bureaux de santé publique de l'Ontario. Les données montrent que l'incidence de la COVID-19 est fortement racialisée. En excluant les cas pour lesquels les données sur la race étaient manquantes, l'analyse a révélé que les Ontariens blancs avaient les taux les plus bas d'infection. Par rapport aux Ontariens de race blanche, les autres groupes raciaux présentaient les taux suivants :

- Taux d'infection par habitant normalisé selon l'âge de 1,2 à 7,1 fois plus élevé.
- Taux d'hospitalisation par habitant normalisé selon l'âge de 1,7 à 9,1 fois plus élevé pour les hospitalisations liées à la COVID-19.
- Taux d'hospitalisation par habitant normalisé selon l'âge de 2,1 à 10,4 fois plus élevé pour les hospitalisations graves liées à la COVID-19 (aux soins intensifs).
- Taux d'hospitalisation par habitant normalisé selon l'âge de 1,7 à 7,6 fois plus élevé pour les décès liés à la COVID-19.

Les résultats de santé racialisés et inéquitables générés par la pandémie ne sont pas le produit de la pandémie à elle seule - ils sont le résultat de systèmes qui produisent la marginalisation des communautés racialisées. La collecte de données a été entreprise pour éclairer l'intervention de l'Ontario en cas de pandémie et aider à corriger ces inégalités. L'exhaustivité de ces nouveaux éléments de données a été faible dans tous les bureaux de santé publique. Pour la période étudiée, 43 % de l'ensemble des cas ne comportaient pas de données sur la race. L'exhaustivité des données sociodémographiques et raciales a été et continue d'être déterminée en partie par les différences de pratiques et de protocoles entre les bureaux de santé publique, ainsi que par la charge de travail au fil du temps (une charge de travail plus élevée coïncidant généralement avec une exhaustivité moindre).

Le présent rapport contient trois recommandations :

1. Faire en sorte que les systèmes de santé et de santé publique de l'Ontario normalisent la collecte de données sociodémographiques lors de l'inscription et du renouvellement de la carte santé.
2. Que le système de santé applique des approches antiracistes pour trouver les causes systémiques des inégalités en matière de santé.
3. Que le système de santé utilise des données fondées sur la race pour éclairer les efforts de rétablissement et s'attaquer aux inégalités structurelles.



Contexte

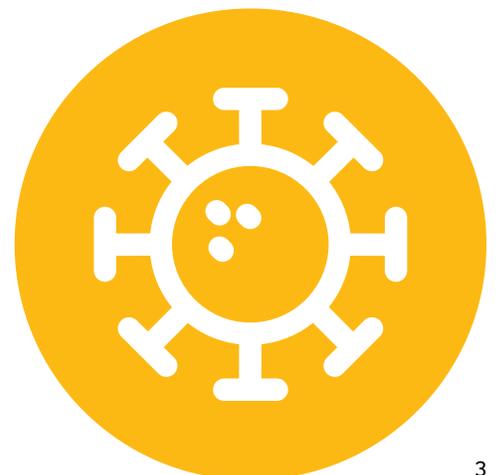
Le 17 mars 2020, l'Ontario a déclaré l'état d'urgence en réponse à la pandémie de COVID-19.¹ Un éventail d'interventions a été mis en œuvre tout au long de la première année de pandémie afin de réduire la propagation du virus et d'améliorer la protection de la santé. Ces interventions ont fait écho à celles mises en œuvre par d'autres administrations publiques et ont été alignées sur les lignes directrices publiées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), selon lesquelles les interventions les plus efficaces en cas de pandémie sont adaptables, coordonnées et mises en œuvre rapidement.²

Les données des pandémies précédentes montrent que la charge de morbidité est plus élevée dans les groupes marginalisés. Au cours de la pandémie de grippe H1N1 au Canada, certains groupes d'âge et groupes raciaux étaient plus exposés au risque d'infection, d'hospitalisation et de mortalité. Par exemple, chez les enfants des Premières Nations du Manitoba, le taux d'infection était cinq fois plus élevé que chez les enfants non autochtones, et le taux d'hospitalisation était 22 fois plus élevé.³ Les résultats inéquitables en matière de santé produits par la COVID-19 en Ontario coïncident aux cartes préexistantes de régions défavorisées, comme la marginalisation économique, la pauvreté et la ségrégation raciale. En Ontario, comme ailleurs,⁴ le risque de contracter la COVID-19 est lié à la race, au lieu de résidence et de travail, ainsi qu'à l'accès à des protections et à des soins adéquats, comme la possibilité de travailler à domicile ou d'avoir droit à des jours de congé de maladie.^{5,6,7}

En Ontario, les régions à forte densité de population ont signalé plus de cas de COVID-19 par habitant que les autres. Dans ces zones, des taux plus élevés d'infections ont été signalés dans les quartiers à forte concentration de groupes racialisés.⁸ Les disparités dans la propagation et l'incidence de la COVID-19 sont devenues visibles dès le début de la pandémie.

Les spécialistes et les communautés touchées ont demandé la collecte et l'analyse de données sur la santé fondées sur la race afin de mettre en évidence les inégalités et d'orienter la réponse provinciale. Les communautés racialisées ont exprimé leur scepticisme à l'égard des politiques de santé communes et des échecs passés en matière de protection des groupes marginalisés contre les maladies infectieuses.⁹ Ces groupes ont demandé la collecte de données fondées sur la race afin de mieux comprendre l'évolution des inégalités. La collecte de données fondées sur la race a été entreprise systématiquement dans toute la province en juin 2020, après la première vague de la pandémie en Ontario.

En l'absence de données ventilées, le système de santé de l'Ontario s'appuie sur des données de substitution sur de petites zones, qui comprennent des indices de marginalisation tels que la concentration de groupes racialisés. Si les sources de données de substitution fournissent des renseignements utiles sur les caractéristiques ou les tendances générales de la population, elles ne rendent pas pleinement compte des expériences des groupes individuels ou des interactions complexes avec les systèmes de santé qui produisent des résultats particuliers. La particularité, le détail et la nuance sont nécessaires pour comprendre les inégalités liées à la pandémie. Pour mettre en évidence les facteurs d'inégalité en matière de santé et y remédier, il faut analyser des données ventilées ainsi que les contextes et les conditions qui produisent l'inégalité.



Inégalités dans la santé et racisme structurel :

Intégrer les approches antiracistes dans les soins de santé

Le racisme désigne les croyances, les pratiques et les systèmes qui maintiennent et perpétuent la supériorité d'un groupe racial sur un autre.¹⁰ Les croyances et les pratiques racistes évoluent avec le temps; elles interagissent avec d'autres formes d'oppression pour contrôler les possibilités, l'accès, le pouvoir et la répartition des richesses.^{11,12} **Le racisme structurel** désigne les systèmes et les processus ancrés dans la loi, les politiques, les pratiques ou les normes qui renforcent les inégalités raciales et procurent des avantages aux groupes raciaux jugés supérieurs, tout en marginalisant, opprimant et désavantageant les groupes considérés comme inférieurs.¹³ **Les approches antiracistes** désignent la reconnaissance des racines historiques et systémiques profondes de ces inégalités, et font référence aux efforts déployés pour modifier les politiques, les pratiques et les structures qui créent des systèmes inéquitables.¹⁴

Le racisme affecte les communautés sur le plan interpersonnel et systémique, produisant directement des inégalités en matière de santé. Selon des études, il existe des liens entre le racisme et le risque accru de mauvais résultats pour la santé, y compris les effets négatifs liés au racisme (tels que l'augmentation du stress et le déclin de la santé mentale), la sous-utilisation des services de santé, la méfiance à l'égard des systèmes de santé et les taux plus élevés de maladies chroniques.¹⁵ Par exemple, le racisme interpersonnel sous la forme de fournisseurs de soins de santé partiels contribue à l'aliénation des personnes racialisées des services de santé, à la méfiance à l'égard des systèmes et à la sous-utilisation des services. Une étude de 2019 a révélé que les femmes noires sont insuffisamment dépistées pour le cancer du col de l'utérus, en raison des obstacles qu'elles rencontrent pour accéder aux soins. Par conséquent, elles risquent des conséquences liées au cancer du col de l'utérus plus graves que les autres femmes.¹⁶

En Ontario, le racisme systémique existe et conduit à des résultats inévitables dans différents domaines, notamment la santé, l'éducation et la justice pour différents groupes. Le racisme prend de nombreuses formes, notamment contre les Autochtones, les Noirs, l'Islam ou les Juifs.¹⁷ Le racisme structurel produit une distribution inéquitable des ressources et un sous-investissement dans les communautés racialisées. Les politiques et interventions en matière de santé qui n'adoptent pas explicitement une approche antiraciste – en orientant les ressources vers les communautés subissant des préjudices disproportionnés et en veillant à ce que les services soient sûrs, appropriés et acceptables pour les communautés – produisent et renforcent le racisme structurel. Les premières campagnes de déploiement du vaccin contre la COVID-19 à Toronto sont un bon exemple. Tout au long de la pandémie, les quartiers de la ville qui ont enregistré les taux les plus élevés d'infection étaient également fortement racialisés.



Collecte de données

L'Ontario recueille actuellement des données sur la race, le revenu, la taille du ménage et la langue des personnes dont le test de dépistage de la COVID-19 est probablement positif ou confirmé positif. Les données sur l'identité autochtone ne sont pas incluses dans ces efforts de collecte de données. Le gouvernement de l'Ontario continue de travailler avec ses partenaires autochtones sur les questions et les considérations entourant la collecte de données autochtones pour la COVID-19 et au-delà, y compris la souveraineté des données pour les communautés autochtones. Ce travail dépasse le cadre du présent rapport. La collecte, l'analyse et l'utilisation de données sociodémographiques (y compris les données fondées sur la race) sont l'un des moyens utilisés par les systèmes de santé pour documenter et suivre les résultats en matière de santé de la population. La collecte de données à travers l'Ontario fait partie de la gestion et de la réponse de la province à la pandémie.¹⁸

Lorsqu'elles sont collectées, analysées et utilisées de manière appropriée, les données relatives à la santé peuvent :

- Révéler les inégalités en matière de santé.
- Éclairer l'évaluation des interventions de santé publique.
- Éclairer l'élaboration de stratégies visant à améliorer la santé de la population.
- Éclairer l'élaboration d'interventions visant à démanteler le racisme structurel dans les systèmes de santé.

Depuis juin 2020 en Ontario, les personnes atteintes de la COVID-19 doivent répondre à une série de questions sur la race, le revenu et la taille du ménage ([voir l'exemple](#)). Les tableaux et les figures de ce document sont basés sur les renseignements les plus récents dans le système de gestion des cas et des contacts (GCC) de l'Ontario et dans d'autres systèmes

de gestion des cas (GCC+) en date du 21 avril 2021. Les bureaux de santé publique ont commencé à recueillir et à communiquer des données sociodémographiques pour les cas de COVID-19 le 26 juin 2020 au moyen de cinq questions sur la race, le revenu et la langue. Les facteurs sociodémographiques et les questions connexes posées aux personnes atteintes de la COVID-19 sont énumérés ci-dessous :

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE QUESTION DE MISE EN SITUATION

Race

Quelle catégorie raciale vous décrit le mieux?

Revenu

Quel était le revenu total de votre ménage avant impôts en 2019?

Y compris vous-même, votre ménage compte combien de membres?

Langue

Quelle est la première langue que vous avez apprise à la maison et que vous comprenez toujours?

Laquelle des deux langues officielles du Canada, l'anglais ou le français, connaissez-vous le mieux?



Méthodes

Les données ont été extraites de la GCC le 21 avril 2021. Les personnes atteintes dont la date de déclaration précédait la collecte des variables fondées sur la race (26 juin 2020) ont été exclues. La GCC propose les options suivantes pour la multisélection afin que les personnes atteintes puissent sélectionner la ou les races auxquelles elles s'identifient :

- Noir : Origine africaine, afro-caribéenne ou afro-canadienne
- Asiatique de l'Est ou du Sud-Est : Descendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise/ philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne, autres origines d'Asie du Sud-Est.
- Latino-Américain : Descendance hispanique
- Moyen-Oriental : Origine arabe, perse ou d'Asie occidentale : afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde, etc.
- Sud asiatique : Origine sud-asiatique : indienne, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne, etc.
- Blanc : Descendance européenne
- Autre : Toute autre catégorie de race avec possibilité de préciser

Comme les variables de race dans la GCC sont unitaires (par exemple, la variable RACE_NOIR n'a qu'une seule valeur unique « OUI » et est sinon manquante), il a été nécessaire de dériver une variable catégorielle composite pour la race. Les répondants qui indiquaient des identités raciales multiples ou des Asiatiques de l'Est et du Sud-Est* ont été recodés dans une catégorie multiraciale et ont été exclus de l'analyse (505 cas). Les cas graves visés étaient l'hospitalisation, l'admission en soins intensifs et le décès.

Les dénominateurs utilisés pour calculer les taux d'infection et des cas graves dans la population ont été tirés des données du recensement de 2016 sur les minorités visibles. Pour chaque groupe de minorités visibles, les données ont été extraites par groupe d'âge

afin d'effectuer une normalisation directe selon l'âge. Les groupements raciaux de la GCC ne correspondent pas aux groupements disponibles dans le recensement de 2016, et ont été regroupés comme suit :

RECENSEMENT 2016, GROUPES DE MINORITÉS VISIBLES	SYSTÈME DE GESTION DES CAS ET DES CONTACTS (GCC), VALEURS D'IDENTITÉ RACIALE	POPULATION (2016)
Sud-Asiatique	Sud-Asiatique	1 150 415
Chinois	Asiatique de l'Est	754 550
Noir	Noir	627 715
Philippin	Asiatique du Sud-Est	311 675
Latino-Américain	Latino-Américain	195 950
Arabe	Moyen-Oriental	210 435
Asiatique du Sud-Est	Asiatique du Sud-Est	133 855
Asiatique de l'Ouest	Moyen-Oriental	154 670
Coréen	Asiatique de l'Est	88 935
Japonais	Asiatique de l'Est	30 830
Pas une minorité visible	Blanc	8 982 180

Source des données : Recensement de 2016

* Le chiffre de la population pour le groupe « Pas une minorité visible » a été soustrait du nombre de personnes s'identifiant à des Autochtones en Ontario en 2016.

* Il existe des valeurs distinctes pour l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud-Est au sein de la GCC.

Méthodes

Le groupe « Pas une minorité visible » du recensement de 2016 comprend les personnes qui s'identifient comme autochtones*, ce qui rend inexact le fait de qualifier ce groupe de blanc. Nous avons donc soustrait, par groupe d'âge, le nombre de personnes s'étant identifiées comme autochtones du nombre de personnes incluses dans le groupe « Pas une minorité visible » afin d'obtenir un dénominateur approprié pour le calcul des taux de population pour les personnes atteintes de la COVID-19 qui se sont identifiées comme blancs.

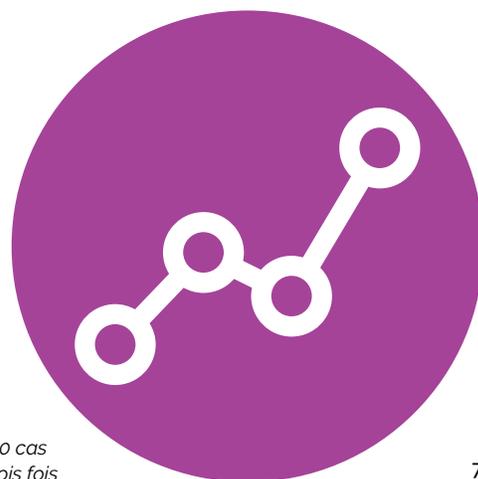
Pour calculer les taux normalisés selon l'âge, chaque race regroupée a été décomposée dans le plus grand nombre de groupes d'âge disponibles dans le recensement de 2016 pour les personnes en Ontario qui se sont déclarées autochtones. Cette étape était nécessaire pour calculer les taux appropriés normalisés selon l'âge pour les cas de blancs (dont le dénominateur a été dérivé comme étant la différence entre le groupe « Pas une minorité visible » et les personnes qui se sont identifiées comme autochtones). Le nombre de cas de COVID-19 par groupe d'âge pour la période étudiée est le suivant :

GROUPES D'ÂGE	CAS DE COVID-19
0 à 14 ans	38 659
15 à 24 ans	67 869
25 à 34 ans	76 577
35 à 44 ans	58 611
45 à 54 ans	57 958
55 à 64 ans	49 652
65 ans et plus	49 223

Les taux d'infection et de formes graves normalisés pour l'âge ont été calculés en utilisant comme norme la structure d'âge de la population de l'Ontario en 2016. Pour tenir compte des circonstances uniques entourant la mortalité liée aux foyers de soins de longue durée en Ontario, tous les décès de résidents de foyers de soins de longue durée (tels qu'identifiés par les bureaux de santé publique) ont été exclus. Les différences des multiples, en utilisant le blanc comme groupe de référence, ont été calculées comme un moyen de quantifier l'inégalité raciale.**

* En 2016, 374 395 personnes se sont déclarées autochtones (terme utilisé en 2016).

** La différence de multiple quantifie la différence entre deux nombres. Par exemple, si le groupe A compte 30 cas par habitant et le groupe B 10, nous pourrions dire que le groupe A enregistre un taux de cas par habitant trois fois plus élevé que le groupe B.



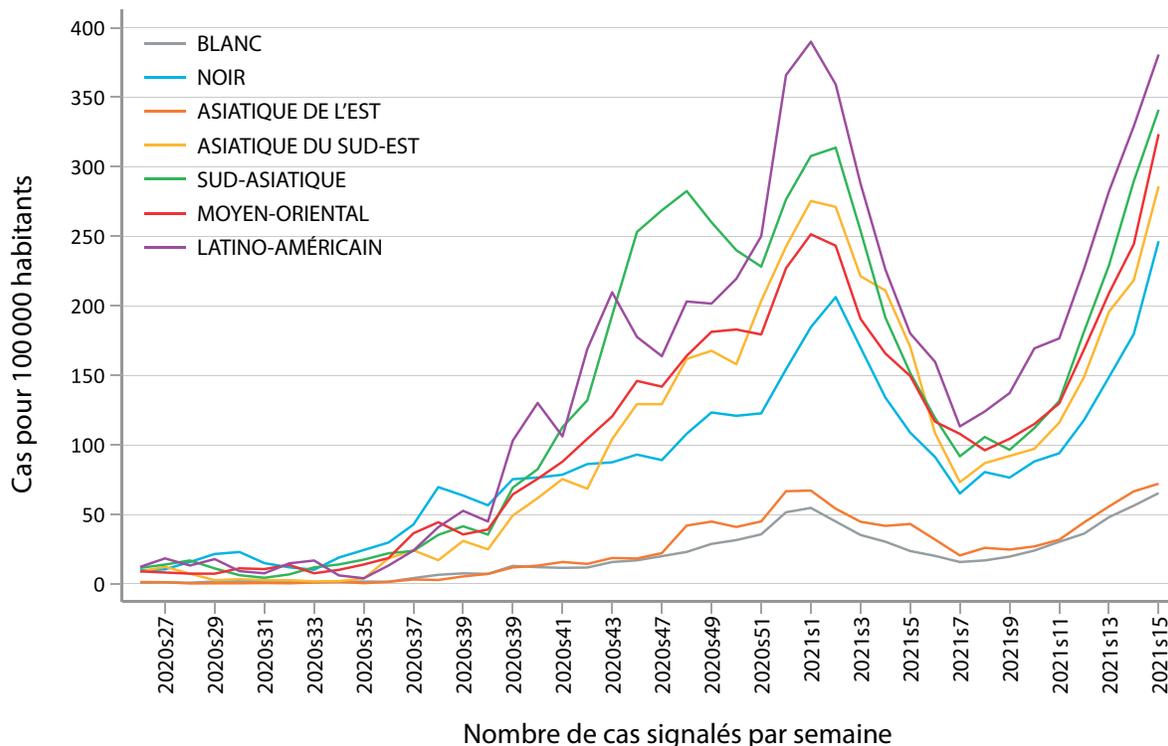
Constatations

Ce rapport présente les données sur les cas confirmés d'infection de COVID-19 depuis le début de la collecte de données basée sur la race (26 juin 2020) jusqu'au 21 avril 2021. En général, l'exhaustivité de ces éléments de données a été faible dans les bureaux de santé publique. Cette analyse a permis de déterminer que l'exhaustivité des données sociodémographiques et raciales dépendait en partie des différences de pratiques et de protocoles entre les bureaux de santé publique, ainsi que de la charge de travail au fil du temps (une charge de travail plus élevée coïncidant généralement avec une exhaustivité moindre). Pour la période étudiée, 43 % de tous les cas (171 915/ 398 651) manquaient de données sur la race, y compris 57 % des cas qui ont nécessité l'hospitalisation (9 244/16 120), 56 % des cas qui ont nécessité une admission dans une unité de soins intensifs (1542/2749) et 69 % de tous les cas de décès de résidents de foyers de soins de longue durée (2 047/2 949). Compte tenu du volume de données manquantes, une analyse de sensibilité a été réalisée pour tester la robustesse des résultats.

En excluant les cas pour lesquels les données sur la race étaient manquantes, l'analyse a révélé que les Ontariens blancs avaient les taux les plus bas d'infection. Par rapport aux Ontariens de race blanche, les autres groupes raciaux présentaient les taux suivants :

- Taux d'infection par habitant normalisé selon l'âge de 1,2 à 7,1 fois plus élevé.
- Taux d'hospitalisation par habitant normalisé selon l'âge de 1,7 à 9,1 fois plus élevé pour les hospitalisations liées à la COVID-19.
- Taux d'hospitalisation par habitant normalisé selon l'âge de 2,1 à 10,4 fois plus élevé pour les hospitalisations graves liées à la COVID-19 (aux soins intensifs).
- Taux d'hospitalisation par habitant normalisé selon l'âge de 1,7 à 7,6 fois plus élevé pour les décès liés à la COVID-19.

FIGURE 1. NOMBRE DE CAS HEBDOMADAIRES PAR HABITANT SELON LA RACE EN ONTARIO (26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)



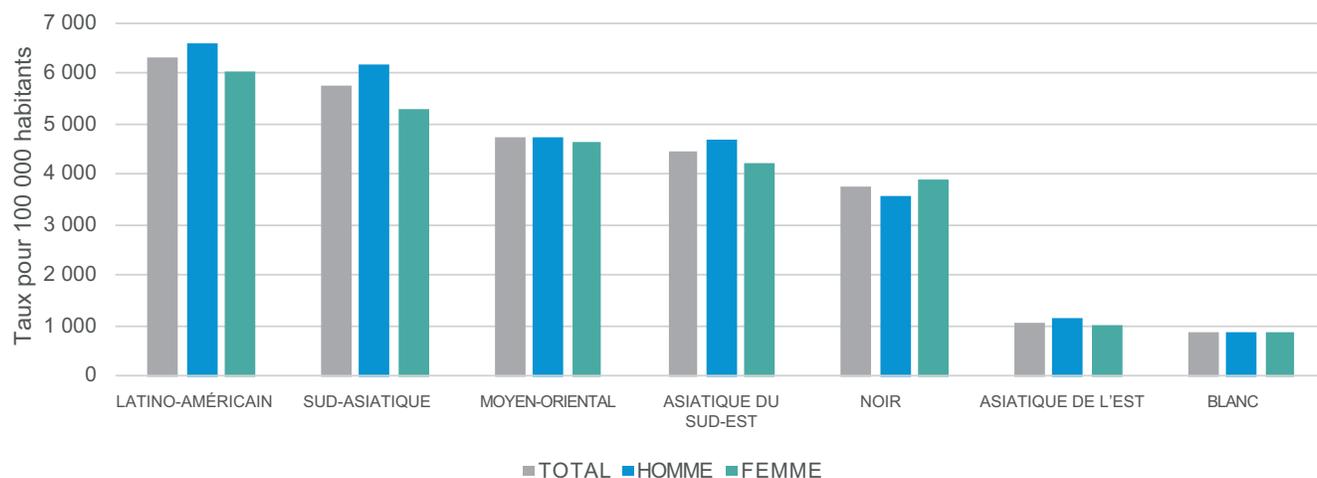
Source des données : GCC+ et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 43 % de tous les cas (171 915/ 398 651). Les comptages hebdomadaires sont progressifs en tant que moyenne des 3 dernières semaines.

La version accessible du graphique est disponible à la page 23

Constatations

FIGURE 2. TAUX D'INFECTION CUMULATIF PAR HABITANT SELON LA RACE/LE SEXE EN ONTARIO (DU 26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)



Sources de données : GCC+ et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 43 % de tous les cas (171 915/ 398 651). Pour éviter un double comptage, 505 cas (<1 %) ont été supprimés qui indiquaient plus d'une ethnie. Bien que la GCC offre la possibilité de répondre « non-binaire » et « transgenre » pour la question sur le sexe du client, le recensement de 2016 ne l'a pas fait, et il n'est donc pas possible de présenter des taux pour les cas de COVID-19 chez les personnes non-binaires et transgenres. Les dénominateurs utilisés font référence au sexe (et non au genre) et peuvent inclure des répondants qui ne s'identifient en fait ni comme homme ni comme femme. Le recensement de 2021 comprendra des questions sur le « sexe à la naissance » et le « genre ».

Pendant presque toute la durée de la pandémie (à l'exception de la première vague, qui a précédé la collecte de données sur la race), les Ontariens blancs ont connu les taux bruts par habitant les plus bas d'infection (figures 1 et 2). Les communautés latino et sud-asiatiques ont été particulièrement touchées. Alors que les Ontariens blancs représentent environ deux tiers de la population, ils ne représentent qu'un cinquième des cas cumulés au cours de la période étudiée (tableau 1). À l'inverse, par exemple, les Ontariens d'origine sud-asiatique ne représentent que 8,6 % de la population, mais constituent plus de 16 % des cas cumulés au cours de la période étudiée. Après normalisation de l'âge, le nombre de personnes non blanches a connu un taux d'infection jusqu'à sept fois supérieur.

Constatations

TABLEAU 1 SOMMAIRE DES CAS CONFIRMÉS PAR RACE EN ONTARIO (DU 26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)

RACE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE DE LA TOTALITÉ DES CAS	POURCENTAGE DE LA POPULATION DE L'ONTARIO EN 2016	TAUX BRUT POUR 100 000 HABITANTS	TAUX NORMALISÉ PAR ÂGE POUR 100 000 HABITANTS	TAUX PAR RAPPORT AUX BLANCS
Tous	398 651	100 %	100 %	2 964,3	-	-
Noir	23 502	5,9 %	4,7 %	3 744,1	3 649,4	4,6x
Asiatique de l'Est	9 377	2,4 %	6,5 %	1 072,5	982,7	1,2x
Latino-Américain	12 396	3,1 %	1,5 %	6 326,1	5 682,2	7,1x
Moyen-Oriental	17 190	4,3 %	2,7 %	4 708,2	4 359,8	5,4x
Sud-Asiatique	66 088	16,6 %	8,6 %	5 744,7	5 329,0	6,7x
Asiatique du Sud-Est	19 754	5,0 %	3,3 %	4 433,8	4 093,4	5,1x
Blanc	77 924	19,5 %	66,8 %	867,5	801,0	Réf.

Sources de données : GCC* et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 43 % de tous les cas (171 915 / 398 651). Pour éviter un double comptage, 505 cas (<1 %) ont été supprimés qui indiquaient plus d'une ethnie.

Constatations

En ce qui concerne les cas graves après une infection, les Ontariens de race blanche ont connu les plus faibles taux d'hospitalisation (tableau 2A), d'admission aux soins intensifs (tableau 2B) et de décès (tableau 2C). Pour chacun de ces résultats graves, l'âge médian était en général plus bas chez les Ontariens racialisés.

Les communautés latino-américaines et moyen-orientales ont connu les taux d'hospitalisation les plus élevés (186,8 et 146,2 hospitalisations pour 100 000 habitants, respectivement) au cours de la période d'étude. Ces taux sont respectivement neuf et sept fois plus élevés que les taux d'hospitalisation des Ontariens de race blanche (20,5 hospitalisations pour 100 000 habitants). Les communautés latino-américaines et d'Asie du Sud-Est ont connu les taux les plus élevés d'admissions en soins intensifs liées à la COVID-19 (35,1 et 33,3 admissions pour 100 000 habitants) au cours de la période d'étude. Ces taux sont environ dix fois plus élevés que ceux des Ontariens de race blanche (3,4 admissions dans les unités de soins intensifs pour 100 000 habitants), respectivement.

Après avoir exclu les décès des résidents des foyers de soins de longue durée*, les taux de mortalité normalisés selon l'âge dus à l'infection par la COVID-19 étaient les plus élevés chez les Ontariens latino-américains (20,2 décès pour 100 000 habitants), les Ontariens d'Asie du Sud-Est (17,5 décès pour 100 000 habitants) et les Ontariens du Moyen-Orient (14 décès pour 100 000 habitants). Ces taux sont respectivement 7,7, 6,6 et 5,3 fois plus élevés que les taux de mortalité des Ontariens blancs (2,6 décès pour 100 000 habitants). Le graphique 1A (excluant les cas pour lesquels les données sur la race étaient manquantes) et le graphique 1B (analyse de sensibilité) présentent les résultats sommaires de ces taux d'infection et de cas graves normalisés pour l'âge, par race, pour la période d'étude.

On ignore pourquoi les taux d'infection et de cas grave chez les personnes s'identifiant comme étant d'origine d'Asie de l'Est sont inférieurs à ceux des autres groupes raciaux non-blancs. Une étude qualitative pourrait faire la lumière sur cette différence.

* Les résidents des foyers de soins de longue durée sont majoritairement blancs et, étant donné le caractère unique de l'évolution de la pandémie dans ce secteur, leur inclusion fausserait les résultats de ces analyses.

Constatations

TABLEAU 2A. SOMMAIRE DES HOSPITALISATIONS SELON LA RACE EN ONTARIO (26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)

RACE	HOSPITALISATION	MOYENNE D'ÂGE (EN ANNÉES)	TAUX D'HOSPITALISATION	TAUX BRUT POUR 100 000 HABITANTS	TAUX NORMALISÉ PAR ÂGE POUR 100 000 HABITANTS	TAUX PAR RAPPORT AUX BLANCS
Tous	16 120	70	4,0 %	119,9	-	-
Données manquantes	9 244	72	5,4 %	-	-	-
Données non manquantes	6 876	66	3,0 %	-	-	-
Noir	756	60	3,2 %	120,4	128,5	6,3x
Asiatique de l'Est	372	66	4,0 %	42,5	34,9	1,7x
Latino-Américain	371	60	3,0 %	189,3	186,8	9,1x
Moyen-Oriental	474	60	2,8 %	129,8	146,2	7,1x
Sud-Asiatique	1 315	63	2,0 %	114,3	114,1	5,6x
Asiatique du Sud-Est	588	61	3,0 %	132,0	131,0	6,4x
Blanc	2 985	72	3,8 %	33,2	20,5	Réf.

Sources de données : GCC+ et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 57 % de tous les cas d'hospitalisation (9 244 / 16 120). Pour éviter un double comptage, 15 cas (0,22 %) ont été supprimés qui indiquaient plus d'une ethnie.

Constatations

**TABLEAU 2B. SOMMAIRE DES ADMISSIONS AUX SOINS INTENSIFS SELON LA RACE EN ONTARIO
(26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)**

RACE	ADMISSION AUX SOINS INTENSIFS	MOYENNE D'ÂGE (EN ANNÉES)	TAUX D'ADMISSION AUX SOINS INTENSIFS	TAUX BRUT POUR 100 000 HABITANTS	TAUX NORMALISÉ PAR ÂGE POUR 100 000 HABITANTS	TAUX PAR RAPPORT AUX BLANCS
Tous	2 749	66	0,7 %	20,4	-	-
Données manquantes	1 542	66	0,9 %	-	-	-
Données non manquantes	1 207	65	0,5 %	-	-	-
Noir	115	63	0,5 %	18,3	20,4	6,1x
Asiatique de l'Est	79	70	0,8 %	9,0	7,2	2,1x
Latino-Américain	65	61	0,5 %	33,2	35,1	10,4x
Moyen-Oriental	91	63	0,5 %	24,9	29,3	8,7x
Sud-Asiatique	233	64	0,4 %	20,3	20,9	6,2x
Asiatique du Sud-Est	145	62	0,7 %	32,5	33,3	9,9x
Blanc	476	68	0,6 %	5,3	3,4	Réf.

Sources de données : GCC+ et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 56 % de tous les cas d'admission aux soins intensifs (1 542/ 2 749). Pour éviter un double comptage, 3 cas (<1 %) ont été supprimés qui indiquaient plus d'une ethnie.

Constatations

**TABLEAU 2C SOMMAIRE DES DÉCÈS EN SOINS DE LONGUE DURÉE PAR RACE EN ONTARIO
(DU 26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)**

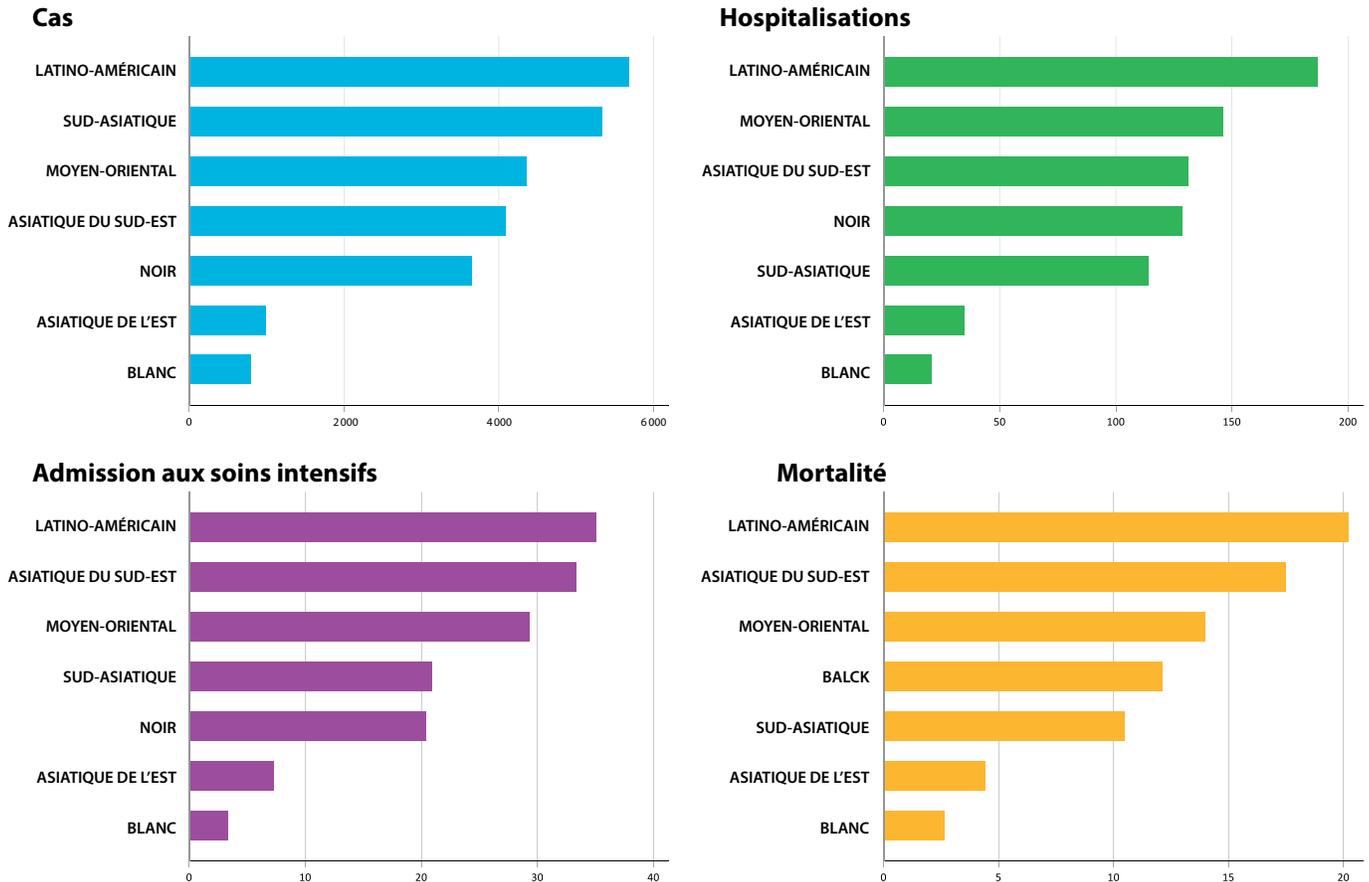
RACE	DÉCÈS	MOYENNE D'ÂGE (EN ANNÉES)	TAUX DE DÉCÈS	TAUX BRUT POUR 100 000 HABITANTS	TAUX NORMALISÉ PAR ÂGE POUR 100 000 HABITANTS	TAUX PAR RAPPORT AUX BLANCS
Tous	2 949	80	0,7 %	21,9	-	-
Données manquantes	2 047	81	1,2 %	-	-	-
Données non manquantes	902	80	0,4 %	-	-	-
Noir	74	76,5	0,3 %	11,8	12,1	4,6x
Asiatique de l'Est	54	82	0,6 %	6,2	4,4	1,7x
Latino-Américain	37	75	0,3 %	18,9	20,2	7,6x
Moyen-Oriental	42	79	0,2 %	11,5	14,0	5,3x
Sud-Asiatique	128	75	0,2 %	11,1	10,5	4,0x
Asiatique du Sud-Est	78	73	0,4 %	17,5	17,5	6,6x
Blanc	489	82	0,6 %	5,4	2,6	Réf.

Sources de données : GCC+ et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 69 % de tous les décès de non-résidents de maisons de soins de longue durée (2 047/ 2 949). Exclut les décès parmi les résidents des maisons de soins de longue durée.

Constatations

TABLEAU 1A TAUX D'INFECTION ET DE FORMES GRAVES SUBSÉQUENTES PAR HABITANT, NORMALISÉS SELON L'ÂGE, SELON LA RACE EN ONTARIO (DU 26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)



Sources de données : GCC est le recensement de 2016

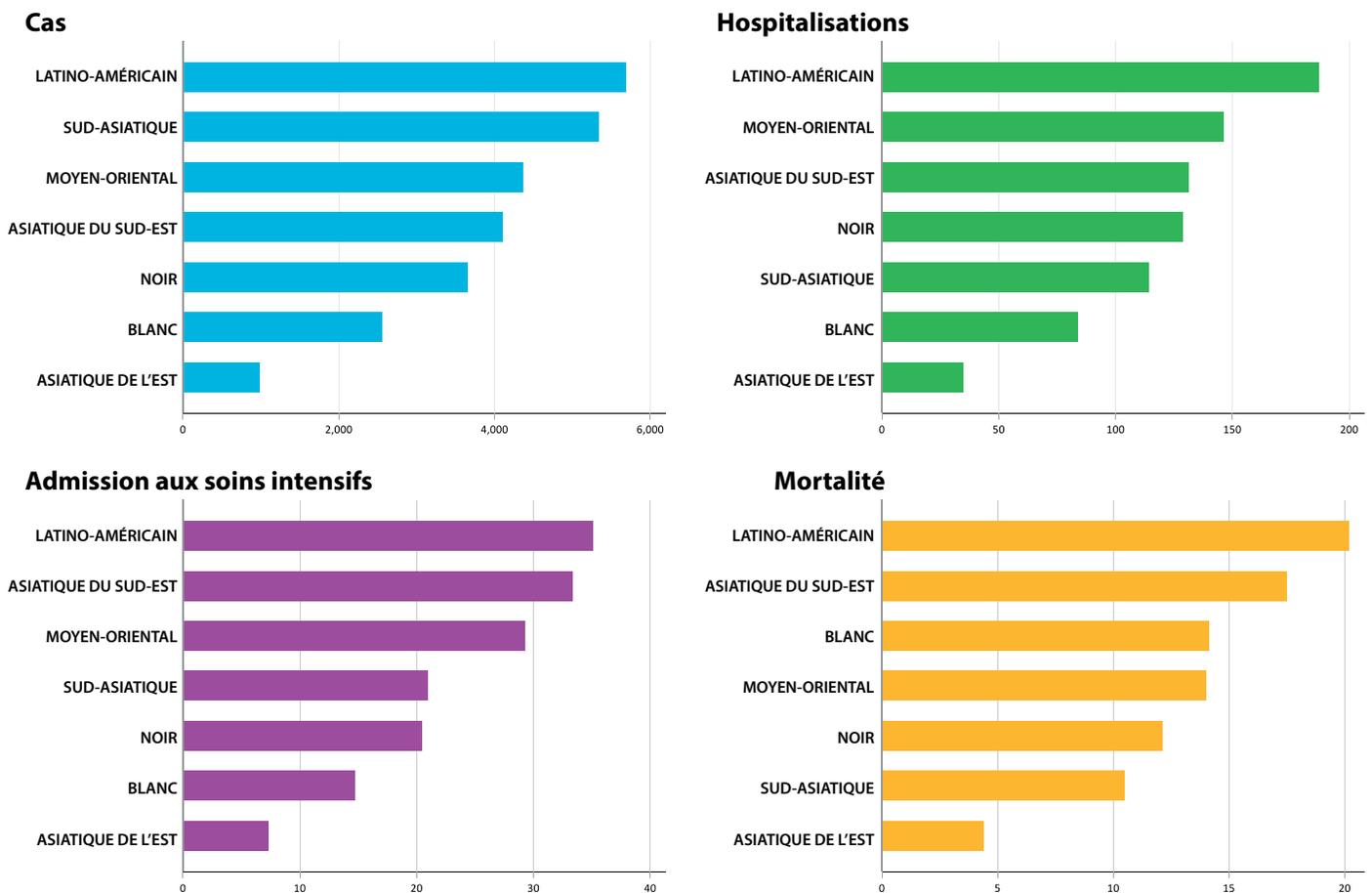
Remarque sur les données : Données raciales manquantes pour 43 % de tous les cas (171 915/ 398 651), 57 % de toutes les hospitalisations (9 244/16 120), 56 % de toutes les admissions en unité de soins intensifs (1 542/2 749), et 69 % de tous les décès de non-résidents de maisons de soins de longue durée (2 047/2 949). Pour éviter un double comptage, 505 cas (<1 %) ont été supprimés qui indiquaient plus d'une ethnique.

La version accessible du graphique est disponible à la page 24

Analyse de sensibilité

Une analyse de sensibilité a été réalisée pour évaluer la robustesse des résultats. Bien qu'il soit peu probable que tous les cas pour lesquels il manque des données sur la race soient en fait blancs, une analyse qui suppose que c'est le cas nous donne une estimation prudente de la différence relative des taux d'infection et des résultats dans les différents groupes raciaux disponibles dans CCM. Après avoir converti toutes les données manquantes en patients blancs, la différence de taux entre les blancs et tous les autres groupes raciaux (à l'exception des Asiatiques de l'Est) a considérablement diminué. Cependant, tous les autres groupes raciaux (à l'exception des Asiatiques de l'Est) présentaient des taux plus élevés d'infection, d'hospitalisation et d'admission en soins intensifs. Parmi les cas mortels, après avoir converti en patients blancs les données manquantes sur la race (représentant 69 % des cas), les taux de mortalité basés sur la population parmi les cas qui se sont identifiés comme membres des communautés asiatiques du Sud-Est et latinos sont restés plus élevés que les blancs.

TABLEAU 1B ANALYSE DE SENSIBILITÉ : TAUX D'INFECTION ET DE FORMES GRAVES SUBSÉQUENTES PAR HABITANT, NORMALISÉS SELON L'ÂGE, SELON LA RACE EN ONTARIO (DU 26 JUIN 2020 AU 21 AVRIL 2021)



Source des données : GCC+ et le recensement de 2016

Remarque sur les données : Pour effectuer une analyse de sensibilité, toutes les valeurs manquantes pour la race dans ces tableaux ont été recodées en patients « BLANCS ». Cela inclut les données raciales manquantes pour 43 % de tous les cas (171 915/ 398 651), 57 % de toutes les hospitalisations (9 244/16 120), 56 % de toutes les admissions en unité de soins intensifs (1 542/2 749) et 69 % de tous les décès de non-résidents de maisons de soins de longue durée (2 047/2 949). Pour éviter un double comptage, 505 cas (<1 %) ont été supprimés qui indiquaient plus d'une ethnie.

* La GCC et GCC+ (qui comprend CCM, iPHIS, CORES, The COD et COVID-19 CCMtool) sont des systèmes dynamiques de déclaration des maladies, qui permettent des mises à jour permanentes des données précédemment saisies. Par conséquent, les données extraites de la GCC représentent un « arrêt sur image » au moment de l'extraction et peuvent différer des rapports précédents ou ultérieurs.

La version accessible du graphique est disponible à la page 24

Discussion et recommandations

La pandémie de COVID-19 a exacerbé les inégalités préexistantes en Ontario. La pandémie a mis en évidence la nécessité de s'attaquer à ces inégalités de manière systémique et de veiller à ce que des progrès soient réalisés pour combler ces écarts, plutôt que de les creuser.

Ce rapport historique démontre l'importance de la collecte et de l'analyse des données sociodémographiques – y compris les données sur la race – dans le système de santé de l'Ontario. Ces données permettent de cerner et de quantifier les disparités dans les taux de COVID-19 et les taux d'hospitalisation à cause de la COVID-19 pour différents groupes racialisés en Ontario. Hormis les personnes s'identifiant comme asiatiques de l'Est, tous les autres groupes raciaux présentaient des taux d'infection par la COVID-19 nettement supérieurs à ceux des populations blanches. Ces données offrent des renseignements qui s'ajoutent aux analyses existantes par zone et qui peuvent aider notre réponse à la pandémie et notre rétablissement à se concentrer sur les personnes les plus à risque. Se concentrer sur les besoins de la population en fonction du contexte offre une meilleure précision lorsqu'il s'agit d'assurer l'efficacité et l'efficacité des interventions et des services de santé. De même, les données sociodémographiques recueillies sur le plan individuel permettront le suivi futur des interventions auprès de la population.

La collecte et l'analyse de données fondées sur la race créent une base de données probantes permettant d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions susceptibles de réduire et d'éliminer les inégalités de santé fondées sur le racisme. La mise en œuvre tardive de la collecte de données et l'application des données pour modifier les interventions (telles que l'introduction de jours de congé de maladie payés pour lutter contre la propagation sur le lieu de travail) et les faibles taux d'achèvement suggèrent des obstacles structurels actuels pour lutter de manière appropriée contre les inégalités en matière de santé. Les résultats inéquitables obtenus tout au long de la pandémie soulignent la nécessité permanente d'adopter une

approche antiraciste pour lutter contre le racisme structurel ancré dans la prestation des soins de santé.

Si l'exhaustivité des données nous empêche de tirer des conclusions définitives, elle ne change pas notre confiance dans les résultats généraux. Même dans l'éventualité peu probable où tous les cas de COVID-19 pour lesquels des données raciales manquaient étaient des personnes blanches, la conclusion générale demeure : les populations racialisées de l'Ontario ont connu des taux plus élevés d'infection par la COVID-19 et de formes graves.

Dans des analyses non présentées ici, nous avons constaté des variations entre les unités de santé publique quant à l'exhaustivité de la collecte des données sociodémographiques. Nous constatons également que l'exhaustivité de ces données tend à diminuer au fur et à mesure que les cas augmentent. Néanmoins, nous avons aussi constaté ailleurs que l'analyse et la publication des données par certaines unités de santé publique leur ont permis d'améliorer l'équité de leur réponse à la pandémie.

Une analyse plus rapide utilisant une approche antiraciste et une meilleure exhaustivité des données aideront le système de santé et les unités de santé publique à améliorer leur capacité à répondre aux besoins de la communauté. Adopter cette approche est un moyen d'éviter de continuer à nuire et de renforcer le racisme et la marginalisation systémiques.

Les recommandations visant à remédier aux inégalités de santé produites par la COVID-19 sont présentées ci-dessous :

1. Normaliser la collecte de données fondées sur la race lors de l'enregistrement et du renouvellement de la carte de santé.

Les conclusions tirées de ce rapport soulignent l'importance de la collecte de données fondées sur la race, dans l'ensemble des systèmes de santé publique pour trouver les inégalités et y remédier.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'absence d'une approche systématique et provinciale de la collecte de données sociodémographiques en Ontario. Les données provenant de régions des États-Unis, où la collecte de données sociodémographiques sur le plan individuel existe depuis longtemps, ont suggéré une charge de morbidité et de mortalité plus élevée parmi les groupes de minorités raciales et ethniques au cours des premières semaines de la pandémie*. En l'absence d'un mécanisme provincial normalisé de collecte de données sociodémographiques, l'Ontario est entré dans la pandémie en s'appuyant uniquement sur les données relatives aux quartiers.

Les spécialistes de l'équité en matière de santé en Ontario et au Canada demandent depuis longtemps d'élargir la collecte de données sociodémographiques sur le plan individuel au-delà de l'âge, du sexe et du code postal (p. ex., pour inclure la langue, la race/ethnie, le revenu). La règle d'or est que les données sociodémographiques soient systématiquement collectées dans le cadre des dossiers médicaux de tous les patients. L'identification des populations mal desservies peut guider l'allocation ciblée des ressources là où elles sont le plus nécessaires. Par exemple, des investissements ciblés dans les services de langue et de traduction dans des sous-régions géographiques spécifiques peuvent améliorer l'accès aux soins.

À l'exception d'un petit nombre d'organismes de soins de santé en Ontario qui recueillent volontairement ces données au moyen d'un sondage à chaque rencontre, l'Ontario a une compréhension imprécise des tendances en matière de santé basées sur la privation matérielle et la concentration ethnique au niveau du quartier. Comme l'a montré l'analyse ci-dessus, il est possible de collecter des données sociodémographiques malgré une pandémie et de les utiliser pour orienter les efforts de réponse de la province. Cependant, l'absence d'un mécanisme de collecte de données provinciales durable et centralisé a fait que des mois se sont écoulés avant que nous ayons une image provinciale de l'effet de la COVID-19 sur des groupes particuliers, et que l'absence de données a entravé notre capacité à disposer d'un outil précis et ciblé pour comprendre l'effet de la pandémie en temps réel. À l'avenir, l'Ontario doit s'appuyer sur cette expérience et mettre en place un système de collecte de données par le biais de l'enregistrement et du renouvellement de la carte de santé, de sorte que toute crise future puisse être comprise à partir d'une optique sociodémographique.

De plus, en travaillant avec les collectivités pour l'élaboration de normes et d'accords complets de gouvernance des données afin de garantir la protection de la vie privée, les systèmes de santé et de santé publique pourront s'assurer que la collecte des données ne reproduit pas les systèmes de préjudice existants.

2. Appliquer des approches antiracistes pour définir les causes systémiques des inégalités en matière de santé

L'antiracisme est devenu une priorité pour le ministère de la Santé de l'Ontario dans son cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme. Fondamentalement, une approche antiraciste de l'analyse cherche à utiliser les preuves pour trouver les sources de racisme systémique, c'est-à-dire

* Centers for Disease Control and Prevention (2020). COVID-19 dans les groupes de minorités raciales et ethniques

les politiques et les procédures d'un système qui renforcent les inégalités raciales et créent des obstacles à l'accès des populations racialisées aux soins et à l'obtention de bons résultats en matière de santé. La collecte de données fondées sur la race dans l'ensemble du système de santé permettra aux planificateurs du système de santé d'entreprendre ces analyses et d'éclairer les décisions relatives à l'allocation des ressources et à la prestation des services qui amélioreront l'accès aux soins de santé et les résultats pour les populations racialisées.

La pandémie a démontré que le système de soins de santé de l'Ontario est capable de changer rapidement de cap lorsque les données montrent que les obstacles systémiques exacerbent les inégalités en matière de santé pour les populations racialisées. Les taux de vaccination étaient initialement plus élevés dans les quartiers à revenus élevés où la présence du virus était faible, et le passage d'une allocation par habitant à une approche par points chauds et populations prioritaires a permis d'améliorer les résultats dans les quartiers à forte concentration de personnes racialisées. Cela démontre un progrès, mais comme les données ne sont pas encore recueillies à l'échelle individuelle, on ne sait pas si les personnes vivant dans ces communautés ont effectivement bénéficié d'un accès équitable au vaccin. Veiller à ce que des données de ce type soient collectées, puis intégrer une analyse antiraciste dans la prise de décision dans l'ensemble du système de santé impliquera de reconnaître directement les causes fondamentales du racisme systémique et de travailler activement à y remédier.

3. Utiliser des données fondées sur la race pour éclairer les efforts de relance

Ce rapport démontre l'importance d'une approche durable et de haute qualité de la collecte et de l'analyse des données sanitaires fondées sur la race pour comprendre les inégalités et le racisme systémique. Alors que le système de santé se remet de la pandémie, il sera essentiel de comprendre comment les inégalités existantes en matière de santé ont été exacerbées – et comment elles en ont créé de nouvelles – pour mettre en place des efforts de relance efficaces et de qualité. Il sera essentiel de déterminer, par exemple, les groupes qui ont une utilisation réduite ou une sous-utilisation des services préventifs tels que le dépistage du cancer, les soins primaires, les procédures programmées, et ceux qui ont le plus besoin de services de santé mentale et de toxicomanie, afin d'adopter une approche antiraciste pour trouver les obstacles qui empêchent les groupes d'accéder aux soins et d'avoir de bons résultats en matière de santé.

Notes techniques

Mises en garde concernant les données

- Les données ne représentent que les cas signalés aux unités de santé publique et enregistrés dans le système de GCC+. Par conséquent, tous les dénombrements sont sujets à des degrés divers de sous-déclaration en raison de divers facteurs, tels que la sensibilisation à la maladie et les comportements de recherche de soins médicaux, qui peuvent dépendre de la gravité de la maladie, de la pratique clinique, des changements dans les tests de laboratoire et des comportements de déclaration.
 - Le cas échéant, le nombre et la proportion de cas dont les données sont disponibles pour l'analyse sont présentés afin de faciliter une interprétation valide des données.
 - Seuls les cas répondant à la classification des cas confirmés telle qu'elle figure dans la définition de cas de COVID-19 du ministère de la Santé sont inclus dans les comptes rendus de la GCC+. Cela inclut les personnes ayant une détection positive d'anticorps sériques/plasmatiques à l'immunoglobuline G (IgG) contre le SRAS-CoV-2, qui a été ajouté à la définition de cas confirmé le 6 août 2020.
 - Environ 43 % des cas de COVID-19 signalés en Ontario du 26 juin 2020 au 21 avril 2021 ne comportent pas de données sur la race. Par conséquent, les résultats de ces analyses doivent être interprétés avec prudence.
 - Dans certaines administrations publiques, les données sociodémographiques du recensement ne sont pas recueillies auprès des personnes vivant dans des établissements de soins collectifs (p. ex., foyers de soins de longue durée) en raison de la difficulté d'obtenir une déclaration volontaire directe et de la pertinence de certaines questions pour cette population (p. ex., taille du ménage, revenu annuel). Les cas vivant en milieu confiné n'ont pas été exclus lors du calcul des taux.
 - Les taux sont basés sur la population de l'Ontario en 2016. Les taux présentés doivent être interprétés avec prudence, car la répartition sous-jacente des groupes raciaux a probablement changé depuis le recensement de 2016. Cela signifie que certains groupes raciaux peuvent être sous-représentés dans les données démographiques utilisées pour calculer les taux et la population comparables de l'Ontario. Le dénominateur du recensement ne comprend pas non plus les personnes vivant dans des foyers de soins de longue durée. Les cas résidant dans des maisons de soins de longue durée n'ont pas été exclus de ces analyses (sauf pour les analyses portant sur la mortalité, étant donné le volume de données manquantes). Les répondants qui se sont déclarés transgenres, autres ou inconnus ont été retirés des analyses utilisant la variable du sexe, mais ont été autrement inclus dans les comptes globaux.
 - L'hospitalisation comprend tous les cas pour lesquels une date d'admission à l'hôpital a été rapportée au moment de l'extraction des données. Elle comprend les patients qui sont sortis de l'hôpital, ainsi que les patients actuellement hospitalisés. Les visites aux urgences ne sont pas incluses dans le nombre d'hospitalisations déclarées.
 - L'admission aux soins intensifs comprend tous les cas pour lesquels une date d'admission aux soins intensifs a été rapportée au moment de l'extraction des données. Il s'agit d'un sous-ensemble du nombre de cas d'hospitalisation. Elle comprend les cas qui ont été traités ou qui sont actuellement traités dans une unité de soins intensifs.
- Les décès sont déterminés en utilisant le champ des résultats dans la GCC. Tout cas marqué « Fatal » est inclus dans les données de décès, à l'exception des répondants qui ont inscrit « OUI » pour MSLD_Résident. Le champ Type de décès de la GCC n'est pas utilisé pour catégoriser davantage les données.

Référence

1. Gouvernement de l'Ontario. (2020) « L'Ontario élargit la collecte de données pour aider à arrêter la propagation de la COVID-19 ». Salle de presse, <https://news.ontario.ca/fr/release/57217/ontario-elargit-la-collecte-de-donnees-pour-aider-a-freiner-la-propagation-de-la-covid-19>.
2. Ibid.
3. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. (2016). Concevoir la charge en tenant compte du concept d'égalité <https://ccnmi.ca/publications/concevoir-la-charge-en-tenant-compte-du-concept-d-egalite/>.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). COVID-19 Racial and Ethnic Disparities. (Anglais seulement) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/racial-ethnic-disparities/disparities-illness.html>.
5. Santé publique Ontario (2020) : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?la=fr>.
6. Santé publique Ontario (2020) : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/event-presentations/2021/covid-19-rounds-inequitable-risk-of-exposure-at-work.pdf?la=fr>.
7. Covid-19 Advisory for Ontario. Benefits of paid sick leave during the Covid-19 pandemic. (Anglais seulement) <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/benefits-of-paid-sick-leave-during-the-covid-19-pandemic/>.
8. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2020). La COVID-19 en Ontario – un regard sur la diversité : 15 janvier 2020 – 14 mai 2020. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?la=fr>. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).
9. CODP (2020). Déclaration de la CODP : La lutte contre la COVID 19 dépend de la collecte de données démographiques Commission ontarienne des droits de la personne http://www.ohrc.on.ca/fr/centre_des_nouvelles/d%C3%Agclaration-de-la-codp-la-lutte-contre-la-covid-19-d%C3%Agpend-de-la-collecte-de-donn%C3%Ages-d%C3%Agmographiques.
10. Direction générale de l'action contre le racisme. (2017). Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme, Ontario.ca. <https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-de-reperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique/contexte>.
11. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). L'équité en santé : Parlons-en Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf
12. CODP (2012). La discrimination raciale. Commission ontarienne des droits de la personne <http://www.ohrc.on.ca/fr/la-discrimination-raciale-brochure>.
13. Williams, D. R., Lawrence, J. A., et Davis, B. A. (2019). Racism and Health: Evidence and Needed Research. (Anglais seulement) Annual Review of Public Health, 40(1), 105–125 <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>.
14. Kendi, I X. (2019). How to be an Antiracist. New York: One World
15. Nestel, S. (2012). Colour Coded Health Care: The Impact of Race and Racism on Canadians' Health. Wellesley Institute. (Anglais seulement) <https://www.wellesleyinstitute.com/health/colour-coded-health-care-the-impact-of-race-and-racism-on-canadians-health/>.
16. Nnorom, Onye, et coll. « Dying to Learn: A Scoping Review of Breast and Cervical Cancer Studies Focusing on Black Canadian Women. » Journal of Health Care for the Poor and Underserved, Johns Hopkins University Press, 2019 (anglais seulement), muse.jhu.edu/article/737220.
17. Direction générale de l'action contre le racisme. (2017). Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme, Ontario.ca. <https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-de-reperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique/contexte>.
18. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (202AD). Introduction à la collecte de données sur la race, le revenu... - Santé publique Ontario Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/main/2020/06/introducing-race-income-household-size-language-data-collection.pdf?sc_lang=fr.

Auteur/remerciements

Auteur :

Dr Kwame McKenzie, chef de la direction,
Wellesley Institute

Sané Dube, médecine sociale et santé de la population,
University Health Network

Stephen Petersen, Analytique stratégique,
Santé Ontario

Santé Ontario, équipe de l'équité, de l'inclusion,
de la diversité et de l'antiracisme

Remerciements :

Nous remercions les personnes suivantes pour leur
contribution à ce rapport :

Dr Andrew Pinto, Hôpital St. Michael's

Angela Robertson, Centre de santé communautaire
Parkdale Queen West

Dr Arjumand Siddiqi, Université de Toronto

Avvy Yao-Yao Go, Clinique juridique de Chine et d'Asie
du Sud-Est

Corey Bernard, Santé Ontario

Dr Fareen Karachiwalla, Santé publique de la région de York

Liben Gebremikael, Centre de santé communautaire
TAIBU

Dre Lisa Simon, Bureau de santé du district de Simcoe-
Muskoka

Paul Bailey, Black Health Alliance

Raj Dhir, Commission ontarienne des droits
de la personne

Samya Hasan, Conseil des agences au service des
Asiatiques du Sud

Nous tenons également à remercier :

Allyson Collymore et Sunita Kosaraju, Direction de
l'antiracisme

Yolande Davidson et Carley Hay, Direction des
populations autochtones, de langue française et
prioritaires du ministère de la Santé.

Pam Leece, Karin Hohenadel et Karen Johnson, Santé
publique Ontario

Dre Fiona Kouyoumdjian et Jason Globerman, Bureau
du médecin-chef de la santé publique.

Figure 1. Nombre de cas hebdomadaires par habitant selon la race en Ontario (26 juin 2020 au 21 avril 2021)

SEMAINE	NOIR	ASIATIQUE DE L'EST	LATINO-AMÉRICAIN	MOYEN-ORIENTAL	SUD-ASIATIQUE	ASIATIQUE DU SUD-EST	BLANC
2020s26	9,717 786	1,372 503	12,248 02	9,038 496	11,561 05	8,753 619	0,879 519 2
2020s27	10,514 33	1,258 128	18,372 03	8,216 814	13,908 02	12,344 85	1,168 981
2020s28	15,771 49	0,343 125 8	13,268 69	7,395 133	16,863 48	7,406 909	0,890 652 4
2020s29	21,506 57	0,457 501	17,861 7	7,395 133	11,126 42	2,693 421	1,692 24
2020s30	22,940 35	0,457 501	9,186 017	11,229 65	6,258 611	3,366 777	2,093 033
2020s31	14,974 95	0,686 251 5	7,655 014	10,681 86	4,433 183	2,693 421	1,836 971
2020s32	11,948 1	0,457 501	14,799 69	13,694 69	6,867 087	2,693 421	1,736 772
2020s33	10,195 71	1,029 377	16,841 03	7,669 027	11,908 75	1,795 614	1,358 245
2020s34	18,957 65	1,486 878	6,124 011	10,134 07	13,994 95	2,020 066	1,447 31
2020s35	24,374 12	0,571 876 3	4,082 674	13,968 58	17,471 96	3,815 68	1,658 84
2020s36	29,790 59	1,486 878	13,268 69	18,624 78	22,078 99	18,405 05	1,580 908
2020s37	42,694 53	3,202 507	23,985 71	36,427 88	23,730 57	24,240 79	4,208 333
2020s38	69,617 58	2,859 381	40,826 74	44,370 8	35,291 61	17,058 33	6,568 561
2020s39	63,563 88	5,375 637	52,564 43	35,606 2	41,463 3	30,974 34	7,615 078
2020s40	56,554 33	7,205 641	44,909 42	39,166 82	35,465 46	24,914 15	7,225 418
2020s41	75,352 67	11,895 03	103,087 5	64,365 04	69,279 35	49,154 94	12,947 86
2020s42	76,467 83	13,153 15	130,135 2	75,594 69	82,491 97	61,724 24	12,034 94
2020s43	78,538 83	15,783 78	106,149 5	87,919 91	112,741 9	75,415 79	11,589 61
2020s44	86,185 61	14,411 28	168,920 6	104,353 5	132,039 3	68,457 79	11,801 14
2020s45	87,460 08	18,643 17	209,747 4	120,513 3	193,234 6	104,145 6	15,753 41
2020s46	93,035 85	18,300 04	177,596 3	145,985 4	253,126 1	129,284 2	16,978 06
2020s47	89,053 15	22,188 8	163,817 3	141 877	268,685 6	129,284 2	19,972 88
2020s48	108,010 8	41,975 72	203 113	164,062 4	282,506 7	161,829 7	23,034 5
2020s49	123,304 4	44,835 1	201 582	181,317 7	260,08	167,665 5	28,801 47
2020s50	120,914 7	40,946 34	219,443 7	182,961 1	240,000 4	158,014 1	31,529 09
2020s51	122,667 1	44,949 47	250,063 8	179,400 5	228,178 5	203,577 8	35,681 76
2020s52	154,369 4	66,680 77	365,909 7	227 058	276,508 9	242,632 4	51,546 5
2021s1	184,637 9	67,138 28	389,895 4	251,434 5	307 715	275,402 3	54,663 79
2021s2	206,303 8	54,099 49	359,275 3	243,217 7	313,712 9	271,137 8	44,900 01
2021s3	169,981 6	44,720 73	287,828 5	190,630 1	253,995 3	221,309 4	35,203 03
2021s4	133 978	41,746 97	226,078 1	165,705 7	191,496 1	210,984 7	30,360 11
2021s5	108,807 3	43,119 47	180 148	149 546	151,684 4	170,583 3	23,669 09
2021s6	91,283 46	31,910 7	159,734 6	116,678 8	119,348 2	108,410 2	20,162 14
2021s7	64,997 65	20,473 17	113,294 2	107,914 2	91,792 96	73,171 28	15,775 68
2021s8	80,450 52	25,963 18	124,011 2	96,136 73	105 701	86,862 84	16,911 26
2021s9	76,467 83	24,705 06	137,279 9	104,353 5	96,399 99	92,025 23	19,638 89
2021s10	88,097 31	26,992 56	169 431	115,035 4	112,133 4	97,187 62	24,036 48
2021s11	93,991 7	31,796 32	176,575 7	129,825 7	131,604 7	116,041 6	30,304 45
2021s12	117,887 9	44,263 22	226,588 4	168,718 6	181,586 6	148,811 5	36,171 62
2021s13	148,634 3	55,700 75	282,214 8	208 981	229,047 8	195 722	48,017 3
2021s14	179,699 4	66,566 4	329,165 6	244,313 3	289,634 6	218,391 6	56,289 23
2021s15	246,449 4	72,056 41	380,709 4	323,468 6	341,007 4	285,951 6	65,284 82

Figure 2. Taux d'infection cumulatif par habitant selon la race/le sexe en Ontario (du 26 juin 2020 au 21 avril 2021)

ETHNICITÉ	TOTAL	HOMME	FEMME
LATINO-AMÉRICAIN	6326.103598	6568.423301	6017.007135
SUD-ASIATIQUE	5744.709518	6166.388894	5270.408163
MOYEN-ORIENTAL	4708.234617	4732.844841	4633.133105
ASIATIQUE DU SUD-EST	4433.820394	4685.863205	4196.769868
NOIR	3744.055822	3553.852904	3875.15274
ASIATIQUE DE L'EST	1072.496755	1128.904086	1008.615713
BLANC	867.5399513	849.7821797	874.8267838

Tableau 1A Taux d'infection et de formes graves subséquentes par habitant, normalisés selon l'âge, selon la race en Ontario (du 26 juin 2020 au 21 avril 2021)

Cas		Hospitalisations		Admission aux soins intensifs		Mortalité	
RACE	CAS	RACE	CAS	RACE	CAS	RACE	CAS
BLANC	800,9753	BLANC	20,45832	BLANC	3,370163	BLANC	2,64645
ASIATIQUE DE L'EST	982,7298	ASIATIQUE DE L'EST	34,92329	ASIATIQUE DE L'EST	7,239161	ASIATIQUE DE L'EST	4,40325
NOIR	3649,445	SUD-ASIATIQUE	114,0686	NOIR	20,42612	SUD-ASIATIQUE	10,48945
ASIATIQUE DU SUD-EST	4093,357	NOIR	128,53	SUD-ASIATIQUE	20,89557	NOIR	12,12836
MOYEN-ORIENTAL	4359,819	ASIATIQUE DU SUD-EST	131,0473	MOYEN-ORIENTAL	29,27268	MOYEN-ORIENTAL	13,99493
SUD-ASIATIQUE	5328,958	MOYEN-ORIENTAL	146,1863	ASIATIQUE DU SUD-EST	33,34357	ASIATIQUE DU SUD-EST	17,4806
LATINO-AMÉRICAIN	5682,197	LATINO-AMÉRICAIN	186,8431	LATINO-AMÉRICAIN	35,0829	LATINO-AMÉRICAIN	20,19435

Tableau 1B Analyse de sensibilité : Taux d'infection et de formes graves subséquentes par habitant, normalisés selon l'âge, selon la race en Ontario (du 26 juin 2020 au 21 avril 2021)

Cas		Hospitalisations		Admission aux soins intensifs		Mortalité	
RACE	CAS	RACE	CAS	RACE	CAS	RACE	CAS
ASIATIQUE DE L'EST	982,7298	ASIATIQUE DE L'EST	34,92329	ASIATIQUE DE L'EST	7,239161	ASIATIQUE DE L'EST	4,40325
BLANC	2556,342	BLANC	83,71854	BLANC	14,69068	SUD-ASIATIQUE	10,48945
NOIR	3649,445	SUD-ASIATIQUE	114,0686	NOIR	20,42612	NOIR	12,12836
ASIATIQUE DU SUD-EST	4093,357	NOIR	128,53	SUD-ASIATIQUE	20,89557	MOYEN-ORIENTAL	13,99493
MOYEN-ORIENTAL	4359,819	ASIATIQUE DU SUD-EST	131,0473	MOYEN-ORIENTAL	29,27268	BLANC	14,11236
SUD-ASIATIQUE	5328,958	MOYEN-ORIENTAL	146,1863	ASIATIQUE DU SUD-EST	33,34357	ASIATIQUE DU SUD-EST	17,4806
LATINO-AMÉRICAIN	5682,197	LATINO-AMÉRICAIN	186,8431	LATINO-AMÉRICAIN	35,0829	LATINO-AMÉRICAIN	20,19435

