

# StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



## Inégalités des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 selon le type de quartier au Canada

par Rajendra Subedi, Nicole Aitken

Date de diffusion : le 9 mai 2022



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

---

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca)

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- |   |                |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques                                    | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur   | 1-514-283-9350 |

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2022

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

---



## Inégalités des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 selon le type de quartier au Canada

par Rajendra Subedi, Nicole Aitken

La pandémie de COVID-19 a ajouté un fardeau disproportionné en matière de santé chez les populations et dans les quartiers au Canada (Edward, 2021; PHAC, 2020). Certaines études ont montré des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevés chez les populations à faible statut socioéconomique (SSE) (Hawkins, Charles, & Mehaffey, 2020; Miller, Wherry, & Mazumder, 2021). D'autres études ont montré des répercussions disproportionnées de la COVID-19 chez les minorités ethniques et les immigrants (Clark, Fredricks, Woc-Colburn, Bottazzi, & Weatherhead, 2020; Edward, 2021; Wadhwa, Wadhwa, & Gaba, 2020; Yanez, Weiss, Romand, & Treggiari, 2020). Au Canada, des inégalités dans les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 ont aussi été observées selon les caractéristiques du logement, la composition ethnoculturelle au niveau du quartier et le revenu des ménages (Blair, et al., 2022; Subedi, Greenberg, & Turcotte, 2020). Toutefois, on comprend très peu l'effet combiné des caractéristiques socioéconomiques, démographiques et ethnoculturelles au niveau des quartiers sur les risques de mortalité attribuable à la COVID-19.

Les indicateurs propres au quartier sont utiles pour comprendre les inégalités en matière de santé dans les domaines où les données individuelles sont insuffisantes ou peuvent ne pas être facilement accessibles (Statistics Canada, 2019). La Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (BCDECD) ne comprend pas les variables socioéconomiques et ethnoculturelles, mais ces variables peuvent être ajoutées en utilisant un nouvel outil de classification géographique appelé « Typologie de l'environnement social canadien (TESCan) ». Au moyen d'une géographie standard (aire de diffusion), les données de TESCan sont jointes à la BCDECE, ce qui permet d'examiner les inégalités au niveau du quartier, en lien avec les taux de mortalité attribuable à la COVID-19.

L'outil de classification TESCan classe les aires de diffusion (AD) de la région métropolitaine de recensement et de l'agglomération de recensement de l'ensemble du Canada en types de quartiers, et ce, en fonction de leurs similitudes et de leurs différences selon 30 variables socioéconomiques, démographiques et ethnoculturelles provenant du Recensement de la population de 2016. L'outil TESCan a été utilisé pour comprendre les inégalités dans les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 en 2020 pour six types de quartiers au Canada, à savoir : 1) Quartiers de banlieue à niveau élevé de SSE; 2) Quartiers de banlieue à faible niveau de SSE; 3) Quartiers constitués d'une population âgée ou vivant en établissements; 4) Quartiers urbains à niveau élevé de SSE; 5) Quartiers urbains multiculturels densément peuplés, et 6) Quartiers des grandes villes et ayant une forte proportion de personnes désignées comme Asiatiques du Sud et de l'Est. Les définitions de type de quartier se trouvent dans la section de la source de données. Il est possible d'obtenir d'autres renseignements sur la TESCan [en ligne](#).

### En 2020, les taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisés selon l'âge, étaient plus élevés dans les quartiers caractérisés par une forte proportion de personnes âgées, de populations vivant en établissements, d'immigrants et de familles à faible revenu

Au Canada, en 2020, certains types de quartiers affichaient des taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisés selon l'âge, sensiblement plus élevés (graphique 1). Le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 était le plus élevé dans les quartiers caractérisés par une population composée de ménages à faible revenu et comportant

# StatCan et la COVID-19 :

## Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



une proportion élevée de personnes âgées ou de personnes vivant dans un logement collectif institutionnel, comme un foyer pour personnes âgées, un hôpital ou un foyer de soins de longue durée (c.-à-d. des quartiers constitués d'une population âgée ou vivant en établissements). Ensemble, ces quartiers ont déclaré 148,4 décès pour 100 000 habitants au Canada, soit près de six fois plus que le type de quartier ayant signalé les taux de mortalité les plus faibles (c.-à-d. les quartiers de banlieue à faible niveau de SSE). Cela pourrait résulter de la propagation rapide de la COVID-19 en 2020 dans les quartiers où la population âgée la plus vulnérable vit dans des logements collectifs institutionnels. Ce résultat est conforme à une analyse antérieure, qui avait signalé des décès attribuables à la COVID-19 significativement plus élevés chez les résidents en soins de longue durée au Canada (ICIS, 2020).

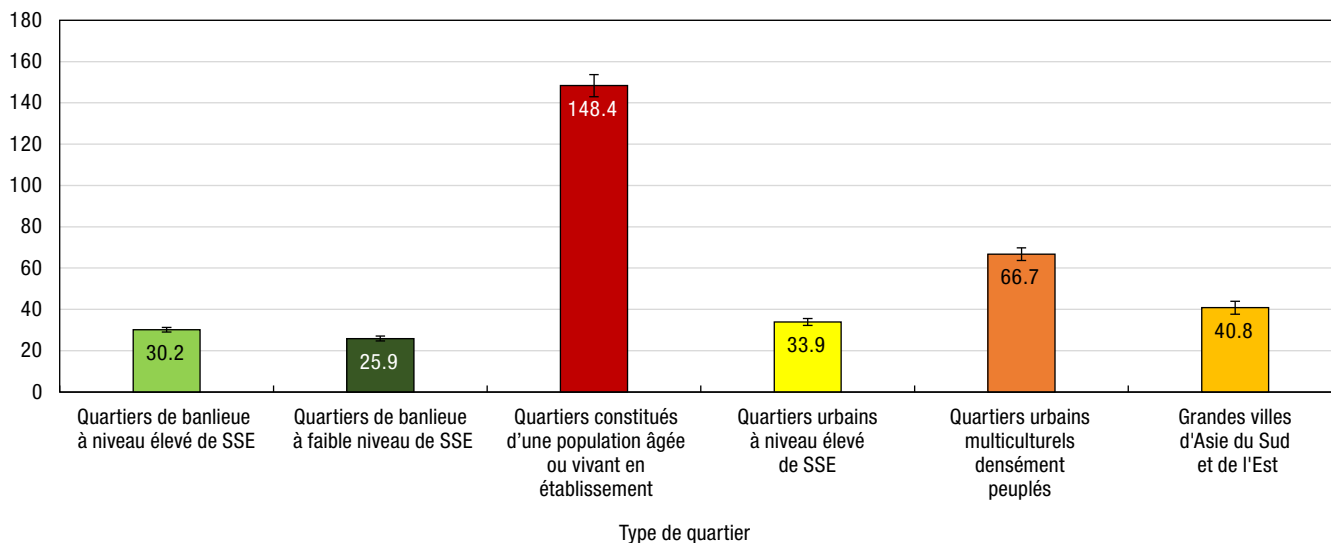
Les quartiers urbains densément peuplés, caractérisés par une très forte proportion d'immigrants, de familles monoparentales et de familles à faible revenu (c.-à-d. des quartiers urbains multiculturels densément peuplés), ont également un taux de mortalité attribuable à la COVID-19 beaucoup plus élevé (66,7/100 000 habitants) que les autres types de quartiers. Le taux était 2,6 fois plus élevé que le type de quartier ayant déclaré les taux de mortalité les plus faibles (c.-à-d. les quartiers de banlieue à faible niveau de SSE).

Les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevés observés dans le quartier urbain multiculturel densément peuplé pourraient être le résultat d'une infection et d'une transmission plus élevée de la COVID-19 chez la population à faible niveau de SSE vivant dans des quartiers composés d'immeubles à logements multiples plus densément peuplés, entourés d'espaces et de verdure relativement moins ouverts (Spotswood, et al., 2021). Le risque accru de mortalité attribuable à la COVID-19 est probablement lié à une combinaison de facteurs, dont les contacts avec le public, la géographie, les niveaux de revenu, l'observation des restrictions en matière de santé publique, la fréquence plus élevée des ménages à faible revenu occupant un emploi qui nécessite un plus grand contact avec le public, et bien d'autres.

### Graphique 1

#### Taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisés selon l'âge, pour 100 000 habitants, au Canada, par type de quartier, 2020

taux de mortalité par 100 000 habitants normalisé selon l'âge



Source : Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2020, Typologie de l'environnement social canadien et Recensement de la population 2016.



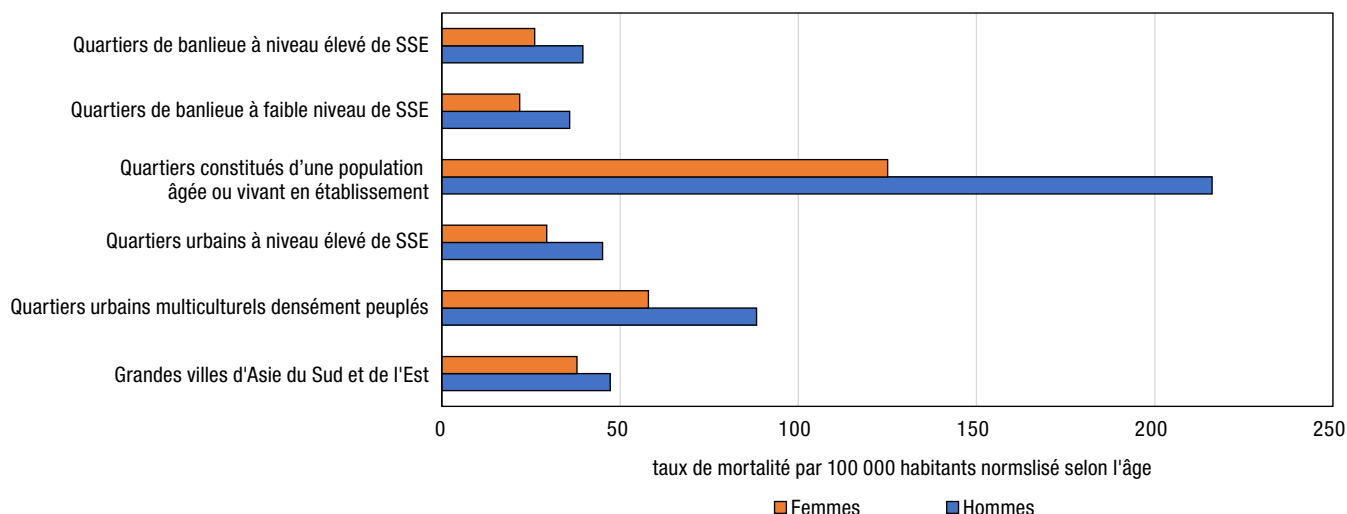
## Les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes de tous les types de quartier en 2020

Les taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisés selon l'âge, étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, quel que soit le type de quartier au Canada (graphique 2), ce qui est conforme à d'autres études qui ont révélé des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevés chez les hommes que chez les femmes (O'Brien, Du, & Peng, 2020; Yanez, Weiss, Romand, & Treggiari, 2020). La plus grande différence au niveau de la mortalité entre les hommes et les femmes a été observée dans les quartiers constitués d'une population âgée ou vivant en établissements, où le taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisé selon l'âge pour les hommes, était 1,7 fois plus élevé que celui des femmes. Les taux plus élevés de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les hommes, en général, pourraient être liés à des facteurs biologiques (p. ex. réaction immunitaire) et à des facteurs de risque comportementaux (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool et autres habitudes de vie), qui créent un plus grand risque de complications et de décès liés à la COVID-19 chez les hommes (Bwire, 2020; Capuana, Rossi, & Paolisso, 2020).

### Graphique 2

**Taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants au Canada, par type de quartier et par sexe, 2020**

Type de quartier



Source : Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2020, Typologie de l'environnement social canadien et Recensement de la population 2016.

## Le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 pour la région métropolitaine de recensement de Montréal était plus élevé que le taux national, pour tous les types de quartiers en 2020

Toronto et Montréal, les deux plus grandes villes du Canada, ont enregistré un plus grand nombre d'infections et de décès attribuable à la COVID-19 en 2020 que les autres villes. Le taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisé selon l'âge, dans la région métropolitaine de recensement de Montréal était 2,3 fois plus élevé que

# StatCan et la COVID-19 :

## Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



celui de Toronto, et 2,7 fois plus élevé que le taux national. Pour Toronto, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19, normalisé selon l'âge, était 1,2 fois plus élevé que le taux national. En générale, les taux de mortalité attribuables à la COVID-19 entre Montréal et Toronto étaient semblables. Le taux le plus élevé dans la région métropolitaine de recensement de Montréal a été observé dans les quartiers constitués d'une population âgée ou vivant en établissements (475,3 pour 100 000 habitants), suivi par les quartiers urbains multiculturels densément peuplés (105,5 pour 100 000 habitants) (carte 1). Même si le taux de mortalité dans la région métropolitaine de recensement de Toronto était inférieur à celui de Montréal (carte 2), les quartiers constitués d'une population âgée ou vivant en établissements affichaient le taux de mortalité le plus élevé dans les deux villes. Par contre, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 le plus faible a été observé dans les quartiers suburbains à niveau élevé de SSE (68,5 pour 100 000 habitants) à Montréal, contrairement aux quartiers suburbains à faible niveau de SSE (34,0 pour 100 000 habitants) à Toronto. Les quartiers suburbains à niveau élevé de SSE présentaient un taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevé que les quartiers suburbains à faible niveau de SSE au Canada, ainsi qu'à Toronto, mais pas à Montréal. Cette situation pourrait résulter de l'emplacement relatif des quartiers par rapport au noyau urbain le plus touché par la pandémie. Les quartiers de banlieue à faible niveau de SSE sont plus éloignés du noyau urbain central de Toronto (carte 1), alors qu'ils sont également répartis à Montréal (carte 2). À Montréal, il y avait moins de distinction entre les types de quartiers situés à l'extérieur des quartiers constitués d'une population âgée et vivant en établissements et des quartiers urbains multiculturels densément peuplés. Il n'y a pas de différence importante dans le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 entre les autres types de quartiers.

En plus de l'emplacement des quartiers, la différence importante entre les quartiers de banlieue de Toronto pourrait aussi être liée à une densité de population plus faible et à des ménages de plus petite taille habitant dans les quartiers de banlieue de faible niveau de SSE par rapport aux quartiers suburbains de niveau élevé de SSE. Des études ont montré des corrélations positives entre la densité de la population, la taille des ménages et les taux d'infection et de mortalité attribuables à la COVID-19 (Ke & Zhenghao, 2020; Martins-Filho, 2021; Yang & Aitken, 2021).

En générale, les quartiers urbains affichaient un taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevé que les quartiers de banlieue de Montréal et de Toronto. Cela pourrait résulter d'une transmission plus rapide de la COVID-19 au sein des quartiers urbains densément peuplés. Pourtant, les quartiers où la proportion de personnes âgées et de personnes vivant en établissements était plus élevée présentaient un taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevé, malgré leur emplacement urbain ou en banlieue. Cette constatation reflète la vulnérabilité de la population âgée et vivant en établissements à la pandémie de COVID-19. Bien que le taux de mortalité uniformisé selon l'âge dans les quartiers urbains à forte densité de population était ait été légèrement plus élevé que dans les quartiers de banlieue, il était significativement considérablement plus faible que dans les autres types de quartiers urbains. Il indique que le statut socioéconomique a joué un rôle important, de même que d'autres facteurs, comme la densité de population et la taille des ménages, dans la détermination du taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers urbains du Canada. De plus, la réponse économique et les régimes de travail pendant la pandémie, ainsi que les mesures de confinement imposées différemment par les gouvernements du Québec et de l'Ontario peuvent avoir contribué différemment au taux de mortalité attribuable à la COVID-19 à Montréal et à Toronto.

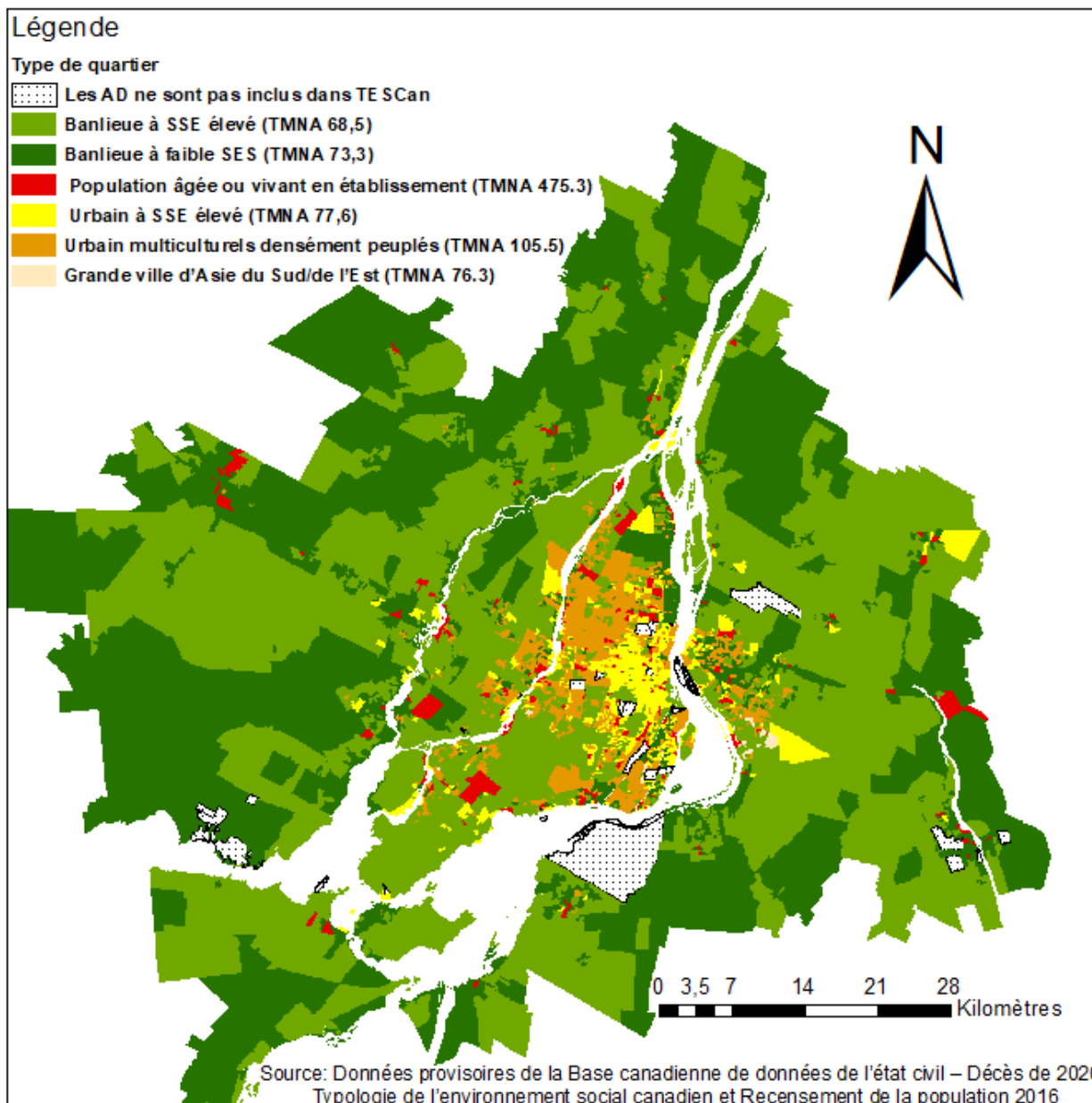
# StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Carte 1

Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 normalisé selon l'âge (TMNA), par 100 000 habitants, selon le type de quartier pour la région métropolitaine de recensement de Montréal



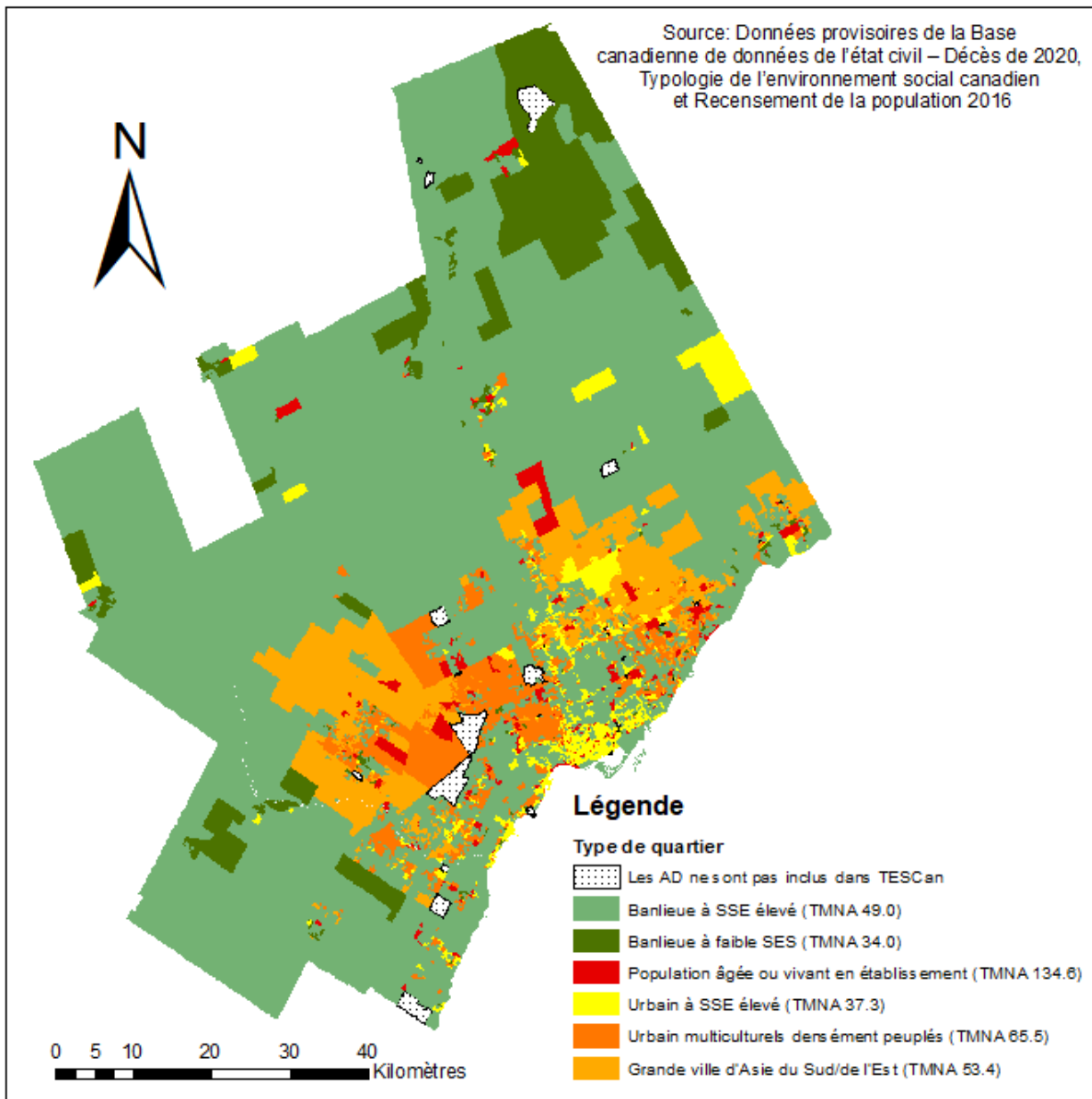
# StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Carte 2

Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 normalisé selon l'âge (TMNA), par 100 000 habitants, selon le type de quartier pour la région métropolitaine de recensement de Toronto





# StatCan et la COVID-19 :

## Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



La pandémie de COVID-19 a ajouté un fardeau disproportionné sur la santé à certains sous-groupes de population au Canada. Les quartiers où la proportion de la population âgée et vivant en établissements, la population à faible revenu et la population d'immigrants étaient plus élevées, ont été touchés de façon disproportionnée par la COVID-19. Ces résultats peuvent contribuer à éclairer les efforts de santé publique visant à protéger davantage les groupes de population qui sont plus vulnérables à des risques spécifiques pour la santé au Canada. Statistique Canada continuera de fournir des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 pour certains sous-groupes de la population, au fur et à mesure que davantage de données seront disponibles afin de donner plus de renseignements sur l'évolution de la pandémie.

## Source de données

Les données utilisées pour cette analyse comprenaient les décès finaux anonymisés attribuables à la COVID-19 tirés de la Base canadienne de données de l'état civil – Décès survenus entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2020, les données de la Typologie de l'environnement social canadien (TESCan) et le Recensement de la population de 2016, calculées au niveau de l'aire de diffusion (AD) du recensement. Dans la présente étude, un quartier correspond à une AD.

Il existe diverses façons de mesurer la mortalité attribuable à la pandémie de COVID-19. Dans le cadre de cette analyse, on utilise les certificats de décès sur lesquels la COVID-19 est inscrite comme cause principale de décès. Statistique Canada et les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil utilisent deux codes pour indiquer que la COVID-19 a été déclarée comme cause de décès : U071 pour la COVID-19 précisée comme confirmée par un résultat de test positif et U072 pour la COVID-19 décrite comme étant « possible », « probable » ou « en attente d'un résultat de test (positif) ». Les données sur la COVID-19 figurant dans la présente étude sont provisoires, puisqu'elles ne rendent pas compte de tous les décès qui sont survenus pendant la période de référence, en raison des délais de déclaration et du fait que les données ne sont pas accessibles pour le Yukon.

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants ont été calculés pour chaque type de quartier au moyen de la population agrégée du Recensement de la population de 2016. La méthode directe de correction pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population a permis de corriger tous les taux en fonction du Recensement de la population de 2011 par tranches d'âge de cinq ans. L'intervalle de confiance illustre le degré de variabilité associé à un taux. De larges intervalles de confiance indiquent une variabilité élevée, ce qui signifie que ces taux doivent être interprétés avec prudence. Lorsqu'on compare des estimations, il est important d'utiliser des intervalles de confiance pour déterminer si les différences entre les valeurs sont statistiquement significatives.

Une AD représente une petite unité géographique relativement stable formée d'un ou de plusieurs îlots de diffusion avoisinants dont la population moyenne compte entre 400 et 700 habitants. Il s'agit de la plus petite région géographique normalisée pour laquelle toutes les données du recensement sont diffusées.

Les types de quartiers utilisés dans la présente analyse sont définis comme l'ensemble des aires de diffusion qui sont semblables en termes de caractéristiques sélectionnées (variables). Cet ensemble de données ne comprend que 43 144 aires de diffusion provenant de la région métropolitaine de recensement (RMR) et de l'agglomération de recensement (AR) du Canada. On a exclu de l'analyse les AD à l'égard desquelles les données recueillies au moyen du questionnaire abrégé ou du questionnaire détaillé du recensement n'ont pas été diffusées pour des raisons relatives à la confidentialité ou à la qualité des données. Les aires de diffusion réserves indiennes ont également été exclues de l'analyse. Voici les principales caractéristiques de chaque type de quartier utilisé dans l'analyse :

**Quartiers de banlieue à niveau élevé de SSE :** Dans les quartiers faisant partie de cette grappe, la densité de la population est moyenne, mais le nombre de personnes par ménage est supérieur à la moyenne; la proportion de familles monoparentales est inférieure à la moyenne; il y a une proportion élevée de ménages dont au moins un membre détient un diplôme universitaire égal ou supérieur au baccalauréat; le taux de chômage est bas, et



# StatCan et la COVID-19 :

## Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



le revenu du ménage est supérieur à la moyenne, tout comme la proportion de personnes occupant un poste de gestion ou exerçant un emploi professionnel; le taux de propriété de ses logements est élevé, et la proportion de ménages dont le logement requiert des réparations importantes est peu élevée.

**Quartiers de banlieue à faible niveau de SSE :** Dans les quartiers faisant partie de cette grappe, la densité de la population est relativement basse; le nombre de personnes par ménage est inférieur à la moyenne, mais on y trouve une proportion plus élevée que la moyenne de familles monoparentales; la proportion de ménages dont au moins un membre détient un diplôme universitaire égal ou supérieur au baccalauréat est très faible, tout comme la population d'immigrants récents, tandis que la proportion d'Autochtones est supérieure à la moyenne. On observe aussi une proportion relativement élevée de travailleurs dans les domaines de la fabrication ainsi que des ventes et des services; la valeur médiane des logements est relativement basse, et le revenu familial rajusté est peu élevé.

**Quartiers constitués d'une population âgée ou vivant en établissement :** Les ménages de cette grappe sont de très petite taille; une très faible proportion de la population est âgée de 14 ans et moins, mais une très forte proportion a 65 ans et plus; il y a une proportion très élevée de personnes vivant en établissement; il y a aussi une très forte proportion de ménages à faible revenu et de personnes recevant des paiements de transfert gouvernementaux. Le taux de propriété de ses logements est bas, et le revenu familial rajusté est très peu élevé.

**Quartiers urbains à niveau élevé de SSE :** Dans les quartiers de cette grappe, la densité de la population est très élevée, et la proportion d'enfants âgés de 14 ans et moins est très faible; les ménages sont de très petite taille; il y a une très faible proportion de travailleurs exerçant une profession dans le domaine de la fabrication, mais une très forte proportion de personnes qui exercent un emploi professionnel; la proportion de ménages dont un membre détient un diplôme universitaire est supérieure à la moyenne; le taux de propriété de son logement est très bas, et une très forte proportion de la population consacre plus de 30 % de son revenu aux coûts du logement. Enfin, la valeur des logements est supérieure à la moyenne. La plupart de ces AD se trouvent au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique.

**Quartiers urbains multiculturels densément peuplés :** Dans les quartiers de cette grappe, la densité de la population est très élevée; la proportion d'enfants âgés de 14 ans et moins est relativement élevée; on y trouve une proportion élevée de familles monoparentales et de personnes recevant des paiements de transfert gouvernementaux; le taux de chômage est élevé; il y a une très forte proportion d'immigrants récents et d'immigrants en général; une proportion élevée de la population active travaille dans les domaines des ventes et des services; le taux de propriété du logement est très bas, tout comme le revenu familial rajusté. Les AD de cette grappe se trouvent principalement au Québec, en Ontario et en Alberta.

**Quartiers des grandes villes et ayant une forte proportion de personnes désignées comme Asiatiques du Sud et de l'Est :** Dans les quartiers de cette grappe, la densité de population est élevée; les ménages sont de très grande taille; il y a une très forte proportion d'immigrants et de membres de minorités visibles originaires de l'Asie du Sud et de l'Asie de l'Est; une très forte proportion de la population ne parle ni l'une ni l'autre des langues officielles du Canada. Enfin, la valeur des logements est très élevée. Les AD de cette grappe sont situées pour la plupart dans les RMR de Montréal, de Toronto, de Calgary et de Vancouver.

Il convient d'être plus prudent dans l'interprétation des résultats, car les données démographiques et socioéconomiques utilisées pour générer la typologie proviennent du Recensement de la population de 2016, tandis que les données sur les décès attribuables à la COVID-19 proviennent de 2020. Veuillez consulter le [Dictionnaire, Recensement de 2016](#) pour obtenir des définitions détaillées des concepts, des variables, des termes géographiques et des renseignements historiques du Recensement de la population.

On peut obtenir de plus amples renseignements sur les données de la Typologie de l'environnement social canadien (TESCan) sur le [site Web](#) ou sur demande.





## Bibliographie

BLAIR, A., S. PAN, R. SUBEDI, F.-J. YANG, N. AITKEN et C. STEENSMA. 2022. « Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020 : résultats de deux processus nationaux d'intégration de données », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 48, n° 1.

BWIRE, G. M. 2020. « Coronavirus : Why men are more vulnerable to Covid-19 than women », *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2: 874-876. doi:<https://doi.org/10.1007/s42399-020-00341-w>

CAPUANA, A., F. ROSSI et G. PAOLISSO. 17 juillet 2020. « Covid-19 Kills More Men Than Women: An Overview of Possible Reasons », *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, vol. 7, p. 1 à 7. doi:<https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00131>

ICIS. 2020. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays?*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé. Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>

CLARK, E., K. FREDRICKS, L. WOC-COLBURN, M.E. BOTTAZZI et J. WEATHERHEAD. 2020. « Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on immigrant communities in the United States », *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 14, n° 7. doi:10.1371/journal.pntd.0008484

CLARK, J. Juin 2021. « Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes au Canada », *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2021001/article/00025-fra.pdf?st=9oO7Nm5z>

EDWARD, N. 2021. « Décès liés à la COVID-19 chez les immigrants : données probantes des premiers mois de la pandémie », *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00017-fra.htm>

HAWKINS, R. B., E.J. CHARLES et J.H. MEHAFFEY. 2020. « Socio-economic status and COVID-19-related cases and fatalities », *Public Health*, n° 189, p. 129 à 134. doi:10.1016/j.puhe.2020.09.016

KE, C., et L. ZHENGHAO. Décembre 2020. « The spread rate of SARS-CoV-2 is strongly associated with population density », *Journal of Travel Medicine*, vol. 27, no 8. doi:<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa186>

MARTINS-FILHO, P. R. 2021. « Relationship between population density and COVID-19 incidence and mortality estimates: A country-level analysis », *Journal of Infection and Public Health*, vol. 14, n° 8, p. 1087 à 1088. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.06.018>

MILLER, S., L.R. WHERRY et B. MAZUMDER. 2021. « Estimated mortality increases during the COVID-19 pandemic by socioeconomic status, race, and ethnicity », *Health Affairs*, vol. 40. doi : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00414>

O'BRIEN, J., K. Y. DU et C. PENG. 2020. « Incidence, clinical features, and outcomes of COVID-19 in Canada: Impact of sex and age », *Journal of Ovarian Research*, vol. 13, n° 137. Extrait de <https://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13048-020-00734-4>

ASPC. 2018. *Les principales inégalités au Canada : Un portrait national*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>

# StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



ASPC. 2020. *Inégalités sociales dans les décès attribuables à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020*, Agence de la santé publique du Canada.

SPOTWOOD, E. N., M. BENJAMIN, L. STONEBURNER, M. M. WHEELER, E. E. BELLER, D. BALK et R. I. McDONALD. (2021). « Nature inequity and higher COVID-19 case rates in less-green neighbourhoods in the United States » *Nature sustainability*, vol. 4, n° 12, 1092-1098.

STATISTIQUE CANADA. 12 juin 2019. *L'Indice canadien de défavorisation multiple: Guide de l'utilisateur*. Extrait de [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-20-0001/452000012019002-fra.pdf?st=\\_ACYji-7](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-20-0001/452000012019002-fra.pdf?st=_ACYji-7)

SUBEDI, R., L. GREENBERG et M. TURCOTTE. 2020. « Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada », *StatCan et la COVID-19: Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, p. 1 à 8. Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-fra.htm>

WADHERA, R. K., P. WADHERA et P. GABA. 29 avril 2020. « Variation in COVID-19 hospitalizations and deaths across New York City Borough », *JAMA*, vol. 323, n° 21, p. 1 à 4.

YANEZ, D. N., N. S. WEISS, J.-A. ROMAND, et M. M. Treggiari. 2020. « COVID-19 mortality risk for older men and women », *BMC Public Health*, vol. 20, n° 1742. Extrait de <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09826-8>

YANG, F.-J. et N. AITKEN. 2021. « Les personnes vivant en appartements ou au sein d'un ménage plus nombreux étaient plus à risque de mourir de la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie ». *Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00004-fra.htm>

