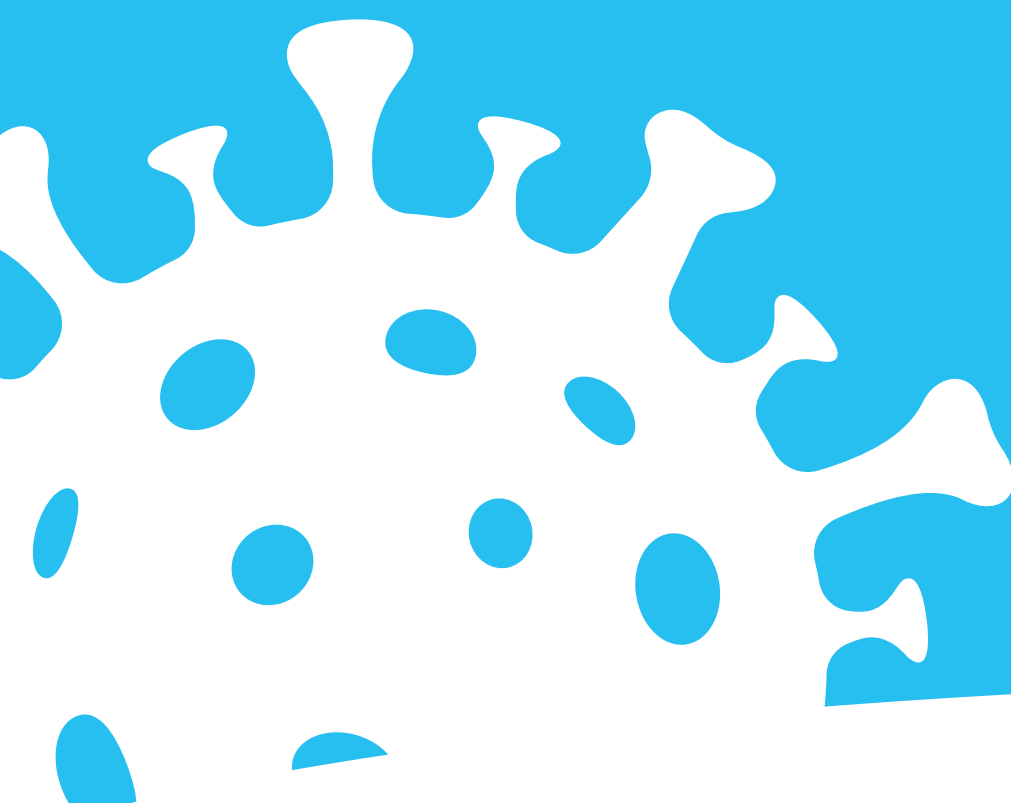


Du risque à la résilience : **UNE APPROCHE AXÉE SUR L'ÉQUITÉ CONCERNANT** la COVID-19



Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique
du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020

Canada



Also available in English under the title:
The Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada 2020

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 09002

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télécopieur : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

La présente publication est offerte, sur demande, en d'autres formats.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020

Date de publication : Octobre 2020

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP2-10E-PDF

ISBN : 1924-7087

Pub. : 200173



Table des matières

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada 2

À propos de ce rapport..... 3

PARTIE 1

La COVID-19 au Canada 4

Introduction 4

Les débuts de la COVID-19 4

Portrait épidémiologique de la COVID-19..... 5

 À l'échelle mondiale..... 5

 Au Canada..... 6

Intervention du Canada en matière de santé publique..... 13

 Approche pansociétale..... 17

 Mesures facilitant la transition vers la vie avec la COVID-19..... 17

PARTIE 2

La COVID-19 n'a pas la même incidence sur tous les Canadiens..... 19

La santé des Canadiens présentait des inégalités avant la COVID-19..... 21

Différences de morbidité et de mortalité liées à la COVID-19 21

 Facteurs qui influencent les répercussions différentielles directes de la COVID-19..... 23

Incidence des mesures de santé publique en réponse à la COVID-19..... 29

 Incidence globale sur les Canadiens 29

 Répercussions disproportionnées sur certains groupes..... 35

 Répercussions possibles à long terme..... 37

PARTIE 3

Aller de l'avant après la COVID-19..... 40

La crise peut mener au changement : une approche axée sur l'équité en matière de santé 40

Domaines d'intervention à fort impact..... 42

 Notre façon de travailler..... 42

 Notre milieu de vie..... 44

 Nos réseaux de santé, de services sociaux et d'éducation..... 47

 Notre environnement..... 51

Exigences fondamentales pour un changement structurel 52

 Réduire la stigmatisation et la discrimination..... 52

 Des données pour comprendre et prendre des décisions..... 54

 Communication..... 56

 Travailler ensemble, à tous les niveaux..... 57

La voie à suivre 63

ANNEXE 1

Chronologie des jalons clés et des interventions de la santé publique (décembre 2019 à juin 2020)..... 66

ANNEXE 2

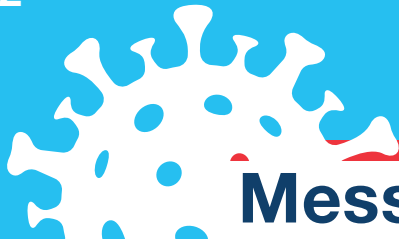
Méthodologie 68

Processus..... 68

Limites..... 69

Remerciements 70

Références 71



Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada



La pandémie de la COVID-19 a eu de graves répercussions sur la santé et sur le bien-être social et économique des Canadiens et des gens de partout dans le monde. Elle a généré des changements fondamentaux dans nos

vies quotidiennes. Malheureusement, bon nombre de Canadiens ont souffert de ses conséquences tragiques, notamment en étant atteints de la maladie ou en perdant des êtres chers, leurs emplois ou d'autres moyens de subsistance, en souffrant d'isolement ou simplement en étant privés de leurs liens sociaux habituels.

Bien que la pandémie de la COVID-19 nous touche tous, les répercussions sur la santé ont été dévastatrices pour les aînés, les travailleurs essentiels, les populations racialisées, les personnes en situation de handicap et les femmes. Nous devons améliorer les conditions sanitaires, sociales et économiques de ces populations si l'on veut atteindre l'équité en matière de santé et nous protéger tous de la menace de la COVID-19 et des futures pandémies.

C'est pourquoi mon rapport annuel met l'emphase sur la compréhension des répercussions plus vastes de la COVID-19, et offre des solutions fondées sur des données probantes. Les renseignements présentés dans le présent rapport couvrent la période de janvier à août 2020.

Il est important de ne pas perdre de vue tout le chemin que nous avons parcouru jusqu'à maintenant pour comprendre et contrôler ce virus. Je repense à la situation sans précédent à laquelle nous avons été confrontés plus tôt cette année. Au début de la crise, les différents paliers gouvernementaux du pays ont mis en place de vastes mesures de santé publique et ont réussi à aplanir la courbe; ce, avec des données et des recherches limitées sur le virus. Les Canadiens ont aussi fait leur part, plusieurs ont pris des nouvelles de leur voisinage et ont

organisé des livraisons d'épicerie pour ceux qui devaient s'isoler à leur retour de l'étranger. L'industrie et les entreprises canadiennes ont rapidement adapté leurs services et réorganisé leurs activités de fabrication pour produire l'équipement et les fournitures nécessaires. Ce ne sont là que quelques exemples des efforts remarquables déployés dans l'ensemble de la société et qui ont permis au Canada de ralentir l'épidémie pendant les mois d'été.

Toutefois, compte tenu du faible niveau d'immunité de la population, notre travail collectif n'est pas terminé. Au moment de la finalisation de ce rapport, le nombre de cas de COVID-19 a recommencé à augmenter d'un bout à l'autre du pays après une période d'interactions sociales croissantes. Pourtant, nous avons maintenant plus de connaissances sur la façon de réduire la propagation du virus et plus d'outils pour détecter les cas, retracer les contacts et soutenir l'isolement et la quarantaine. Nous en savons plus sur les manifestations cliniques de la COVID-19 et nous sommes mieux à même de prendre en charge les personnes gravement malades. Nous savons que nous devons continuer à suivre les conseils de la santé publique et à protéger les personnes qui présentent un risque élevé, tout en considérant les répercussions humaines, sociales et économiques que subissent nos communautés. Il n'y a pas de solutions faciles, et il reste des choix difficiles à faire dans les mois à venir.

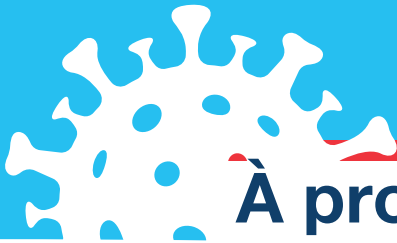
La pandémie de la COVID-19 a ébranlé notre conscience collective et nous a amenés à reconnaître que l'équité est essentielle pour assurer la sécurité sanitaire.

Cela signifie qu'il faut adopter une approche d'équité en santé dans la préparation, l'intervention et le rétablissement en cas de pandémie. Cette approche repose sur le leadership à tous les niveaux, sur l'engagement de tous les Canadiens et sur un solide système de santé publique.

En résumé : **Personne n'est protégé tant que tout le monde n'est pas protégé.**

D^{re} Theresa Tam

Administratrice en chef de la santé publique du Canada



À propos de ce rapport

Le rapport annuel de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) du Canada donne l'occasion de se renseigner sur l'état de la santé publique au Canada et de favoriser le dialogue sur les enjeux cruciaux pour la santé des Canadiens.

Cette année, il décrit les graves répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur la société canadienne, qu'elles soient directes ou consécutives aux mesures prises pour en atténuer les effets. Face à cette crise sanitaire, la collaboration entre les secteurs et entre les particuliers, les organismes communautaires, les entreprises, les gouvernements et les scientifiques a été exceptionnelle. Ce rapport expose des possibilités de tirer parti de cette collaboration pour que notre pays soit mieux préparé à faire face à de futures urgences de santé publique. Nous pouvons ainsi bâtir une société plus forte pour tous les Canadiens.

Ce rapport s'appuie sur des travaux antérieurs qui démontrent que la santé des Canadiens dépend d'un ensemble de déterminants sociaux fondamentaux.^{1, 2} La COVID-19 a mis en évidence les inégalités en matière de santé qui sont influencées par ces déterminants, révélé à quel point ces inégalités sont exacerbées dans le contexte d'une pandémie et montré comment elles peuvent empirer et prolonger la propagation de la maladie, aggravant ainsi la pandémie.

La **première partie** décrit le contexte en faisant brièvement le point sur le virus SRAS-CoV-2 et l'évolution épidémiologique de la crise de COVID-19 au fur et à mesure qu'elle s'est manifestée à l'échelle mondiale et au Canada.

La **deuxième partie** examine les répercussions directes et indirectes de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des Canadiens. Elle examine les inégalités présentes avant l'apparition de la COVID-19 et la façon dont elles ont été exacerbées par la pandémie proprement dite ainsi que par les répercussions des mesures de santé publique mises en place pour ralentir la propagation du virus.

La **troisième partie** s'inspire des succès obtenus lors d'autres crises de santé et des indicateurs préliminaires de la lutte contre la COVID-19. Elle propose des moyens de se rétablir après la pandémie de COVID-19 dans l'optique d'améliorer la santé de tous les Canadiens.

Note à l'intention des lecteurs : Préparé au cours de l'été 2020, ce rapport reflète l'évolution de la science et notre compréhension du virus et de l'épidémie au Canada. Le présent document, fondé sur les meilleures données probantes alors disponibles, ne constitue pas une recension exhaustive de données probantes de grande qualité. Il reflète plutôt certaines des réalités et des défis auxquels ont fait face les scientifiques et les décideurs aux premiers stades de l'épidémie, ceux-ci devant alors déterminer les mesures nécessaires pour contrer efficacement les répercussions de la COVID-19 (c.-à-d. prendre des décisions politiques qui procèdent de la science) tout en composant avec des données en constante évolution. Autrement dit, ce rapport présente le déroulement des premiers stades de la pandémie, la réponse du Canada et les effets qui continuent à se faire sentir. Il a été rédigé en sachant que la situation continue d'évoluer chaque jour. Bien que tous les efforts aient été déployés pour assurer la validité des conclusions formulées, il reste possible que certains aspects du rapport aient changé depuis sa publication. De plus amples détails sur les méthodes et les limites figurent à l'[annexe 2](#).

Nous soulignons respectueusement que les terres sur lesquelles nous avons préparé ce rapport font partie du territoire traditionnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis, peuples possédant tous leurs propres histoires et cultures. Nous souhaitons mettre en place des partenariats respectueux avec les Autochtones dans le but de paver la voie vers une guérison et une réconciliation collectives véritables. Plus précisément, ce rapport a été préparé à Ottawa, sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin, à Montréal, sur le territoire traditionnel non cédé du peuple mohawk, et à Toronto, sur le territoire traditionnel des peuples wendat, anishnaabeg, haudenosaunee, métis et de la Première Nation des Mississaugas de New Credit.



PARTIE 1

La COVID-19 au Canada

Introduction

La pandémie de COVID-19 (maladie à coronavirus 2019) constitue une menace sans précédent pour la santé et le bien-être social et économique des Canadiens.³ Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il s'agit de la situation d'urgence sanitaire la plus grave à l'échelle mondiale qui ait été annoncée depuis 2005, soit l'année où le système mondial d'alerte des urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) a été mis au point.^{4, 5} À la suite des premiers signalements connus de cette nouvelle maladie à la fin de décembre 2019, des cas confirmés de COVID-19 avaient été déclarés sur tous les continents à l'exception de l'Antarctique au 22 août 2020. Le nombre de personnes atteintes dépassait 22 800 000 et le nombre de décès se chiffrait à 790 000.^{6, 7} À titre de comparaison, on estime qu'en moyenne, la grippe cause environ 390 000 décès dans le monde chaque année.⁸ Bien qu'il y ait eu des variations dans la façon dont le virus responsable, le SRAS-CoV-2 (coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2), s'est propagé dans les régions du monde et à travers le Canada, son taux élevé de transmission⁹ et de virulence¹⁰ a eu des répercussions considérables à l'échelle mondiale.^{11, 12}

- la moitié de la population mondiale vivait dans des conditions de confinement strictes en avril 2020;¹³
- les voyages internationaux par avion ont connu leur plus forte baisse jamais enregistrée, affichant une diminution de 44 % à 80 % du nombre de passagers en 2020;¹⁴
- plus de 300 millions d'emplois à temps plein ont été perdus à l'échelle mondiale au deuxième trimestre de 2020;¹⁵
- d'ici la fin de 2020, la croissance économique mondiale pourrait se contracter de 3 % à 6 %, ce qui augmente le risque d'une récession qui rivalisera avec la Grande Dépression¹⁶ des années 1930;
- à la fin de mars 2020, la population étudiante mondiale était touchée dans une proportion de 87 % par la fermeture des écoles.¹⁷

Dans cette partie, nous exposons brièvement les origines de la maladie, ses répercussions sur diverses populations de janvier à août 2020 et les mesures de santé publique prises pour atténuer la transmission.

Les débuts de la COVID-19

La COVID-19 est une nouvelle maladie infectieuse causée par le virus SRAS-CoV-2, qui serait passé de la chauve-souris à l'homme par un animal hôte intermédiaire non encore identifié.^{18, 19} Les premiers cas humains associés à la nouvelle « pneumonie virale d'origine inconnue » en Chine ont été relevés par l'OMS le 31 décembre 2019.²⁰ Bien qu'au moment de préparer ce rapport on étudiait toujours les premières éclosions chez les humains, le virus s'est rapidement propagé dans le monde en quelques semaines seulement.²¹⁻²³

La connaissance de la COVID-19 continue d'évoluer. La COVID-19 est plus contagieuse que de nombreuses autres maladies respiratoires, y compris la grippe saisonnière, le syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS] (2003), la grippe pandémique (H1N1 2009) ou le syndrome respiratoire du Moyen-Orient [SRMO] (2012).²⁴⁻²⁶ La recherche montre que certaines personnes ne présentent aucun symptôme, que d'autres ont des symptômes très différents (p. ex., problèmes gastro-intestinaux, perte de l'odorat, etc.) de ceux recensés au départ et que la transmission asymptomatique et présymptomatique peut favoriser la propagation de la maladie.²⁷⁻²⁹ Au total, plus de 15 % des cas de COVID-19 confirmés en laboratoire étaient caractérisés par les formes les plus graves de la maladie et ont nécessité une hospitalisation. Jusqu'à 5 % pourraient nécessiter l'admission aux soins intensifs.³⁰ Il reste à caractériser les réactions immunitaires et inflammatoires consécutives à l'infection ainsi que les effets possibles à long terme.³¹⁻³³

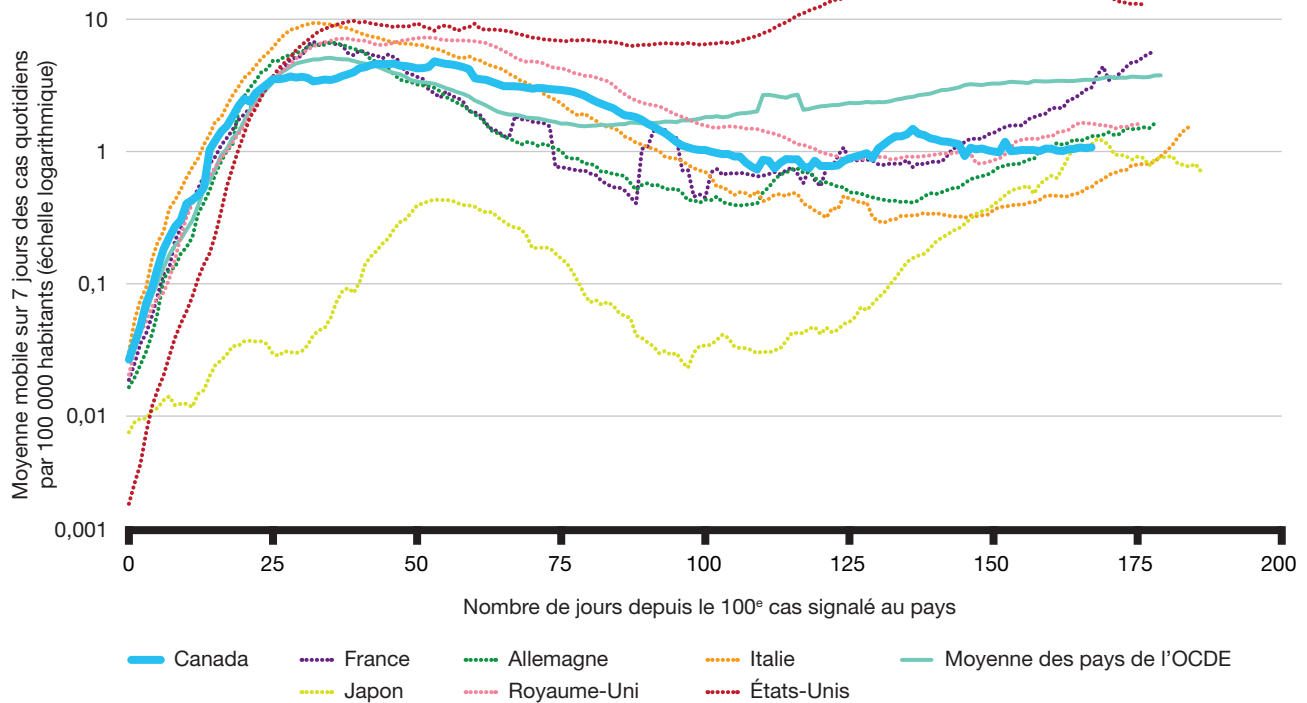
Portrait épidémiologique de la COVID-19

À l'échelle mondiale

Par suite de l'émergence de la COVID-19 en Chine, l'épicentre de la pandémie de COVID-19 s'est déplacé d'abord vers d'autres pays d'Asie puis vers l'Europe. Il s'était déplacé vers les Amériques au moment de rédiger ce rapport.³⁴ Le 26 avril, 2020, six pays (Belgique, France, Italie, Espagne, Royaume-Uni et États-Unis) avaient enregistré les trois quarts des décès liés à la COVID-19, même s'ils ne représentent que 7,5 % de la population mondiale. Le taux de mortalité lié à la COVID-19 dans ces pays était de 27 pour 100 000 habitants, soit 39 fois plus que la moyenne mondiale de 0,7 pour 100 000 habitants.³⁵ Le taux de mortalité relativement élevé dans ces pays peut être attribué à la propagation épidémique qui touche une forte proportion de populations, de groupes et de milieux vulnérables, comme les personnes âgées, les milieux défavorisés ou les logements collectifs et les systèmes de santé surchargés.³⁶⁻³⁸

À l'échelle mondiale, le 22 août 2020, le Canada se classait au 79^e rang sur 210 pays en ce qui a trait au nombre total de cas pour un million d'habitants et au 26^e rang pour le nombre total de décès pour un million d'habitants.³⁹ Les éclosions dans les établissements

de soins de longue durée, dont il sera question plus loin, expliquent en grande partie la hausse disproportionnée des taux de mortalité. Dans l'ensemble, d'après la comparaison des cas quotidiens déclarés par pays, l'épidémie de COVID-19 au Canada a évolué de façon semblable à la moyenne des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] ([figure 1](#)). Par rapport à d'autres pays, par exemple les États-Unis, le Canada a réussi à ralentir plus rapidement la croissance de l'épidémie, ce qui peut être en partie attribuable à la mise en œuvre rapide d'une intervention nationale coordonnée en santé publique. Au moment de rédiger ce rapport, le nombre de cas continuait d'augmenter partout dans le monde, y compris dans certains pays qui ont d'abord réussi à endiguer le virus, tel que le Japon, ce qui souligne la nature insidieuse et la persistance de la propagation du SRAS-CoV-2. Étant donné que divers facteurs ont influé sur le déroulement de la pandémie et sur la détection, la déclaration, la classification des cas et les décès dans différents pays, leurs données respectives doivent être interprétées avec précaution.⁴⁰ Néanmoins, le Canada continue de tirer des leçons de l'expérience d'autres pays qui ont eu recours à un éventail de mesures et d'approches en matière de santé publique dans le but de réduire au minimum les répercussions de la COVID-19 tout en reprenant les activités économiques et sociales.

FIGURE 1 : Cas quotidiens de COVID-19 par pays

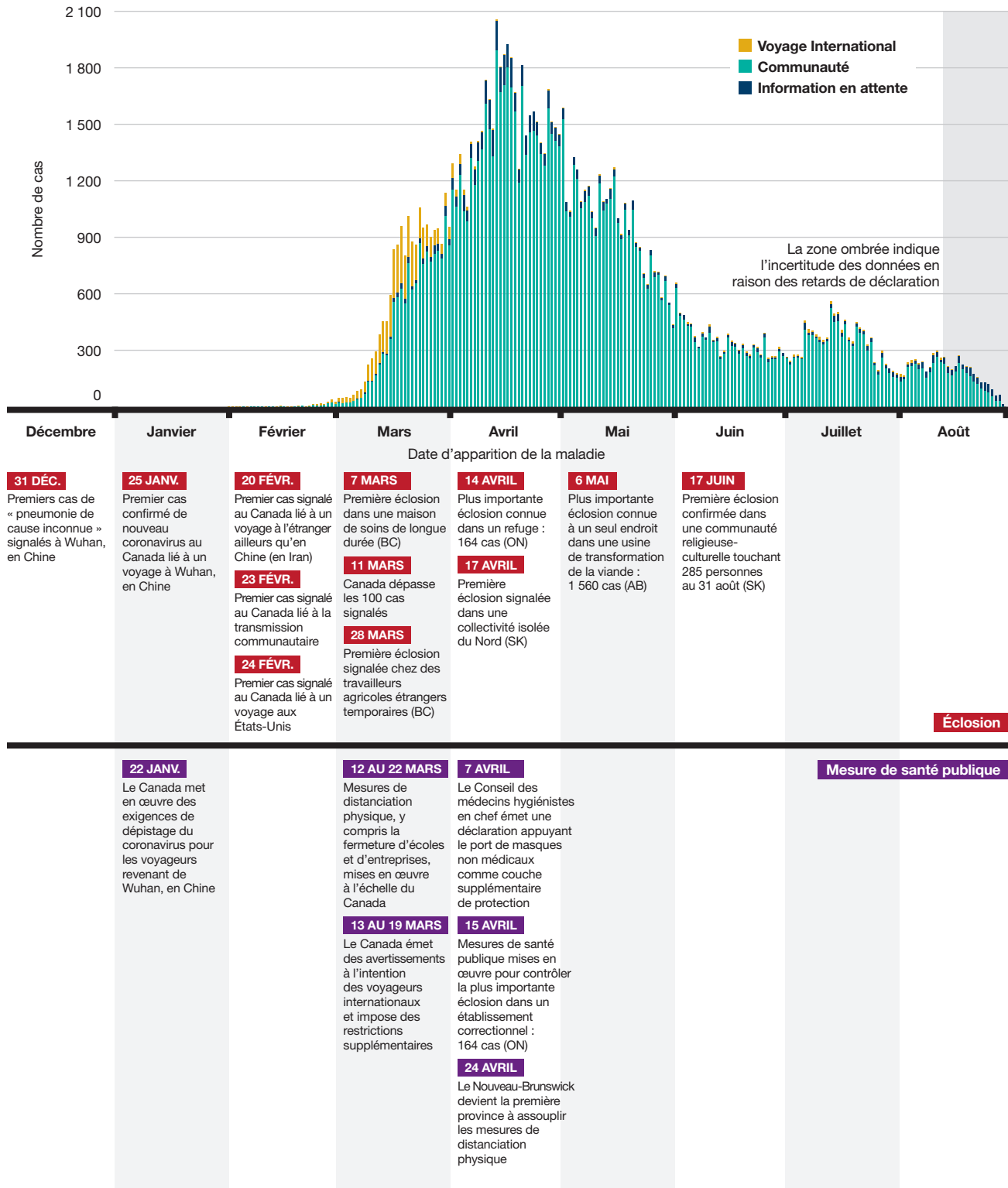
Source : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, mise à jour de la situation de la COVID-19 dans le monde⁴¹

Au Canada

Le premier cas de COVID-19 au Canada, confirmé le 25 janvier 2020, faisait suite à un voyage international.⁴² La mise en œuvre progressive de mesures de santé publique visant à lutter contre l'épidémie, comme les conseils de ne pas faire de voyages non essentiels, les mesures de dépistage à la frontière, les renseignements de la santé publique destinés aux voyageurs, les mesures de quarantaine et les restrictions de voyage, a effectivement réduit l'introduction de cas liés aux voyages au début d'avril (figure 2). À mesure que les efforts de suivi des contacts ont confirmé de nouveaux cas qui n'étaient pas liés aux voyageurs entrants, la transmission communautaire est rapidement devenue le principal moteur de l'épidémie au Canada, marquée par plusieurs éclosions dans des populations et des milieux vulnérables. En mars, les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales ont intensifié leurs mesures restrictives de santé publique afin de contenir le virus. À la mi-avril, la courbe épidémiologique s'aplatissait dans l'ensemble de la population. Avec la baisse continue du taux d'infection, les régions qui

avaient atteint un niveau faible et gérable du fardeau de la COVID-19 ont commencé à assouplir lentement et prudemment les mesures restrictives de santé publique. La figure 2 présente un portrait épidémiologique de l'épidémie de COVID-19 au Canada du 31 décembre 2019 au 31 août 2020. Il indique le nombre de cas confirmés au Canada au fil du temps, la source de l'infection (voyage international ou transmission communautaire) ainsi que les éclosions importantes et les mesures de santé publique. Veuillez noter que dans le graphique de la courbe de l'épidémie, la « date d'apparition de la maladie », qui est déterminée rétrospectivement, n'est pas la même que la « date de déclaration » (p. ex., lorsque les autorités de la santé publique déclarent le nombre de cas quotidiens). Des renseignements plus détaillés, y compris toutes les références à l'appui, se trouvent dans l'encadré «[Mettre en œuvre le Plan d'intervention pancanadien en matière de santé publique](#)» et dans l'[annexe 1](#).

FIGURE 2 : Portrait de l'épidémie au Canada et jalons clés (décembre 2019 à août 2020)

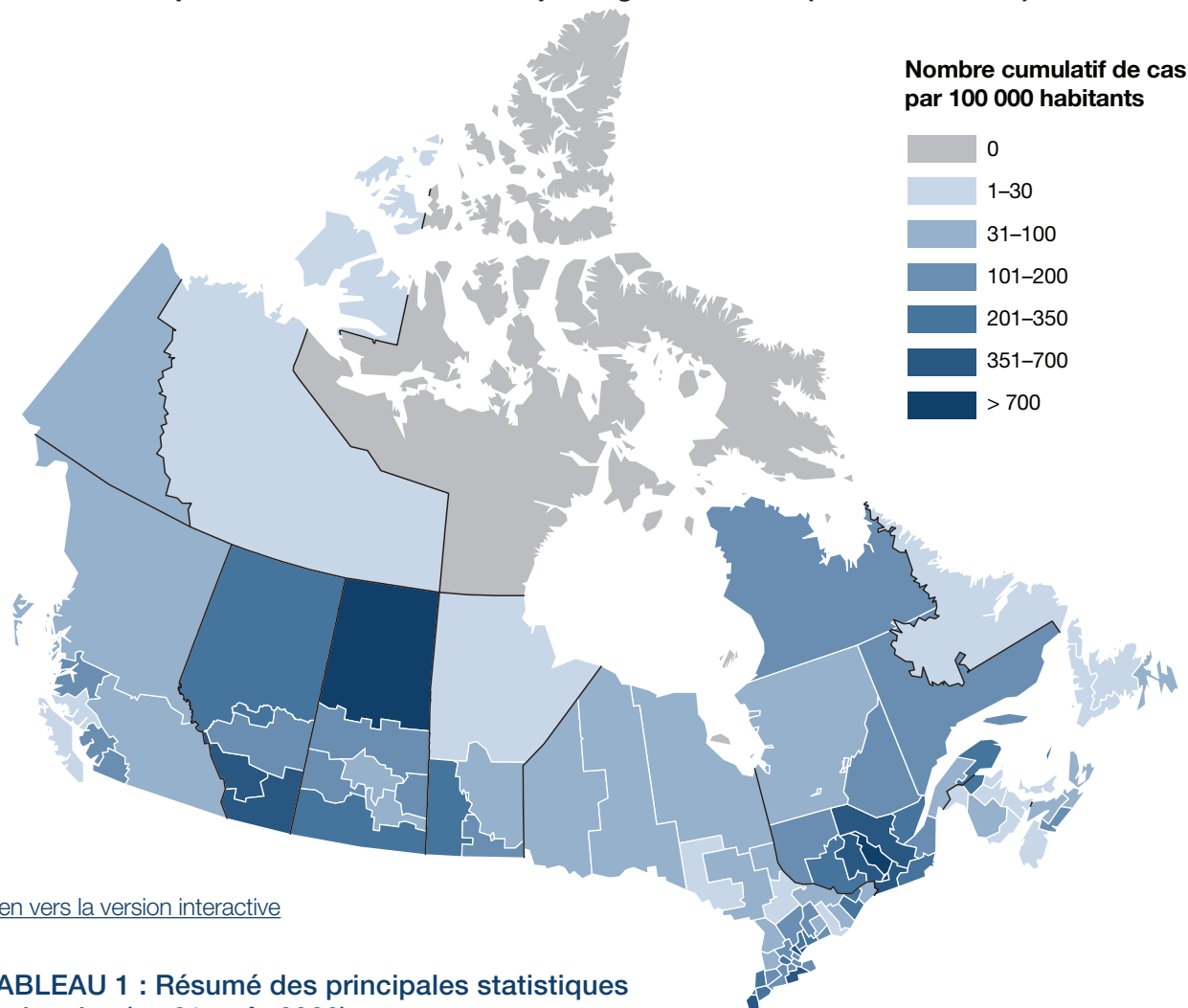


Source : Nombre de cas de COVID-19 déclarés par les provinces et les territoires, selon la date d'apparition de la maladie et la catégorie d'exposition en date du 31 août 2020 (n=121 131) et compilation de données publiées provenant de sites Web provinciaux et territoriaux, de communiqués de presse et de reportages dans les médias⁴³

Il est important de noter que le portrait national masque les différences régionales qui existent dans différentes administrations et sous-populations. Ces facteurs sont mis en évidence dans le résumé épidémiologique de la

COVID-19 au Canada à la figure 3 et tableau 1 ci-dessous, lequel est fondé sur des indicateurs géographiques et démographiques ainsi que sur des indicateurs d'évolution de la maladie.

FIGURE 3 : Répartition nationale des cas par région sanitaire (au 31 août 2020)



[Lien vers la version interactive](#)

TABLEAU 1 : Résumé des principales statistiques nationales (au 21 août 2020)

Personnes testées	5 034 059*	Âge médian (fourchette)	47 ans (<1 à 112)
Nombre de cas	124 372*	Femmes	66 485 (55 %)
Guérisons	110 648 (89 %)*	Hommes	54 295 (45 %)
Décès	9 064 (7,3 %)*	Autre sexe/genre	15 (<1 %)
Hospitalisations	11 370 (14 %) [‡]		
Admissions aux soins intensifs	2 314 (3 %) [‡]		
Âge médian pour les admissions aux soins intensifs (fourchette)	63 ans (<1 à 102)		

Âge et sexe/genre disponibles pour 121 052 et 120 795 cas, respectivement.

* Comme le nombre réel d'infections dans la population est demeuré inconnu, on croit que le nombre total de cas et la proportion de décès sont sous-estimés ou surestimés, respectivement.

[‡] Sur les 83 694 cas signalés pour lesquels les champs d'hospitalisation étaient remplis.

Source : Berry I, Soucy J-PR, Tuite A, Fisman D. Open access epidemiologic data and an interactive dashboard to monitor the COVID-19 outbreak in Canada (2020). Tableau de bord de l'état de la situation de la COVID-19⁴⁴ et données de recherche épidémiologique⁴³

Variations de l'épidémie au Canada

De janvier à août 2020, l'évolution de l'épidémie de COVID-19 à travers le monde se démarque par les grandes observations suivantes :

Les voyages internationaux et la transmission communautaire ont joué un rôle considérable

Une analyse détaillée de l'origine des cas liés aux voyages internationaux signalés de janvier à mars 2020 révèle que 35 % de ces cas ont été introduits au Canada en provenance des États-Unis, 10 % en provenance du Royaume-Uni et de la France et 1,4 % en provenance de la Chine (épicerie originale de l'apparition et de la propagation de la COVID-19).⁴⁵ De plus, bien que la COVID-19 provienne de l'étranger, le nombre de voyages internationaux a considérablement diminué à la suite de la mise en œuvre des restrictions de voyage à la mi-mars, si bien qu'en août 2020, 91 % de tous les cas signalés étaient liés à la transmission communautaire au Canada et seulement 4 % étaient liés à des voyages internationaux; 5 % des cas étaient en attente d'information sur l'exposition.⁴⁶

La situation de la COVID-19 a évolué différemment selon les régions au pays

Le Québec et l'Ontario ont déclaré les taux d'incidence les plus élevés, dépassant la moyenne nationale globale, tandis que le Nunavut est la seule administration qui n'avait pas déclaré de cas confirmés à la mi-août.^{42, 43} Les taux élevés de voyages internationaux et intérieurs au début de la pandémie ont été proposés comme un facteur déterminant du fardeau différentiel de la COVID-19 à l'échelle du pays. Par exemple, la semaine de relâche au Québec, au cours de laquelle les voyages internationaux sont en hausse, a eu lieu juste avant la recommandation du gouvernement fédéral d'éviter les voyages non essentiels dans tous les pays.⁴⁷ En outre, plus d'un million de Canadiens et de résidents permanents ont suivi le conseil d'Affaires mondiales Canada de revenir au Canada afin d'éviter de se retrouver « coincés » à l'étranger au cours de la même période. Cela peut avoir occasionné le nombre considérable de cas liés aux voyages qui ont par la suite été signalés dans l'ensemble du pays.⁴⁸

Les répercussions de la COVID-19 ont varié selon l'état de santé des personnes atteintes

La gravité des effets de la COVID-19 peut être influencée par des problèmes de santé sous-jacents. Par exemple, une étude réalisée aux États-Unis révèle que 92 % des patients hospitalisés atteints de la COVID-19 présentaient au moins un problème de santé sous-jacent.⁴⁹ Bien que ce type de donnée ne soit pas systématiquement recueilli au Canada, les constats préliminaires étaient semblables. En date du 27 août 2020, et selon 700 rapports provenant d'un réseau de surveillance des hôpitaux sentinelles, 86 % des cas hospitalisés de COVID-19 présentaient au moins un problème de santé sous-jacent, comme une maladie vasculaire, y compris l'hypertension (64 %), une maladie cardiaque (32 %) et le diabète (30 %).^{a, 50} De plus, parmi les patients hospitalisés ayant la COVID-19 qui sont décédés à l'hôpital, 98 % présentaient aussi un ou plusieurs problèmes de santé sous-jacents.^{a, 50} Pour mettre les choses en contexte, 44 % des adultes canadiens sont aux prises avec au moins un problème chronique courant, et la probabilité d'avoir une maladie chronique augmente avec l'âge.⁵¹⁻⁵⁴ Bien qu'il faudrait poursuivre la recherche pour bien comprendre comment concourent les problèmes de santé sous-jacents,⁵⁵ un certain nombre d'études indiquent un risque accru d'effets graves de la COVID-19 en présence de diabète, de maladies cardiovasculaires, de cancer, d'une immunosuppression, d'obésité, de maladies respiratoires et de maladies rénales chroniques.⁵⁶⁻⁶¹

Les répercussions de la COVID-19 varient selon l'âge

Le risque d'effets graves de la COVID-19 sur la santé augmente avec l'âge. Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les adultes de plus de 60 ans qui ont été les plus touchés par les effets graves de la COVID-19, cette tranche d'âge représentant 70 % de toutes les hospitalisations, 60 % des admissions aux unités de soins intensifs et 97 % des décès à la fin d'août. En revanche, les enfants et les jeunes de 19 ans et moins ne représentent que 9 % de tous les cas, 1 % des hospitalisations et 0,01 % des décès.⁴³ Bien que les enfants, les jeunes et les jeunes adultes présentent généralement des risques plus faibles associés à la COVID-19 que les groupes plus âgés, ils peuvent tout de même présenter des symptômes graves ou prolongés.⁶² Chez les enfants, des études préliminaires ont également relevé un faible risque accru de développer des formes graves du syndrome inflammatoire multi-systémique juvénile.⁶³

a Le Réseau de surveillance des cas graves (Réseau SOS) du Réseau canadien de recherche sur l'immunisation (RCRI) recueille de l'information sur les adultes hospitalisés âgés de 16 ans et plus. En date du 27 août 2020, le Réseau SOS-RCRI avait recueilli des données sur 700 patients adultes hospitalisés en raison de la COVID-19 dans huit hôpitaux de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

Le fardeau imposé par la COVID-19 varie en fonction des populations du Canada

Certaines personnes et certains groupes font face à un plus grand risque d'infection et à des répercussions disproportionnées par rapport à d'autres populations du Canada. Les raisons de cette incidence différentielle seront examinées à la [partie 2](#), mais les données disponibles sur les cas et les effets sont résumées ci-dessous :

Résidents et travailleurs des établissements de soins de longue durée

Au moment de rédiger ce rapport à la fin août, les résidents et le personnel des établissements de soins de longue durée^b constituaient le groupe le plus touché, avec environ 15 % de tous les cas, mais, pour les résidents, aussi 80 % de tous les décès liés à la COVID-19 ([tableau 2](#)).⁶⁴ Plusieurs facteurs contribuent au taux de mortalité élevé. Les résidents des établissements de soins de longue durée ont un risque intrinsèquement élevé d'être gravement atteints de la COVID-19 en raison de leur âge avancé et de la prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques sous-jacents.⁶⁵ Par exemple, de nombreux résidents sont atteints de démence, ce qui complique la lutte contre l'infection.^{66, 67}

De plus, la préparation à une pandémie ne s'est pas étendue à ces milieux, ce qui a rendu les résidents vulnérables à l'introduction, à la propagation et aux répercussions d'un nouveau virus. Les établissements de soins de longue durée ont fait face à des difficultés dès le début pour prévenir l'infection par le virus et sa propagation. À titre d'exemple, le soutien limité aux mesures de prévention et de contrôle des infections, dont la pénurie d'équipement de protection individuelle pour les travailleurs de la santé,^c a augmenté la fréquence de la transmission virale réciproque entre les soignants et les patients.^{68, 69} Par conséquent, les travailleurs des établissements de soins de longue durée représentaient plus de 10 % des cas de COVID-19 à l'échelle nationale.⁷⁰ Au début, de nombreux travailleurs de la santé étaient employés dans plusieurs établissements, ce qui a pu contribuer à la propagation du virus.⁷¹ Parmi les autres facteurs qui ont contribué à la propagation de la COVID-19, mentionnons le surpeuplement

dans certains établissements de soins de longue durée,⁷² les vieilles infrastructures mal ventilées⁷³ et un manque chronique de personnel.⁷⁴

TABLEAU 2 : Décès attribuables à la COVID-19 selon la province ou le territoire liés aux établissements de soins de longue durée

Province ou territoire	Nombre total de décès attribuables à la COVID-19	Nombre total de décès attribuables à la COVID-19 liés aux établissements de soins de longue durée
BC	200	145
AB	228	153
SK	22	2
MB	12	1
ON	2 796	2 026
QC	5 733	4 819
NL	3	0
NB	2	2
NS	64	57
PEI	0	0
YT	0	0
NT	0	0
NU	0	0
Total	9 060	7 205

Source : En date du 21 août 2020, données compilées à partir de données publiées, y compris celles provenant des reportages dans les médias, non validées par les provinces et les territoires⁴³

Tendances liées à l'âge

Sachant qu'il est prévu que les écoles rouvrent à l'automne 2020, une attention particulière a été accordée à la manière d'interpréter les nouvelles données limitées sur le lien plus large entre l'âge et la COVID-19, y compris l'infection, la transmission et la gravité de la maladie chez les enfants. Les résultats de recherches émergentes indiquent que la COVID-19 est généralement

b Dans le rapport, le terme « établissement de soins de longue durée » comprend les centres d'hébergement de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées.

c Dans ce contexte, le terme « travailleur de la santé » comprend les membres de professions autoréglementées comme les médecins et le personnel infirmier ainsi que d'autres membres du personnel qui fournissent des soins directs aux résidents, comme le personnel de soutien.

moins sévère chez les enfants. Plusieurs cas chez les enfants peuvent être asymptomatiques ou entraîner de légers symptômes.⁷⁵ Par exemple, une étude menée dans plusieurs pays dont le Canada a estimé que les personnes de 19 ans ou moins sont environ deux fois moins susceptibles d'être atteintes de la COVID-19 que les personnes plus âgées.⁷⁶ Les enfants peuvent transmettre le virus, mais on ignore à quel point il est facile de le transmettre et cela exige d'autres études.⁷⁷ Les enfants de moins de 10 ans peuvent être moins susceptibles que les adultes de transmettre le virus à d'autres personnes, tandis que ceux de plus de 10 ans sont aussi susceptibles que les adultes de le transmettre.⁷⁸

Du début de juillet à août 2020, la plus forte incidence de COVID-19 a été déclarée chez les personnes de 20 à 39 ans. Cela contraste avec la tendance observée jusqu'à la mi-juin, alors que les personnes de 80 ans et plus présentaient la plus forte incidence.⁷⁹

La COVID-19 affecte les sexes différemment

Bien qu'il y ait encore beaucoup d'inconnus, les différences observées dans les répercussions de la COVID-19 entre les sexes^d semblent être associées à des facteurs biologiques et situationnels.^{80, 81} À la fin d'août 2020, 55 % de tous les cas signalés concernaient des femmes et 45 % concernaient des hommes.⁴³ Des facteurs de risque ont été proposés pour tenir compte des différences observées. Par exemple, deux résidents des établissements de soins de longue durée sur trois sont des femmes.⁸² En outre, la majorité des travailleurs de la santé sont des femmes, ce qui augmente leur risque d'infection par la COVID-19 en raison de leur exposition au virus des résidents, des patients et des collègues.⁸³ Parmi les personnes hospitalisées, 25 % des hommes présentait des symptômes graves nécessitant l'admission aux soins intensifs, par rapport à seulement 16 % des femmes.⁴³ Le taux plus élevé d'admission aux soins intensifs chez les hommes, comparativement aux femmes, demeure mal compris. Les différences de comportement quand vient le temps

de se faire soigner, la réponse immunitaire, le niveau des récepteurs viraux des cellules hôtes et la présence de facteurs de risque comme le tabagisme pourraient expliquer ce phénomène.⁸⁴

Risques pour les travailleurs essentiels

Comparativement aux personnes confinées à la maison, les travailleurs essentiels^e courent un risque plus élevé d'exposition au virus dans leur milieu de travail et lorsqu'ils se rendent au travail ou en reviennent.⁸⁵ Le fardeau est particulièrement élevé chez les travailleurs de la santé, ceux-ci représentent, selon les estimations, 19 % de tous les cas de personnes atteintes de la COVID-19 à la mi-août au Canada.⁸⁶ À la mi-août 2020, il y a eu 23 éclosions de COVID-19 au Canada dans des milieux de travail agricole, ce qui représente près de 1 800 cas liés et 4 décès et touche plus de 600 travailleurs étrangers temporaires.^{43, 64} Bien que certains travailleurs étrangers aient été infectés avant leur arrivée et qu'ils aient été déclarés positifs pendant leur période de quarantaine de 14 jours, d'autres auraient contracté la COVID-19 au Canada.⁸⁶ Plusieurs facteurs peuvent avoir causé ces éclosions, notamment la proximité physique des travailleurs et d'autres facteurs socioculturels, qui sont examinés plus en détail à la [partie 2](#).

Les conditions de travail en milieu confiné favorisent la transmission

Les conditions de travail collectif en milieu confiné chez les travailleurs essentiels peuvent favoriser la transmission virale, surtout lorsqu'il est difficile d'assurer la distanciation physique entre travailleurs. Par exemple, la plus importante éclosion de COVID-19 au Canada au moment de la rédaction du rapport s'est produite dans une usine de transformation de la viande, le virus ayant infecté près de 1 500 personnes.^{87, 88} À cet égard, il est important de reconnaître la contribution d'autres déterminants intersectionnels, comme les facteurs environnementaux et socioculturels, lesquels sont examinés plus en détail à la [partie 2](#).

d Les répercussions de la COVID-19 varient selon le sexe et le genre. Toutefois, les statistiques disponibles font surtout référence au « sexe », car les données propres au « genre » n'étaient pas systématiquement disponibles.

e Les travailleurs essentiels sont des personnes occupant des postes jugés indispensables pour préserver la vie, la santé et le fonctionnement de base de la société. Cette catégorie comprend notamment les premiers répondants, les travailleurs de la santé, des infrastructures essentielles, de l'hydroélectricité et du gaz naturel ainsi que les travailleurs qui fournissent des biens indispensables à la société comme les aliments et les médicaments.

Les conditions de vie en groupe peuvent accentuer la propagation virale

Les conditions de vie en groupe en milieu confiné peuvent créer des situations où il est difficile de respecter la distanciation physique, une bonne hygiène et les normes sanitaires, ce qui favorise la propagation de maladies infectieuses. Par exemple, le 20 août 2020, 360 cas de COVID-19 ont été signalés chez les détenus dans six établissements correctionnels fédéraux, et 80 cas chez les agents correctionnels.⁶⁴ En date du 6 août, 1 496 tests de dépistage de la COVID-19 avaient été effectués auprès de populations incarcérées dans des établissements fédéraux, 24 % de ces tests ayant donné un résultat positif.⁸⁹ La situation est également problématique pour ceux qui n'ont pas de logement stable : la majorité des collectivités sondées dans le cadre d'une étude canadienne ont déclaré avoir de la difficulté à fournir des espaces adéquats permettant de respecter les lignes directrices sur l'isolement et la quarantaine en cas de COVID-19 dans les refuges pour personnes en situation d'itinérance.⁹⁰ Les collectivités autochtones et éloignées font face à des risques accrus liés à la COVID-19 en raison de conditions potentiellement aggravantes comme l'accès limité à l'eau

propre, le manque de professionnels et de services de santé, la prévalence élevée de maladies chroniques et le logement surpeuplé.⁹¹ À titre d'exemple, en août 2020, 22 % de tous les cas de COVID-19 en Saskatchewan étaient liés à une éclosion dans le Grand Nord, dans une collectivité où la concentration de populations autochtones est relativement élevée.⁹² Malgré un risque accru, de nombreuses collectivités autochtones ont pris des mesures et ont réussi à protéger leurs membres contre la COVID-19 (voir l'encadré « [Modérer les taux de transmission dans les collectivités éloignées et isolées du Nord](#) » et « [Les populations autochtones et la COVID-19 : Exemples de leadership, de résilience et de réussite](#) »).

Risque accru de marginalisation

Bien que nous ne disposions pas de données à l'échelle nationale, certains faits indiquent que les communautés racialisées qui ont été marginalisées par des facteurs structurels (comme le racisme) peuvent connaître des taux plus élevés d'infection par la COVID-19, ce dont il est question plus loin à la [partie 2](#).⁹³

Protéger le système de santé contre la surcharge

Pour maîtriser une crise de santé publique, il faut collaborer au processus décisionnel dans un ensemble complexe de contextes sociaux et de santé, souvent avec de l'information et des données incomplètes ou changeantes. Tirant des leçons des épidémies de COVID-19 dans d'autres pays où les systèmes de soins de santé étaient débordés, le Canada a combiné ses mesures de santé publique aux efforts visant à accroître et à protéger la capacité des soins de santé. Diverses mesures ont été prises par les provinces et les territoires, y compris l'annulation d'interventions chirurgicales ou de traitements prévus et l'achat d'équipement médical comme des respirateurs. Parallèlement, la mise en œuvre de mesures strictes de distanciation physique a permis d'éviter que les unités de soins intensifs ne soient débordées. Une étude de modélisation portant sur les stratégies d'atténuation en Ontario, a permis de conclure que les « mesures de distanciation physique restrictives » étaient probablement la meilleure façon de réduire le recours aux unités de soins intensifs en raison de la COVID-19.⁹⁴ Les données épidémiologiques indiquent que les mesures de santé publique mises en œuvre, y compris la distanciation physique, ont été couronnées de succès, car le nombre de nouveaux cas quotidiens de COVID-19 à la fin d'avril et au début de mai au Canada a diminué de façon soutenue.⁴² Entre avril et août 2020, les taux d'occupation globaux des unités de soins intensifs dans les hôpitaux n'ont pas dépassé 65 %, ce qui indique que la capacité des unités de soins intensifs du Canada n'a pas été dépassée,^{f, 95} comme ce fut le cas dans d'autres régions du monde, comme en Italie ou à New York.⁹⁶⁻⁹⁸

f Les données peuvent ne pas représenter la situation vécue par chaque hôpital, dont les unités de soins intensifs peuvent avoir fonctionné à plein rendement ou presque avant la crise de COVID-19. Le taux d'occupation global des unités de soins intensifs sont fondées sur des données provenant de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et des Territoires du Nord-Ouest seulement.

Intervention du Canada en matière de santé publique

Une intervention optimale en cas de pandémie est rapide, décisive, adaptable et coordonnée. Pendant une pandémie, le processus décisionnel est complexe et reflète un environnement où les connaissances changent constamment, où il y a souvent un manque de recherche et de données probantes ou des données non claires, où les données ne sont peut-être pas normalisées et où les décisions doivent tenir compte de multiples besoins. Dans le contexte canadien, la répartition des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, chacun ayant sa propre capacité de prendre des décisions indépendantes, représente une couche supplémentaire de complexité.

La planification de la préparation se fait dans le cadre d'un réseau d'exigences législatives et de cadres d'intervention d'urgence à tous les ordres de gouvernement et en collaboration avec plusieurs partenaires internationaux. La réponse de la santé publique à la pandémie de COVID-19 au Canada a été guidée par le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : Guide de planification pour le secteur de la santé*.⁹⁹ Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont travaillé ensemble pour mettre à jour le plan en 2018, après la pandémie de grippe H1N1, afin d'y inclure de nouvelles mesures comme le renforcement des liens entre les activités de surveillance, la capacité épidémiologique et les soins primaires.

Les objectifs du plan sont les suivants : premièrement, réduire au minimum les maladies graves et les décès en général, et, deuxièmement, réduire au minimum les perturbations sociétales chez les Canadiens.¹⁰⁰ Afin d'atténuer la menace de la pandémie pour la santé et le bien-être social et économique des Canadiens, une approche « pangouvernementale » a été mise en œuvre. Le Canada a notamment mis en place des mesures simultanées dans les secteurs économique, agricole, social et de la santé.

Les mesures de santé publique ont été choisies selon la planification en cas de pandémie dans toutes les administrations, y compris les enseignements retenus des pays ayant connu des éclosions avant le Canada.¹⁰⁰⁻¹⁰² La réponse du secteur de la santé du Canada, comprenait les mesures énumérées ci-dessous, elles ont été adoptées dans le cadre d'une réponse axée sur les objectifs qui a débuté par une approche de confinement

et s'est poursuivie par des activités d'atténuation et de contrôle modelées par le contexte épidémiologique régionale et le contexte local (pour plus de détails, consulter l'[annexe 1](#))^{3, 100, 101}

- mesures frontalières et avis aux voyageurs pour ralentir l'arrivée de nouveaux cas liés aux voyages;
- détection des cas, recherche des contacts, communication et isolement afin d'identifier et d'isoler ou de mettre en quarantaine les personnes à risque de propager la maladie;
- activités de recherche visant à comprendre le SRAS-CoV-2, ses effets et les interventions possibles;
- surveillance et modélisation prédictive pour surveiller les caractéristiques de la maladie, sa propagation et son taux de croissance afin d'appuyer la prise de décision fondée sur des données probantes en vue de la planification de la réponse et des interventions proprement dites;
- activités d'identification des éclosions et d'endiguement rapides;
- élaboration de lignes directrices en matière de santé publique dans les milieux de la santé, des soins de santé et autres qui favorisent les approches fondées sur des données probantes et sur les risques;
- communication et sensibilisation fréquentes et constantes pour promouvoir les conseils en santé publique et l'importance des stratégies de lutte contre l'infection comme le lavage des mains, le maintien d'une distance sanitaire de deux mètres entre chaque personne et le port d'un masque non médical ou d'un couvre-visage lorsque la distanciation physique est difficilement réalisable;
- mesures visant à réduire au minimum la propagation du virus d'une personne à l'autre (p. ex., fermeture d'écoles, de lieux de travail non essentiels et de lieux de rencontres sociales).

En l'absence d'un vaccin ou d'un traitement efficace, il a été difficile d'atteindre les principaux objectifs de réduction des répercussions sur la santé tout en réduisant au minimum les perturbations sociales de la COVID-19. Puisque la COVID-19 est une nouvelle maladie, la mise en œuvre de mesures de santé publique communautaires à grande échelle est essentielle pour contrôler l'épidémie étant donné qu'au moment de rédiger ce rapport, nous ne disposons pas de solutions pharmaceutiques efficaces (traitements ou vaccins).

Mettre en œuvre le Plan d'intervention pancanadien en matière de santé publique

FIGURE 4 : Chronologie du Plan d'intervention pancanadien en matière de santé publique



Lorsque l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été avisée, le 31 décembre 2019, de l'existence, en Chine, d'une maladie de cause inconnue semblable à la pneumonie, elle a lancé une série d'événements qui ont préparé le Canada à une urgence de santé publique (voir [figure 4](#)). Le 2 janvier 2020, l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) du Canada a envoyé des avis aux ministres de la Santé, au Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC) et au Groupe des communications fédéral-provincial-territorial du Réseau de santé public. Parallèlement, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) a distribué un rapport sur un agent pathogène émergent et a entrepris de développer les capacités d'essai au Canada avec le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada, composé de laboratoires fédéraux et provinciaux.¹⁰³

Ces avis initiaux étaient conformes aux protocoles de planification établis en cas de pandémie.¹⁰¹ Des réseaux de dirigeants et d'experts du système de santé ont engagé divers aspects de l'intervention d'urgence, par exemple, l'état de préparation du système de santé et les mesures de santé publique. Environ une semaine après la diffusion de la séquence génétique de ce nouvel agent pathogène, le LNM avait mis au point le premier test de dépistage du nouveau coronavirus au Canada. Le 14 janvier, l'ACSP du Canada avait convoqué la première réunion extraordinaire du CMHC pour discuter de l'éclosion de pneumonie à Wuhan, en Chine, et pour évaluer la situation et l'état de préparation du Canada.¹⁰³

Le 24 janvier, la ministre fédérale de la Santé ainsi que ses homologues provinciaux et territoriaux se sont réunis pour discuter de la situation émergente du 2019-nCoV (maintenant la COVID-19). Le 28 janvier, le Comité consultatif spécial (CCS) sur la COVID-19 a été établi.^{100, 103, 104} Le CCS, composé des médecins hygiénistes en chef ainsi que de hauts dirigeants de la santé publique de l'ensemble des provinces et territoires, de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, de l'administrateur adjoint de la santé publique du Canada, du médecin hygiéniste en chef de la santé publique à Services aux Autochtones Canada, du médecin hygiéniste en chef de la Régie de la santé des Premières Nations et de représentants de divers autres ministères du gouvernement du Canada dont Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, Service correctionnel du Canada et les Forces armées canadiennes, s'est réuni régulièrement (jusqu'à trois fois par semaine jusqu'en mai puis deux fois par semaine

à compter de juin). Par la suite, les ministres et les sous-ministres de la Santé se sont réunis régulièrement pour entendre les conseils du comité et d'autres tables de gouvernance FPT (p. ex., axées sur les soins virtuels, l'équipement de protection individuelle et les pénuries de médicaments) et pour discuter des enjeux prioritaires.

Le CCS fournit des conseils en santé publique sur la coordination, les politiques et les interventions techniques en lien avec la COVID-19 dans des domaines comme la collecte et la surveillance des données, les essais, les directives cliniques et de santé publique, la prévention et le contrôle des éclosions, la communication des risques ainsi que le rétablissement et la planification prospective. En outre, le CCS élabore des lignes directrices en matière de santé publique qui sont communiquées aux Canadiens, y compris aux associations de professionnels de la santé, aux entreprises et aux acteurs des secteurs sociaux (dont les associations des milieux de l'éducation, des soins de longue durée et de refuges), aux chefs de file des secteurs des produits de santé, de l'agriculture et de l'alimentation ainsi qu'aux dirigeants communautaires qui côtoient des personnes âgées, des enfants et de jeunes adultes.¹⁰⁴ Le CCS est éclairé par le travail de sous-groupes d'experts sur les données probantes en santé publique, la logistique, les communications et les collectivités éloignées, isolées et autochtones.¹⁰⁵ Un sous-groupe, le groupe consultatif technique, collabore avec des experts provinciaux et territoriaux en santé publique pour fournir des conseils cliniques et techniques fondés sur les centaines d'écrits publiés chaque jour sur la COVID-19. Compte tenu de l'évolution rapide des données scientifiques et de l'évolution du contexte sur le terrain, le groupe consultatif technique et les autres sous-groupes fournissent des mises à jour, des analyses et des conseils fondés sur des données probantes au Comité consultatif spécial.

Le 30 janvier, l'ACSP a convoqué la première réunion liée à la COVID-19 du Forum des professionnels de la santé, lequel regroupe 18 organismes nationaux de la santé qui s'efforcent d'améliorer la réactivité aux priorités en santé publique par l'échange d'information, la collaboration et des interventions coordonnées.¹⁰⁶ Ce groupe a continué de se réunir toutes les deux semaines pour discuter des enjeux liés à la COVID-19 qui ont des répercussions sur le système de santé.

Communiquer l'évolution de la science et des mesures en santé publique

Une communication précise, opportune et claire est un élément clé de la réponse à la COVID-19. Cela comprend le partage d'information en temps réel sur l'état de l'épidémie et les mesures de santé publique. Jusqu'à ce qu'un traitement ou un vaccin sûr et efficace soit disponible pour le contrôle à grande échelle et durable de la COVID-19, ce sont des mesures individuelles et collectives qui permettront de maîtriser la pandémie.

Au cours de la pandémie, jusqu'à maintenant, nous avons été témoins d'un certain nombre de défis en matière de communication, notamment :

- **Grande quantité et une qualité variable de l'information** – Les Canadiens ont été exposés à un déluge d'information ou à une « infodémie », souvent non filtrée, provenant des médias professionnels, des médias sociaux, des amis et de la famille,¹⁰⁷ qui comprenait également de la mésinformation et de la désinformation. Cela souligne la nécessité pour les responsables de la santé publique de confirmer régulièrement l'état de la pandémie et de décrire les mesures prioritaires.
- **Contexte local d'une pandémie mondiale** – Les éclosions de COVID-19 au Canada ont eu des effets différents sur différentes populations. Des mesures de santé publique efficaces cherchent à reconnaître et à cibler ces contextes locaux et ces différences régionales. En retour, l'information doit être adaptée et contextualisée à l'échelle locale, tout en étant équilibrée par la diffusion de messages clés cohérents dans tout le pays.
- **Évolution rapide de la science de la santé publique** – En janvier 2020, ce qu'on appelle maintenant SRAS-CoV-2 était un pathogène complètement nouveau. Depuis, la communauté mondiale de la recherche s'est réunie pour combler l'énorme manque de connaissances requises pour déterminer les interventions efficaces en santé publique. Des estimations indiquent maintenant que plus de 19 000 publications scientifiques ont

été diffusées de décembre 2019 à juin 2020¹⁰⁸ et d'autres calculs ont laissé entendre que le nombre d'articles de revue a doublé tous les 20 jours depuis janvier.¹⁰⁹ À mesure que les connaissances évoluent, nos politiques, nos pratiques et nos approches doivent aussi évoluer dans tous les domaines de l'intervention.

- **Environnement d'incertitude et de peur** – Il est important de tenir compte des conséquences du degré élevé d'incertitude créé par une urgence sanitaire à l'échelle de la population. L'ampleur et l'étendue de la crise peuvent sembler écrasantes et, sans surprise, on a observé une augmentation des signalements de détresse dans les populations du monde entier^{110, 111}. C'est dans cet environnement que les Canadiens reçoivent de l'information et des conseils évolutifs sur le virus et les mesures recommandées pour le contrôler.

Les Canadiens ont déclaré avoir une grande confiance envers les responsables de la santé publique, indiquant qu'ils se tournent vers eux pour obtenir des renseignements crédibles à travers l'infodémie¹¹². Les responsables de la santé publique ont rapidement reformulé positivement les concepts épidémiologiques et socioscientifiques lorsque ceux-ci semblaient avoir des conséquences imprévues.¹¹³ Par exemple, il y a eu le passage de la « distanciation sociale » à la « distanciation physique ». Le grand public a rapidement été initié à des concepts scientifiques qu'il ne connaissait pas auparavant, notamment les courbes épidémiques (#aplatirlacourbe ou #aplanirlacourbe), le taux de reproduction (Rt), le pourcentage de tests positifs, la charge virale, le traçage des contacts, l'isolement et la quarantaine. La recherche continue d'évaluer le rôle de l'exposition à ces concepts et leur importance dans le renforcement potentiel des connaissances scientifiques et sanitaires.

Approche pansociétale

Bien que l'Agence de la santé publique du Canada ait codirigé la coordination des mesures de santé publique avec d'autres ministères de la Santé et services de santé publique d'un bout à l'autre du pays, d'autres secteurs ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de programmes visant à maintenir la stabilité socioéconomique au moyen de suppléments de revenu,¹¹⁴ de mesures de soutien agricole¹¹⁵ et de mesures frontalières (p. ex., maintien des chaînes d'approvisionnement et des services essentiels).^{116, 117} Les administrations provinciales,¹¹⁸ territoriales¹¹⁹ et municipales¹²⁰ ont modifié la législation et mis en œuvre des mesures en faveur des objectifs de santé publique. Les organismes communautaires,¹²¹ les entreprises et les sociétés manufacturières¹²² de même que les Canadiens se sont efforcés de modifier les modèles de prestation de services et de remanier les processus pour créer les services et produits nécessaires (p. ex., masques médicaux et désinfectants pour les mains). Ces efforts de collaboration sont unis par l'objectif global de ralentir le taux de croissance de l'épidémie en limitant la propagation du virus d'une personne à l'autre et en essayant de réduire au minimum les perturbations sociales et économiques créées par le confinement de millions de Canadiens.

Les efforts concertés déployés par le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales pour limiter la propagation de la COVID-19 en fermant des zones exposant les gens à des risques plus élevés d'infection (au travail, dans les écoles et dans tous les commerces de détail et services, à l'exception des services essentiels) ont entraîné un taux élevé de conformité de la part des Canadiens. Selon un sondage national, neuf Canadiens sur dix ont suivi les lignes directrices sur la distanciation physique en avril, comme rester à la maison et éviter les foules et les grands rassemblements.¹²³ Un grand nombre de répondants ont également déclaré avoir respecté les consignes de distanciation physique lorsqu'ils étaient en public, et ce nombre est passé de 87 % en avril à 92 % en mai, ce qui était essentiel pour réduire la propagation du virus. Une étude internationale utilisant les données de Google sur la mobilité a révélé que même de faibles diminutions de la mobilité des personnes étaient associées à un plus faible nombre de cas de COVID-19 et de décès liés à la maladie. On a estimé que, dans les pays inclus dans cette étude (dont le Canada), une augmentation hebdomadaire moyenne de 1 % du nombre de personnes qui restent à la maison a entraîné une chute d'environ 70 cas de COVID-19

par semaine et d'environ sept décès par semaine. Une diminution hebdomadaire de 1 % du nombre de visites à une station de transport en commun a entraîné une diminution d'environ 33 cas de COVID-19 par semaine et d'environ quatre décès par semaine.¹²⁴ De plus, des recherches menées aux États-Unis ont permis d'établir un lien entre la fermeture des écoles et la diminution de la propagation de la COVID-19, bien que d'autres mesures de santé publique simultanées aient aussi pu jouer un rôle.¹²⁵

Bien qu'il continue d'y avoir des différences régionales au Canada, la distanciation physique ainsi que d'autres mesures de santé publique ont eu un effet positif : au début de mai, le nombre de nouveaux cas déclarés quotidiennement à l'échelle nationale a commencé à diminuer.⁴³ De plus, à cette époque, toutes les provinces affichaient une diminution du taux de reproduction effectif du virus (R_t – nombre moyen de personnes infectées par chaque personne à un certain moment de l'épidémie), ce qui démontre que les taux de transmission avaient chuté.¹²⁶

Mesures facilitant la transition vers la vie avec la COVID-19

Tant que la COVID-19 demeurera une menace et que la population sera à risque, de multiples niveaux de prévention et de contrôle, y compris les pratiques de protection individuelle et les mesures de santé publique, seront nécessaires pour assurer un contrôle constant de la COVID-19. Une fois la première phase de l'épidémie maîtrisée, les premières mesures de santé publique ont été assouplies progressivement pour réduire les perturbations sur la société et l'économie.^{3, 127} Les provinces et les territoires continuent de suivre de près les données de surveillance locales, régionales et provinciales et d'adapter leurs lignes directrices et leurs mesures de santé publique en fonction de l'épidémiologie sur leur territoire. Alors que tous les ordres de gouvernement se préparent à la résurgence du virus, les leçons tirées de l'application de mesures générales de santé publique au cours de la première vague doivent éclairer la planification et le processus décisionnel au cours des vagues subséquentes. Des mesures de santé publique plus restrictives peuvent être appliquées sur mesure afin de réduire les perturbations sociétales et d'équilibrer le risque d'une résurgence avec les répercussions sanitaires et sociales de ces mesures.

Les interventions de santé publique suivantes sont nécessaires lorsque le virus est contrôlé, mais qu'il est encore présent dans les collectivités :

- assurer la transparence en fournissant continuellement des renseignements et des conseils à jour sur la COVID-19;
- identifier et isoler efficacement les cas confirmés et possibles de COVID-19 et rechercher et mettre en quarantaine leurs contacts afin de réduire au minimum la propagation;
- continuer de promouvoir de solides mesures d'hygiène personnelle pour limiter le risque d'infection et de transmission;
- tenir à jour les lignes directrices sur la distanciation physique et recommander l'utilisation d'équipement de protection individuelle supplémentaire (p. ex., port d'un masque non médical ou d'un couvre-visage) dans les situations qui exigent ce type de protection et lorsqu'il est difficile de respecter les consignes de distanciation physique;
- réduire au minimum la possibilité d'introduire des cas par des voyages non essentiels.¹²⁸

Les mesures de santé publique à plusieurs niveaux et à divers degrés s'avéreront nécessaires jusqu'à ce que des interventions pharmaceutiques sécuritaires et efficaces, comme un vaccin, seront disponibles à grande échelle.¹²⁹ Dès qu'il y a des réapparitions qui ne sont pas contrôlables avec les mesures énumérées ci-dessus, des mesures de santé publique plus restrictives sont nécessaires pour protéger la santé de la population. Cela souligne l'importance des mesures individuelles et collectives nécessaires pour garder les lieux de travail et les écoles ouverts, maintenir les services de santé courants et soutenir les interactions sociales. Le Comité consultatif spécial (voir l'encadré : « [Mettre en oeuvre le Plan d'intervention pancanadien en matière de santé publique](#) ») a publié un plan de prise en charge continue de la COVID-19. Le plan est une approche commune à plus long terme visant à fournir aux responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé, aux partenaires autochtones et aux dirigeants du système de santé des conseils sur les mesures à prendre jusqu'à ce que l'activité pandémique au Canada se résorbe.³

Modérer les taux de transmission dans les collectivités éloignées et isolées du Nord

Les collectivités du Nord ont été durement touchées par les éclosions antérieures de maladies infectieuses.^{130, 131} Pour ces collectivités, il fallait trouver un équilibre entre les restrictions de voyage et la nécessité d'acheminer les fournitures essentielles et de permettre aux travailleurs de la santé de se rendre dans la collectivité. Les dirigeants fédéraux, provinciaux, territoriaux et des collectivités ont pris des mesures concrètes pour protéger les résidents contre la COVID-19. À la fin août 2020, il y avait peu de preuves de la propagation communautaire du virus ; le nombre de cas de COVID-19 dans les territoires est demeuré faible et aucun décès lié à la COVID-19 n'a été signalé. Certaines mesures déterminantes sont décrites ci-dessous.

Les gouvernements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont limité les voyages sur leur territoire au début de la pandémie.¹³²⁻¹³⁴ Le gouvernement du Yukon a interdit l'entrée aux voyageurs non essentiels, tandis que les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont fermé leur frontière aux non-résidents (à quelques exceptions près). De nombreuses collectivités éloignées et isolées du Nord ont également imposé des mesures strictes comme des points de contrôle, la fermeture des frontières, des barricades, etc. Au Nunavut, les déplacements entre les collectivités ou les régions peuplées étaient interdits, même pour les résidents. Les Territoires du Nord-Ouest ont recommandé que les familles qui entretiennent traditionnellement un camp ou un chalet sur le territoire s'y retirent pour s'éloigner des collectivités surpeuplées et ainsi respecter les consignes de distanciation physique. Un soutien a été fourni aux familles qui avaient besoin de fonds pour couvrir les coûts supplémentaires des fournitures comme le carburant et le transport.¹³⁵

De nombreuses collectivités du Nord sont aussi des lieux d'extraction des ressources et doivent régulièrement composer avec la migration de travailleurs. Afin d'atténuer la possibilité de transmission dans ces collectivités, des efforts ont été déployés pour réduire au minimum les changements de quart et limiter les déplacements.¹³⁶ Les autorités de santé publique des Territoires du Nord-Ouest ont élaboré des protocoles de distanciation physique pour les travailleurs essentiels provenant de l'extérieur.

Au 31 août 2020, les Territoires du Nord-Ouest avaient enregistré cinq cas de COVID-19; aucun cas local n'a été associé à des travailleurs essentiels provenant de l'extérieur.^{137, 138} Le Nunavut est la seule administration au Canada qui n'a déclaré aucun cas de COVID-19.¹³⁹

PARTIE 2

La COVID-19 n'a pas la même incidence sur tous les Canadiens

Il était essentiel de prendre des mesures de santé publique pour contrôler la propagation de la COVID-19 et protéger les personnes susceptibles d'être gravement malades. Toutefois, les inégalités en matière de santé existantes signifiaient que certains groupes plus susceptibles de contracter la COVID-19 étaient les mêmes populations touchées de façon disproportionnée par les mesures de santé publique. Les répercussions de la pandémie touchent de nombreuses sphères de la vie, de la santé et du bien-être, en passant par l'emploi et le revenu. La pandémie influence la façon dont nous interagissons avec les autres et les endroits où nous passons notre temps. Bien qu'elle touche tous les Canadiens, nous n'avons pas tous eu accès aux mêmes ressources et aux mêmes options avant ou pendant la pandémie, ce qui a engendré différentes répercussions sur la santé, la société et l'économie.

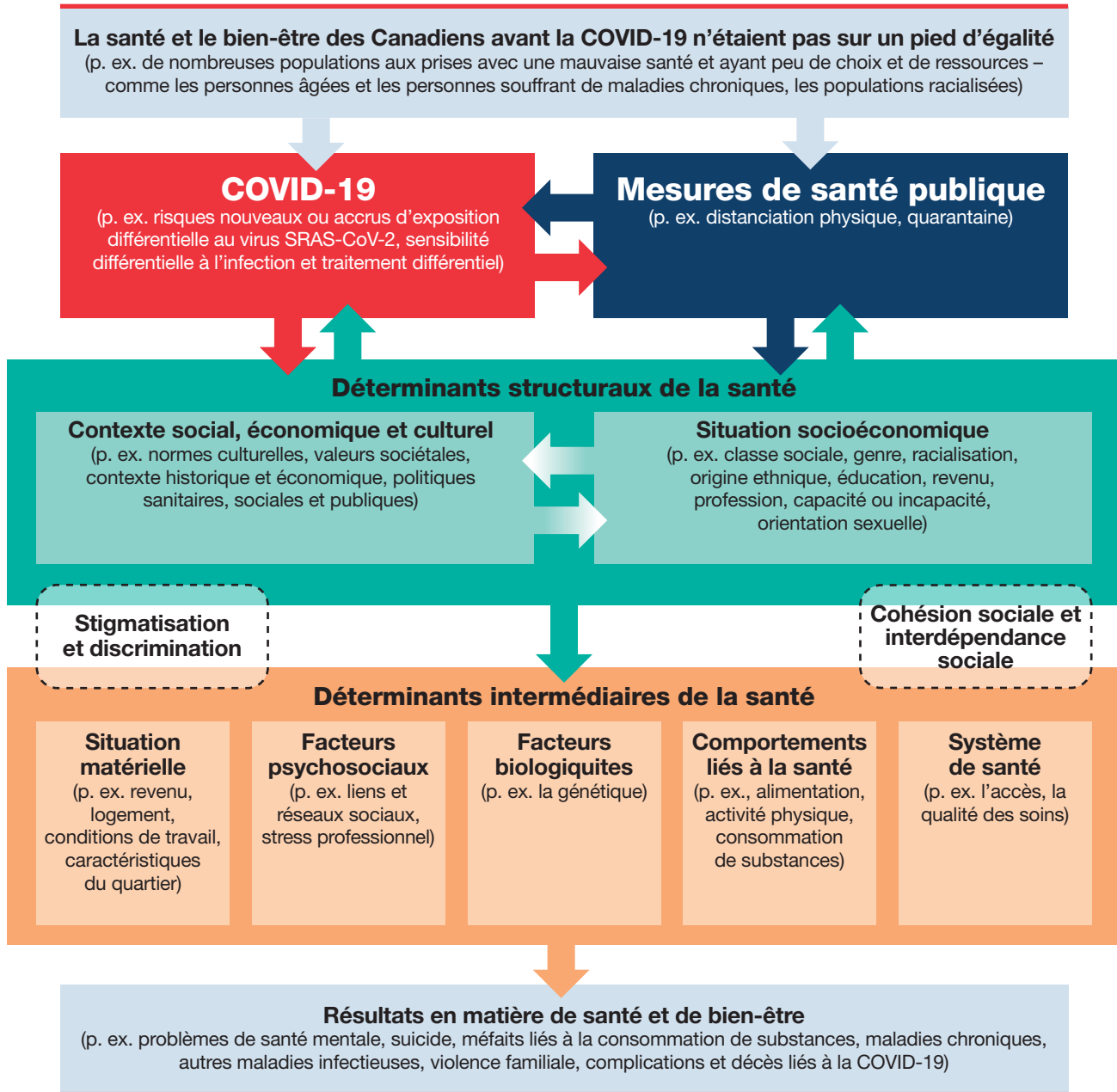
La santé et le bien-être des Canadiens variaient avant la pandémie. L'accès différentiel aux ressources matérielles, aux privilèges et au pouvoir, et les inégalités en matière de santé qui en ont découlé ont influé sur la morbidité et la mortalité liées à la COVID-19 (maladie et décès). Ces facteurs ont également entraîné des différences dans les répercussions des mesures de santé publique nécessaires pour faire face à la pandémie.

Les nombreuses répercussions de la COVID-19 peuvent être considérées comme étant directes (c.-à-d. infection par le SRAS-CoV-2) ou indirectes (c.-à-d. effets découlant des mesures de santé publique consécutives). Afin de mieux illustrer les répercussions directes et indirectes de la COVID-19 sur les Canadiens et la façon dont elles varient d'une population à l'autre, nous avons adapté

un cadre conceptuel fondé sur les modèles existants de l'équité en matière de santé.^{1, 2, 140} Ces modèles, qui explorent les conditions sous-jacentes contribuant à une évolution positive ou négative sur le plan de la santé, peuvent aider à préciser comment la maladie affecte différemment des groupes de personnes. Le cadre conceptuel (figure 5) explore la façon dont les déterminants de la santé influent sur le risque différentiel de morbidité et de mortalité associé à la COVID-19 en s'appuyant sur des recherches ayant examiné les facteurs qui influent sur l'exposition, la réceptivité et le traitement dans le contexte de l'influenza.¹⁴¹ Nous utilisons ensuite le modèle pour explorer ces facteurs en ce qui concerne le virus SRAS-CoV-2.

Le cadre conceptuel adapté aide également à explorer l'incidence différentielle des mesures de santé publique mises en œuvre pour protéger les Canadiens pendant la pandémie. Bien que les mesures de santé publique aient créé des restrictions pour tous les Canadiens, certains jouissent de privilèges qui leur permettent de s'adapter aux restrictions tout en protégeant leur santé. Chez d'autres pour qui les choix en matière de travail et de logement sont plus limités, les restrictions engendrent encore moins de possibilités de protéger leur santé physique et mentale tout en répondant à leurs besoins fondamentaux.

C'est donc dire que certaines populations, qui étaient déjà en moins bonne santé et qui avaient moins de possibilités d'avoir une bonne santé, couraient un plus grand risque de répercussions directes (c.-à-d. maladie et décès) de la pandémie et ont davantage subi les répercussions des mesures de santé publique.

FIGURE 5 : Répercussions directes et indirectes de la COVID-19


La santé des Canadiens présentait des inégalités avant la COVID-19

Les inégalités au chapitre des effets sur la santé, par exemple, sur l'espérance de vie et la probabilité de contracter une maladie chronique et infectieuse, ont été bien documentées au Canada et partout dans le monde. Les disparités observées sont influencées par l'accès différentiel aux facteurs comme le logement, le revenu et l'emploi.^{140, 142, 143}

Les déterminants structurels de la santé, comme les politiques sociales et économiques, les structures de gouvernance et les valeurs et les normes sociétales, peuvent entraîner des inégalités en matière de santé du fait qu'ils modélisent la distribution du pouvoir, de l'argent et des ressources dans la société, ce qui donne aux gens plus ou moins de contrôle sur leur santé.¹⁴⁰ La stigmatisation et la discrimination sont ancrées dans ces systèmes et influencent ceux qui ont un pouvoir et des privilèges. À titre d'exemple, les personnes peuvent occuper des postes différents dans la hiérarchie sociale ou économique selon la façon dont la société les traite relativement à leur race perçue, leur orientation sexuelle, leur capacité, leur sexe, leur genre, leur religion ou leur âge. Le rapport annuel de 2019 de l'ACSP exposait en détail les recherches menées sur les expériences de stigmatisation et de discrimination chez les Canadiens et soulignait les répercussions de ces expériences sur la santé.²

Le Canada a des antécédents de racisme systémique, de colonisation et de discrimination.¹⁴⁴⁻¹⁴⁸ Les peuples autochtones du Canada continuent de vivre avec les séquelles de leur déplacement forcé hors des territoires traditionnels, des mauvais traitements et de la négligence vécus dans les pensionnats, de même que de la perturbation de la culture et des pratiques traditionnelles. Leur santé et leur bien-être en ressentent encore les traumatismes.¹⁴⁹ Les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et les Canadiens noirs vivent avec un passé de colonisation et d'esclavage au Canada et doivent composer avec le racisme et la discrimination qui en découlent.^{2, 146-148, 150}

Les politiques sociales et économiques et les règles qui régissent la société (les déterminants structurels de la santé) peuvent refléter les préjugés et la discrimination et renforcer la fausse idée que certaines personnes sont meilleures ou plus méritantes que d'autres. Ces structures ont une incidence sur l'accès aux ressources et circonstances qui favorisent le bien-être, y compris pendant une pandémie.

Elles se répercutent sur les conditions dans lesquelles nous vivons, notamment :^{141, 142}

- les conditions matérielles (p. ex., revenu, logement, conditions de travail, caractéristiques du quartier);
- les facteurs psychosociaux (p. ex., liens et réseaux sociaux, stress professionnel);
- les facteurs biologiques (p. ex., génétique);
- les comportements liés à la santé (p. ex., nutrition, activité physique, toxicomanie);
- le système de soins de santé (c.-à-d. accès et qualité).

Différences de morbidité et de mortalité liées à la COVID-19

Des rapports provenant de partout dans le monde montrent qu'il existe de réelles différences en ce qui concerne les personnes plus susceptibles de contracter la COVID-19 et la gravité de leur maladie. Surtout, ces différences ne sont pas aléatoires; elles touchent les populations qui connaissent depuis toujours des inégalités sur le plan social et sur celui de la santé.

À mesure que la pandémie évoluait au Canada, de nouvelles recherches ont permis de cerner les groupes les plus susceptibles de contracter la COVID-19. Elles comprennent des données cliniques sur les facteurs de risque biologiques qui accroissent la gravité de la COVID-19 et qui sont liés au sexe, à l'âge, aux comorbidités, etc. On y trouve aussi des données épidémiologiques qui mettent en lumière les facteurs sociaux, matériels et économiques sous-jacents qui augmentent le risque d'infection et la gravité de la maladie (voir la [partie 1](#)). En explorant comment ces facteurs influencent les conditions de vie de différents groupes dans la population canadienne, nous pouvons constater les impacts des structures de la société sur l'exposition, la réceptivité et les soins liés à la COVID-19 dans ces groupes ([figure 5](#)).

Les chercheurs ont examiné les facteurs qui contribuent à l'exposition, à la réceptivité et au traitement différentiels dans le contexte de l'incidence des pandémies. L'exposition, la réceptivité et le traitement sont modelés par les conditions matérielles comme le logement et l'emploi, la biologie et les comportements liés à la santé ainsi que l'accès aux services de santé et l'expérience de ces services.^{141, 151} La stigmatisation et la discrimination agissent aussi sur le risque et les ressources.² En utilisant ces facteurs pour analyser les répercussions de la COVID-19 sur ce qu'ont vécu les Canadiens, nous pouvons voir comment ces expériences s'entrecroisent pour agir sur les disparités dans l'infection et la maladie.

L'intersectionnalité et la COVID-19

Les risques liés au sexe, au genre, à la racialisation, au revenu, au logement, à l'emploi et à d'autres facteurs socioéconomiques se chevauchent et se cumulent. Par exemple, la racialisation s'entrecroise avec l'emploi : au Canada, environ 41 % des travailleurs de la transformation de la viande sont membres de groupes racialisés, comparativement à 21 % de la main-d'œuvre en général.¹⁵² Le risque élevé peut également être déterminé par l'intersection du genre et de la racialisation. À titre d'exemple, la grande majorité du personnel des établissements de soins, ainsi que des soins à domicile, y compris la majorité des aides-infirmiers, des aide-soignants et des préposés aux bénéficiaires, sont des femmes. De 1996 à 2016, la proportion d'immigrants dans ces professions a augmenté plus rapidement que dans toutes les autres professions, passant de 22 % à 36 %. De tous les travailleurs canadiens qui occupaient ces postes en 2016, 31 % étaient des immigrantes. La proportion était plus élevée dans les grandes régions métropolitaines comme Toronto, Vancouver et Calgary, où plus de 70 % de ces postes étaient occupés par des immigrants, majoritairement des femmes.¹⁵³ De plus, 12 % de tous les travailleurs dans ces professions étaient des personnes noires et 11 % étaient philippins, malgré le fait que les travailleurs philippins et noirs ne représentaient que 3 % des travailleurs dans toutes les autres professions.¹⁵³

À Toronto, les données sur chaque cas d'infection au virus de la COVID-19 dans la collectivité (en excluant les cas dans les établissements de soins de longue durée) recueillies de la mi-mai à la mi-juillet 2020 ont révélé que les populations racialisées étaient surreprésentées, représentant plus de 80 % des cas (bien qu'elles ne constituent qu'un peu plus de la moitié de la population de la ville).¹⁵⁴ Les groupes racialisés surreprésentés dans les cas déclarés de COVID-19 comprenaient les Arabes, les gens originaires du Moyen-Orient ou d'Asie occidentale, les personnes noires, les Latino-Américains, les gens originaires d'Asie du Sud ou des Caraïbes et les gens originaires d'Asie du Sud-Est.¹⁵⁴ Les personnes des ménages à faible revenu (dont le revenu du ménage est inférieur à 50 000 \$) représentaient un peu plus de la moitié des cas déclarés de COVID-19, même si seulement le tiers de la population de Toronto vivait dans des ménages à faible revenu.¹⁵⁴ La Ville de Toronto a également déclaré que plus du quart des cas concernaient des personnes vivant dans des ménages de cinq personnes ou plus.¹⁵⁴

Les raisons justifiant le risque élevé dans certaines populations demeurent nébuleuses. Toutefois, le service de santé publique de Toronto a associé ces raisons aux disparités préexistantes en matière de santé, au stress engendré par le racisme et la discrimination.¹⁵⁴ La difficulté à se conformer aux recommandations en matière de santé publique pourrait aussi expliquer le risque élevé des cas dans ces populations. Cette difficulté est engendrée par le rôle de travailleur essentiel, le surpeuplement des logements, ainsi que les inégalités en matière d'accessibilité aux soins de santé et de services sociaux.¹⁵⁴

Lorsque les données de santé publique sur les cas de COVID-19 dans les quartiers de Montréal ont été analysées à l'aide des données du recensement, on a constaté de fortes corrélations positives entre les cas de COVID-19 pour 100 000 résidents et le pourcentage de résidents noirs.¹⁵⁵ Il y avait également des corrélations avec les concentrations de résidents qui étaient des travailleurs de la santé, de salariés à faible revenu et de logements inadaptés.¹⁵⁵ À la mi-mai 2020, le nombre de personnes atteintes de la COVID-19 était 2,5 fois plus élevé dans les quartiers les plus défavorisés que dans les quartiers plus aisés.¹⁵⁶ Un certain nombre de facteurs peuvent influencer sur les taux différentiels; les quartiers les plus défavorisés comptent plus de travailleurs essentiels (préposés, commis, caissiers, chauffeurs de taxi, etc.), les immeubles y sont plus surpeuplés ou densément peuplés et l'accès à l'espace extérieur pour les activités physiques est limité.¹⁵⁶

Ces tendances sont semblables aux constats à l'échelle internationale. En Angleterre et au pays de Galles, lorsqu'on ajuste pour l'âge, les hommes et les femmes noirs sont au moins quatre fois plus susceptibles de succomber à la COVID-19 que les populations blanches.¹⁵⁷ Chez les hommes d'origine bangladaise et pakistanaise, le risque était 1,8 fois plus élevé après prise en compte de l'âge, des caractéristiques sociodémographiques et des mesures de la santé et de l'incapacité autodéclarées, et 1,6 fois plus élevé chez les femmes.¹⁵⁷

Aux États-Unis, les groupes racialisés sont plus susceptibles d'être déclarés positifs, d'être hospitalisés ou de mourir en raison de la COVID-19.¹⁵⁸ À titre d'exemple, on observe dans les populations noires et d'origine amérindienne ou autochtone de l'Alaska un taux d'hospitalisation environ 5,6 fois plus élevé que chez les personnes blanches. Dans les populations noirs et d'origine hispanique ou latine, ce taux est environ 4,6 fois plus élevé que chez les personnes blanches.¹⁵⁸

Facteurs qui influencent les répercussions différentielles directes de la COVID-19

De nombreux facteurs influencent les différences dans les répercussions directes, soit la morbidité et la mortalité, des maladies infectieuses entre les populations, comme le montre la [figure 5](#). La présente partie examine les facteurs sociaux qui peuvent limiter l'accès aux ressources de protection et leur choix selon un modèle de disparités en matière de santé élaboré pour une pandémie de grippe. Dans le cadre de cette recherche, on a examiné les déterminants structurels et intermédiaires de la santé en les regroupant en fonction de l'exposition différentielle au virus, de la réceptivité différentielle à l'infection et du traitement différentiel.^{141, 151} Nous pouvons examiner ces trois domaines sous l'angle de l'équité pour explorer les répercussions différentielles de la COVID-19 selon les populations :

- *l'exposition différentielle* est liée aux circonstances matérielles de la vie, car elle se rapporte à l'incapacité de maintenir une distance physique. Cela inclut des facteurs professionnels tels que l'incapacité de travailler à domicile, l'accès aux congés de maladie, la sécurité d'emploi, le recours aux services de garde d'enfants en dehors du domicile, etc. À la maison, l'exposition pourrait être influencée par le fait de vivre dans une zone urbaine, de vivre dans un immeuble de deux unités ou plus, d'avoir un ménage comptant un plus grand nombre d'enfants, d'avoir un nombre de pièces inférieur à celui des membres du ménage et, en général, d'avoir un ménage de plus grande taille. L'utilisation du transport en commun peut également jouer un rôle dans l'exposition différentielle.^{141, 151}
- *la réceptivité différentielle* est établie par un certain nombre de facteurs biologiques qui pourraient influencer sur la réceptivité après l'exposition, y compris l'âge, les problèmes de santé sous-jacents comme les maladies cardiaques, le diabète et le stress, ainsi que les comportements liés à la santé comme le tabagisme ou l'état nutritionnel.^{141, 151} Bon nombre de ces facteurs sont liés aux déterminants sociaux et structurels de la santé et ne sont pas simplement le résultat de choix individuels.
- *le traitement différentiel* peut être affecté par un certain nombre de facteurs liés à l'accès au système de santé et à l'expérience du système de santé, y compris l'accès aux soins médicaux externes et en milieu hospitalier, les obstacles financiers et logistiques (p. ex., transport, langue), la qualité des soins, un traitement approprié et le fait d'avoir été victime de discrimination par le système de santé.^{141, 151}

Exposition différentielle à la COVID-19

Exposition au travail

Qui peut et ne peut pas travailler à domicile?

Des mesures de santé publique visant à fermer les services et entreprises non essentiels ou à limiter le travail en personne ont été mises en place afin de réduire la propagation de la COVID-19. Le travail à domicile est un moyen important pour les Canadiens de réduire leur exposition au coronavirus. Cependant, la faisabilité du travail à domicile varie considérablement entre les personnes selon leur éducation, leur revenu, leur sexe et leur âge.

Le travail à domicile est fortement associé au niveau de scolarité, les deux tiers des principaux pourvoyeurs de famille ayant un baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures peuvent travailler à la maison, comparativement à moins du tiers de ceux ayant un diplôme d'études secondaires.¹⁵⁹ Il y a aussi un lien avec le revenu, les deux pourvoyeurs familiaux pouvaient travailler à domicile dans plus de 50 % des familles à deux revenus situées dans les 10 % supérieurs, tandis que cette possibilité ne s'offrait qu'à 8 % des familles à deux revenus situées dans les 10 % inférieurs.¹⁵⁹

En général, les femmes sont plus susceptibles d'avoir des emplois qui peuvent être exercés à domicile, en partie parce que les emplois à prédominance masculine, tels que ceux dans l'agriculture ou la construction, ne peuvent généralement pas être exercés à domicile.¹⁵⁹ Toutefois, les femmes sont fortement représentées dans le secteur des soins de santé, représentant plus de 86 % du personnel infirmier et 40 % des médecins travaillant au Canada.¹⁶⁰ Les travailleurs de la santé œuvrent souvent dans des milieux qui impliquent un contact physique étroit ou très étroit. En 2019, près de 90 % des travailleurs de la santé ont déclaré travailler dans ces conditions, comparativement à 50 % des autres Canadiens salariés.¹⁶⁰

L'âge peut également influencer sur la capacité de travailler à domicile. On estime qu'un peu plus de 20 % des jeunes travailleurs — ceux de moins de 25 ans — sont en mesure de travailler à domicile, comparativement à près de 45 % des travailleurs de 35 à 44 ans, 42 % des travailleurs de 45 à 54 ans et 38 % des travailleurs 55 à 64 ans.¹⁶¹

À quel point le travail est-il risqué pour ceux qui ne peuvent travailler à domicile?

Les recherches émergentes se sont concentrées sur (1) les données épidémiologiques sur les infections ou les décès liés à l'emploi au niveau individuel ou du quartier, ou (2) le calcul du risque potentiel, en fonction de la proximité physique des autres et de la fréquence de l'exposition au virus au travail. À partir de ces données, nous pouvons cerner les professions ou les conditions de travail qui augmentent le risque d'exposition à la COVID-19.

Au Canada, bien que les méthodes de collecte des données varient d'une province et d'un territoire à l'autre, environ 19 % des cas de COVID-19 à ce jour ont touché des travailleurs de la santé parmi lesquels on compte au moins 27 décès connus.⁸⁶ Chaque province et territoire compte différentes professions dans cette catégorie, et nous savons que de nombreuses éclosions se sont produites dans des établissements de soins de longue durée, touchant des résidents et des travailleurs.¹⁰⁴

Des éclosions ont été recensées dans d'autres milieux de travail au Canada, et les données épidémiologiques sur le lien entre la profession et la COVID-19 à l'échelle nationale sont limitées. Néanmoins, des recherches ont permis d'évaluer le risque potentiel associé à diverses caractéristiques de l'emploi d'une personne¹⁶²⁻¹⁶⁴ ainsi qu'au type d'emploi ou à sa qualité.¹⁶⁵

Les Canadiens font face à un plus grand risque d'exposition dans certains emplois, en raison du contact étroit avec d'autres personnes au travail et de la fréquence de l'exposition à des infections ou à des maladies.¹⁶²⁻¹⁶⁴ Dans une analyse de ces facteurs selon la profession ainsi que des données du Recensement de 2016, des recherches canadiennes ont permis de déterminer les professions et les populations qui pourraient être exposées à un risque plus élevé.¹⁶² Les recherches supposent un contexte où tous les milieux de travail sont ouverts et où les employés travaillent comme avant la pandémie de COVID-19. Dans ce contexte, les professions qui présentent le plus grand risque en fonction du nombre d'employés travaillant en contact étroit avec d'autres personnes ou du niveau d'exposition aux infections ou aux maladies comprennent les professions de la santé, la vente et les services, l'éducation, le droit et les services

sociaux, communautaires et gouvernementaux.¹⁶² Les recherches ont révélé que les travailleurs exerçant des professions à faible revenu occupent des emplois qui les exposent à un risque plus élevé; cette situation est particulièrement vraie pour les femmes, les immigrants et les travailleurs racialisés.¹⁶² Outre les professions de la santé, presque toutes les autres classifications professionnelles impliquent également un risque différentiel selon le niveau de scolarité, les travailleurs ayant un baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures étant susceptibles de présenter des risques d'exposition plus faibles.¹⁶²

Bien que la recherche ci-dessus soit fondée sur les types de profession associés à un risque potentiel plus élevé, elle est axée sur un contexte antérieur à la pandémie de COVID-19 où tous les travailleurs sont au travail. Pour comprendre les différents risques associés au travail pendant les fermetures ordonnées par le service de santé publique, il est nécessaire de se concentrer sur les travailleurs essentiels qui ne peuvent pas travailler à domicile, ainsi que sur les mesures de protection, de sécurité et de soutien qui leur sont offertes.

Cette situation est particulièrement lourde de conséquences pour les travailleurs essentiels qui occupent un emploi précaire. Cela s'explique par le fait que les travailleurs occupant des emplois précaires — des emplois en dehors de la relation d'emploi normale, c'est-à-dire qui ne sont pas à temps plein, permanents et assortis d'avantages sociaux — sont moins susceptibles d'avoir des mesures de protection importantes en matière d'emploi et d'économie, en particulier parmi ceux dont le revenu est faible.¹⁶⁶ L'absence de ces mesures de protection pose un défi à tout moment, mais, pendant une pandémie, les conséquences peuvent être plus graves et peuvent augmenter le risque d'exposition et de transmission du virus. Ces désavantages comprennent l'insécurité économique et l'insécurité d'emploi, le manque de congés de maladie payés et le besoin d'avoir plusieurs emplois pour joindre les deux bouts.¹⁶⁶ Par exemple, ces facteurs ont été identifiés comme étant significatifs pour les préposés aux bénéficiaires dans les établissements de soins de longue durée.^{72, 74, 165}

Les usines de transformation de la viande et des produits carnés sont devenues des lieux d'éclosion communs au Canada

Un certain nombre de facteurs qui s'entrecroisent peuvent influencer sur les risques auxquels font face les travailleurs de la transformation de la viande, y compris les risques au travail et à la maison. Bien qu'il n'existe pas de données canadiennes à l'heure actuelle, l'Institut canadien de recherche en santé a annoncé un financement pour examiner l'éclosion dans une usine de transformation de la viande en Alberta.⁸⁷ L'évaluation des risques des établissements dans 19 États américains a permis aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis de cerner les caractéristiques communes des usines de transformation de la viande et de la volaille et de leurs travailleurs qui pourraient accroître le risque de transmission ou d'acquisition du SRAS-CoV-2.¹⁶⁷ Cela comprend la difficulté de maintenir une distance de deux mètres, en particulier sur les chaînes de production, pendant les pauses et lorsqu'on entre dans l'établissement ou qu'on en sort. De plus, en raison de la nature du travail, notamment les exigences physiques et le rythme, il était difficile de respecter les recommandations relatives au port du couvre-visage, et certains établissements ne respectaient pas les directives de nettoyage et de désinfection accrues. Les CDC ont également relevé d'autres facteurs qui influent sur le risque, notamment le besoin d'éducation et de formation dans de multiples langues et les incitatifs problématiques qui encouragent les travailleurs à continuer de travailler lorsqu'ils sont malades (c.-à-d. primes d'assiduité, politiques sur les congés de maladie). Les CDC affirment aussi que les travailleurs des usines de transformation de la viande peuvent être plus à risque en raison de facteurs autres que le milieu de travail.¹⁶⁸ Le transport partagé sur le lieu de travail, les logements collectifs et le contact direct avec des collègues et la collectivité font partie de ces facteurs.¹⁶⁸

Exposition à la maison

La vie en groupe

Établissements de soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée assurent une supervision et un soutien en tout temps aux adultes qui ont besoin d'aide pour mener leurs activités quotidiennes. Il y a d'autres milieux résidentiels qui ont moins de personnel et de soutien, destinés aux adultes qui ont moins de besoins, et dans tout le pays, on les appelle résidences pour personnes âgées ou résidences avec services. Les cas et les décès qui sont survenus dans ces milieux ont été combinés dans les rapports de la plupart des provinces.¹⁶⁹

Dans les établissements de soins de longue durée, les résidents dépendent des autres pour répondre à leurs besoins essentiels et soins de base.¹⁷⁰ Même lorsque les résidents peuvent être isolés dans leur chambre, le personnel doit quand même se déplacer parmi les résidents pour répondre à leurs besoins fondamentaux, souvent par la prestation de soins qui ne permettent pas une distance physique (c.-à-d. aide pour s'habiller, se nourrir et se laver). Cette proximité immédiate facilite la transmission virale si des mesures de protection ne sont pas prises.¹⁷¹ Les résidents des établissements de soins de longue durée peuvent également faire face à des risques pour plusieurs raisons : proximité physique dans les chambres partagées, difficulté à assurer la distanciation physique entre les patients mobiles atteints de démence, manque chronique de personnel, conditions de travail précaires et employés qui se déplacent d'un établissement à l'autre, nombre insuffisant de tests et indisponibilité de l'équipement de protection individuelle.^{72, 74, 170}

Les faibles niveaux de dotation, qui existaient avant la pandémie de COVID-19, ont créé des défis supplémentaires, et au moins deux provinces (Ontario et Québec) ont demandé l'aide des Forces armées canadiennes pour faire face aux pénuries de personnel.^{165, 172, 173} L'impact de ces pénuries a été exacerbée par les restrictions imposées aux visiteurs qui ont réduit le soutien fourni par les membres de la famille et les bénévoles.⁷⁴ Les pénuries de personnel ont réduit le nombre de personnes en mesure de répondre aux besoins des résidents, ce qui a fait en sorte qu'il était plus difficile de surveiller l'état de santé des résidents pour détecter les symptômes de la COVID-19 ou respecter les protocoles de distanciation physique.⁷⁴

Les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée et les travailleurs de la santé qui les soutiennent ont été durement touchés. Selon une analyse des données de Toronto (jusqu'au 25 mai 2020), après correction en fonction de l'âge et du sexe, les résidents d'établissements de soins de longue durée étaient 2,5 fois plus susceptibles d'être déclarés positifs que le reste de la population, et le nombre de décès était 1,4 fois plus élevé.¹⁷⁴

En date d'août 2020, environ 80 % des décès causés par la COVID-19 au Canada étaient liés aux établissements de soins de longue durée.⁶⁴

Âgisme

L'âgisme est un défi permanent pour les personnes âgées, perpétué par des préjugés, des stéréotypes ou des pratiques discriminatoires fondés sur l'âge. L'âgisme peut également se manifester par le défaut de répondre aux besoins des personnes âgées et de concevoir des systèmes et des services inclusifs pour elles. L'âgisme dévalorise les personnes âgées et les considère comme un fardeau plutôt qu'un élément contributeur et vital de la société qu'on devrait soutenir.^{175, 176} L'âgisme découle du principe que toutes les personnes âgées sont identiques et contribue au développement d'attitudes paternalistes envers elles.¹⁷⁵ Les opinions âgistes sont ressorties pendant la pandémie de COVID-19 et ont été exacerbées par celle-ci, ce qui a eu des répercussions allant de la caractérisation de la COVID-19 comme étant le problème des personnes âgées à notre incapacité à mieux protéger les populations vivant dans les établissements de soins de longue durée.^{175, 176}

Foyers de groupe

Des conditions semblables contribuent au risque dans les foyers de groupe, notamment vivre à proximité d'autres personnes et interagir avec de multiples aidants. Les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles de vivre dans des foyers de groupe, en partie en raison du sous-financement ou de l'élimination du financement des programmes d'intégration communautaire.^{177, 178} Outre le fait qu'ils sont plusieurs à vivre dans un logement, les personnes en situation de handicap peuvent être plus à risque de contracter

le virus. Cela est particulièrement vrai pour les personnes qui ont besoin d'aide pour se laver les mains, qui ont besoin de soutien pour être autonomes, qui ont besoin d'aide pour comprendre ou respecter les exigences de distanciation physique, ou qui ont besoin de toucher des surfaces pour s'appuyer ou obtenir des renseignements (comme dans le cas de la cécité ou d'une déficience visuelle).¹⁷⁷⁻¹⁷⁹

Refuges et hébergement d'urgence

Les personnes en situation d'itinérance peuvent vivre dans des milieux de groupe, comme des refuges ou des campements,¹⁸⁰ qui sont souvent surpeuplés et où il est difficile de respecter les consignes de distanciation physique.¹⁸¹ De plus, il est possible que les personnes qui vivent dans des refuges ou des campements n'aient pas accès aux installations et aux fournitures nécessaires pour se conformer aux protocoles de santé publique, comme le lavage des mains et la désinfection fréquente des surfaces.¹⁸² De plus, la prévalence des problèmes de santé physique chroniques chez les personnes en situation d'itinérance est élevée,¹⁸³ ce qui accroît le risque de complications si elles contractent la COVID-19.

Travailleurs migrants et travailleurs étrangers temporaires

Comme il est indiqué à la [partie 1](#), il y a eu un certain nombre d'éclosions au Canada dans les usines de transformation de la viande et des produits carnés et en milieu de travail agricole, qui sont des lieux d'emploi courants pour les travailleurs migrants et les travailleurs étrangers temporaires. À la suite de ces éclosions, les responsables provinciaux et municipaux de la santé ont déterminé que les travailleurs agricoles migrants sont des populations à risque de contracter le virus par transmission communautaire.¹⁸⁴⁻¹⁸⁶

Il peut être difficile pour les travailleurs agricoles migrants de respecter les consignes de distanciation physique, en raison de logements où les occupants vivent à l'étroit ou de salles de bain partagées ou inadéquates.^{187, 188} Ils peuvent également être réticents à signaler des symptômes ou à subir des tests de dépistage par crainte de représailles et de pertes économiques.¹⁸⁹ Ils font également face à des défis en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, notamment la disponibilité des rendez-vous en dehors de leurs heures de travail, le transport pour se rendre aux rendez-vous médicaux, le manque de services

d'interprétation, la connaissance limitée du système de santé et le manque d'information accessible sur la santé publique.^{187, 189, 190} Les défenseurs des travailleurs migrants ont signalé des problèmes structurels tels que la dépendance à l'égard des employeurs pour le logement et les mesures sanitaires.¹⁸⁷

Prisons

Au cours d'une revue systématique de la prévalence des maladies infectieuses dans les systèmes pénitentiaires des pays à revenu élevé, les chercheurs ont recensé un certain nombre de défis qui augmentent le risque d'exposition, tels que le surpeuplement, le défi de concilier la sécurité et les problèmes de santé, et les personnes qui cachent les symptômes précoces afin d'éviter d'autres restrictions.¹⁹¹ Les premières analyses effectuées par les CDC aux États-Unis sur la prévalence de la COVID-19 dans les prisons ont révélé que le déplacement des membres du personnel entre les établissements correctionnels et leurs propres collectivités peut présenter un risque d'introduction du virus.¹⁹²

Ce risque est particulièrement préoccupant compte tenu de l'état de santé des populations incarcérées. Des recherches menées au Canada ont révélé que les personnes incarcérées ont une mauvaise santé comparativement à la population canadienne en général.¹⁹³ Les taux élevés de maladies chroniques et d'immuno-déficience, ainsi que le vieillissement de la population dans les prisons fédérales en particulier, augmentent les risques pour les populations incarcérées au Canada.¹⁹⁴ Ces enjeux s'ajoutent aux déterminants sociaux de la santé; par exemple, les populations autochtones et racialisées sont surreprésentées dans le système carcéral au Canada.^{193, 194}

La mise en œuvre de mesures de santé publique visant à réduire le risque d'introduction de la COVID-19 dans les prisons ou à contrôler les éclosions, comme réduire le nombre de visiteurs, gérer la distanciation physique et limiter les déplacements au sein des établissements, a eu des répercussions imprévues sur la santé et le bien-être des personnes en prison en les isolant davantage.^{195, 196}

Logements surpeuplés

En plus des autres facteurs particuliers associés à divers milieux de vie en groupe, les logements surpeuplés ont été associés aux taux d'infection à la COVID-19 en France,¹⁹⁷ en Angleterre,¹⁹⁸ et à New York.^{199, 200} Au Massachusetts, les chercheurs ont examiné les tendances sociales en ce qui a trait au taux de surmortalité au début de la pandémie de COVID-19 et ont remarqué une hausse marquée des décès en surnombre dans les régions où le taux de pauvreté est plus élevé, où il y a un surpeuplement dans les logements, où les populations de couleur sont plus nombreuses et où la ségrégation économique racialisée est plus élevée.²⁰¹

La Ville de Toronto a déclaré que les personnes vivant dans des ménages de cinq personnes ou plus représentaient 26 % des cas, comparativement à 20 % de la population de Toronto, bien que ces données ne reflètent pas nécessairement des conditions de surpeuplement.¹⁵⁴ Cependant, nous savons que certaines populations sont plus susceptibles de vivre dans des conditions de surpeuplement partout au Canada, en raison du revenu, du statut d'Autochtone et du statut de nouvel arrivant. Parmi les populations autochtones, les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat et les membres des Premières Nations vivant dans les réserves étaient les plus susceptibles d'être en situation de surpeuplement.⁹¹ Les ménages dirigés par des réfugiés à Toronto et à Vancouver étaient également plus susceptibles d'être en situation de surpeuplement que ceux d'autres immigrants arrivés récemment.²⁰²

Certains réseaux régionaux de santé ont commencé à combiner les taux de résultats positifs au test de dépistage de la COVID-19 aux données du recensement afin de déterminer si le surpeuplement est un facteur possible de transmission, de sorte que les tests ciblés et les interventions de santé publique puissent avoir lieu rapidement.²⁰³⁻²⁰⁵

Le capacitisme et la COVID-19

La COVID-19 a mis en lumière l'injustice fondée sur des croyances discriminatoires ancrées dans notre société, y compris le capacitisme. Bien que le Canada ait ratifié la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* en 2010, plus de la moitié des plaintes présentées à la Commission canadienne des droits de la personne en 2018 ont été déposées pour motif de déficience.²⁰⁶ Le capacitisme dévalorise fondamentalement la vie et la contribution de nombreuses personnes et les considère comme étant négligeables, ce qui soulève de graves préoccupations pendant la pandémie, car certaines personnes en situation de handicap peuvent être plus à risque de contracter la COVID-19 ou de souffrir de complications graves.²⁰⁷ Ce risque augmente lorsque d'autres vulnérabilités s'ajoutent, telles que l'âge, les problèmes de santé sous-jacents et la vie dans des milieux de vie en collectivité.²⁰⁷ La discrimination fondée sur la capacité physique n'a rien de nouveau; les personnes en situation de handicap sont victimes de stigmatisation et de discrimination, y compris les obstacles et les interactions avec le système de santé, depuis longtemps; toutefois, la pandémie de COVID-19 a amplifié certaines formes de capacitisme systémique.²⁰⁷ Par exemple, l'interdiction générale de visiter les hôpitaux, les foyers de groupe et les établissements de soins de longue durée peut avoir des effets indésirables lorsqu'une personne en situation de handicap a besoin d'aide pour obtenir des services essentiels comme la communication, la prestation de soins ou la prise de décisions appuyée.²⁰⁸ De plus, la question de la rationalisation des services de santé a été soulevée dans les soins liés à la COVID-19, pour déterminer qui reçoit et qui ne reçoit pas de l'aide vitale en cas de pénurie, comme les lits en unité de soins intensifs et les respirateurs.^{209, 210}

Exposition pendant les déplacements

Le risque de transmission peut varier selon le type de transport, en particulier pour ceux qui utilisent le transport en commun comparativement à ceux qui utilisent leur propre véhicule privé ou le transport actif. Le transport en commun peut poser un risque en raison des difficultés liées au respect des consignes de distanciation physique dans un espace clos, de l'incapacité de soumettre les passagers à un test de dépistage de la maladie et de la présence de nombreuses surfaces à contact élevé.²¹¹ Le lien entre les différentes formes

de transport en commun et le risque d'exposition à la COVID-19 reste à éclaircir, certaines recherches portant à croire qu'il existe un lien et d'autres recherches indiquant que toute relation entre les deux est due à d'autres facteurs.²¹²⁻²¹⁵

Réceptivité différentielle

Les Canadiens présentent des niveaux de risque différents en ce qui concerne l'exposition à la COVID-19. En effet, ils peuvent présenter des risques différents de contracter la maladie s'ils y sont exposés ou de souffrir de complications graves. Nous avons décrit plus haut comment certains Canadiens étaient en moins bonne santé avant la pandémie de COVID-19 et comment ces différences en matière de santé sont établies par les déterminants de la santé. Ces variations sont également liées aux conditions préexistantes particulières qui peuvent accroître la gravité de la COVID-19, lesquelles peuvent être liées aux facteurs biologiques présentés à la [figure 5](#).

Les données recueillies à ce jour ont révélé que les Canadiens de 60 ans et plus présentent un risque accru d'effets plus graves liés à la COVID-19, de même que les personnes dont le système immunitaire est affaibli et celles ayant certains problèmes de santé sous-jacents.⁵⁴ À la fin d'août 2020, selon les données de recherche disponibles, 86 % des cas d'hospitalisation (pour lesquels des renseignements cliniques ont été consignés) présentaient au moins une condition préexistante.⁵⁰

Traitement différentiel

Comme le montre la [figure 5](#), la gravité de la maladie attribuable à la COVID-19 peut aussi être influencée par l'accès au traitement (le facteur du système de santé). Bien qu'universel en principe, l'accès aux soins de santé a été identifié comme étant un défi pour un certain nombre de sous-populations au Canada qui pourraient être plus exposés et plus réceptifs à la COVID-19, notamment les populations en situation d'itinérance,²¹⁶⁻²¹⁸ les populations racialisées et autochtones,^{145, 219, 220} les populations d'immigrants,^{221, 222} les travailleurs migrants,¹⁹⁰ les travailleurs étrangers temporaires,²²³ les personnes en situation de handicap,²²⁴⁻²²⁶ et les populations vivant avec un faible revenu.^{227, 228} L'accès à des soins de santé pertinents, significatifs et respectueux de la culture est un défi pour de nombreux groupes qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de préjugés implicites et conscients, d'un manque de respect et de compréhension des déterminants historiques et sociaux qui influent sur la santé, et de la stigmatisation des cultures organisationnelles.²

Incidence des mesures de santé publique en réponse à la COVID-19

Au-delà de l'incidence directe de l'endiguement de la propagation du virus, les mesures de santé publique mises en œuvre pour arrêter la propagation de la COVID-19 ont eu un effet sur la santé et le bien-être des Canadiens. Parmi ces répercussions, on compte celles ayant affectées tous les Canadiens et celles ayant touchées de manière disproportionnée certaines populations. Aussi, certaines répercussions peuvent avoir des conséquences à plus long terme sur la santé et le bien-être.

Incidence globale sur les Canadiens

L'incidence de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence

Dans le contexte d'une éclosion émergente de maladie infectieuse, il y a de multiples facteurs de stigmatisation et de discrimination qui se recoupent. La peur de l'infection peut déformer notre pensée, en associant par erreur la maladie à une certaine population ou à un endroit particulier.^{229, 230} Lorsque cette crainte est liée aux préjugés raciaux existants dans la société, la stigmatisation de l'infection et la stigmatisation de la racialisation sont superposées, créant une stigmatisation sociale qui peut durer bien au-delà d'une éclosion d'infection.²³⁰

Bien qu'aucune donnée à l'échelle nationale ne soit disponible, pendant toute la pandémie de la COVID-19, un certain nombre de services de police ont publié des communiqués au sujet de l'augmentation du nombre de crimes haineux contre les Canadiens d'origine asiatique dans leurs secteurs de compétence, y compris le Service de police d'Ottawa²³¹ et le Service de police de Vancouver.²³²

Dans une enquête par approche participative sur les perceptions de la sécurité pendant la pandémie, Statistique Canada a indiqué que 30 % des participants d'origine chinoise étaient d'avis que le nombre d'incidents fondés sur la race avait augmenté depuis le début de la pandémie, comparativement à 18 % des participants de minorités visibles^g et 6 % des personnes de minorités non visibles.²³³ Les chercheurs ont également relevé une croissance au chapitre du comportement « sinophobe »,²³⁴ la haine des Asiatiques,²³⁵ et de l'utilisation d'un langage stigmatisant²³⁶ en ligne pendant la pandémie de COVID-19. Les résultats d'une enquête réalisée au Canada en mars et avril 2020 indiquent que les répondants originaires d'Asie orientale, y compris les Chinois, les Coréens et les Japonais, ont déclaré

être en moins bonne santé mentale et victimes de plus de discrimination pendant la pandémie que les répondants de race blanche.²³⁷

Au début de juin, Statistique Canada a mené une étude axée sur la stigmatisation et la pandémie, pour déterminer quels groupes au Canada craignent d'être la cible de comportements indésirables en raison du risque perçu d'exposition à la COVID-19 après l'assouplissement des restrictions en matière de santé publique. Dans l'ensemble, 20 % des Canadiens ont déclaré craindre d'être ciblés. Ce chiffre était presque deux fois plus élevé chez les immigrants (29 %) que chez les personnes nées au Canada (17 %). Parmi ceux qui craignaient d'être la cible de comportements indésirables, les immigrants étaient beaucoup plus susceptibles (42 %) de déclarer être préoccupés par la stigmatisation fondée sur leur identité raciale, comparativement à la population née au Canada (9 %).²³⁸

La mésinformation (incluant la désinformation délibérée) alimente et exacerbe la stigmatisation et la discrimination dans le contexte des maladies infectieuses. Cela comprend des mythes inexacts et stigmatisants au sujet de l'origine de la maladie ainsi que des représentations stigmatisantes des groupes touchés. Les recherches sur la propagation de la mésinformation, y compris l'information liée aux maladies infectieuses, démontrent que la mésinformation est courante et souvent plus populaire que l'information véridique.²³⁹ La mésinformation, qui est souvent personnelle et négative, crée de la peur et de la méfiance, ce qui peut accroître la susceptibilité à la mésinformation. Les recherches ont révélé que les mensonges peuvent se propager plus rapidement que la vérité, et qu'il est très difficile de corriger la mésinformation une fois qu'elle est répandue.^{239, 240}

g Le terme « minorité visible » renvoie à la question de savoir si une personne appartient à un groupe de minorité visible au sens de la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* et, dans l'affirmative, au groupe de minorité visible auquel elle appartient. La *Loi sur l'équité en matière d'emploi* définit les minorités visibles comme « les personnes, autres que les autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». La population des minorités visibles comprend principalement les groupes suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais. Statistique Canada. Minorité visible de la personne. Statistique Canada (2020).

Pertes d'emploi et diminution du nombre d'emplois

Le ralentissement considérable de l'économie canadienne en raison des mesures d'urgence de santé publique, y compris la fermeture des services non essentiels, des écoles et des services de garde, a eu et continue d'avoir des répercussions sur de nombreux Canadiens en raison de la perte d'emploi ou de revenu, tous deux étant des déterminants sociaux de la santé. Malgré les programmes de soutien de la rémunération du gouvernement, 5,5 millions de travailleurs canadiens ont été touchés par la fermeture en avril, dont 3 millions de Canadiens qui ont perdu leur emploi et 2,5 millions de Canadiens qui ont dû s'absenter du travail en raison de la COVID-19.²⁴¹ Au 15 août, 1,8 million de travailleurs canadiens avaient été touchés par l'arrêt des activités économiques.²⁴¹ Bien que la situation de l'emploi se soit améliorée, la reprise pourrait être lente. En août, le taux de chômage était de 10,2 %, en hausse par rapport à 5,6 % en février, mais en baisse par rapport au sommet de 13,7 % atteint en mai. Par opposition, pendant la récession de 2008-2009, le taux de chômage a augmenté, passant de 6,2 % en octobre 2008 pour s'établir à 8,7 % en juin 2009, et il a fallu environ neuf ans pour revenir aux niveaux d'avant la récession.²⁴¹ Afin de comprendre l'arrêt des activités économiques lié à la COVID-19, il est nécessaire d'examiner qui a été le plus touché au début, qui a le plus bénéficié de la réouverture graduelle et qui éprouve encore des difficultés.

Travailleurs occupant des emplois peu rémunérés

Parmi les emplois perdus en mars et en avril, les employés occupant des emplois peu rémunérés (soit moins des deux tiers du salaire médian annuel de 24,04 \$ l'heure en 2019) ont subi les plus fortes pertes (38 %) comparativement à ceux occupant d'autres emplois (13 %).²⁴² À cette époque, les travailleurs à faible revenu étaient plus susceptibles de travailler moins de la moitié de leurs heures habituelles pour des raisons liées à la COVID-19, comparativement à tous les autres employés rémunérés.²⁴²

L'analyse des données sur la rémunération en mars 2020 a démontré que le secteur des services a été le plus durement touché par le ralentissement économique, la majorité de ces pertes d'emplois touchant les femmes.²⁴³ Les travailleurs du secteur des services sont moins susceptibles de pouvoir travailler à domicile. De février à mars, 41 % des pertes d'emploi ont été observées dans les services de restauration et d'hébergement et dans le

commerce de gros et de détail (deux secteurs affichant la rémunération hebdomadaire moyenne la plus faible).²⁴³ En avril, près de 90 % du million de Canadiens qui occupaient des emplois peu rémunérés et non syndiqués à taux horaire travaillaient hors domicile, les deux tiers dans les services de restauration et d'hébergement ou dans le commerce de gros et de détail, des secteurs où les emplois exigent souvent un contact physique étroit.^{242, 244} En revanche, l'emploi salarié et la rémunération totale sont demeurés presque inchangés pour les travailleurs des secteurs mieux rémunérés de l'administration publique, des finances et de l'assurance.^{242, 243}

La reprise graduelle des activités au Canada au cours de l'été a entraîné l'augmentation du nombre d'emplois peu rémunérés. Toutefois, le taux d'emploi des travailleurs à faible revenu est demeuré beaucoup plus faible que les niveaux pré-pandémiques (87,4 %), comparativement à tous les autres employés (99,1 %, non désaisonnalisé).²⁴¹

Les femmes

De nouvelles données probantes indiquent que ces types de pertes d'emploi toucheraient de façon disproportionnée les femmes ayant de jeunes enfants et des familles, étant donné que les femmes sont largement représentées dans les secteurs des services et du commerce au détail et qu'en l'absence de services de garde d'enfants, elles ne seront pas en mesure de retourner au travail.²⁴⁵⁻²⁴⁸ Une étude canadienne a révélé que la participation des femmes au marché du travail avait atteint son plus bas niveau en trois décennies et que 1,5 million de femmes avaient perdu leur emploi au cours des deux premiers mois de la pandémie.²⁴⁹ Les restrictions en matière de santé publique ont été assouplies dans certaines provinces en mai, ce qui a mené à une reprise des emplois peu rémunérés, mais les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'en profiter (20,5 % comparativement à 5,2 %).²⁴² L'emploi a connu une hausse particulièrement faible chez les femmes dont le plus jeune enfant avait moins de 6 ans, comparativement aux femmes dont le plus jeune enfant avait entre 6 et 17 ans ou aux hommes ayant des enfants de 0 à 6 ans ou de 6 à 17 ans.²⁴²

Les recherches ont montré qu'à la suite de la pandémie, l'écart entre les femmes et les hommes en matière d'emploi chez les parents d'enfants d'âge scolaire est plus important pour les femmes à faible revenu, car elles ont déjà moins de ressources économiques et occupent des positions vulnérables sur le marché du travail.²⁵⁰ Les recherches sur l'incidence de la COVID-19 sur le marché du travail au Canada ont montré une baisse importante

des heures travaillées et de l'emploi des parents ayant des enfants d'âge préscolaire et scolaire.²⁵¹ Dans une enquête par approche participative de Statistique Canada, 80 % des participants ayant des enfants d'âge scolaire de 4 à 11 ans ont déclaré être très ou extrêmement préoccupés par l'équilibre entre la garde d'enfants, la scolarité et le travail.²⁵² L'évolution du taux d'activité suggère qu'en août 2020, les femmes exerçaient encore des activités non liées à l'emploi, telles que la prestation de soins, à un taux plus élevé qu'avant la fermeture.²⁴¹ En août, 51,1 % des mères qui faisaient du télétravail ayant un enfant de moins de 6 ans ont déclaré craindre que le retour à leur lieu de travail normal ne crée des difficultés en matière de garde d'enfants ou de prestation de soins.²⁴¹

Travailleurs racialisés, immigrants et autochtones

En juillet, Statistique Canada a ajouté une question à l'Enquête sur la population active en demandant aux répondants d'indiquer le ou les groupes de population auxquels ils appartiennent. Cela a permis de réaliser une analyse plus détaillée des groupes dont le taux de chômage est plus élevé. Alors que le taux de chômage en août 2020 était de 11,1 % (non désaisonnalisé), le taux de chômage était beaucoup plus élevé chez certains groupes, y compris les populations qui ont déclaré être arabes (17,9 %), noires (17,6 %), d'Asie du Sud-Est (16,6 %) et d'Asie du Sud (14,9 %). Les employés originaires d'Asie du Sud-Est (32,0 %), noirs (24,9 %) ou arabes (21,4 %) étaient plus susceptibles d'occuper des emplois peu rémunérés, comparativement à ceux qui ont déclaré être Chinois (17,4 %) ou à ceux qui n'ont pas déclaré faire partie d'une minorité visible ou qui ne se sont pas déclarés Autochtones (15,9 %) (non désaisonnalisé).²⁴¹

En août 2020, le taux d'emploi des personnes nées au Canada était plus près des niveaux prépandémiques par rapport à celui des immigrants qui vivent au Canada depuis plus de cinq ans.²⁴¹ Compte tenu du fait que le nombre de nouveaux immigrants au Canada a diminué en raison de la COVID-19, il est plus difficile d'évaluer les tendances du taux d'emploi pour cette population.²⁴¹ L'emploi chez les Autochtones vivant hors réserve (91,4 % du niveau d'emploi prépandémique, en février) n'a pas rebondi aussi rapidement que chez les Canadiens non autochtones (96,7 % du niveau d'emploi en février).²⁴¹

Jeunes et étudiants de niveau postsecondaire

La perte d'emplois et la diminution des possibilités d'emploi à la suite de la pandémie ont eu un effet sur les étudiants de niveau postsecondaire qui comptent souvent sur les emplois d'été ou le travail au cours de l'année comme principale source de revenus. Le taux d'emploi des étudiants de 20 à 24 ans a chuté, passant de 52,5 % en février à 28,9 % en avril 2020.²⁵³ Les données d'une enquête par approche participative de Statistique Canada indiquent que plus de 70 % des étudiants qui poursuivent des études postsecondaires étaient très ou extrêmement préoccupés par les répercussions financières de la COVID-19, la préoccupation la plus courante étant qu'ils épuiserait leurs économies.²⁵³ Les autres principales préoccupations étaient l'endettement accru des étudiants (47 % très ou extrêmement préoccupés), la capacité de payer les frais courants (44 %), de payer les frais de scolarité du trimestre suivant (46 %) ou d'être en mesure de payer les frais d'hébergement du prochain trimestre (43 %). Parmi les étudiants qui dépendent du financement de la recherche, 61 % des candidats au doctorat étaient très ou extrêmement préoccupés par un manque de financement. Dans l'ensemble, les préoccupations financières étaient plus élevées chez les étudiants vivant seuls ou avec des colocataires que chez ceux qui vivaient avec leur famille.²⁵³ Les perturbations du financement des études pourraient avoir des répercussions à plus long terme, en particulier pour les étudiants qui comptent sur le travail après les heures d'étude ou le financement de la recherche pour soutenir leurs études.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans ont subi des effets importants et durables en raison de la fermeture. En août 2020, le taux d'emploi chez les jeunes femmes et hommes s'établissait à 84,7 % des niveaux observés en février.²⁴¹ Les taux de chômage des jeunes hommes (25,6 %) et des jeunes femmes (20,2 %) étaient plus élevés en août 2020 qu'au cours de la récession de 2008-2009 (16,4 % à son sommet). Le taux de chômage était beaucoup plus élevé chez les jeunes qui ont déclaré faire partie d'un groupe désigné comme une minorité visible (32,3 %, non désaisonnalisé), comparativement aux jeunes qui n'ont pas déclaré être Autochtones ou membres d'un groupe désigné comme une minorité visible (18,0 %).²⁴¹

Emploi et santé

La perte de revenu et d'emploi est importante pour la santé publique, car elle influe à la fois sur la santé et le bien-être. Les données probantes sur le lien entre le revenu et la santé sont nombreuses et claires.²⁵⁴ L'inégalité des revenus est associée à des taux de mortalité plus élevés,²⁵⁵ à une mauvaise santé^{256, 257} et à des problèmes de santé mentale.^{258, 259} Bien que le soutien du revenu soit essentiel, le travail lui-même est également important. Statistique Canada a constaté un plus faible niveau de satisfaction à l'égard de la vie chez les Canadiens sans emploi et a fait remarquer que cette relation est plus qu'une simple question d'argent, en ce sens qu'il faudrait un montant considérable pour maintenir les chômeurs au même niveau de satisfaction à l'égard de la vie que les gens qui ont un emploi.²⁶⁰ Ce constat est confirmé par des revues systématiques portant sur le chômage et la santé mentale,^{261, 262} le chômage et la santé,²⁶³ et le chômage et le risque de mortalité.²⁶⁴

Inclusion

Même s'il peut être souhaitable de travailler à domicile pour réduire l'exposition au virus, cela ne signifie pas nécessairement que l'employé dispose de l'équipement approprié pour bien effectuer son travail.²²⁴ Certaines personnes en situation de handicap ont déclaré que leur employeur ne leur fournirait pas de soutien technologique ou d'appareils accessibles pour leur permettre de travailler à domicile, ce qui les obligerait à assumer le fardeau de l'achat d'équipement.²²⁴

Incidence sur la cohésion sociale et le lien social

Les mesures de santé publique mises en place pour réduire la propagation du virus ont causé des perturbations soudaines dans le tissu social de la vie des Canadiens. En mars, plus de 70 % des Canadiens qui ont répondu à une enquête de la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC) étaient préoccupés par le maintien des liens sociaux.²⁶⁵ Les personnes qui s'inquiètent des répercussions financières de la pandémie peuvent aussi être plus préoccupées par les répercussions sociales de l'isolement. Parmi ceux qui ont dit que la pandémie avait des répercussions importantes sur leur capacité de s'acquitter de leurs obligations financières, 48 % étaient très ou extrêmement préoccupés par les répercussions de la COVID-19 sur le stress familial causé par le confinement.²⁶⁶ Par comparaison, c'était le cas d'une seule personne sur cinq chez celles qui ne s'attendaient pas à subir des répercussions financières importantes liées à la COVID-19.²⁶⁶ Parmi les personnes qui prévoyaient des répercussions importantes sur leur

capacité de s'acquitter de leurs obligations financières, 61 % se sont dites très ou extrêmement préoccupées par le risque de désordre civil, comparativement à 32 % de celles qui ont dit que la pandémie n'aurait pas d'incidence sur leurs finances personnelles.²⁶⁶ Les préoccupations concernant les répercussions familiales et sociales de la pandémie étaient également plus élevées chez les personnes peu scolarisées : 60 % de celles qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires étaient très ou extrêmement préoccupées par l'incidence de la COVID-19 sur les liens sociaux, comparativement à environ 30 % de celles qui ont d'autres niveaux de scolarisation.²⁶⁶ Les immigrants étaient également plus susceptibles que les personnes nées au Canada de s'inquiéter des répercussions sociales de la pandémie.²⁶⁶

L'isolement associé à la distanciation physique peut être particulièrement difficile pour les enfants, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Dans une étude par approche participative de Statistique Canada, 71 % des participants se sont dits très préoccupés par les possibilités de socialisation de leurs enfants avec des amis, et 54 % des participants étaient très ou extrêmement préoccupés par la solitude ou l'isolement social de leurs enfants.²⁵² Alors que la plupart des personnes âgées ont déclaré obtenir un niveau élevé de soutien social en 2016, certains groupes étaient moins susceptibles d'avoir un niveau élevé de soutien, comme les personnes âgées à faible revenu, les personnes âgées vivant seules (par rapport à celles qui vivent avec un conjoint), les personnes âgées vivant dans les zones urbaines, les personnes âgées de sexe masculin et les personnes âgées immigrantes.²⁶⁷ Les mesures de distanciation physique ont entraîné la suspension des rencontres des groupes communautaires et des programmes de jour pour les aînés, et certains d'entre eux ont choisi de ne pas participer aux services offerts par crainte d'être infectés.²⁶⁸ L'isolement peut également être une préoccupation pour les personnes en situation de handicap, en particulier pour les 21 % de Canadiens handicapés qui vivent seuls (en date de 2017) ou les quelque 20 % de Canadiens handicapés qui n'utilisent pas Internet.²⁶⁹

La COVID-19 a eu une incidence considérable sur la façon dont nous commémorons des événements importants de la vie comme les remises de diplômes, les fêtes religieuses, les funérailles et les cérémonies de mariage, ce qui a donné lieu à de nombreuses célébrations virtuelles. La pandémie a notamment perturbé les rites et cérémonies individuels et collectifs relatifs à l'acte de mourir, à la mort et au deuil. Les mesures de santé publique ont imposé des restrictions sur les déplacements et limité les visites dans les hôpitaux et

les établissements de soins de longue durée, modifiant les façons dont les amis et les membres de la famille peuvent dire au revoir à des êtres chers à la fin de leur vie. Ces mesures ont également obligé les gens à modifier la façon dont les vies sont traditionnellement honorées en ajustant les cérémonies, les funérailles, les services commémoratifs et les rituels religieux ou culturels conformément aux mesures de santé publique. De plus, les mesures de quarantaine et de distanciation physique peuvent signifier que pendant le processus de deuil le soutien social provenant des autres est limité ou indisponible pour les personnes endeuillées. Bien que les répercussions à long terme de ces ajustements ne soient pas encore connues, les recherches sur les pandémies antérieures donnent à penser que les personnes qui ont subi de multiples pertes liées au décès d'un être proche et aux interruptions des normes sociales, des rituels et des pratiques de deuil peuvent être plus à risque de vivre un deuil compliqué.²⁷⁰

Incidence cumulative de la COVID-19 et des mesures de santé publique sur la santé mentale

Santé mentale et bien-être

En temps de crise, il est normal de ressentir du stress, de la peur et de l'inquiétude. Les pressions et l'incertitude liées à la pandémie peuvent être écrasantes.¹¹⁰ De nombreux pays ont signalé des taux de détresse plus élevés au sein de leur population.¹¹¹ Les Canadiens font face à de nombreuses pressions, qu'il s'agisse de la perte d'un emploi ou d'un revenu, de l'isolement social, de l'anxiété à l'égard de la santé, de l'inquiétude pour des êtres chers et, pour de nombreuses familles, de la pression concomitante des responsabilités financières et familiales.

La détresse associée à la pandémie peut avoir une incidence sur la santé mentale, qui est le reflet du bien-être psychologique, émotionnel et social.²⁷¹ Les réactions normales à la pandémie, comme le stress et l'inquiétude, ne sont pas des maladies mentales. La maladie mentale — comme les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux — désigne la capacité réduite de fonctionner efficacement sur une longue période.²⁷² Toutefois, le stress à long terme peut accroître le risque d'avoir une mauvaise santé mentale et d'autres problèmes de santé.²⁷³

À l'aide des données de la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC), Statistique Canada signale que la santé mentale autoévaluée^h a diminué pendant la pandémie, comparativement aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2018.ⁱ En 2018, 68 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont estimé avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, mais ce chiffre a chuté à 54 % à la fin de mars et au début d'avril 2020 (première vague de la SEPC) et à 48 % au début de mai 2020 (deuxième vague de la SEPC).²⁷⁴ La différence de la santé mentale autoévaluée entre les femmes et les hommes a également augmenté pendant la crise de la COVID-19. Dans l'ESCC de 2018, 66 % des femmes et 71 % des hommes ont déclaré avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, tandis que dans le premier volet de la SEPC, ces pourcentages étaient de 49 % et 60 % respectivement.²⁷⁴

Dans une enquête par approche participative, Statistique Canada a constaté que la proportion de répondants qui ont estimé avoir une moins bonne santé mentale depuis le début des mesures de la distanciation physique était plus élevée chez les participants autochtones que chez les participants non autochtones (60 % comparativement à 52 %).²⁷⁵ Une plus grande proportion de participants autochtones (40 %) que de participants non autochtones (27 %) ont déclaré que la plupart de leurs journées étaient « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes ».²⁷⁵

L'impact émotionnel de la pandémie ne se limite pas aux adultes. Les recherches ont révélé que la santé physique et mentale des enfants est plus compromise lorsqu'ils sont confinés à la maison, sans activités de plein air et sans interaction avec leurs amis.²⁷⁶ Dans son enquête par approche participative auprès des parents, Statistique Canada a constaté que 61 % des répondants étaient très ou extrêmement préoccupés par la gestion des comportements, des niveaux de stress, de l'anxiété et des émotions de leur enfant.²⁵²

On a également reconnu que les professionnels de la santé et les travailleurs de première ligne du Canada pourraient être exposés à un risque de problèmes de santé mentale en raison de la pandémie.²⁷⁷ Cela fait suite à des rapports provenant d'Italie, de New York et de Chine indiquant que de nombreux travailleurs de première ligne traitant des patients atteints de COVID-19 ont connu des problèmes de santé mentale.²⁷⁸⁻²⁸⁰ Bien que les travailleurs de première ligne puissent souvent subir

h Ces données reflètent la santé mentale autoévaluée des Canadiens, ce qui n'est pas une mesure de la maladie mentale, mais reflète plutôt les réponses recueillies par Statistique Canada en réponse à la question « En général, comment est votre santé mentale? ». Les catégories de réponse étaient : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise.

i Bien que la SEPC et l'ESCC comportent les mêmes questions sur la santé et la santé mentale autoévaluées, il est important de noter qu'il s'agit d'enquêtes distinctes comportant des bases de sondage différentes.

du stress au travail, ils demandent qu'on leur fournisse un soutien accru en raison des pressions particulières liées au travail pendant une pandémie.^{281, 282}

Les aidants naturels sont également touchés par les répercussions de la pandémie. Statistique Canada a noté qu'en 2018, 25 % des Canadiens de plus de 15 ans fournissaient des soins à un membre de leur famille ou à un ami ayant un problème de santé à long terme, un handicap physique ou mental, ou des problèmes liés au vieillissement.²⁸³ Bien que les aidants atténuent la pression sur les systèmes sociaux et de santé surchargés,²⁸⁴ dans le contexte de la COVID-19, ils ont souvent dû faire leur travail sans directives claires ni équipement de protection individuelle.²⁸⁵ Bon nombre d'entre eux prennent soin d'une personne à la maison qui n'a pas accès à son réseau de soutien habituel ou à ses programmes communautaires, tandis que d'autres s'inquiètent peut-être de la sécurité de parents vivant de façon autonome avec des niveaux d'aide et de soutien réduits.²⁸⁶ La distanciation physique et les autres mesures visant à contrôler la propagation de la COVID-19 peuvent contribuer au sentiment d'isolement et affecter la santé mentale des aidants naturels et des gens dont ils prennent soin.²⁸⁷

Maladie mentale

Les Canadiens atteints d'une maladie mentale préexistante pourraient être plus vulnérables pendant la pandémie de COVID-19.²⁸⁸ L'isolement pourrait entraîner le retour ou l'augmentation des symptômes et il pourrait y avoir des perturbations liées aux soins thérapeutiques.²⁸⁸ Les problèmes d'accès aux soins pourraient augmenter, puisque le système de santé mentale pourrait faire face à des pressions supplémentaires, ce qui entraîne des temps d'attente plus longs pour ceux qui sont déjà mal desservis.²⁸⁹

Nous ne connaissons pas encore les répercussions de la pandémie sur le suicide. Les facteurs de risque de suicide liés à la pandémie peuvent comprendre le chômage, l'isolement social et la déconnexion (en particulier chez les personnes âgées), l'augmentation de la consommation d'alcool ou la violence familiale.²⁹⁰⁻²⁹³ Dans une enquête réalisée en mai 2020, les répondants qui se sont déclarés Autochtones (16 %), en situation de handicap (15 %) ou ayant un faible revenu (14 %) étaient plus susceptibles de déclarer avoir des pensées suicidaires depuis l'écllosion, comparativement à la population générale (6 %).²⁹⁴ Il s'agissait d'une enquête unique menée après l'apparition de la COVID-19. Toutefois, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 et de

2019 laissent entendre que les populations autochtones et les populations à faible revenu étaient également plus susceptibles de déclarer des pensées suicidaires avant la pandémie.^{295, 296} Par exemple, en 2019, les Autochtones vivant hors réserve étaient plus susceptibles de déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (6 %) ou au cours de leur vie (25 %), comparativement aux non Autochtones (3 % au cours des 12 derniers mois, 12 % au cours de leur vie).²⁹⁵

Insécurité alimentaire et accès réduit à des aliments sains

L'insécurité alimentaire, qui peut inclure le fait de s'inquiéter de manquer de nourriture, de sauter des repas ou de se priver de nourriture, est une réalité pour de nombreuses personnes au Canada. Les données préliminaires indiquent que la perte de revenu déclenchée par la COVID-19 accroît l'insécurité alimentaire des ménages.^{297, 298} Les données de l'Enquête sur les perspectives canadiennes de mai 2020 (deuxième vague, données recueillies du 4 au 10 mai 2020) ont révélé que l'insécurité alimentaire était beaucoup plus élevée chez les répondants de l'enquête pendant la pandémie de COVID-19 comparativement aux résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2017-2018 (14,6 % par rapport à 10,5 %).²⁹⁸ Les Canadiens qui avaient un emploi pendant la période de l'enquête, mais qui ne travaillaient pas en raison d'une fermeture, d'une mise à pied ou de circonstances personnelles liées à la COVID-19 étaient plus susceptibles d'être en situation d'insécurité alimentaire (28,4 % par rapport à 10,7 % de ceux qui travaillaient).²⁹⁸ Les ménages avec enfants étaient plus susceptibles d'éprouver de l'insécurité alimentaire (19,2 %) que ceux sans enfants (12,2 %).²⁹⁸

En plus de la perte de revenu, des facteurs communautaires plus vastes peuvent influencer sur l'accès aux aliments. Certaines collectivités isolées sont déjà aux prises avec des chaînes d'approvisionnement alimentaires précaires, une disponibilité limitée d'aliments frais et des prix alimentaires élevés,^{297, 299} une situation qui pourrait être aggravée par la COVID-19. À l'heure actuelle, les banques alimentaires, qui sont une ressource importante pour de nombreux ménages en situation d'insécurité alimentaire, ont du mal à maintenir et à accroître leur capacité à fournir des aliments d'urgence aux personnes dans le besoin.²⁹⁷ Les écoles étant fermées, les enfants peuvent également avoir perdu une occasion importante d'avoir accès à des aliments sains grâce aux programmes d'aide alimentaire en milieu scolaire.^{300, 301}

Répercussions disproportionnées sur certains groupes

Bien que tous les Canadiens soient touchés par les exigences de distanciation physique, certains groupes qui vivaient déjà avec d'autres problèmes de santé peuvent avoir été touchés de façon différentielle par les mesures de santé publique.

Consommation de substances

Consommation accrue d'alcool, de tabac et de cannabis

Les données de la Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes [SEPC] (premier volet, données recueillies du 29 mars au 3 avril 2020) indiquent que la majorité des Canadiens de plus de 15 ans n'ont pas changé leur consommation de substances psychoactives au début de la pandémie. Cependant, certains Canadiens ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool (14 %), de cannabis (6,5 %) ou de tabac (3,3 %).³⁰² Les changements déclarés ne différaient pas selon le sexe, mais les personnes âgées de 15 à 34 ans étaient plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de chacune de ces substances psychoactives.³⁰² L'augmentation de la consommation de substances psychoactives était également plus probable chez les Canadiens qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise.³⁰² Le deuxième volet de la SEPC (du 4 au 10 mai 2020) a utilisé les mêmes outils de données et a montré que la consommation de substances psychoactives a continué d'augmenter pour l'alcool (+5,2 %) et le cannabis (+1,8 %). Toutefois, la consommation est demeurée relativement constante pour le tabac (0,6 %).¹²³

Ces résultats semblent indiquer que pour certains Canadiens, les effets indirects de la COVID-19 comprennent une consommation accrue d'alcool.

La pandémie peut aussi avoir créé des pressions supplémentaires sur les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'une substance psychoactive. Les mesures de santé publique comme les appels à la distanciation physique et à la restriction des déplacements à l'extérieur du foyer peuvent avoir accru l'isolement social et réduit l'accès à des services comme les groupes de soutien en personne et d'autres programmes.^{303, 304} Il s'agit d'une conséquence particulière sur la crise des opioïdes.

Exacerbation de la crise des opioïdes

Avant la pandémie, on avait constaté une diminution de 13 % du nombre de décès par surdose d'opioïdes au Canada entre 2018 et 2019, ce qui donne à penser que les efforts déployés pour gérer la crise des opioïdes avaient porté fruit, particulièrement en Colombie-Britannique et en Alberta.³⁰⁵ De nouvelles données probantes indiquent que la pandémie de COVID-19 a entraîné un recul, le nombre de décès et de méfaits associés à la consommation de substances psychoactives ayant augmenté récemment.

Partout au pays, les administrations publiques ont signalé une augmentation du nombre de décès par surdose et de méfaits non mortels liés aux opioïdes et à d'autres substances, en partie en raison de la toxicité croissante dans l'approvisionnement en drogues illicites depuis le début de la pandémie. La situation est particulièrement difficile en Colombie-Britannique, où l'on a enregistré plus de 100 décès attribuables à la toxicité des drogues illicites au cours d'une période de six mois consécutifs (mars à août 2020), le nombre de décès en mai, juin et juillet 2020 se chiffrant à plus de 175 décès pour chacun de ces mois.³⁰⁶ Le plus grand nombre de décès, enregistré en juin 2020, s'élevait à 181, en hausse par rapport à 76 en juin 2019.³⁰⁶ Les membres des Premières Nations continuent d'être touchés de manière disproportionnée par rapport aux décès par surdose, le nombre ayant presque doublé en Colombie-Britannique entre janvier et mai 2020 par rapport à la même période en 2019. Plus précisément, les membres des Premières Nations représentaient 16 % de tous les décès par surdose; le taux de mortalité par surdose était 5,6 fois supérieur à celui des autres résidents de la Colombie-Britannique (en hausse par rapport à 3,8 pour la même période en 2019).³⁰⁷ En juillet, les ambulanciers paramédicaux de la Colombie-Britannique ont répondu à un nombre record d'appels liés aux surdoses (2 706 appels ou 87 appels par jour, comparativement à la moyenne mensuelle habituelle de 2 000 appels), et la plupart concernaient des hommes âgés de 21 à 40 ans.³⁰⁸ Les autorités de la Colombie-Britannique ont également signalé une augmentation des concentrations extrêmes de fentanyl, ce qui signifie que les drogues sont toxiques même à de plus faibles doses.³⁰⁶ Parmi les décès par surdose où l'on a détecté du fentanyl, environ 14 % présentaient des concentrations extrêmes d'avril à août 2020, comparativement à 8 % de janvier 2019 à mars 2020.³⁰⁶

Bien que la Colombie-Britannique demeure la province la plus durement touchée par la crise de surdoses, bon nombre des autres provinces, territoires et municipalités ont signalé une augmentation récente des méfaits liés à la consommation de substances ou des changements dans l'offre de drogues. Les données sur les décès par surdose au cours de la pandémie ne sont pas encore disponibles pour toutes les administrations publiques. Cependant certaines d'entre elles, notamment l'Ontario,³⁰⁹ la Saskatchewan,³¹⁰ et l'Alberta.³¹¹ ont déclaré un nombre record de décès par surdose confirmés ou présumés. Les données préliminaires de l'Ontario montrent que le nombre de décès confirmés et probables associé aux opioïdes a augmenté de près de 50 % de janvier (148) à mai (220) 2020.³⁰⁹ L'Alberta a connu une augmentation importante des décès liés aux opioïdes au cours de la période de trois mois allant d'avril à juin 2020 (301 au total), par rapport au record précédent de 211 décès enregistrés au cours d'une période de trois mois en 2018.³¹¹

Si le contexte qui a influencé le nombre de surdoses pré-pandémiques se poursuit, certains groupes continueront d'être exposés à un risque disproportionné.³¹² Une évolution des données probantes sur les déterminants de la surdose peut être constatée dans les recherches qualitatives menées en 2017-2018 auprès de coroners, de médecins légistes et de toxicologues dans huit provinces et territoires qui ont relevé des caractéristiques communes chez les personnes décédées d'une surdose liée aux opioïdes et aux autres drogues.³¹³ Bon nombre des personnes qui ont succombé à une surdose pendant cette période avaient en commun les caractéristiques suivantes : « des antécédents de problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de traumatisme et de stigmatisation; la tolérance réduite aux médicaments; être seul lors de la surdose; le manque de soutien social; le manque de services de santé et de services sociaux de suivi coordonnés et complets ». ³¹³

Dans le contexte de la COVID-19, un modèle théorique montrant comment la pandémie peut influencer la consommation de substances et les méfaits qui y sont associés comprend cinq domaines interreliés : 1) la consommation de substances comme mécanisme d'adaptation; 2) les changements dans les réseaux et les soutiens sociaux, y compris les changements dans l'offre de drogues et l'accès à ceux-ci; 3) la disponibilité et l'accessibilité des services; 4) le risque accru de transmission de la COVID-19 chez les personnes qui consomment des drogues; et 5) le risque accru de conséquences graves pour les personnes qui consomment des substances.³¹⁴

Les travailleurs de première ligne ont laissé entendre que la crainte de contracter la COVID-19 pourrait amener des personnes qui consommaient auparavant des opioïdes avec un ami à les consommer seules, ce qui réduirait la probabilité d'intervention en cas de surdose et contribuerait à l'augmentation du nombre de décès liés à une surdose.³⁰⁴ Les mesures de distanciation physique ont également entraîné l'augmentation du temps d'attente aux sites de consommation supervisée, puisque ces établissements peuvent accueillir moins de personnes en même temps. Au moins un site de consommation supervisée à Ottawa a renoncé à des mesures de distanciation physique après que plusieurs clients ont fait une surdose en attendant en ligne pour rentrer.³¹⁵ L'accès limité à certaines drogues illicites en raison des changements sociaux liés à la COVID-19 a entraîné une augmentation des prix et a mené à l'adultération.³¹⁶

Le Centre de surveillance et de recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada a élaboré un modèle de simulation de la consommation d'opioïdes et des décès par surdose d'opioïdes. Certaines simulations donnent à penser qu'une augmentation des niveaux de fentanyl et de drogues semblables dans l'offre de drogues, conjuguée à un accès réduit aux mesures de santé publique pour la prévention des décès par surdose d'opioïdes, pourrait entraîner, en 2020, une hausse du nombre de ces décès au-delà des niveaux observés au sommet de la crise des opioïdes en 2018.³¹⁷

Sécurité et violence familiale

La recommandation du confinement sur place pourrait avoir présenté des risques supplémentaires pour les personnes victimes de violence familiale, y compris la violence conjugale, la violence envers les enfants et le mauvais traitement envers les personnes âgées.³¹⁸⁻³²⁰ Les mesures de distanciation physique mises en place et l'insécurité économique exacerbée pendant la pandémie peuvent entraîner un stress chronique et une augmentation des conflits, qui ont été identifiés comme étant des facteurs de risque de violence familiale.^{319, 321}

Les données recueillies au début de la pandémie indiquent que les femmes ressentent plus d'inquiétude (10 %) que les hommes (6 %) quant à la possibilité de violence familiale.³²² Dans une enquête par approche participative, Statistique Canada a signalé que — bien que la majorité des répondants autochtones et non autochtones ait indiqué qu'ils n'étaient pas inquiets des répercussions de la pandémie sur la violence familiale — la proportion de répondants autochtones ayant fait part d'un certain degré d'inquiétude (11 %) était deux fois supérieure à celle des participants non autochtones (5 %).³²³

Répercussions sur les enfants et les jeunes

L'environnement familial a changé pendant la pandémie de COVID-19 en raison de la fermeture des écoles et des services de garde, de l'augmentation du stress chez les personnes qui s'occupent des enfants et des membres de la communauté, de l'accès limité aux services, des mesures de distanciation physique prolongées et de la perte ou réduction du revenu familial.³²⁴ De nombreux organismes d'aide sociale à l'enfance ont souligné la diminution importante du nombre de signalements de cas de violence ou de négligence envers les enfants, ce qui soulève des inquiétudes selon lesquelles cela pourrait être le résultat d'une diminution des possibilités de détection, puisque les enfants sont susceptibles d'être isolés à la maison sans participation à la communauté.³²⁵ De plus, les enfants restent à la maison et passent plus de temps en ligne, ce qui peut les exposer à un risque accru d'exploitation et d'atteintes sexuelles en ligne.³²⁶ Il est important de noter que les jeunes LGBTQ2s+ peuvent être forcés de s'isoler à la maison avec des membres de leur famille qui sont homophobes, transphobes ou biphobes et peuvent être victimes de violence émotionnelle ou physique.³¹⁹

Accès aux services et aux refuges

Statistique Canada a mené une enquête auprès d'un échantillon de programmes de services aux victimes à la fin de juin et au début de juillet 2020. Dans le contexte de l'étude, les services aux victimes comprennent ceux offerts par la police ou les programmes des tribunaux, les services communautaires et les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle. Parmi les programmes participants, 54 % ont déclaré une hausse du nombre de victimes de violence familiale qu'ils ont servies de la mi-mars à la date de l'enquête, tandis que 29 % n'ont déclaré aucun changement et 17 % ont déclaré une baisse.³²⁷ Certaines régions détiennent des données plus précises. Par exemple, le nombre d'appels aux Vancouver Battered Women's Support Services a triplé, alors qu'en Alberta, le nombre d'appels aux lignes d'écoute téléphonique spécialisées en matière de violence conjugale a augmenté, passant de 30 % à 50 % au cours du premier mois suivant le début de la pandémie.³²⁸

Répercussions possibles à long terme

Certaines des répercussions indirectes immédiatement observées des mesures de santé publique pourraient avoir des conséquences à plus long terme. D'autres répercussions à plus long terme pourraient se manifester avec la mise en œuvre prolongée de mesures strictes de santé publique. Bon nombre de ces conséquences méritent d'être étudiées et surveillées davantage afin d'atténuer d'autres effets non voulus sur la santé.

Stabilité économique à long terme

Les pertes d'emplois menacent la stabilité économique de nombreux Canadiens. L'épargne des ménages canadiens a affiché une baisse au cours des dernières décennies, de sorte que certaines familles canadiennes risquent d'avoir peu de ressources financières pour combler les pertes de revenus liés aux arrêts de travail survenus depuis mars 2020.³²⁹ Un peu plus de la moitié des Canadiens avaient suffisamment d'épargnes pour maintenir leur bien-être pendant au moins trois mois, ce qui suggère qu'un grand nombre d'entre eux n'ont pas suffisamment de ressources économiques pour soutenir une diminution soudaine de leurs revenus pendant une période prolongée.³³⁰ Les groupes considérés comme les plus vulnérables sur le plan économique pendant une courte période de chômage comprennent les mères seules et leurs enfants (56 %) et les personnes qui vivent dans une famille dont le principal soutien économique est âgé de moins de 35 ans et n'a pas de diplôme d'études secondaires (67 %).³²⁹ Quarante-cinq pour cent (45 %) des familles plus âgées dont le principal soutien économique n'a pas de diplôme d'études secondaires sont également susceptibles de vulnérabilité financière.³²⁹ Les familles dont le principal soutien économique est une personne autochtone^j ont peu de chances de disposer de suffisamment de revenus ou de liquidités pour subvenir à leurs besoins pendant une période de deux mois sans revenu d'emplois (47 %), tout comme 50 % des familles dont le soutien économique principal est un immigrant récent (arrivé au Canada entre 2011 et 2016).³²⁹

j Cela comprend les personnes des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits.

Il y a aussi des travailleurs au Canada qui ne sont pas pris en compte dans les statistiques sur le travail ni admissibles au soutien du revenu. Les travailleurs du sexe, par exemple, peuvent avoir de la difficulté à obtenir une aide financière d'urgence malgré une perte de revenu causée par la pandémie,^{331, 332} ce qui accroît leur vulnérabilité à des conséquences économiques défavorables.

Interruption des possibilités d'éducation, accès différentiel à l'apprentissage à distance

Les fermetures d'écoles pourraient accroître les disparités existantes en matière d'éducation entre les enfants de familles à faible revenu et ceux de familles à revenu élevé. De nombreuses écoles ont adopté des modèles d'éducation en ligne afin de poursuivre le processus d'apprentissage lors des fermetures. Cependant, l'accès à l'enseignement virtuel varie. Cela a des conséquences potentielles, car — aux États-Unis et en Europe — la réduction du temps d'enseignement est associée à un rendement scolaire médiocre.³⁰¹

Alors que la majorité des ménages au Canada ayant des enfants de moins de 18 ans avaient accès à Internet (seulement 1,8 % n'y avait pas accès), 4,2 % des ménages du quartile de revenu le plus bas (moins de 40 000 \$ par année) n'y avaient pas accès, comparativement à 0,2 % des ménages du quartile de revenu le plus élevé (125 000 \$ ou plus).³³³ Il y a également moins d'appareils dotés d'une connexion Internet par personne dans les ménages à faible revenu : 58 % des ménages ayant accès à Internet avaient moins d'un appareil par membre du ménage, mais cette proportion variait de 63 % pour les ménages du quartile de revenu le plus bas à 56 % pour les ménages du quartile de revenu le plus élevé.³³³ Le type d'appareil est également important, car les appareils mobiles, comme les tablettes, les téléphones intelligents et les liseuses numériques, sont principalement conçus pour recevoir de l'information plutôt que pour en produire. Près du quart (24,1 %) des ménages du quartile de revenu le plus bas ont déclaré utiliser uniquement ces types d'appareils mobiles pour accéder à Internet, comparativement à seulement 8 % des ménages du quartile de revenu le plus élevé.³³³ L'accès des ménages à d'autres types d'appareils, comme les ordinateurs portatifs ou de bureau, peut faciliter la production d'information tels que des compositions ou d'autres devoirs nécessitant de la recherche et de l'écriture. Cela signifie que les enfants des ménages qui n'ont que des appareils mobiles pour accéder à Internet peuvent faire face à des défis supplémentaires. Il existe aussi des différences d'accès à Internet entre les régions rurales et urbaines du Canada : 59 % des collectivités rurales n'ont pas un accès adéquat à des services Internet à large bande.³³⁴

Le passage à l'apprentissage virtuel peut exiger une plus grande participation de la part des parents, ce qui peut être difficile pour les parents à faible revenu qui peuvent avoir moins d'occasions de participer aux activités d'apprentissage de leurs enfants, en raison d'emplois multiples ou de longues heures de travail.^{333, 335, 336} Dans une enquête par approche participative de Statistique Canada, les préoccupations exprimées par les parents en rapport avec l'année scolaire de leurs enfants et à leur réussite scolaire variaient selon leur niveau de scolarité. Les participants détenant un diplôme d'études secondaires ou moins (56 %), un certificat collège ou d'un CÉGEP ou tout autre certificat ou diplôme non universitaire (54 %), ou un certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat (52 %) démontraient un niveau de préoccupation plus élevé que les parents titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade supérieur (42 %).³³⁷

L'apprentissage virtuel peut aussi ne pas répondre aux besoins de tous les élèves. Par exemple, dans une enquête par approche participative de Statistique Canada, les préoccupations liées à l'année scolaire de leurs enfants et à leur réussite scolaire étaient plus élevées chez les participants dont les enfants avaient une incapacité (59 %), comparativement aux parents dont les enfants n'avaient pas d'incapacité (42 %).³³⁷

Répercussions sur le système de santé

Au début de la pandémie, les administrations publiques du Canada ont accordé la priorité aux efforts visant à réduire le risque d'infection et à accroître la capacité disponible des hôpitaux en réduisant les services médicaux en personne et non urgents. Il est important d'explorer les répercussions de ces réductions, ainsi que le rôle que le risque d'infection peut avoir joué pour dissuader les Canadiens de chercher à obtenir les soins de santé nécessaires.

Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) démontrent une diminution au chapitre des interventions chirurgicales. Lorsque les données des deux dernières semaines de mars 2020 (début de la période où l'on devait « rester à la maison ») sont comparées à celles de la même période en 2019, les résultats préliminaires (excluant le Québec et le Nunavut) montrent qu'il y a eu environ 73 500 interventions chirurgicales de moins à l'échelle nationale, ce qui représente une diminution de 67 %. Des baisses importantes ont été observées pour les interventions chirurgicales planifiées avec hospitalisation (-64 %) et les chirurgies de jour (-75 %) par rapport aux interventions chirurgicales urgentes avec hospitalisation (-29 %). Des baisses importantes ont également été observées pour les interventions au genou et à la hanche (-79 %) par rapport aux chirurgies cardiaques et les interventions

chirurgicales pour le traitement du cancer (-30 % et -24 %, respectivement), ce qui indique que les fournisseurs de soins ont continué d'accorder la priorité aux interventions chirurgicales urgentes en dépit des pressions supplémentaires créées par la COVID-19.³³⁸

On craint que les gens n'aient pas tenté d'obtenir des soins médicaux, même lorsqu'ils en avaient besoin. Les données de l'ICIS montrent une diminution du nombre de visites à l'urgence en mars 2020 comparativement à mars 2019.³³⁹ Les provinces déclarantes^k ont enregistré une diminution moyenne de 24 % du nombre de visites par rapport à la même période l'année précédente, allant de 13 % moins de visites au Yukon à 27 % à l'Île-du-Prince-Édouard.³³⁹ La diminution du nombre de visites correspond à la période au cours de laquelle l'ensemble des provinces et des territoires ont déclaré un état d'urgence et fermé ou limité les entreprises et les services non essentiels. Les visites à l'urgence ont diminué dans toutes les catégories de triage, des visites les plus graves (celles qui nécessitent une réanimation, -14 %) aux visites moins urgentes (-29 %) et non urgentes (-18 %).³³⁹ Cela peut donner à penser que les gens choisissaient de ne pas solliciter d'aide médicale comme ils le faisaient avant la pandémie. Au moins un établissement de soins de santé au Canada a signalé une diminution du nombre de patients victimes d'un accident vasculaire cérébral depuis le début de la pandémie, certains patients signalant eux-mêmes qu'ils avaient choisi de ne pas se faire traiter jusqu'à ce que leurs symptômes s'aggravent par crainte de contracter la COVID-19.³⁴⁰

Les données préliminaires sur la surmortalité liée à la COVID-19 indiquent que quatre provinces ont déclaré un nombre de décès plus élevé que d'habitude en avril et mai 2020.³⁴¹ L'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec ont tous affiché une augmentation du nombre de décès par rapport à la même période au cours des cinq dernières années. Certains de ces décès supplémentaires sont directement liés à la COVID-19, mais on ne peut exclure les contributions d'autres causes qui n'y sont pas liées directement.³⁴¹

D'autres répercussions sur le système de santé et les patients ont été suggérées. Au moins une organisation non gouvernementale a laissé entendre que l'accès aux services d'avortement a été compromis à cause du manque de personnel, de la restriction des zones de services pour respecter les limites de déplacement, de l'interruption des services d'avortement chirurgical et de l'incapacité des patientes de se déplacer en raison du risque d'exposition ou des restrictions de voyage.³⁴²

Une enquête nationale auprès des cliniques canadiennes de traitement de la douleur a révélé que l'accès des patients aux soins était limité en raison de la COVID-19, malgré les options de télésanté. Les patients ont attendu plus longtemps pour recevoir des soins et ont signalé une augmentation de la douleur, du stress et de la prise de médicaments (en particulier les opioïdes et le cannabis).³⁴³ Une évaluation canadienne de l'incidence de la pandémie sur les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire suggère la possibilité de pressions futures sur les ressources en soins de santé en raison du report des rendez-vous médicaux non urgents pour ces patients.³⁴⁴

Incidence sur l'activité physique

Les exigences en matière de distanciation physique — y compris la fermeture des centres d'entraînement et l'annulation des activités des ligues sportives — peuvent avoir une incidence négative sur les comportements relatifs à l'activité physique et accroître la sédentarité et le temps passé devant un écran.³⁴⁵ Par exemple, plus de 60 % des Canadiens ont déclaré avoir passé plus de temps sur Internet et à regarder la télévision pendant la pandémie au début d'avril.³⁴⁶ Dans une enquête, un peu plus de 40 % des Canadiens qui ont déclaré être inactifs avant la mise en place des restrictions imposées par la distanciation physique et les fermetures généralisées ont indiqué être encore moins actifs après l'imposition des mesures de santé publique, tandis qu'un peu plus de 20 % des répondants actifs ont déclaré être devenus moins actifs.³⁴⁷ Une diminution de l'activité physique pourrait accroître les problèmes de santé physique, comme le risque de prise de poids et les maladies cardiovasculaires.³⁴⁸

Pour les enfants vivant en milieu urbain, qui n'ont pas accès à des espaces extérieurs accessibles et sécuritaires où ils peuvent maintenir une distance physique sécuritaire, les effets des mesures de confinement peuvent accroître les disparités en matière de risque d'obésité juvénile.³⁴⁹ Certains chercheurs ont suggéré qu'en l'absence d'accès à des espaces extérieurs, les personnes à faible revenu, qui peuvent ne pas avoir accès à des espaces intérieurs pour faire de l'activité physique, pourraient être désavantagées dans leur capacité de récolter les bienfaits de l'exercice.³⁵⁰ L'activité physique limitée découlant des mesures d'isolement physique peut également avoir une incidence sur la santé mentale. Les recherches ont démontré que les personnes en mesure de faire de l'activité physique à l'extérieur étaient plus susceptibles de déclarer avoir une excellente ou une très bonne santé mentale.³⁵¹

k Les provinces et le territoire déclarants sont l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.



PARTIE 3

Aller de l'avant après la COVID-19

Les répercussions directes de la COVID-19 et les effets indirects des mesures de santé publique ont montré à quel point notre santé, notre société et notre économie sont interreliées. Au cours de ces derniers mois difficiles, nous avons constaté un engagement de collaboration dans toutes les collectivités et tous les secteurs pour nous entraider. Nous pouvons poursuivre sur la lancée engendrée par cette sensibilisation et cette collaboration pour relever les défis auxquels nous faisons face aujourd'hui, ainsi que pour bâtir un avenir qui appuie la santé et le bien-être de toute la population canadienne.

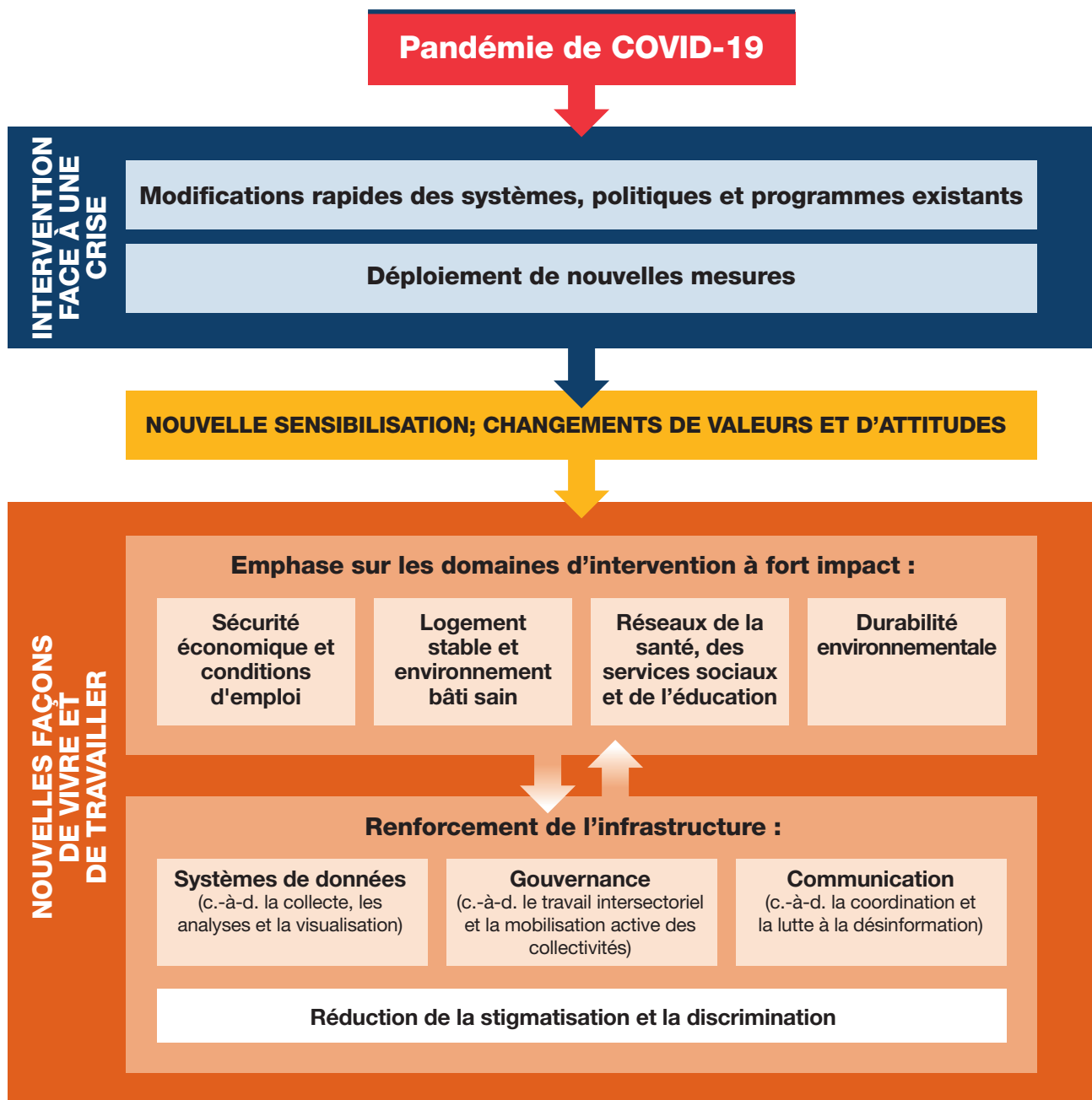
Les priorités d'action peuvent être définies en tirant parti de ce que l'on connaît au sujet de l'importance des facteurs clés déterminants pour la santé, des nouvelles recherches sur la COVID-19 et de ce que nous apprenons de notre réponse jusqu'à maintenant. La transformation des principaux systèmes à fort impact qui influent sur la santé peut nous protéger maintenant tout en créant un avenir durable face à d'autres pandémies ou enjeux de santé.

La crise peut mener au changement : une approche axée sur l'équité en matière de santé

Les Canadiens travaillent ensemble pour faire face à la crise de la COVID-19. Cela s'est produit au sein des familles, dans les quartiers, les collectivités et les entreprises, et dans tous les paliers du gouvernement. La pandémie a beaucoup exigé de la part des Canadiens, mais notre réponse collective témoigne notre capacité de créer des changements réels et immédiats pour nous protéger les uns les autres. Ce niveau de collaboration et d'engagement démontre ce qui peut se produire lorsque nous travaillons ensemble.

Cette pandémie a montré que les inégalités qui existent dans notre société mettent en danger certaines populations et, en fin de compte, tous les Canadiens. Tant que tout le monde n'est pas protégé contre le risque de la COVID-19, personne n'est protégé. Bien que le fait de tirer les leçons de cette pandémie soit un processus itératif, pour que nous allions de l'avant en devenant plus forts, il existe des domaines de collaboration et d'action intersectoriels qui peuvent mieux préparer les Canadiens aux futures urgences en santé publique et à leurs conséquences, tout en veillant à ce que chacun ait la possibilité d'atteindre son meilleur état de santé et de bien-être (voir la figure 6).

FIGURE 6 : Une approche axée sur l'équité en matière de santé concernant la COVID-19



Ce cadre, librement inspiré des travaux du *Boston Consulting Group*,³⁵² explore comment une crise peut mener à des possibilités de changement à long terme et à fort impact. Pour mettre l'accent sur l'équité et la santé, le modèle s'appuie sur les valeurs et les principes d'un cadre fondé sur les droits de la personne,³⁵³ La santé dans toutes les politiques³⁵⁴, et du cadre d'éthique en santé publique (ASPC).³⁵⁵

Le cadre de l'approche axée sur l'équité en matière de santé concernant la COVID-19 propose de travailler dans quatre domaines à fort impact en fonction des conséquences définies de la COVID-19 décrites à la [partie 2](#) de ce rapport : 1) la sécurité économique et les conditions d'emploi; 2) le logement stable et un environnement bâti sain; 3) les systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux; et 4) la durabilité environnementale ([figure 6](#)). Ce travail devra être appuyé par des mesures concrètes visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination, à renforcer les engagements pancanadiens à l'égard de données et de recherches rigoureuses, de communications claires en matière de santé publique et de collaboration entre les ordres de gouvernement, les secteurs et la société civile.

Domaines d'intervention à fort impact

Cette partie examinera les mesures qui peuvent mener à de nouveaux modes de vie et de travail. Il s'agira notamment de cerner les principaux enjeux, de relever des exemples d'innovations à ce jour et d'explorer les prochaines étapes sur lesquelles nous pouvons nous engager à travailler ensemble. Ces domaines fournissent un cadre d'intervention intersectorielle pour mettre l'équité en matière de santé au cœur des initiatives de lutte contre la pandémie à l'heure actuelle, et l'intégrer dans nos efforts collectifs pour bâtir un avenir plus sain.

Notre façon de travailler

Le revenu, l'emploi et les conditions de travail sont des déterminants sociaux clés de la santé. Comme l'a souligné la Banque du Canada, la COVID-19 et les mesures nécessaires pour endiguer le virus ont précipité le « le repli économique le plus brutal et le plus profond depuis la Grande Dépression ».³⁵⁶ Pratiquement tous les aspects de l'économie canadienne ont été touchés. Bien que certains indicateurs économiques s'améliorent, la relance de l'économie dans le contexte de la COVID-19

prendra du temps, et la voie à suivre — surtout si d'autres fermetures s'avèrent nécessaires — est incertaine. Outre les incertitudes quant à l'évolution future du virus, il est difficile de prévoir l'ampleur des répercussions associées aux fermetures d'entreprises, aux pertes d'emplois et aux changements possibles de la demande en raison des changements aux priorités et aux comportements des consommateurs liés à la pandémie.³⁵⁶

Un changement de cette ampleur crée une occasion de réflexion et d'intervention. L'exposition au travail chez les travailleurs essentiels et la perte disproportionnée d'emploi ou de revenu subie par certains groupes révèlent les domaines où des mesures pourraient être prises. Ces mesures peuvent réduire les risques économiques liés à la pandémie et renforcer l'économie pour tous.

Alors qu'on mettrait en œuvre les mesures de santé publique et qu'on fermerait les lieux de travail, les administrations publiques du pays ont mis en place un soutien du revenu d'urgence pour les Canadiens qui avaient perdu leur emploi. Les politiques sociales et économiques — notamment le soutien du revenu — peuvent jouer un rôle important dans l'atténuation de l'incidence de la perte de revenu et d'emploi sur la santé.³⁵⁷⁻³⁵⁹ Les efforts déployés par les administrations fédérale, provinciales, territoriales et municipales dans ces domaines sont des éléments importants de la reprise après la pandémie et, de façon plus générale, ils permettent de s'attaquer aux inégalités sociales.

Ces initiatives se sont adaptées au fil du temps pour tenir compte de l'évolution des mesures de santé publique et des besoins de la population canadienne.

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

La pandémie a fait ressortir un certain nombre de questions liées à la sécurité économique et aux conditions d'emploi. Cela comprend l'importance d'un emploi stable et sûr, ainsi que du soutien quant aux responsabilités en matière de garde d'enfants ou de prestation de soins afin de faciliter le travail.

Comme nous l'avons vu dans la [partie 2](#), les emplois précaires (c.-à-d. des emplois instables assortis de peu de mesures de protection ou d'avantages sociaux) peuvent accroître les risques pour l'économie et la santé. Les emplois précaires sont également plus courants chez certaines populations, en particulier les femmes

et les populations racialisées.^{166, 360} L'amélioration des mesures de protection au travail, l'accroissement du nombre d'emplois de qualité (c.-à-d. des emplois sûrs ayant divers avantages sociaux), la garantie d'un accès équitable à des emplois de qualité et l'atténuation des répercussions du travail précaire pourraient favoriser une meilleure santé chez les Canadiens et renforcer notre réponse collective aux futures vagues ou pandémies.

Mesures de protection au travail

Pour les Canadiens qui continuent de travailler, mais qui ne sont pas en mesure de travailler de la maison, la sécurité au travail est essentielle pour se protéger contre la COVID-19. Les règlements gouvernementaux sur la sécurité au travail constituent d'importantes mesures de protection, d'autant plus que les recherches indiquent que ce sont les travailleurs ayant le moins de pouvoir de négociation, comme les travailleurs non syndiqués, à faible salaire, de sexe féminin ou rémunérés à l'heure qui ont ressenti les plus fortes répercussions de la COVID-19.²⁵¹ Il faudra aussi adopter de nouveaux règlements pour réduire les risques associés aux nouvelles éclosions de maladies infectieuses au travail, et il faudra prévoir des règlements axés sur la mise en œuvre, y compris l'application de la loi, compte tenu des difficultés de mener des enquêtes pendant les éclosions.³⁶¹

Les mesures de protection au travail pourraient être étendues pour soutenir la santé mentale, en particulier pour les travailleurs essentiels qui doivent composer avec le stress lié à une exposition accrue au risque.²⁸⁸ Les initiatives existantes pourraient servir de base à ce travail, notamment la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail de la Commission de la santé mentale du Canada, qui est un ensemble de lignes directrices facultatives, d'outils et de ressources pour prévenir les préjudices psychologiques susceptibles d'être causés par des facteurs liés au travail.³⁶²

En plus des recommandations générales concernant la sécurité au travail, il y a aussi des changements précis qui pourraient mieux protéger les travailleurs étrangers temporaires. Il s'agit notamment de veiller au respect des consignes de distanciation physique, de fournir de l'équipement de protection individuelle, d'effectuer des inspections proactives en milieu de travail avec une sélection de sites d'inspection basée sur le niveau de risque plutôt que sur les plaintes déposées par les travailleurs, et d'offrir des renseignements accessibles sur la santé et les soins de santé.^{363, 364}

Les congés de maladie payés sont également essentiels pour protéger la santé des travailleurs et des collectivités, mais seulement 42 % des travailleurs canadiens âgés de plus de 18 ans ont déclaré y avoir accès.³⁶⁵ L'accès aux congés de maladie payés était particulièrement faible chez les travailleurs des secteurs de l'accueil et de la construction, qui doivent généralement travailler en personne.³⁶⁵ Sans congé de maladie payé, les employés peuvent perdre leur revenu s'ils tombent malades et sont incapables de travailler. Sans sécurité d'emploi, ils risquent de perdre leur emploi s'ils restent à la maison lorsqu'ils sont malades.³⁶¹ Dans un cas comme dans l'autre, et surtout s'ils souffrent d'insécurité économique, les travailleurs peuvent se sentir incapables de se conformer aux directives de santé publique qui demandent de rester à la maison lorsqu'ils sont malades.³⁶¹ Une revue systématique a permis de déterminer à quel point le présentisme dans les cas de maladies infectieuses est courant, en particulier au moyen d'études qui établissent un lien avec des facteurs organisationnels comme le manque de congés de maladie payés, la culture du présentisme, les préoccupations au sujet des mesures disciplinaires (notamment la perte d'emploi), ainsi que des facteurs professionnels et personnels.³⁶⁶

Le fait de se présenter au travail en étant malade comporte un risque supplémentaire pour la collectivité lorsque les personnes travaillent à plusieurs endroits. Cela a été observé tout particulièrement dans les établissements de soins de longue durée, où de nombreux travailleurs de la santé faisaient face au besoin économique d'occuper plusieurs emplois dans de multiples établissements.¹⁶⁵ Avant la pandémie, de nombreux travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée travaillaient pour de maigres gains et avaient de la difficulté à se trouver un emploi à temps plein ou à temps partiel régulier assorti d'avantages sociaux.¹⁶⁵ Bien que les répercussions personnelles de la précarité d'emploi soient connues depuis un certain temps, la COVID-19 dans ces contextes a souligné son incidence sur la sécurité de la collectivité.

Qualité de l'emploi

En plus des initiatives visant à accroître la sécurité des employés et du milieu de travail, des changements plus vastes pourraient aborder d'autres dimensions de l'emploi précaire comme déterminant social de la santé.³⁶⁷ D'une part, ces changements pourraient inclure des initiatives pour de meilleures possibilités qui ciblent les travailleurs à faible revenu, occupant un emploi précaire. D'autre part, ces initiatives pourraient contenir des mesures de soutien du revenu et du soutien

social comme des services de garde accessibles et des logements abordables.^{166, 367} Il pourrait aussi s'agir de lutter contre la discrimination systémique qui limite les possibilités offertes aux femmes ainsi qu'aux hommes et femmes racialisés.^{166, 367} On peut également examiner les pratiques des employeurs afin de mieux aider les travailleurs qui occupent des emplois précaires, surtout si la transition vers un emploi plus sûr n'est pas possible. Cela comprend l'accès à des prestations de revenu offertes par l'employeur, d'autres avantages comme les congés payés et les horaires flexibles, une plus grande prévisibilité de l'horaire et du nombre d'heures, un perfectionnement professionnel accru et une meilleure inclusion sociale.³⁶⁸

Écoles et garderies sécuritaires

Pour pouvoir travailler, les parents et les tuteurs/tutrices ont besoin de bénéficier d'options d'écoles et de garderies sécuritaires pour leurs enfants.²⁵¹ Les parents considèrent depuis longtemps les services de garde d'enfants accessibles et de grande qualité comme une condition essentielle au travail, et la COVID-19 a souligné cette importance.²⁵⁰ Il sera important pour le cheminement de carrière immédiat et à long terme et les gains touchés par les parents de déterminer quels travailleurs sont en mesure de retourner au travail, lesquels sont limités par leurs responsabilités en matière de prestation de soins, et quelles sont les options stratégiques nécessaires pour s'acquitter de ces responsabilités.²⁵¹ Cela se révèle particulièrement vrai pour les femmes.²⁵¹

Notre milieu de vie

Pour de nombreux Canadiens, les exigences en matière de distanciation physique et les fermetures connexes signifiaient le confinement dans des logements inadéquats, insalubres ou dangereux. Les logements surpeuplés rendaient difficile ou impossible l'éloignement physique. Pour d'autres, la pandémie a engendré des risques associés à la vie en milieu résidentiel, comme les établissements de soins de longue durée et les foyers de groupe. Les personnes en situation d'itinérance étaient exposées à des risques supplémentaires dans les refuges ou les campements.¹⁸¹ Les personnes incarcérées dans les prisons faisaient face à des défis associés à la distanciation physique et à l'impact des restrictions.^{191, 195} Les exigences d'éloignement physique, ainsi que les répercussions économiques de la pandémie, ont créé des conditions qui peuvent avoir augmenté le risque de violence.^{319, 320}

À travers toutes ces expériences, l'endroit où nous vivons est clairement ressorti comme un puissant indicateur de notre propre expérience de la pandémie. L'accès

à un logement sécuritaire, salubre, stable et convenable est essentiel à la santé mentale et physique,³⁶⁹⁻³⁷¹ pendant et après une pandémie. Un logement adéquat et sécuritaire peut permettre de respecter les mesures de santé publique tout en soutenant mieux la santé et le bien-être de la population canadienne.

À mesure que la COVID-19 s'est propagée à l'échelle du Canada, tous les paliers de gouvernement ont rapidement mis en œuvre des mesures visant à accroître l'abordabilité et l'adéquation des logements. Cela comprenait des moratoires sur les expulsions pendant les états d'urgence,^{372, 373} des tarifs d'électricité en période creuse,^{374, 375} et une clémence sur les reports des paiements hypothécaires, de loyers et de factures.³⁷⁶⁻³⁷⁸ De plus, les collectivités ont immédiatement reconnu que les conditions de vie inadéquates de certains des Canadiens les plus vulnérables favorisaient la propagation du virus. De nombreuses municipalités ont réussi à mobiliser des logements d'urgence, à réaménager des immeubles municipaux fermés afin de gérer le surpeuplement dans les refuges et d'offrir des possibilités d'isolement sûr aux personnes qui n'avaient pas suffisamment d'espace pour le faire, comme les personnes en situation d'itinérance et les travailleurs étrangers temporaires.³⁷⁹

Unités d'isolement volontaire dans les Territoires du Nord-Ouest

Lorsque la COVID-19 a fait son apparition au Canada, les Territoires du Nord-Ouest ont rapidement réservé 130 logements dans 27 collectivités du territoire pour les personnes qui avaient besoin d'espace pour s'isoler en toute sécurité. Au moment de la rédaction de ce rapport, tous les cas aux Territoires du Nord-Ouest ont été réglés. Après avoir aplati la courbe, les administrations territoriales et municipales ont convenu de réaffecter ces unités d'isolement comme logements sûrs et abordables aux clients des programmes de la Société d'habitation des Territoires du Nord-Ouest. Cette intervention permettra de réduire efficacement les problèmes de surpeuplement et d'accroître l'efficacité des mesures d'isolement en cas de résurgence de la COVID-19. De plus, ces logements aideront les personnes en situation d'itinérance en leur offrant des logements adéquats et abordables et en réduisant les temps d'attente pour les logements subventionnés.³⁸⁰ Ces types de solutions adaptatives peuvent s'appliquer à d'autres Canadiens vulnérables qui vivent dans des logements précaires ou inadéquats.

Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour accroître la sécurité des établissements de soins de longue durée pour les résidents et le personnel, comme le travail à un seul emplacement et une indemnisation adéquate des accidents du travail.^{165, 170}

Des mesures ont également été prises pour permettre de repérer les personnes susceptibles de subir de la violence dans leur foyer. Par exemple, des recommandations ont été formulées à l'intention des prestataires de soins de santé, y compris l'utilisation des campagnes « *Safe Word* » et « *Signal for Help* » à l'appui des enquêtes plus discrètes sur la violence pendant les rendez-vous en télémédecine.³²⁸ Des recommandations d'évaluation ont également été publiées pour aider les enfants et les jeunes victimes de violence familiale, en plus de conseils pour les pédiatres sur la façon d'évaluer la possibilité de violence au foyer, y compris les facteurs de stress familiaux et les stratégies d'adaptation.^{381, 382}

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

La COVID-19 a exposé des fissures dans la sécurité du logement et créé des possibilités d'améliorer les conditions de vie de la population canadienne.

Des logements pour tous

En démontrant le rôle du logement dans la santé et le bien-être, la pandémie a souligné l'importance d'avoir des initiatives qui adoptent une perspective plus large du logement dans le contexte d'autres besoins sociaux et en matière de santé.³⁸³ Une de ces initiatives est Logement d'abord.^{384, 385}

Logement d'abord

Logement d'abord est une initiative intégrée à la prestation de services de nombreux organismes communautaires qui souligne l'importance de fournir des logements stables et offre une solution de rechange viable au modèle traditionnel des refuges d'urgence. Ce programme consiste à déplacer les personnes des refuges d'urgence vers des logements adéquats et abordables à long terme le plus rapidement possible, sans critères d'admissibilité prédéterminés. Une fois logés, les locataires obtiennent de l'aide pour conserver leur logement et sont en lien avec des services communautaires et sociaux en fonction de leurs besoins.³⁸⁴ Les recherches sur le programme Logement d'abord indiquent qu'il peut avoir un effet positif sur la stabilité du logement, l'état de santé physique et mentale et la qualité de vie. Le succès du programme Logement d'abord peut être amplifié lorsque les obstacles systémiques qui créent l'itinérance et un logement adéquat et abordable sont abordés simultanément. Par exemple, l'élimination des obstacles à l'obtention d'un revenu suffisant, l'accès aux services sociaux et de santé et l'augmentation de l'offre de logements subventionnés.³⁸⁵ Les initiatives gouvernementales actuelles de prévention et de réduction de l'itinérance s'appuient sur les principes inclusifs du programme Logement d'abord pour offrir du soutien et du financement aux collectivités urbaines, rurales, éloignées et autochtones partout au Canada au moyen d'une approche axée sur les résultats. Cela permet aux organismes communautaires de fournir des évaluations, d'accorder la priorité aux personnes et aux familles qui sont en situation d'itinérance épisodique ou chronique et de les jumeler aux services nécessaires en fonction de leur situation particulière. Cela peut également s'étendre aux activités de prévention visant à réduire le nombre de personnes qui se retrouvent en situation d'itinérance en aidant les personnes qui risquent de le devenir de façon imminente et en détournant les personnes des refuges d'urgence vers des logements plus appropriés, en fonction de leurs besoins.³⁸⁴

Soins de soutien de longue durée sûrs

Les expériences vécues dans les établissements de soins de longue durée du Canada ont révélé l'importance d'apporter des changements de façon continue dans ce secteur. Les recherches sur les expériences vécues dans les établissements de soins de longue durée ont permis de formuler des recommandations pour accroître la sécurité des résidents et des employés. Il s'agit notamment des niveaux de dotation minimaux, des normes minimales en matière d'éducation et de la formation continue du personnel, des emplois de qualité à temps plein (assortis de mesures de protection au travail et d'avantages comme les congés de maladie) qui soutiennent les travailleurs tout en assurant une meilleure continuité des soins aux résidents, et l'amélioration de la formation, des normes et des stratégies de contrôle et de prévention des infections.^{74, 165, 386, 387} Des recommandations à plus long terme visant à améliorer les soins de longue durée pour les résidents et le personnel ont également été formulées et comprennent l'examen et l'application de la réglementation sur les soins de longue durée, l'intégration des soins de santé dans les établissements de soins de longue durée, le soutien des équipes de direction et des équipes interprofessionnelles, et la prise en charge de l'environnement bâti des établissements de soins de longue durée.³⁸⁶ Certaines recommandations relatives à l'environnement physique liées à l'état de préparation et à l'intervention en cas de pandémie comprennent des chambres individuelles, des espaces extérieurs, des unités plus petites, de bonnes lignes de visibilité et de bons systèmes de communication, des services d'alimentation, de buanderie et de nettoyage sur place, ainsi que de l'espace supplémentaire et des espaces pouvant être convertis en période de crise.³⁸⁶ L'investissement dans les services de santé et les services sociaux communautaires qui aident les personnes âgées à continuer de vivre de façon autonome chez elle pourrait également prévenir les difficultés émotionnelles, sociales, physiques et financières associées au fait de quitter la maison pour vivre dans des établissements de soins de longue durée.³⁸⁸

Un foyer sans violence

La pertinence des recommandations visant à appuyer l'hébergement sécuritaire pour les personnes victimes de violence au foyer pendant la pandémie de COVID-19 s'étend au-delà de la pandémie. Les recommandations pour lutter contre la violence fondée sur le sexe, y compris la violence familiale, pendant la COVID-19 consistent notamment à s'assurer que les programmes nécessaires sont ouverts et suffisamment dotés de ressources pendant les confinements, qu'ils sont accessibles à

toutes les populations (y compris les nouveaux arrivants, les personnes en situation de handicap, les personnes dont les besoins en matière de logement ne sont pas satisfaits), à sensibiliser le public aux services disponibles et à corriger la mésinformation sur les fermetures ou les restrictions de services, et à former les travailleurs essentiels pour qu'ils puissent détecter les signes de violence, de maltraitance ou de négligence.^{389, 390}

Appuyer les Canadiens qui font la transition de la prison vers la collectivité pendant la pandémie de COVID-19

Des chercheurs du programme Échanges Meilleurs Cerveaux des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) mené en partenariat avec le bureau de l'ACSP ont cerné un certain nombre d'enjeux qu'il est important d'aborder pour améliorer la santé et le bien-être des populations incarcérées pendant une pandémie. Les systèmes judiciaire et correctionnel canadiens ont réduit le nombre de personnes détenues dans les établissements correctionnels afin de diminuer les risques pour la santé publique. Parmi les autres options, mentionnons la mise en liberté provisoire ou anticipée des personnes à faible risque de récidive et des solutions de rechange à la détention pour les personnes attendant leur procès, d'une détermination de la peine ou d'une enquête sur le cautionnement. De février à avril 2020, le nombre d'adultes sous garde fédérale, provinciale et territoriale a diminué de 16 %. La diminution a varié dans les programmes des services correctionnels provinciaux et territoriaux, ainsi que selon le sexe dans les établissements provinciaux et territoriaux. La population carcérale de sexe féminin dans les établissements provinciaux et territoriaux a diminué de 40 % de février à avril, presque le double de celle de la population carcérale de sexe masculin (23 %).⁸⁹ Parmi les autres recommandations figurent la garantie d'un hébergement sécuritaire, de services de santé et de systèmes de soutien communautaire pour les personnes libérées, ainsi que des mesures de soutien pour celles qui restent en prison, notamment la reprise des visites et des programmes suspendus pendant les fermetures liées à la COVID-19 (dans le respect d'une distance sanitaire appropriée), la diminution du confinement pour faciliter l'activité physique et l'amélioration de l'accès aux appels téléphoniques et vidéo entre les prisonniers et leurs systèmes de soutien.¹⁹⁵

Des logements dans des collectivités saines

Un environnement bâti sain — comprenant des espaces physiques, comme des parcs, des réseaux de transport en commun, des bâtiments et d'autres infrastructures — joue un rôle important dans la santé et le bien-être.³⁹¹ Cela comprend l'accès à des espaces permettant les contacts avec la collectivité et la participation à des activités physiques,³⁹² ainsi que les facteurs environnementaux qui peuvent entraver ou faciliter la transmission et la propagation de virus contagieux comme celui de la COVID-19.³⁹³ Restreindre l'accès aux parcs et aux espaces verts pendant la pandémie peut avoir eu une incidence particulière sur les familles et les personnes vivant dans des immeubles résidentiels à logements multiples dans les centres urbains, qui n'ont pas accès à des espaces verts privés.³⁹⁴

À mesure que les provinces et les territoires ont déconfiné, de nombreuses villes ont adapté leur infrastructure municipale pour encourager les activités sociales et physiques à l'extérieur, tout en respectant les protocoles de distanciation physique. Par exemple, de nombreuses collectivités ont fermé certaines rues à la circulation, ce qui a permis aux piétons et aux cyclistes de faire de l'exercice en plein air en toute sécurité. De plus, de nombreux restaurants, bars et cafés ayant un nombre de sièges à l'extérieur ont été autorisés à agrandir leurs terrasses pour permettre aux clients de manger en toute sécurité à une distance d'au moins deux mètres, dans un environnement non fermé.^{395, 396} L'Initiative canadienne pour des collectivités en santé lancée par Infrastructure Canada a été créée pour encourager l'élaboration de solutions communautaires adaptatives en réponse aux défis en matière d'infrastructure posés par la pandémie de COVID-19, y compris des espaces communautaires sécuritaires et dynamiques et des solutions pour soutenir la mobilité communautaire tout en respectant les consignes de distanciation physique.³⁹⁷

L'amélioration de l'environnement bâti, particulièrement dans les collectivités traditionnellement mal desservies ou sous-investies, peut être utile pendant la pandémie et au-delà, puisqu'elle aide tous les Canadiens à répondre à leurs besoins fondamentaux et à promouvoir une bonne santé. La conception des quartiers, les systèmes de transport, les systèmes alimentaires et l'environnement naturel sont des éléments importants pour favoriser la santé et le bien-être.³⁹⁸

Nos réseaux de santé, de services sociaux et d'éducation

La pandémie a limité l'accès aux systèmes sociaux, de l'éducation et de la santé pour tous les Canadiens. Toutefois, l'incidence de cette inaccessibilité peut avoir été particulièrement prononcée pour les Canadiens qui comptent généralement sur ces services pour les aider à répondre à leurs besoins ou qui sont moins capables de s'adapter à l'enseignement à distance, ou encore pour les Canadiens qui ont été fortement touchés par la pandémie, mais n'ont pas pu se tourner vers les services sociaux et de santé pour obtenir de l'aide.³⁹⁹ Alors que nous nous préparons aux résurgences de la COVID-19 ou à d'autres urgences de santé publique, il est important de réfléchir à la façon de bâtir des systèmes de soutien accessibles et significatifs pour tous.

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

Accès équitable aux services rétablis

À mesure que les services de santé sont rétablis, nous pouvons tenir compte des principes qui mettent en évidence — entre autres principales considérations — les considérations éthiques primordiales liées à l'accès.⁴⁰⁰ Par exemple, les sociétés nord-américaines de cardiologie ont reconnu l'importance de l'équité, pour que les cas semblables soient traités de la même façon tout en tenant compte des inégalités de base en matière de santé, ainsi que de l'uniformité dans le rétablissement des services pour garantir que l'accès n'est pas influencé par des facteurs comme l'origine ethnique ou la valeur sociale perçue.⁴⁰⁰

Favoriser l'accès numérique des soins

Afin de se conformer aux exigences de distanciation physique, de nombreux services sociaux et de santé se sont rapidement adaptés pour fournir des soins à distance au moyen de soins virtuels ou de télémédecine.

L'adoption rapide des soins virtuels a assuré une continuité cruciale des soins pour la population canadienne. Dans l'ensemble des provinces et des territoires, on a conseillé aux médecins de fournir des services de télémédecine ou des soins virtuels, dans la mesure du possible⁴⁰¹. Des services spécialisés également adaptés aux soins virtuels.⁴⁰²⁻⁴⁰⁴ En mars 2020, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association

médicale canadienne ont publié un « Guide sur les soins virtuels » à l'intention des médecins du Canada afin de fournir des conseils sur les soins virtuels sécuritaires, efficaces et efficaces.⁴⁰⁵ Le passage aux services virtuels était également évident chez les organismes communautaires. Une enquête menée auprès d'organismes caritatifs canadiens a révélé qu'en raison de la pandémie, 54 % des organismes de services sociaux offrent maintenant en ligne leurs programmes autrefois offerts en personne, et que 69 % des organismes de santé l'ont fait également.⁴⁰⁶

Les soins virtuels peuvent offrir des possibilités d'améliorer l'accès, même hors du contexte d'une pandémie. Pour les populations à faible revenu qui ont de la difficulté à accéder aux soins, les soins virtuels peuvent éliminer les obstacles au transport ou l'obligation de s'absenter du travail pour prendre des rendez-vous, surtout s'ils peuvent être offerts après les heures de travail afin de ne pas avoir d'incidence sur le revenu.⁴⁰⁷

Cependant, il n'est pas facile d'assurer un accès équitable et, alors que nous anticipons les futures vagues de COVID-19, ou les prochaines pandémies, il est important de veiller à ce que tout le monde ait accès à ces mesures de soutien afin que cette innovation n'exacerbe pas les disparités en matière de santé. Les personnes âgées, les populations rurales, les populations racialisées, les populations qui ont besoin de services de traduction, les personnes en situation d'itinérance et les populations à faible statut socioéconomique peuvent connaître une littératie numérique moindre ou se heurter à des obstacles numériques pour accéder aux appareils dotés d'une connexion Internet ou à Internet haute vitesse requis pour les interactions vidéo.⁴⁰⁷⁻⁴⁰⁹ Les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles de faire face à des problèmes liés à la télémédecine, y compris les obstacles à l'infrastructure et à l'accès, les défis opérationnels et systémiques, les défis logistiques, les obstacles à la communication et les défis uniques liés à leurs expériences particulières d'incapacité.⁴¹⁰ Les populations racialisées et les nouveaux arrivants peuvent avoir des préoccupations supplémentaires concernant la confiance dans le contexte des soins virtuels, liées à la stigmatisation et à la discrimination au sein des systèmes de santé ou — en particulier pour les immigrants récents ou non munis de documents — d'autres inquiétudes liées à la confidentialité, au respect de la vie privée et la sécurité des données.⁴⁰⁷ Les fournisseurs de soins de santé peuvent ne pas être au courant de ces disparités et peuvent ne pas tenir compte de la façon dont leurs patients et leurs communautés accèdent à la technologie ou interagissent avec celle-ci.⁴⁰⁸

Parmi les suggestions proposées pour relever certains de ces défis, mentionnons l'offre de services téléphoniques plutôt qu'uniquement des services en ligne, de la publicité à grande échelle mettant l'accent sur le respect de la vie privée et la sécurité, ainsi que la compréhension et la résolution des problèmes de littératie numérique associés aux applications ou portails de télémédecine pour les patients. Les services sociaux et de santé pourraient également détecter de façon proactive les disparités potentielles en matière d'accès, offrir de l'enseignement et de la formation numériques, proposer des services d'interprétation linguistique, recueillir des données sur les personnes qui utilisent les services virtuels pour cerner les problèmes d'accès et soutenir l'accès à large bande à faible coût.^{407, 409}

Accès aux services de santé essentiels

Bien que certains services sociaux et de santé aient été en mesure de migrer vers les services en ligne, cela n'a pas été le cas pour plusieurs services essentiels. De nombreux services de santé importants ont accusé des retards en raison de la pandémie, y compris le dépistage et le traitement. L'immunisation systématique devra être renforcée, non seulement quand un vaccin contre la COVID-19 deviendra disponible, mais aussi si l'immunisation tout au long de la vie est disponible pour protéger la population canadienne contre les maladies évitables.⁴¹¹ Les messages de santé publique sur l'importance de la vaccination seront essentiels, tout comme les méthodes souples d'administration des vaccins qui permettent l'immunisation tout en respectant les consignes de distanciation physique. D'autres éléments clés comprennent le recensement des vaccins non reçus et des lacunes de la vaccination, une meilleure réponse aux besoins des patients en proposant divers moments et lieux pour les cliniques et l'offre d'immunisation à divers points de contact avec le système de santé.⁴¹¹

D'autres services, comme ceux qui traitent de la crise des opioïdes, ont dû être remaniés pour continuer à sauver des vies pendant la pandémie. Pour appuyer les mesures de distanciation physique et réduire le risque de surdose attribuable à la consommation seule, Santé Canada a accordé, en avril 2020, des exemptions temporaires à toutes les provinces et à tous les territoires pour leur permettre d'ouvrir de nouveaux espaces temporaires pour la consommation sécuritaire de médicaments sans avoir à présenter une demande à Santé Canada.⁴¹²

En mars 2020, Santé Canada a accordé une exemption en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, exemption qui durera au moins jusqu'en septembre 2021, afin de permettre aux

pharmaciens de mener un certain nombre d'activités pour favoriser l'accès continu au traitement par agonistes opioïdes.⁴¹³ Cela comprend la prolongation, le renouvellement et le transfert des ordonnances, et la possibilité pour les employés de pharmacie de délivrer des ordonnances de substances contrôlées aux patients.⁴¹² Santé Canada a également demandé aux provinces, aux territoires et aux ordres de réglementation professionnels d'envisager d'améliorer l'accès aux opioïdes et de permettre des accommodements pour appuyer les mesures de santé publique, comme la dose à emporter.⁴¹² Un accès continu au traitement peut sauver des vies; des recherches récentes menées en Colombie-Britannique ont révélé que le traitement par agonistes opioïdes avait un effet protecteur évident sur la mortalité, une association qui s'est accentuée après l'introduction du fentanyl dans l'approvisionnement en drogues illicites.⁴¹⁴

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a également publié de nouvelles lignes directrices sur l'approvisionnement sûr en mars 2020 afin de faciliter l'accès à un plus large éventail d'opioïdes d'ordonnance pour les personnes qui répondent à des critères précis.⁴¹⁵ Cela protège les personnes qui consomment des substances psychoactives en assurant la distanciation physique et en les protégeant contre les drogues toxiques qu'on retrouve dans l'approvisionnement en drogues illicites. Bien que d'autres mesures de soutien, comme l'aide mutuelle ou les traitements de groupe, puissent être limitées en raison des exigences de distanciation physique, des innovations comme l'approvisionnement sûr peuvent faire la différence.⁴¹⁶ Des chercheurs de la Colombie-Britannique ont également observé des preuves anecdotiques préliminaires selon lesquelles cette approche peut aider les personnes qui consomment des substances psychoactives à éviter les contacts réguliers avec le marché illégal et peut réduire la possibilité d'autres activités à risque élevé comme le travail du sexe.⁴¹⁷

Innovations continues en matière de réduction des méfaits

Nous pouvons travailler à mieux soutenir les personnes qui consomment des substances psychoactives grâce à d'autres pratiques et politiques de réduction des méfaits. Cela inclut des approches adaptées pour traiter la consommation de substances pendant la pandémie, telles que consommer des drogues de façon plus sûre pour réduire la transmission, accéder aux tests de dépistage en cas de présentation de symptômes de COVID-19, éviter de consommer des drogues seul, mais respecter les consignes de distanciation physique

lors du jumelage avec une autre personne, trouver d'autres moyens de faire livrer des drogues sûres en cas d'isolement, et continuer d'utiliser des sites de consommation supervisés.⁴¹⁹ Les options stratégiques élargies comprennent la décriminalisation de la possession simple de petites quantités de drogues illicites.⁴²⁰⁻⁴²³ La consommation de substances psychoactives est un problème de santé publique et la décriminalisation a été proposé comme une approche visant à réduire les méfaits de la consommation de drogues sur la santé et la sécurité publique tout en réduisant la stigmatisation associée à la consommation de drogues illicites et en favorisant l'accès aux services qui réduisent ces méfaits et appuient la guérison.⁴²¹ L'Association canadienne des chefs de police a proposé quatre éléments de décriminalisation, soit les sites de consommation supervisés, la décriminalisation pour la simple possession de drogues illicites, l'offre de drogues sûre et les programmes de déjudiciarisation.⁴²¹

Six documents d'orientation nationale ont été publiés dans le cadre de l'**Initiative canadienne de recherche** sur l'abus de substances afin de mieux soutenir les personnes qui consomment des substances pendant la pandémie de COVID-19. Ces ressources sont axées sur le soutien aux personnes qui consomment des substances psychoactives dans les milieux de refuge et les milieux de soins de courte durée, le recours à la télémédecine pour les services de traitement, la sécurité des travailleurs en prévention et réduction des méfaits, les stratégies pour réduire la transmission de la COVID-19 dans les centres d'hébergement et la façon de favoriser la distanciation physique entre les personnes qui consomment des substances.⁴¹⁸

Appuyer la santé mentale

Alors que nous nous remettons des répercussions initiales de la COVID-19 et que nous nous préparons à une résurgence future et à d'autres crises de santé publique, il est essentiel que les Canadiens puissent avoir accès aux ressources en santé mentale dont ils ont besoin. Les crises peuvent avoir une incidence sur la santé mentale de n'importe qui, et les personnes qui étaient aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances psychoactives avant la pandémie, ainsi que les travailleurs essentiels présentant un risque accru d'infection et ceux qui ont été infectés courent des risques particuliers.²⁸⁸

Les efforts visant à accroître la sensibilisation à la santé mentale, à la maladie mentale et aux voies d'accès aux soins doivent se poursuivre. Il sera important de repérer les personnes dans le besoin, et de réduire la stigmatisation et la discrimination pour celles qui cherchent de l'aide. Cela comprend le dépistage des problèmes de santé mentale, au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes qui reconnaît les vastes répercussions de la pandémie et les problèmes de santé mentale nouveaux ou exacerbés qui en découlent auxquels font face les patients.⁴²⁴

Les systèmes actuels de santé mentale doivent être adaptés pour continuer de répondre aux besoins urgents et pour mieux appuyer la population canadienne à long terme.²⁸⁸ On prévoit un besoin considérable de ressources en santé mentale pour faire face à la pandémie et à ses séquelles.^{425, 426} Les priorités actuelles et permanentes comprennent une meilleure réponse aux besoins des populations mal desservies, y compris l'innovation technologique dans la prestation de services, la sensibilisation et le soutien psychosocial en ligne, et la continuité des services essentiels en santé mentale en personne.²⁸⁸ La télémédecine pour la santé mentale exigera une formation professionnelle et le perfectionnement des compétences pour assurer la qualité des soins.⁴²⁵ Les questions d'accès doivent également être prises en compte, en ce qui concerne la littératie numérique des patients, ainsi que l'utilisation privée des appareils dotés d'une connexion Internet.⁴²⁵

Soins virtuels de santé mentale en pratique

Le Modèle des soins par paliers 2.0 de Terre-Neuve-et-Labrador est un exemple de service virtuel de santé mentale existant avant la pandémie. Le modèle consiste à intégrer des interventions en santé mentale en ligne et des séances de counseling sans rendez-vous ainsi que des programmes en personne au moyen d'une approche fondée sur des données probantes et axée sur le client.⁴²⁷ Une autre approche de la télémédecine pour le soutien virtuel en santé mentale est le portail en ligne Espace Mieux-être (site Web et application). Cette nouvelle initiative, lancée par le gouvernement du Canada en avril 2020, est axée sur le mieux-être mental et les problèmes de toxicomanie, dans le but de mettre les gens en contact avec des travailleurs de soutien par les pairs crédibles, des travailleurs sociaux, des psychologues et d'autres professionnels pour des séances de clavardage ou des appels téléphoniques confidentiels.⁴²⁸

Un secteur des services communautaires fort

La population canadienne compte sur le soutien des organismes de services communautaires pour répondre à une grande variété de besoins en matière de santé, de santé mentale et de services sociaux. Étant donné que ces organismes sont déjà actifs dans la collectivité et y ont des liens, ils sont en mesure d'aider à renforcer la santé et le bien-être des Canadiens pendant et après la pandémie. Cependant, des enquêtes menées auprès d'organismes sans but lucratif de l'Ontario et d'organismes caritatifs partout au Canada soulignent les défis auxquels fait face le secteur en raison de la pandémie. Le secteur doit composer avec la diminution des revenus et des dons, la fermeture de bureaux et l'annulation de programmes en raison des exigences de distanciation physique, de même que les problèmes de ressources humaines liés aux bénévoles ainsi qu'au personnel rémunéré.^{406, 429} Pour les organismes qui ont continué d'offrir des services essentiels, l'absence d'équipement de protection individuelle suscite des inquiétudes.⁴²⁹

Dans une enquête menée auprès d'organismes caritatifs au Canada, 42 % ont déclaré avoir déjà créé de nouveaux programmes en réponse aux besoins changeants.⁴⁰⁶ De nombreux organismes du pays ont également innové en réponse à la pandémie.⁴³⁰ Par exemple, une halte-accueil qui soutient les travailleuses du sexe au centre-ville de Vancouver a transformé un terrain de stationnement en un espace de répit ouvert en tout temps pour les femmes.⁴³¹ Le plus grand camp pour enfants atteints d'une maladie pédiatrique au Canada a organisé un « village virtuel » afin d'offrir des programmes en ligne après que la pandémie a forcé l'annulation du camp d'été.⁴³²

Les recommandations à l'appui du secteur comprennent un financement d'urgence de base souple pour permettre aux organismes communautaires de répondre rapidement aux besoins locaux, l'accès à l'équipement de protection individuelle pour les fournisseurs de services de première ligne et un rôle pour les organismes sans but lucratif dans les plans de rétablissement après la pandémie.^{390, 429, 433}

Résilience en éducation

Pour de nombreux Canadiens, les fermetures d'écoles ont mis en lumière le rôle central des écoles non seulement dans l'apprentissage et l'éducation, mais aussi dans le bien-être social, émotionnel, développemental et physique des enfants. Les décisions de fermer les écoles et les garderies, ainsi que la question de les rouvrir et comment y procéder, démontrent les tensions qui existent entre la prévention de la propagation de la

COVID-19 et le fait de répondre aux besoins sociaux et éducatifs des enfants et d'aider les parents à travailler. Alors que nous nous préparons en vue de résurgences et de pandémies futures, on se doit d'explorer les moyens d'améliorer l'enseignement virtuel pour tous et de renforcer le rôle important que jouent les écoles pour répondre aux besoins sociaux et émotionnels des enfants.

Au moment de la publication de ce rapport (automne 2020), d'autres renseignements et données probantes sur le rôle des enfants dans la transmission de la COVID-19 seront connus, et les possibilités d'innovation auront évolué.

Un certain nombre de recommandations ont été formulées pour maximiser la possibilité de l'apprentissage à distance. Bien qu'une discussion sur les approches pédagogiques dépasse la portée de ce rapport, il est important d'aborder la façon de conserver les rôles plus vastes du système scolaire, particulièrement en mettant l'accent sur l'équité. Il s'agit notamment de veiller à ce que tous les élèves aient accès à la technologie nécessaire et d'appuyer la continuité des services alimentaires et des services sociaux offerts antérieurement à l'école.⁴³⁴ D'autres suggestions mettent l'accent sur la création d'un sentiment de normalité et de sécurité dans l'apprentissage à distance afin de créer un environnement en ligne propice à l'apprentissage, tout en enseignant des comportements adaptatifs et en veillant à ce que les enseignants effectuent des suivis auprès des élèves.⁴³⁵

À mesure que les écoles rouvrent, il est possible de prendre en considération et de soutenir les besoins sociaux et émotionnels étendus des enfants liés à la pandémie. Cela est utile, car les enfants et les adolescents vivent la crise pendant des périodes critiques de développement biopsychosocial.²⁸⁸ Les élèves peuvent avoir besoin de temps et de soutien pour rebâtir leurs réseaux sociaux et développementaux à l'école avant de pouvoir se concentrer sur les objectifs pédagogiques.^{436, 437} Des discussions ouvertes et empreintes d'empathie, le rapprochement social, l'accent mis sur les stratégies d'adaptation et la communication ouverte avec les élèves sont toutes des façons de les aider à transformer leur expérience et à renforcer leur résilience.⁴³⁸ En mettant davantage l'accent sur la pratique tenant compte des traumatismes dans les écoles, on offre également un moyen de répondre aux besoins sociaux et émotionnels des élèves qui retournent à l'école.⁴³⁵ Cela pourrait comprendre des pratiques d'enseignement souples, le fait d'accorder la priorité aux relations par rapport au programme d'études dans la gestion de la salle de classe, des approches sensibles à l'égard de la discipline et une culture plus vaste de soins personnels et de soutien.⁴³⁵

Notre environnement

Il est important de se rappeler que la COVID-19 est une maladie zoonotique (zoonose) à l'origine. Les mesures prises dans le domaine de l'environnement durable aident à prévenir les zoonoses, assurent la sécurité alimentaire et procurent d'autres avantages sur le plan de la santé et du bien-être.

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

Comprendre notre relation avec les zoonoses

L'augmentation des zoonoses, causées par les organismes infectieux qui se propagent entre les animaux et les humains,⁴³⁹ et l'émergence de la COVID-19 illustrent la nature interreliée de toutes les formes de vie.⁴⁴⁰ Une fois qu'un virus est établi chez les humains, il peut se propager rapidement à l'échelle mondiale, comme nous l'avons vu avec la COVID-19. Les conditions propices au développement des zoonoses comme la COVID-19 ont existé et continuent d'exister. Ebola, Marburg, le SRAS, le SRMO, le VIH/SIDA, la maladie de Lyme, le syndrome pulmonaire à hantavirus, le virus du Nil occidental et le virus Zika sont toutes des zoonoses qui sont apparues au cours du siècle dernier.^{441, 442} Les zoonoses représentent 60 % des maladies infectieuses humaines connues⁴⁴³ et 75 % des maladies infectieuses émergentes.⁴⁴⁴ Les zoonoses émergentes menacent la santé humaine et animale, le développement économique et l'environnement. Bien que les zoonoses puissent toucher n'importe qui, les personnes vivant dans la pauvreté ou ayant des contraintes financières subissent de façon disproportionnée les conséquences directes et indirectes des zoonoses.⁴⁴⁰ Cela est dû à de nombreux facteurs, dont le fait de vivre près des animaux ou des espèces sauvages, les mauvaises conditions sanitaires et le manque d'accès à l'eau potable. Les pandémies sont une conséquence largement prédite de la façon dont les gens produisent des aliments, participent à l'agriculture animale, et modifient et interagissent avec les environnements.⁴⁴⁰ Il faut examiner certains aspects de la production animale industrialisée, ainsi que l'urbanisation et l'invasion des habitats fauniques, où les humains sont plus en contact avec les espèces sauvages.^{440, 445, 446} Une surveillance accrue des interactions entre les humains et les animaux est nécessaire pour surveiller les maladies zoonotiques émergentes et les pathogènes ayant un potentiel pandémique (p. ex., les influenza aviaires et porcines) ainsi que les changements environnementaux qui intensifient la proximité immédiate.⁴⁴⁶

Il peut être assez complexe de s'attaquer au problème des zoonoses et de mettre en place des solutions, et cela requiert des efforts intersectoriels de la part des secteurs de l'environnement, de l'agriculture et de la santé, qui travaillent parfois chacun de leur côté. En l'absence d'une approche intersectorielle, les politiques et les mesures mises en place pour lutter contre ces maladies peuvent être moins efficaces.⁴⁴⁰ L'approche « Une seule santé » intégrant l'expertise et les politiques en matière de santé humaine, animale et environnementale est une approche holistique utile pour prévenir et combattre les pandémies, car elle tient compte des liens entre les humains, les animaux et l'environnement.^{440, 447, 448}

Bâtir des systèmes alimentaires durables

La pandémie de COVID-19 a mis au jour des inégalités structurelles dans les programmes de protection sociale et les systèmes de production alimentaire du Canada. Les personnes victimes des inégalités existantes, comme la pauvreté, seront les plus touchées par les perturbations du système alimentaire liées à la COVID-19.⁴⁴⁹ Cette pandémie renforce la nécessité de réévaluer les systèmes alimentaires, y compris la façon dont nous produisons et transformons, afin de les rendre plus accessibles, durables et résilients.⁴⁵⁰

Le secteur de l'agriculture au Canada dépend fortement des travailleurs étrangers temporaires, qui représentent 20 % de l'emploi total dans ce secteur, ainsi que des agriculteurs.⁴⁵¹ Nous devons assurer une bonne rémunération et de bonnes conditions de travail à tous les travailleurs de la chaîne de production alimentaire, tout en répondant aux besoins particuliers des travailleurs étrangers temporaires.⁴⁵² Nous pouvons aussi améliorer les systèmes alimentaires en encourageant la production alimentaire locale et communautaire. Les agriculteurs, qui sont le fondement de notre système alimentaire, bénéficient de la sécurité des terres et de la demande locale pour leurs produits, ce qui peut leur donner une plus grande puissance commerciale.⁴⁵³ La valorisation de la production agricole soutiendra l'agriculture durable et permettra aux agriculteurs de transmettre les connaissances d'une génération à l'autre et aux nouveaux agriculteurs sans antécédents en agriculture, créant ainsi les conditions propices à des systèmes alimentaires plus solides.⁴⁵³

Exigences fondamentales pour un changement structurel

Pour assurer la longévité et la durabilité des changements à la société canadienne, il faut renforcer les aspects suivants.

Réduire la stigmatisation et la discrimination

La stigmatisation et la discrimination empêchent les gens d'accéder aux ressources dont ils ont besoin pour leur santé et les exposent à un plus grand risque de maladie, de violence et de blessures. Tout au long du rapport, nous avons examiné comment le racisme, la colonisation et l'âgisme, entre autres formes de stigmatisation, ont contribué au fardeau disproportionné associé à la COVID-19 dans certains groupes.

Il est nécessaire de s'attaquer à la stigmatisation associée à la COVID-19 en tant que trouble de santé, ainsi qu'aux préjugés sociaux plus généraux qui augmentent le risque couru par des groupes particuliers, afin de changer les normes sociales discriminatoires et d'améliorer la santé et le bien-être. Comme il est décrit en détail dans le *Cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif*, élaboré pour le rapport annuel 2019 de l'ACSP, il existe un certain nombre d'initiatives fondées sur des données probantes qui peuvent réduire la stigmatisation à l'échelle individuelle, interpersonnelle, institutionnelle et de la population. Ce cadre fournit une feuille de route pour mettre en œuvre des politiques, des programmes et des mesures visant à s'attaquer aux facteurs qui contribuent à la stigmatisation, à réduire les pratiques discriminatoires et à bâtir un système de santé inclusif. La stigmatisation liée à la COVID-19 peut avoir des répercussions négatives sur certaines communautés, certains groupes ethniques ou certaines personnes après la fin de leur mise en quarantaine ou de leur traitement. Cette stigmatisation est fondée sur des normes sociales discriminatoires préexistantes.

Le gouvernement du Canada a investi des ressources supplémentaires pour soutenir les réponses communautaires à la COVID-19 dans les communautés autochtones par l'entremise du Fonds de soutien aux communautés autochtones.⁴⁵⁴ Ce financement est en reconnaissance

du fait que les dirigeants, les gouvernements et les organisations autochtones sont les mieux placés pour cerner et relever les défis uniques auxquels leurs communautés font face. Le soutien des services communautaires offerts par les Autochtones peut également aider à lutter contre la stigmatisation et la discrimination.⁴⁵⁴

Il est important de s'attaquer à la mésinformation au sujet de la COVID-19, de son origine et de sa transmission pour lutter contre la stigmatisation. Cela comprend les leaders et les membres des communautés qui défient publiquement le racisme et la haine.

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

En plus des interventions décrites en détail dans le Rapport annuel 2019 de l'ACSP, un certain nombre de recommandations et de mesures ont été formulées en ce qui a trait à la COVID-19. Ces mesures sont pertinentes pour lutter contre la stigmatisation dans le contexte des

pandémies et des crises de santé publique en général. Comme dans d'autres domaines de stigmatisation et de discrimination, il est important d'accorder la priorité aux points de vue et au leadership des personnes qui ont été victimes de stigmatisation liée à la COVID-19; cela peut nous aider à améliorer les mesures de santé publique.⁴⁵⁵

Les fournisseurs de services de santé et de services sociaux peuvent mieux répondre aux besoins de tous lorsqu'ils offrent des services culturellement sécuritaires. Cela pourrait comprendre une pratique réflexive sur les soins offerts, la considération des préjugés et de la discrimination, le renforcement des relations avec les patients, la compréhension des divers points de vue et visions du monde, et la formation continue et significative pour le personnel et les bénévoles.² En outre, les services de santé et les services sociaux sont bien placés pour intégrer les principes de soins tenant compte des traumatismes et de la violence, assurant ainsi une approche axée sur les forces et la collaboration pour la prestation des services.²

Développement et livraison d'un vaccin contre la COVID-19 au Canada

L'un des principaux objectifs de la réponse du Canada à la pandémie consiste à fournir un vaccin efficace et sécuritaire contre l'infection au SRAS-CoV-2. Les vaccins potentiels contre la COVID-19 font l'objet d'un long processus de développement guidé par l'évolution des données probantes et des considérations éthiques importantes, afin d'assurer le vaccin le plus efficace pour un usage généralisé.^{456, 457}

Les essais cliniques de vaccins suivent des protocoles stricts, y compris la divulgation des risques et l'assurance que les participants fournissent un consentement éclairé et volontaire.⁴⁵⁶ Les premiers essais cliniques de vaccins candidats contre la COVID-19 devraient commencer par un éventail d'adultes sains n'ayant pas de problèmes de santé sous-jacents, suivis par des populations pouvant avoir besoin de mesures de protection supplémentaires, comme les enfants et les adolescents, les adultes immunodéprimés et les femmes enceintes.^{456, 457} Il est essentiel que les essais incluent des populations à risque élevé de susceptibilité et/ou d'exposition à la COVID-19 pour comprendre l'efficacité du vaccin et ses effets sur ces groupes.^{456, 457} La phase finale des essais cliniques devrait donc inclure des personnes qui proviennent de groupes ayant subi des effets disproportionnés de la COVID-19, notamment les personnes qui ont des problèmes de santé sous-jacents, les résidents d'établissements de soins de longue durée, les travailleurs de la santé et les travailleurs essentiels. Dans la mesure du possible, les résultats des essais sur les vaccins devraient être ventilés en fonction des facteurs qui contribuent aux inégalités en matière de santé, comme le sexe, l'âge et l'état de santé, afin de mieux comprendre les répercussions globales pour toutes les variables démographiques.⁴⁵⁶

En plus de tenir compte des données probantes sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins dans différentes populations, l'allocation équitable des vaccins lorsque l'offre est limitée doit tenir compte des personnes les plus à risque d'exposition et d'effets graves, de la faisabilité et de l'acceptabilité du vaccin, et des considérations éthiques.⁴⁵⁶

Des données pour comprendre et prendre des décisions

Des données pertinentes et exactes sont nécessaires pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer de manière efficace les mesures de santé publique permettant de contrôler la pandémie et de se rétablir par la suite. Les données sont également essentielles pour comprendre les inégalités au sein de la société, explorer comment ces inégalités influent sur la santé et le bien-être, puis orienter et évaluer les interventions visant à bâtir une société plus forte et plus équitable. La production des données probantes nécessaires exige à la fois de nouveaux domaines d'étude et la capacité de mieux ventiler les données afin de comprendre les différentes expériences. De plus, des données précises sont nécessaires dans chacun de nos domaines d'action ayant un impact élevé, particulièrement en ce qui a trait aux emplois précaires, au logement et aux établissements de soins de longue durée.

Des travaux sont en cours pour renforcer les systèmes de données locaux et nationaux en réponse à la COVID-19. Le 20 mai 2020, le Bureau de santé publique de Toronto a commencé à recueillir des données sur l'identité autochtone, le groupe racial, le revenu et la taille des ménages pour les personnes ayant reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.¹⁵⁴ Ces données serviront à réduire les inégalités liées à la COVID-19 dans le cadre de diverses activités comme la collaboration avec les organismes communautaires pertinents, la production d'information ciblée sur la santé publique, la détermination des zones à tester et le soutien à l'isolement des personnes qui ne sont pas en mesure de le faire à leur domicile. Un autre groupe de Toronto, le Health Commons Solutions Lab, a collaboré avec des organismes partenaires d'Etobicoke-Nord pour recueillir des renseignements auprès d'intervenants communautaires clés, y compris des résidents, afin d'explorer l'expérience des six premiers mois de la pandémie.⁴⁵⁸ Le but de ce travail est de recueillir de l'information et de faciliter les conversations entre les collectivités et les paliers de gouvernement afin de formuler des suggestions sur ce dont les collectivités ont besoin pour se préparer le mieux possible à d'éventuelles résurgences de la COVID-19.

Les IRSC ont financé le projet « Indigenous Health Counts in Urban Homelands: Estimating COVID-19 Incidence and Mortality among Indigenous Populations Living in Ontario Cities » (Estimation de l'incidence et de la mortalité de la COVID-19 chez les Autochtones vivant dans les villes de l'Ontario) afin de combler les lacunes dans les données concernant la propagation de

la COVID-19 chez les Autochtones, en particulier dans les régions urbaines. Cette recherche s'appuie sur des études existantes qui ont été menées et réalisées par et pour les communautés autochtones.⁴⁵⁹

Études sérologiques

Le fait de savoir qui a été exposé à la COVID-19 dans l'ensemble de la population peut aider à suivre et à identifier les groupes vulnérables afin de mettre en œuvre des mesures de prévention ou d'atténuation appropriées.⁴⁶⁰ Les tests de dépistage des anticorps (ou sérologiques) utilisent des échantillons de sang pour déterminer si une personne a déjà été infectée par le virus. Des taux plus élevés que la moyenne pour une sous-population donnée indiqueraient un fardeau disproportionné de la COVID-19 et pourrait ainsi signaler une inégalité. Bien que la mise en œuvre des tests sérologiques de COVID-19 ait commencé à la fin du printemps 2020 au Canada, une étude menée par la Société canadienne du sang a indiqué que moins de 1 % des résidents des provinces, à l'exception du Québec, avaient été exposés au virus à la mi-juin.⁴⁶¹ Comme les Canadiens ayant été infectés par le virus n'ont pas nécessairement tous été testés (en particulier ceux qui ont été asymptomatiques ou n'ont ressenti que des symptômes légers), le nombre de Canadiens exposés au virus est plus élevé que ce qui a été signalé.⁴⁶² Par exemple, une comparaison entre les résultats des tests sérologiques et le nombre de cas confirmés au Québec a révélé que le nombre total de cas de COVID-19 dans la population était estimé à plus de trois fois le nombre de cas déclarés au mois de juillet.⁴⁶³ D'une part, ces observations indiquent que les mesures de santé publique mises en œuvre ont réussi à maintenir un taux d'infection faible. D'autre part, elles indiquent que les niveaux d'immunité de la population sont trop faibles pour ralentir une vague de résurgence de la COVID-19 (au moment de la rédaction de ce rapport).⁴⁶⁴ Il reste beaucoup à apprendre sur la relation entre les anticorps et la production d'une immunité contre le SRAS-CoV-2. Par exemple, à l'heure actuelle, nous ne savons pas si les personnes qui ont des anticorps détectables sont immunisées contre une réinfection au SRAS-CoV-2 ou si elles sont encore contagieuses pour les autres.⁴⁶⁵ D'autres études sont nécessaires pour répondre à ces questions clés.

Statistique Canada a rapidement recueilli et partagé des données qui explorent les répercussions sociales et économiques de la COVID-19. Ces données sont notamment issues d'un processus d'externalisation ouverte sur un certain nombre de sujets, ainsi que d'un nouveau sondage par panel en ligne appelé « Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes ». Statistique Canada tient à jour un centre d'accès en ligne aux nouvelles données et publications, ce qui aide à fournir des renseignements clés au sujet des répercussions de l'épidémie de COVID-19 sur la société canadienne.⁴⁶⁶

Des initiatives de collecte de données sont également en cours entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour, à court terme, combler les lacunes critiques liées aux données, dans le but de renforcer la capacité et l'infrastructure afin que le Canada obtienne les données essentielles dont il a besoin pour offrir les meilleurs systèmes de soins de santé et de santé publique possibles. Ce travail sera réalisé avec la participation de partenaires clés comme le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, l'Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé du Canada.

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

Assurer une ventilation des données

Pour comprendre et corriger les inégalités, il est essentiel de recueillir, de relier et de ventiler les données relatives aux facteurs sociodémographiques, y compris la géographie, le revenu, l'éducation, le statut d'Autochtone, l'origine raciale et/ou ethnique, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, le statut d'invalidité, l'occupation et le statut migratoire. Ces efforts reposent sur la capacité d'intégrer les données intersectionnelles de diverses sources, comme les données d'enquête autodéclarées, avec les données administratives, ce qui exige une expertise, une technologie et une infrastructure⁴⁶⁷ adéquates. L'objectif ultime est de fournir aux décideurs et aux autorités de la santé publique l'information nécessaire pour déterminer les interventions les plus appropriées pour un groupe ciblé en particulier.⁴⁶⁸

L'atteinte de cet objectif repose sur la confiance et la collaboration entre les propriétaires et les fournisseurs de données. Les partenariats qui ont été forgés ou renforcés dans le cadre de la réponse pangouvernementale/sociétale initiale à la COVID-19 devront être maintenus et améliorés.³ Des normes et des systèmes doivent être mis en place pour veiller à ce que toutes les données

sensibles supplémentaires, comme les données sur la race et l'origine ethnique, soient recueillies, stockées, traitées et utilisées d'une façon non seulement uniforme et sécuritaire, mais aussi respectueuse des valeurs culturelles.⁴⁶⁹

Il est important de comprendre le contexte historique et contemporain lorsqu'on révèle des inégalités, afin de situer ces inégalités dans un cadre de déterminants de la santé et d'éviter les stéréotypes nuisibles et d'autres formes de discrimination.¹⁴² Pour s'assurer de bien comprendre les causes des différences, il est essentiel de collaborer avec la communauté afin d'explorer les facteurs qui favorisent la santé et le bien-être. De même, il vaut mieux que ces activités de collecte de données soient conçues en collaboration avec la communauté et, dans la mesure du possible, dirigées par la communauté.¹⁴² Il est également essentiel que les communautés aient accès aux données et aux études et en soient les propriétaires afin de pouvoir tirer profit de leurs propres données.

Élargir la collecte de données dans des domaines clés

Outre la capacité de ventiler les données pour cerner et corriger les inégalités en santé, la pandémie a fait davantage ressortir la nécessité d'obtenir des données sur les résultats importants en matière de santé et les déterminants de la santé.

Afin de comprendre et d'améliorer les conditions de travail et l'offre de bons emplois, il sera important de recueillir des données plus nuancées sur l'emploi. Cela comprend la nature et l'étendue des emplois précaires sur le marché du travail, les multiples dimensions de l'emploi précaire (p. ex., l'offre de congés de maladie payés), et la façon dont ces emplois atypiques sont touchés par des crises comme la COVID-19.^{367, 470, 471}

Les conditions de logement sont toujours importantes pour la santé et le bien-être, à plus forte raison lorsque les mesures de santé publique recommandent de rester le plus possible à la maison. Pour mieux soutenir les Canadiens durant les restrictions relatives à la distanciation physique et par la suite, nous avons besoin de données sur la stabilité du logement ainsi que sur le caractère adéquat du logement pour la distanciation physique ou l'isolement volontaire. Les données sur certains milieux de vie sont particulièrement urgentes, notamment celles sur les expériences des populations dans les établissements de soins de longue durée. Cela comprend des données administratives solides, ainsi que des données sur la qualité des soins aux résidents,

la qualité de vie des résidents, la qualité de vie au travail du personnel et les expériences des résidents et de leur famille.¹⁶⁵ De telles données peuvent appuyer les efforts d'évaluation, d'accréditation, de réglementation et de réforme visant à améliorer les établissements de soins de longue durée.¹⁶⁵

Des données seront également nécessaires pour nous aider à comprendre et à contrer les conséquences plus lourdes de la pandémie et des mesures de santé publique associées, particulièrement en ce qui a trait à la santé mentale. Cela pourrait comprendre les répercussions à court et à long terme sur la santé mentale des personnes vivant avec la COVID-19, ainsi que les répercussions sociales et économiques plus vastes des exigences de distanciation physique.²⁸⁸

Communication

On ne saurait trop insister sur l'importance de la communication efficace des risques, c'est-à-dire l'échange d'information, de conseils et d'opinions en temps réel entre les experts et le public qui est confronté à des menaces pour sa santé et son bien-être économique et social.⁴⁷² Il est essentiel pour la santé publique de fournir aux Canadiens l'information dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, dans le langage et le format appropriés. La communication sur les risques aide également à réduire l'incertitude et l'anxiété associées à la pandémie, en particulier lorsqu'elle est effectuée de manière précise, empathique et opportune, et accompagnée par des mesures de confinement fondées sur des données probantes.²⁸⁸

La communication sur les risques permet aux personnes à risque de prendre des décisions éclairées afin de se protéger et de protéger les autres, et comprend l'identification et la gestion des rumeurs et de la désinformation.⁴⁷² La désinformation peut nuire à la diffusion des renseignements exacts liés à la pandémie, et entraver ainsi les efforts déployés par les responsables de la santé publique pour lutter contre la pandémie.⁴⁷³⁻⁴⁷⁵ De plus, la désinformation peut être extrêmement nuisible en exacerbant le racisme et la peur, et peut entraîner un comportement contre-productif et dangereux.⁴⁷³⁻⁴⁷⁵ Les efforts de promotion d'une communication efficace sur les risques et de lutte contre la désinformation se heurtent à une méfiance et un scepticisme croissants à l'égard du gouvernement et de la science.⁴⁷⁶ Les médias sociaux ont fourni une

plateforme qui favorise la diffusion rapide de la désinformation, faisant ainsi ressortir le rôle et les responsabilités critiques des médias de masse pendant les campagnes de santé publique.⁴⁷⁶ Une étude des vidéos YouTube les plus regardées sur la COVID-19 a indiqué que 27,5 % de ces vidéos — totalisant plus de 60 millions de visionnements au moment de l'étude — contenaient des renseignements non factuels.⁴⁷³

La désinformation entourant la COVID-19 pose un grave problème pour la communication sur les risques. Selon un récent sondage mené par l'École de journalisme et de communication de l'Université Carleton, les théories du complot et les renseignements non factuels sur la COVID-19 sont répandus au Canada.⁴⁷⁷ Plus de la moitié des Canadiens interrogés dans le cadre de l'étude pensaient pouvoir distinguer les théories du complot et la désinformation des renseignements factuels sur la COVID-19. Toutefois, près de la moitié d'entre eux ont indiqué croire à l'une des théories du complot décrites dans le sondage. L'étude a également révélé que les personnes qui avaient ces croyances passaient plus de temps par jour sur les médias sociaux que leurs contreparties.⁴⁷⁷

Lorsque la COVID-19 est apparue pour la première fois, les messages de communication sur les risques étaient simples, et mettaient surtout l'accent sur la distanciation physique, l'hygiène des mains et le fait de rester à la maison. Cependant, à mesure que la pandémie a évolué différemment d'un bout à l'autre du pays et que de nouvelles données probantes ont fait leur apparition, l'environnement de communication est devenu beaucoup plus complexe. Il devient de plus en plus difficile de faire des déclarations claires et définitives qui sont uniformes d'un bout à l'autre du pays. Certaines communautés autochtones ont élaboré leurs propres messages de santé publique ciblés à l'aide des médias sociaux pour faire passer le message ou pour dissiper la désinformation.^{478, 479}

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

Alors que nous entrons dans de nouvelles phases de la pandémie de COVID-19, la méfiance à l'égard de l'expertise scientifique et la propagation de la désinformation posent un danger. Elles peuvent favoriser l'opposition à une vaccination future et, par conséquent, l'augmentation potentielle des éclosions. Les grappes

anti-vaccination sont maintenant fortement enchevêtrées avec des grappes indécises en ligne, ce qui a entraîné une augmentation des opinions anti-vaccination. Il a été prédit que les positions contre la vaccination seront dominantes dans moins d'une décennie si des efforts ne sont pas déployés pour changer de cap.⁴⁸⁰

Le maintien de la confiance est essentiel à l'adoption du vaccin.⁴⁸¹ Dans une enquête par approche participative sur la COVID-19, Statistique Canada a indiqué que les participants démontrant un niveau de confiance élevé à l'égard du gouvernement fédéral étaient plus enclins à déclarer qu'ils obtiendraient très probablement un vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il deviendrait disponible (77,3 %, comparativement à 53,8 % pour ceux indiquant un faible niveau de confiance à l'égard du gouvernement fédéral).⁴⁸² Une différence semblable a été observée chez les participants ayant un niveau élevé de confiance à l'égard des autorités fédérales de santé publique (76,4 %) comparativement à ceux ayant un faible niveau de confiance à l'égard des autorités fédérales de santé publique (44,4 %).⁴⁸² Outre l'incidence de la désinformation, la réticence à l'égard des vaccins peut être particulièrement élevée pour un vaccin contre la COVID-19, puisque le vaccin sera nouveau et qu'il sera approuvé rapidement, ce qui pourrait créer de fausses croyances selon lesquelles le vaccin n'aurait pas été correctement évalué.⁴⁸¹ Une bonne communication avec les intervenants clés et les fournisseurs de soins de santé est essentielle pour garantir que le plus grand nombre possible de personnes seront vaccinées. Il faudra nécessairement élaborer des messages adaptés à des contextes et à des groupes particuliers et travailler avec des leaders communautaires, des experts en éducation sur les médias, des organismes communautaires et d'autres influenceurs clés.

Travailler ensemble, à tous les niveaux

Pendant une crise comme celle de la COVID-19, il est essentiel que nous travaillions tous ensemble pour protéger et renforcer nos collectivités.

En dépit de l'incertitude et des difficultés causées par la COVID-19, il y a eu une collaboration et une adaptation immenses entre les Canadiens et les différents gouvernements, ainsi qu'au sein des organisations et

des collectivités pour assurer la protection sociale et économique des personnes touchées par le virus.

Partout au Canada, des gens ont donné de leur temps, ont posé des gestes de gentillesse et de compassion pour aider des amis, des membres de leur famille, des voisins et d'autres personnes dans le besoin en accomplissant des tâches vitales comme faire l'épicerie, livrer des médicaments ou assurer un soutien social.⁴⁹⁸ D'autres ont consacré leur temps ou leurs ressources à faire en sorte que les services essentiels, comme les banques alimentaires, demeurent opérationnels et accessibles.

Bien que les mesures de santé publique à grande échelle soient habituellement dirigées par tous les ordres de gouvernement, de nombreuses collectivités ont rapidement élaboré des réponses novatrices et collectives aux difficultés imposées par la COVID-19, ces réponses étant guidées par les besoins de leurs résidents et adaptées à leur contexte géographique, économique et social. Ces réponses peuvent créer un sentiment d'appartenance collectif chez les gens, même s'ils demeurent physiquement séparés.⁴⁹⁹

Cet engagement les uns envers les autres et envers la nation a également été manifesté par tous les gouvernements au Canada. La COVID-19 représente un problème intergouvernemental complexe qu'aucun gouvernement ne peut régler à lui seul. Le succès exige des niveaux élevés de coordination et de collaboration entre les gouvernements et entre les secteurs, et la nature d'un tel problème remet en question la façon dont les différents ordres de gouvernement travaillent ensemble en les obligeant à prendre des mesures conjointes en l'absence de processus sur lesquels s'appuyer.⁵⁰⁰ En dépit de ces difficultés, des chercheurs canadiens ont souligné les succès démontrés par les activités intergouvernementales canadiennes contre la COVID-19.^{501, 502} Ces activités comprenaient la coordination et l'échange d'information entre les agents de santé publique, les communications fréquentes entre les dirigeants fédéraux, provinciaux et territoriaux, et un front uni de tous les niveaux de gouvernement.⁵⁰¹ Ce front uni s'étendait également à tous les partis politiques au Canada. Dans une analyse de l'activité des députés sur les médias sociaux, des chercheurs canadiens ont remarqué que les députés de tous les partis politiques insistaient constamment sur l'importance des mesures de santé publique.⁵⁰³

Les populations autochtones et la COVID-19 : Exemples de leadership, de résilience et de réussite^{91, 483-485}

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis font face à des défis sociaux et économiques qui se conjuguent pour accroître leur risque de contracter la COVID-19 et d'être gravement malades. Les répercussions durables des traumatismes intergénérationnels continuent d'influer sur la santé des peuples autochtones au Canada. Les inégalités sociales et économiques persistent, augmentant le risque lié à la COVID-19. Celles-ci incluent notamment des problèmes comme le manque d'accès aux soins médicaux, l'isolement géographique, les logements inadéquats et surpeuplés, ainsi que le faible revenu et l'insécurité alimentaire. Certaines collectivités ne sont pas en mesure de se conformer aux mesures de santé publique en raison du surpeuplement et d'un manque d'accès à un approvisionnement en eau potable, et un certain nombre de collectivités ont dû affronter des risques d'incendie ou d'évacuations en raison d'inondations en même temps que la pandémie. Les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis présentent également des taux plus élevés de troubles de santé préexistants, comme l'asthme et le diabète. Une étude de 2017 a révélé que les taux d'incapacité chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve et les Métis étaient plus élevés que dans les populations non autochtones.⁴⁸⁶ En fait, 32 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve, 30 % des Métis et 19 % des Inuits avaient une ou plusieurs incapacités qui les limitaient dans leurs activités quotidiennes. Ces statistiques démontrent l'importance d'examiner l'incapacité dans le contexte des inégalités sociales et sanitaires qui sont liées à la discrimination, à l'oppression historique et aux traumatismes.⁴⁸⁶

Malgré ces défis, de nombreuses collectivités inuites, métisses et des Premières Nations ont fait preuve de leadership, de résilience et d'engagement communautaire pour réagir à la COVID-19. Le succès de ces efforts est illustré par les faits suivants : pour les cas signalés à la fin d'août 2020, les Premières Nations vivants dans les réserves avaient des taux plus faibles d'hospitalisation liés à la COVID-19 (8,4 % comparativement à 13,4 % de la population canadienne générale), ainsi que des taux de décès plus faibles (1,4 % comparativement à 7,1 %).⁴⁸⁷ Voici quelques initiatives élaborées :

Premières Nations :

- En Colombie-Britannique, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) a lancé le programme de télésanté « *First Nations Doctor of the Day* » pour les membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique qui n'ont pas accès à leur propre médecin ou qui ont un accès limité à celui-ci. La Régie a également appuyé la mise en œuvre d'un cadre provincial pour aider les personnes vivant dans les collectivités rurales, éloignées et des Premières Nations de la Colombie-Britannique à avoir accès aux soins de santé essentiels. La RSPN a fourni et distribué de l'équipement de protection individuelle (EPI) aux travailleurs de la santé de première ligne et a travaillé avec les intervenants en santé pour fournir des messages de santé publique à jour et respectueux des valeurs culturelles aux collectivités par l'entremise de son site Web.⁴⁸⁸
- Compte tenu du risque associé à un âge plus avancé lorsqu'il s'agit de la COVID-19, les Six Nations de la rivière Grand, en Ontario, ont agi de façon proactive afin de protéger les aînés, qui sont des ressources essentielles pour le savoir et les traditions culturelles, en limitant de façon stricte les visites dans les pavillons et les établissements de soins de longue durée locaux. Elles ont aussi rapidement commencé à tester toutes les personnes âgées et les autres guerriers qui aident à prendre soin d'eux. Les membres de la collectivité étaient responsables d'une campagne intitulée « Protégeons notre peuple » qui visait à limiter les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du territoire des Six Nations. Ils ont également mis en œuvre une campagne de santé publique par l'entremise des médias sociaux avec de l'information sur la santé et la sécurité à l'intention des membres de la collectivité.⁴⁸⁹

Inuits:

- Certaines régions, comme le Nunatsiavut (T.-N.-L.), ont imposé des restrictions de voyage strictes et annulé des événements importants au début de la pandémie, ce qui a aidé à prévenir toute éclosion.⁴⁹⁰
- Le Nunavik, au Québec, a connu une éclosion très tôt, mais il a été en mesure de la contrôler en imposant un couvre-feu et d'autres mesures (voyages préapprouvés seulement, fermeture de son aéroport, etc.).⁴⁹¹
- À Pond Inlet, au Nunavut, lorsqu'un cas de COVID-19 a été annoncé, la collectivité a réagi immédiatement. Le Nunavut a réagi en limitant tous les déplacements à destination et en provenance de la collectivité. Les magasins de Pond Inlet ne pouvaient accueillir que 10 personnes à la fois et tous les services non essentiels ont été fermés. On a ensuite annoncé que le cas était un faux positif, et ces mesures ont été abolies.⁴⁹²

Métis:

- De nombreuses nations métisses ont mis sur pied des lignes de soutien,⁴⁹³ créé des programmes de prestations (revenu, loyer, éducation, enfants, etc.)^{494, 495} et distribué de l'EPI, du désinfectant pour les mains et d'autres articles à leurs citoyens.⁴⁹⁴ Certaines nations métisses ont également renforcé la capacité régionale pour assurer la sécurité alimentaire et soutenu les familles pour assurer l'accès aux médicaments essentiels.⁴⁹⁴
- À La Loche, en Saskatchewan, la Nation métisse de la Saskatchewan a soutenu des unités d'isolement pour les médecins et les citoyens, distribué des masques et des gants, coordonné les livraisons de nourriture pour limiter les déplacements et collaboré avec les centres d'amitié pour affecter du financement en réponse à l'éclosion dans la région.^{496, 497}

Ce sur quoi nous pouvons continuer à travailler ensemble

Pour bâtir des systèmes de gouvernance efficaces et solides, tous les niveaux doivent travailler ensemble dans tous les domaines à fort impact décrits ci-dessus. Cela suppose des partenariats entre le gouvernement, la société civile, la collectivité et le secteur privé pour une approche pansociétale. Cela exige également un renforcement de la capacité à tous les niveaux de la santé publique à intervenir et aider à coordonner les mesures pour faire face aux crises et aux autres priorités essentielles en matière de santé publique.

La façon dont nous continuerons de travailler ensemble aura une incidence sur la réussite de nos efforts contre toute résurgence de la COVID-19 ou d'autres pandémies. Alors que nous nous préparons à être plus forts durant la phase de rétablissement de la COVID-19, la résilience jouera un rôle essentiel dans la façon dont nous continuerons de nous adapter et de faire des ajustements en fonction des répercussions continues de cette crise. Nous pouvons continuer de miser sur les interventions sociales, sanitaires et économiques utilisées pour appuyer les Canadiens durant cette période sans précédent et améliorer ces systèmes grâce à des changements systémiques plus vastes. En parallèle, nous pouvons tirer parti de notre résilience individuelle et collective pour nous préparer à de futures crises ou perturbations.^{499, 504, 505}

TABLEAU 3 : Résumé des considérations factuelles pour une approche d'équité en santé**Notre façon de travailler : sécurité économique et conditions d'emploi**

Domaines d'action	Ce que nous pouvons faire à l'avenir
Emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures de protection au travail : appliquer les règlements de sécurité liés aux maladies infectieuses, offrir du soutien en santé mentale (en particulier pour les travailleurs essentiels), assurer une protection accrue pour les travailleurs étrangers temporaires, fournir des avantages sociaux, y compris des congés de maladie payés, garantir la sécurité d'emploi. • Qualité de l'emploi : fournir des voies d'accès à de meilleurs emplois pour les travailleurs à faible revenu occupant des emplois précaires, offrir un soutien du revenu et un soutien social aux travailleurs occupant des emplois précaires, veiller à un accès équitable à un emploi de qualité, assurer une plus grande stabilité des heures et des horaires. • Services de garde et écoles sécuritaires, accessibles, abordables et de qualité pour les enfants et les jeunes, afin de soutenir l'emploi des parents et des aidants.

Où nous vivons : logement stable et environnement bâti sain

Domaines d'action	Ce que nous pouvons faire à l'avenir
Logement	<ul style="list-style-type: none"> • Logement pour tous : accorder la priorité aux logements sécuritaires, accessibles et abordables, en reconnaissant les liens avec la santé et le bien-être (p. ex., Logement d'abord). • Soins de longue durée sécuritaires et de soutien : assurer des niveaux de dotation minimaux, garantir des normes minimales d'éducation et de formation continue pour le personnel, offrir des emplois à temps plein de qualité avec des avantages comme des congés de maladie payés, améliorer les stratégies de prévention et de contrôle des infections, appliquer les règlements sur les soins de longue durée (SLD), intégrer les soins de santé dans les SLD, soutenir le leadership et les équipes interprofessionnelles, améliorer l'environnement bâti des établissements de SLD. • Maisons sans violence : sensibiliser le public aux services disponibles, veiller à ce que les programmes de soutien nécessaires soient ouverts, accessibles et dotés de ressources adéquates, sensibiliser les travailleurs essentiels aux signes de violence. • Soutien aux personnes incarcérées ou qui font la transition vers la collectivité après leur incarcération : fournir un accès à un logement sécuritaire et à des services de santé et sociaux pour les personnes libérées, offrir un soutien accru pour les personnes qui restent en prison, y compris un accès à des visites et à des programmes à distance, ainsi que des connexions téléphoniques et vidéo à des systèmes de soutien externes.
Environnement bâti sain	<ul style="list-style-type: none"> • Logements dans des collectivités saines : créer des espaces sécuritaires et dynamiques pour les échanges communautaires et l'activité physique, appuyer la mobilité des collectivités éloignées, créer des environnements bâtis qui aident à répondre aux besoins fondamentaux et à promouvoir une bonne santé, y compris des systèmes de transport et d'alimentation accessibles.

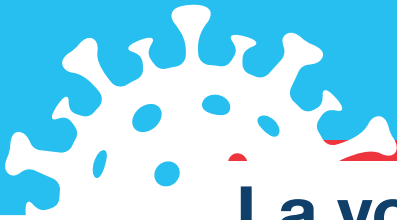
Systèmes de santé, de services sociaux et d'éducation

Domaines d'action	Ce que nous pouvons faire à l'avenir
Accès numérique aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des populations qui ont peut-être moins accès aux soins virtuels et atténuation des obstacles : offrir des services téléphoniques et en ligne, mettre l'accent sur la protection de la vie privée et la sécurité des soins virtuels, s'attaquer aux défis de littératie numérique propres aux applications ou aux plateformes de soins virtuels, fournir de la formation numérique et de l'interprétation linguistique, soutenir l'accès à large bande à faible coût.

Domaines d'action	Ce que nous pouvons faire à l'avenir
Accès aux services de santé essentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser des messages de santé publique sur l'importance de la vaccination et assurer la souplesse des méthodes d'administration des vaccins. • Veiller à un accès équitable aux services sociaux et de santé à mesure qu'ils sont réintroduits dans les phases de réouverture de la pandémie. Assurer l'accès à des services de réduction des méfaits comme le traitement par agonistes opioïdes, la naloxone et les centres de consommation supervisée. • Offrir des solutions de rechange plus sûres à l'approvisionnement en drogues toxiques. Envisager la décriminalisation de la possession simple de drogues illicites.
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser davantage le public à la santé mentale et à la maladie mentale, ainsi qu'aux voies d'accès aux soins. • Effectuer un dépistage des problèmes de santé mentale au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes. • Réduire la stigmatisation des personnes qui demandent de l'aide. • Mieux répondre aux besoins des populations mal desservies. • Fournir des innovations technologiques dans la prestation de services, la sensibilisation en ligne et le soutien psychosocial, ainsi que la continuité des services essentiels en personne en santé mentale. • Offrir de la formation professionnelle et l'encadrement des compétences aux travailleurs de la santé qui fournissent des services de télémédecine en santé mentale. • Atténuer les obstacles à l'accès (littératie numérique, utilisation privée d'appareils Internet).
Secteur des services communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un financement d'urgence, de base et flexible permettant aux organismes communautaires de répondre rapidement aux besoins locaux. • Assurer l'accès à l'équipement de protection individuel (EPI) pour les fournisseurs de services de première ligne. • Faire participer les organismes à but non lucratif à la planification du rétablissement post-pandémique.
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage à distance : assurer l'accès à la technologie, appuyer la continuité des services sociaux et alimentaires déjà offerts à l'école, créer un sentiment de normalité et de sécurité dans l'apprentissage à distance, enseigner des comportements adaptatifs, mener des suivis réguliers entre enseignants et élèves. • Apprentissage en personne : soutenir les besoins sociaux et émotionnels des enfants liés à la pandémie au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes et axée sur les stratégies d'adaptation, favoriser des pratiques d'enseignement souples, utiliser des approches sensibles pour la discipline, encourager une culture de soins personnels et de soutien.

Durabilité environnementale

Domaines d'action	Ce que nous pouvons faire à l'avenir
Zoonoses	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux comprendre notre relation avec l'environnement : une approche « Une seule santé » aide à prévenir et à détecter les zoonoses et les pandémies émergentes et à y réagir en tenant compte des liens entre les humains, les animaux et l'environnement. • Assurer une collaboration intersectorielle entre les secteurs de l'environnement, de l'agriculture et de la santé.
Systemes alimentaires durables	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer les systèmes alimentaires, y compris la façon dont nous produisons et transformons les aliments, afin de les rendre plus accessibles, durables et résilients. • Assurer des salaires viables et des conditions de travail favorable pour tous les travailleurs de la chaîne de production alimentaire, tout en répondant aux besoins particuliers des travailleurs étrangers temporaires. • Assurer la sécurité des terres aux agriculteurs et valoriser les systèmes alimentaires localisés.
Exigences fondamentales pour un changement structurel	Ce que nous pouvons faire à l'avenir
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<ul style="list-style-type: none"> • Accorder la priorité aux points de vue et au leadership des personnes qui ont vécu la stigmatisation et la discrimination. • Assurer la prestation de services culturellement sécuritaire, y compris d'approches tenant compte des traumatismes et de la violence en matière de services de santé et de services sociaux. • Mener des initiatives de réduction de la stigmatisation fondées sur des données probantes, telles que relevées dans le rapport annuel de 2019 de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP).
Compréhension des données et prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Recueillir des données ventilées par facteurs sociodémographiques. • Collaborer avec les collectivités à la collecte et à l'analyse des données, en veillant à ce que les méthodes de collecte, de traitement, de stockage et d'utilisation des données soient sécuritaires sur le plan culturel et appropriées. • Élargir la collecte de données dans des domaines clés comme l'emploi précaire, les données administratives ainsi que l'information sur les expériences du personnel et des résidents en soins de longue durée, la stabilité et la qualité du logement et les répercussions de la pandémie sur la santé mentale.
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Contrer la mésinformation et la désinformation liées aux vaccins, y compris le vaccin contre la COVID 19 lorsqu'il sera disponible. • Maintenir la confiance du public envers le gouvernement et les responsables de la santé en assurant une communication continue, transparente et opportune.
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité de la santé publique aux niveaux fédéral, provincial / territorial et municipal. • Maintenir des partenariats entre le gouvernement, la société civile, la collectivité et le secteur privé pour une approche pansociétale. • Miser sur la résilience collective et individuelle pour mieux se préparer aux crises ou aux perturbations sociétales futures.



La voie à suivre

La pandémie de COVID-19 est un exemple éloquent de la menace grave que représentent les maladies infectieuses émergentes pour les Canadiens, aujourd'hui et demain. De plus, elle met en lumière l'interdépendance entre la santé des Canadiens et le bien-être social et économique du pays.

La pandémie a révélé des inégalités sociales et de santé qui sont profondément enracinées au Canada. C'est pourquoi nos mesures de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas de pandémie doivent accorder la priorité à l'équité en santé comme moyen de protéger la population du Canada contre la menace de la COVID-19 et de pandémies futures.

L'équité est importante, non seulement pour ceux qui sont injustement exclus, mais pour nous tous. Ce rapport décrit les conséquences plus vastes qui de la COVID-19, y compris les répercussions importantes de ces inégalités historiques. Veiller à ce qu'un programme d'équité en santé fasse partie intégrante des efforts de planification et d'intervention en cas de pandémie signifie que les mesures que nous prenons pour améliorer la sécurité économique et les conditions d'emploi, le logement et l'environnement bâti, les systèmes de santé, sociaux et d'éducation, ainsi que la durabilité environnementale peuvent permettre de mieux protéger les Canadiens contre les crises sanitaires et créer de la résilience et des possibilités durables et équitables.

Ce rapport offre des exemples d'interventions fondées sur des données probantes dans un large éventail de secteurs. Ces mesures peuvent faire partie d'une approche d'équité en santé et être intégrées dans la planification, l'intervention et le rétablissement en cas de pandémie (voir la [figure 6](#)). Elles peuvent être soutenues par un leadership efficace à tous les niveaux et une cohésion sociale puissante, appuyée par un robuste système de santé publique. Les trois mesures jouant un rôle catalyseur, décrites ci-dessous, constituent la base pour l'action future

Intégration de l'équité en santé dans la préparation et l'intervention en cas de pandémie

1. Leadership et gouvernance à tous les niveaux pour un changement structurel

Lorsque la santé d'une nation est déterminée en grande partie par ses politiques de protection économique et sociale, les plans de préparation et d'intervention en cas de pandémie doivent être inclusifs et exhaustifs.

L'équité en matière de santé ne peut être implicite dans nos efforts généraux de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas de pandémie. Elle exige de la planification, une mise en œuvre et une mesure systématique des progrès. Le leadership au sein du système de santé publique et dans d'autres secteurs est essentiel pour élaborer et mettre en œuvre ces plans, en fonction des données et des recherches nécessaires. La participation et la mobilisation des organismes de services sociaux et communautaires, des chefs d'entreprise et des décideurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé sont également essentielles à toute intervention en cas de pandémie.

L'adoption d'une approche axée sur l'équité en santé pour la préparation, l'intervention et le rétablissement en cas de pandémie exige que les dirigeants des secteurs de la santé, de la société et de l'économie disposent de renseignements solides pouvant soutenir les buts, les objectifs et les alliances stratégiques nécessaires. Dans la pratique, cela signifie que les données doivent être stratifiées pour comprendre les risques et les forces propres à la population. Les systèmes de données doivent converger pour que les secteurs puissent comprendre les besoins multiples des gens (par exemple, en matière de logement, de sécurité et d'emploi). Les progrès des mesures intersectorielles devraient être évalués et rajustés jusqu'à ce que des résultats tangibles soient obtenus.

En soi, le système de santé ne peut pas nous mener à la reprise une fois que nous sortirons de la pandémie. Il faut recourir à des collaborations et à des initiatives novatrices et souples pour soutenir les personnes touchées par les disparités en matière de santé et jeter les bases d'une reprise plus équitable. Des tables de concertations intersectorielles ont été créées à tous les niveaux. Ce type de leadership est crucial pour maintenir la lutte contre les iniquités en santé et mettre l'accent sur tous ses aspects. Les tables de concertations actuelles peuvent évaluer l'efficacité du travail entrepris ensemble pendant cette pandémie afin d'éclairer les plans visant à combler les lacunes continues en matière d'équité en santé.

Enfin, nos plans de préparation et d'intervention en cas de pandémie doivent être mis à l'essai régulièrement afin d'en évaluer l'efficacité, de cerner et de prendre en compte les facteurs nouveaux et émergents lié à la question d'équité, et de veiller à ce que les secteurs soient équipés pour réagir aux menaces pandémiques futures.

2. Mobiliser le pouvoir de la cohésion sociale

Une de nos réalisations remarquables a été la capacité de nos collectivités à s'adapter à la crise de la COVID-19. Toutefois, notre travail n'est pas encore terminé. La cohésion sociale est l'ingrédient clé pour traverser cette pandémie avec succès.

Pour contrôler le virus et protéger les personnes présentant un risque élevé, il faut que tous suivent les conseils de la santé publique et appuient un changement durable. Les chefs de file en santé publique peuvent continuer à échanger ouvertement de l'information et des données probantes, à fournir des directives claires et opportunes pour l'action publique et à travailler dans tous les secteurs à la prévention et au contrôle des infections. Les médias ont un rôle essentiel à jouer pour partager une information fiable et digne de confiance face à l'incertitude et à la peur du public. Les organisations de la société civile peuvent continuer à fournir des liens essentiels à leurs réseaux pour façonner les décisions et adapter les solutions aux besoins de leurs communautés. En tant que personnes, nous pouvons créer des attitudes qui favorisent la santé, en mettant en place des mesures comme la recherche de nouvelles façons d'établir des liens avec les autres et la participation à des initiatives visant à promouvoir l'équité pour des groupes comme les aînés, les populations racialisées et

les personnes en situation de handicap ou vivant dans la pauvreté. Enfin, les décideurs peuvent travailler ensemble pour créer et mettre en œuvre des politiques et soutenir les actions communautaires qui valorisent un changement durable.

La cohésion sociale est le fondement d'une société résiliente, fondée sur les valeurs de transparence, de respect, d'inclusion et de responsabilisation. Nous tirerons de nombreuses leçons de l'examen des mesures prises pendant cette pandémie, et il sera toujours possible d'améliorer les choses. Cette possibilité de nous améliorer se trouve dans les mesures que nous prenons aujourd'hui et que nous prendrons à l'avenir.

3. Capacités renforcées en matière de santé publique

Les pandémies surviennent localement et touchent les gens à l'échelle mondiale. De solides systèmes de santé publique peuvent fournir des ripostes rapides, fondées sur des données probantes et adaptées aux contextes locaux, tout en répondant à d'autres priorités essentielles en matière de santé publique. Il faut accroître les investissements et les soutenir à tous les niveaux pour assurer le succès du système de santé publique.

La santé publique peut être définie comme la science et l'action visant à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à prolonger la vie. Tout comme il est essentiel de disposer d'un solide système de santé, un système de santé publique robuste est nécessaire pour que les deux puissent réagir efficacement aux menaces à la santé. Habituellement, les efforts déployés par la santé publique ne sont pas visibles pour la population en général. En ce temps de pandémie, ils sont au centre de toutes les administrations. Les travailleurs de la santé publique comprennent des épidémiologistes, des scientifiques de laboratoire, des spécialistes des sciences sociales et comportementales, des décideurs et des praticiens.

Les priorités comprennent non seulement la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, mais d'autres problèmes de santé publique complexes tels que : la prévention des décès par surdose d'opioïdes, la violence familiale, les décès par suicide, l'adaptation de la santé aux changements climatiques, et l'aide offerte aux familles, aux bébés, aux jeunes et aux aînés pour qu'ils puissent vivre une vie saine dans des collectivités dynamiques et inclusives.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière l'importance cruciale d'avoir un système de santé capable de se déployer et de s'adapter en période de crise, tout en veillant à disposer de la capacité à s'attaquer aux problèmes critiques permanents. Au cours de la réponse à la COVID-19, d'importants investissements ont été faits dans des aspects clés des capacités en matière de santé publique, y compris les laboratoires, les données et la surveillance, la recherche des contacts, les stocks d'équipement de protection individuelle et la recherche rapide pour combler promptement les lacunes mises au jour pendant l'intervention. Nous devons maintenir l'élan acquis et combler les lacunes à long terme au fur et à mesure que nous passerons de l'intervention à la reprise.

À titre d'investissement prioritaire, nous devons nous engager à adopter, en matière de données sur la santé, une stratégie à long terme qui fournira à tous les secteurs les renseignements dont ils ont besoin pour prendre des mesures visant à s'attaquer directement aux inégalités. Simultanément, nous devons avoir les capacités nécessaires en matière de technologie de l'information pour améliorer nos analyses de données et rendre l'information accessible, tout en facilitant la collaboration à tous les niveaux. Cela signifie également qu'il faut tirer un meilleur parti des connaissances multidisciplinaires générées dans les universités et par les organismes de financement de la recherche pour éclairer les mesures que nous prenons en matière de politiques, de programmes et de communications. Enfin, pour que ces priorités soient efficaces, le système de santé publique du Canada doit disposer d'une main-d'œuvre suffisante et bien formée à tous les niveaux. La santé publique ne peut pas faire ce travail seule; elle a besoin d'une capacité suffisante pour remplir son mandat de base et accéder à une capacité de pointe en cas d'urgence.

Les investissements dans la santé publique offrent les meilleures possibilités qui soient de prévenir les maladies et de faire en sorte que les Canadiens puissent vivre en santé et plus heureux. Lorsque le système de santé publique a la capacité et les outils dont il a besoin, nous en profitons tous.

Se mobiliser pour l'avenir

La pandémie de COVID-19 a montré à quel point il était complexe de répondre à une crise mondiale de santé publique. Elle a mis en lumière le pouvoir de la collaboration et l'engagement des Canadiens qui se sont unis pour lutter contre le virus. Elle a aussi montré l'interdépendance de nos politiques et de nos mesures de soutien en matière de santé, de société et d'économie. La façon dont ces secteurs travaillent ensemble, avec la participation de la société civile et des collectivités, influera sur notre succès contre la résurgence de la COVID-19, et aidera à atténuer les répercussions des urgences sanitaires futures.

En tant que société, nous sommes à un tournant décisif. C'est en travaillant ensemble que nous pourrons passer du risque à la résilience.



ANNEXE 1

Chronologie des jalons clés et des interventions de la santé publique (décembre 2019 à juin 2020)

Date	Description de l'événement
31 décembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> L'ASPC est avisée par son Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) et par le Program for Monitoring Emerging Diseases (ProMED)⁵⁰⁶ d'une maladie de type pneumonie de cause inconnue provenant de la ville de Wuhan, en Chine¹⁰³
22 janvier 2020	<ul style="list-style-type: none"> Le Canada met en œuvre de nouvelles exigences de dépistage du coronavirus pour les voyageurs à leur retour de la Chine aux aéroports de Montréal, de Toronto et de Vancouver^{42, 507} <ul style="list-style-type: none"> Des questions de dépistage supplémentaires sont posées aux résidents afin de déterminer s'ils ont visité la ville de Wuhan, en Chine.
25 janvier 2020	<ul style="list-style-type: none"> Premier cas présumé confirmé de nCoV-2919 lié à un voyage à Wuhan, en Chine (c.-à-d. en Ontario)⁴²
20 février 2020	<ul style="list-style-type: none"> Premier cas de COVID-19 au Canada résultant d'un voyage à l'extérieur de la Chine continentale (c.-à-d. en Iran) signalé en Colombie-Britannique⁵⁰⁸
23 février 2020	<ul style="list-style-type: none"> Premier cas de COVID-19 enregistré au Canada lié à la transmission communautaire⁴⁵
24 février 2020	<ul style="list-style-type: none"> L'Alberta enregistre le premier cas de COVID-19 au Canada lié à un voyage aux États-Unis¹⁰³
7 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> Première éclosion de COVID-19 dans un établissement de soins de longue durée à Vancouver, en Colombie-Britannique, avec 79 cas⁵⁰⁹
11 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> Le Canada dépasse 100 cas déclarés de COVID-19⁵¹⁰
12 au 22 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> Des mesures de distanciation physique sont mises en œuvre dans tout le pays^{511, 512} <ul style="list-style-type: none"> Toutes les provinces et tous les territoires déclarent un état d'urgence et/ou une urgence de santé publique Les entreprises non essentielles comme les bars, les restaurants et les salles de cinéma ferment ou ont une capacité considérablement réduite Les rassemblements sont limités (le nombre de personnes varie selon la province ou le territoire). Toutes les provinces et tous les territoires ferment les écoles Un avis enjoint à ceux qui le peuvent de travailler à partir de leur domicile
13 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement du Canada recommande d'éviter les voyages non essentiels à l'extérieur du Canada⁴²
16 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement du Canada conseille à tous les voyageurs qui entrent au Canada de se mettre en isolement volontaire pour 14 jours⁴²
18 et 19 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> D'autres avis aux voyageurs internationaux et restrictions aux frontières sont mis en œuvre^{42, 47} : <ul style="list-style-type: none"> L'entrée au Canada par avion est interdite à tous les ressortissants étrangers (sauf ceux des États-Unis). Le Canada et les États-Unis conviennent de restreindre temporairement les passages non essentiels à la frontière canado-américaine Les vols internationaux sont redirigés vers quatre aéroports seulement (Vancouver, Calgary, Toronto et Montréal).

Date	Description de l'événement
28 mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Première éclosion signalée chez des travailleurs étrangers temporaires dans un milieu agricole, touchant 23 personnes⁵¹³
7 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Le Conseil des médecins hygiénistes en chef émet une déclaration appuyant le port de masques non médicaux comme couche supplémentaire de protection pour les autres personnes à proximité⁵¹⁴
14 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • La plus importante éclosion connue de COVID-19 est signalée dans un refuge pour sans-abri à Toronto, en Ontario, impliquant 164 cas (en date du 8 mai)⁵¹⁵⁻⁵¹⁷
15 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement cellulaire en réponse à la plus importante éclosion connue dans un établissement correctionnel à Laval, au Québec, impliquant 162 cas (en date du 22 juillet 2020)^{518, 519}
17 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Première éclosion de COVID-19 signalée dans une collectivité isolée du Nord de la Saskatchewan, touchant 117 résidents (en date du 8 mai 2020)^{520, 521}
24 avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Le Nouveau-Brunswick est la première province à assouplir les restrictions en matière de distanciation physique⁵²²
6 mai 2020	<ul style="list-style-type: none"> • L'Alberta signale, dans une usine de transformation de la viande, une éclosion de COVID-19 qui devient la plus importante éclosion à un même emplacement au Canada (à la fin d'août) avec 1 560 cas confirmés^{523, 524}
17 juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Première éclosion de COVID-19 dans une communauté religieuse-culturelle déclarée en Saskatchewan, qui touchera 285 personnes à la fin d'août^{64, 525}



Processus

Comme par les années passées, le rapport de l'ACSP a été rédigé à la suite d'une revue des meilleures données probantes disponibles, en accordant la priorité – dans la mesure du possible – à la recherche canadienne et aux données représentatives. Toutefois, la base de données probantes liée à la COVID-19 est très différente. La pandémie a déclenché un programme de recherche mondial urgent mettant la priorité sur le partage des résultats par le libre accès aux prépublications, aux commentaires, aux revues rapides et aux publications à comité de lecture. Cette mobilisation internationale visant à générer et à partager des recherches a eu une valeur inestimable pour le développement des connaissances à l'échelle mondiale, et constitue un exemple de la collaboration importante suscitée par la pandémie.

En raison du développement rapide de l'information sur la COVID-19 et ses répercussions, le Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada a dû modifier l'approche utilisée. Au lieu d'effectuer une revue rapide des publications basé sur une recherche ponctuelle, nous avons repéré et synthétisé les nouvelles recherches tout au long du processus de rédaction. Étant donné que la recherche se développait en continu, des sources autres que les examens systématiques étaient nécessaires, y compris les études primaires par le biais de publications à comité de lecture, de prépublications, de littérature grise et de consultations d'experts. La vaste portée des répercussions de la pandémie nous a amenés à effectuer une revue de haut niveau de nombreux sujets plutôt qu'une revue approfondi d'une seule problématique clé. Enfin, l'évolution constante des connaissances sur la façon d'aborder les répercussions de la COVID-19 suggérait une concentration des efforts sur des approches et des principes plus vastes plutôt que sur des interventions précises.

Les connaissances – issues de la recherche, de l'expertise universitaire et des modes de savoir traditionnels – ont été recueillies par les moyens suivants :

- des recherches documentaires fréquentes et continues, effectuées par sous-sujet à l'aide de bases de données en ligne comme Medline et Scopus, ainsi qu'un repérage des études nouvelles par le biais des collections COVID-19 tenues par divers éditeurs universitaires, comme BMJ, The Lancet et Elsevier;
- une revue des publications municipales et provinciales en santé publique, en particulier les rapports épidémiologiques et les rapports d'enquêtes publiques;
- les renseignements épidémiologiques recueillis au moyen de l'information sur les cas de COVID-19 communiquée à l'ASPC par les gouvernements provinciaux et territoriaux et les réseaux nationaux de recherche, ainsi que la revue des données publiques provenant des sites Web provinciaux et territoriaux, des points de presse et des reportages dans les médias;
- une revue de la recherche liée à la COVID-19 effectuée par Statistique Canada;
- une session d'engagement avec le groupe de travail sur les communautés éloignées et isolées, du Comité consultatif spécial du Réseau de santé publique sur COVID-19;
- une collaboration avec des intervenants experts internes et externes, y compris le Centre de surveillance et de recherche appliquée (ASPC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et
- une rencontre virtuelle « Échanges Meilleurs Cerveaux » organisé en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Limites

Portée

Le Rapport annuel 2020 de l'ACSP explore les vastes répercussions de la COVID-19 ainsi que la variété des facteurs de risque. Étant donné que ce rapport a pour but de fournir une vue d'ensemble, le niveau de détail fourni dans chaque partie est nécessairement limité. Par conséquent, les discussions sur les risques et les répercussions ne sont pas exhaustives et reflètent des groupes et des contextes où il y avait des preuves à l'appui d'un examen, à l'échelle nationale ou internationale, afin de servir d'exemples à la discussion. La portée de la revue des données probantes pour la [partie 3](#) a également été influencée par ces limites, avec un accent particulier dans cette section sur la recherche découlant de la pandémie relativement aux façons d'améliorer les conditions sociales, économiques et de santé des Canadiens. Chacun de ces domaines comporte une vaste base de données probantes détaillées dépassant le cadre de la pandémie que nous n'avons pas toujours pu examiner ou inclure étant donné le temps limité dont nous disposions.

Recherche documentaire

Les recherches effectuées n'ont pas été exhaustives, et il est peu probable qu'elles aient permis de recueillir toute la documentation pertinente, compte tenu du rythme rapide des recherches et des publications et de la grande portée du rapport. Seuls les documents publiés en anglais et en français ont été consultés. Une évaluation détaillée de la qualité de l'étude et du risque de biais n'a pas été effectuée dans le cadre de cette revue, ce qui peut avoir des conséquences importantes compte tenu du statut de prépublication de certaines références.

Langue

En nous appuyant sur des recherches liées à différentes communautés ethnoculturelles et à leurs expériences de santé en général, et plus particulièrement à la COVID-19, nous avons utilisé la terminologie incluse dans les documents sources (p. ex., population noire, afro-canadien).



Remerciements

De nombreuses personnes et organisations ont fourni des idées et des conseils précieux pour l'élaboration de ce rapport.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les conseillers experts qui ont fourni une orientation et des conseils stratégiques pour la rédaction de ce rapport et qui ont lu les ébauches :

- *D^{re} Karen Grimsrud*, ex-médecin hygiéniste en chef, province de l'Alberta
- *D^r David Mowat*, ex-médecin hygiéniste, Région sanitaire de Peel, Ontario
- *D^r Cory Neudorf*, professeur, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, et directeur médical, Surveillance de la santé et rapports, Régie de la santé de la Saskatchewan

Je remercie les nombreux membres du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui ont fourni des idées et des conseils importants tout au long de l'élaboration du rapport, et je remercie tout particulièrement les conseillers et les épidémiologistes de l'ASPC pour les données et les conseils communiqués.

De plus, j'aimerais remercier les partenaires de Santé Canada, Emploi et Développement social Canada, Patrimoine canadien, Femmes et Égalité des genres Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada et Service correctionnel du Canada.

Je remercie nos collègues des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir collaboré à l'Échange des Meilleurs Cerveaux, ainsi que les chercheurs et les leaders d'opinion participants pour leur précieuse contribution à l'orientation du rapport.

Nous remercions également les membres de l'un des groupes de travail sur les collectivités éloignées et isolées du Comité consultatif spécial du Réseau pan-canadien de santé publique sur la COVID-19, ainsi que la D^{re} Carrie Bourassa, la Dre Margo Greenwood et la D^{re} Angela Mashford Pringle d'avoir facilité les perspectives autochtones.

Je tiens à souligner le travail important de l'ASPC, des Instituts canadiens d'information sur la santé, de Santé Canada et de Statistique Canada qui ont contribué aux données citées dans ce rapport.

Je remercie sincèrement l'équipe du Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique de son engagement et de son dévouement à l'égard de ce rapport, de sa conception à sa publication : Tammy Bell, Bonnie Hostrawser, D^{re} Marie Chia, Tasha Yovetich, D^r David Grote, D^{re} Charlene Cook, D^{re} Kimberly Gray, Danielle Noble, Kelsey Seal, Jessica Lepage, Harunya Sivanesan, Rhonda Fraser, Elyse Fortier et Inès Zombré.



Références

- 1 Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. Les principales inégalités en santé au Canada – Sommaire exécutif. *Gouvernement du Canada* (2018).
- 2 Tam, T. Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. *Gouvernement du Canada* (2019).
- 3 Agence de la santé publique du Canada. Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique pour la gestion continue de la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 4 Adhanom Ghebreyesus, T. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 27 July 2020. *World Health Organization* (2020).
- 5 World Health Organization. Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005) - IHR Procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). *World Health Organization* (2005).
- 6 Ravelo, J. L. & Jerving, S. COVID-19 — a timeline of the coronavirus outbreak. *Devex COVID-19* (2020).
- 7 World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. *World Health Organization* (2020).
- 8 Paget, J. *et al.* Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: New burden estimates and predictors from the GLaMOR Project. *Journal of Global Health* 9, 020421(2019).
- 9 Douglas, J., Kaufman, J. & Edlund, S. Epidemiological Parameters. *Eclipse Foundation* (2015).
- 10 Brachman, P. S. *Medical Microbiology 4th edition* (ed. Baron, S.) (University of Texas Medical Branch at Galveston, Galveston, Texas, 1996).
- 11 *World Health Organization*. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *World Health Organization* (2020).
- 12 Ogden, N. H. *et al.* Scénarios de modélisation de l'épidémie de COVID-19 au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)* 46, 225-231 (2020).
- 13 Sandford, A. Coronavirus: Half of humanity now on lockdown as 90 countries call for confinement. *EuroNews* (2020).
- 14 Air Transport Bureau. Effects of Novel Coronavirus (COVID-19) on Civil Aviation: Economic Impact Analysis. *International Civil Aviation Organization (ICAO)* (2020).
- 15 Organisation internationale du Travail. OIT : Alors que les pertes d'emploi s'intensifient, près de la moitié de la main-d'œuvre mondiale risque de perdre ses moyens de subsistance. *Organisation internationale du Travail* (2020).
- 16 Jackson, J. K., Weiss, M. A., Schwarzenberg, A. B. & Nelson, R. M. Global Economic Effects of COVID-19. *Congressional Research Service R46270* (2020).
- 17 Azoulay, A. & Jolie, A. Closing Schools Has Derailed the Lives of Kids All Over the World. Here's How We Can Help Them Keep Learning. *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)* (2020).
- 18 Zhou, P. *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 579, 270-273 (2020).
- 19 Ye, Z. *et al.* Zoonotic origins of human coronaviruses. *International Journal of Biological Sciences* 16, 1686-1697 (2020).
- 20 World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response. *World Health Organization* (2020).
- 21 World Health Organization. Origin of SARS-CoV-2. *World Health Organization* (2020).
- 22 Deslandes, A. *et al.* SARS-CoV-2 was already spreading in France in late December 2019. *International Journal of Antimicrobial Agents* 55, 106006 (2020).
- 23 La Rosa, G. *et al.* SARS-CoV-2 has been circulating in northern Italy since December 2019: evidence from environmental monitoring. *medRxiv*, 2020.06.25.20140061 (2020). (PRE-PRINT)
- 24 Petersen, E. *et al.* Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *The Lancet Infectious Diseases* (2020).
- 25 World Health Organization. Q&A: Influenza and COVID-19 - similarities and differences. *World Health Organization* (2020).
- 26 World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) - WHO MERS Global Summary and Assessment of Risk. *World Health Organization* (2018).
- 27 Gouvernement du Canada. Signes, symptômes et gravité de la COVID-19 : Guide à l'intention des cliniciens. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 28 Day, M. COVID-19: Identifying and isolating asymptomatic people helped eliminate virus in Italian village. *British Medical Journal* 368 (2020).
- 29 Buitrago-Garcia, D. *et al.* Asymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. *medRxiv*, 2020.04.25.20079103 (2020). (PRE-PRINT)
- 30 Agence de la santé publique du Canada. Prise en charge clinique des patients ayant la COVID-19 : Lignes directrices provisoires, deuxième version. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 31 Chang, T., Wu, J. & Chang, L. Clinical characteristics and diagnostic challenges of pediatric COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Formosan Medical Association* 119, 982-989 (2020).
- 32 Jacofsky, D., Jacofsky, E. M. & Jacofsky, M. Understanding Antibody Testing for COVID-19. *The Journal of Arthroplasty* 35, S74-S81 (2020).

- 33 Tenforde, M. W. *et al.* Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network – United States, March–June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 69, 993-998 (2020).
- 34 Nextstrain. Genomic epidemiology of novel coronavirus - Global subsampling. *Nextstrain* (2020).
- 35 Heneghan, C., McCall, M. C. & Jefferson, T. Six Countries: Three-quarters of the COVID Deaths. *Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)* (2020).
- 36 European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. *European Centre for Disease Prevention and Control* (2020).
- 37 Van Beusekom, M. Italian doctors note high COVID-19 death rate, urge action. *Center for Infectious Disease Research and Policy (CIDRAP)* (2020).
- 38 Maizland, L. & Felter, C. Comparing Six Health-Care Systems in a Pandemic. *Council on Foreign Relations* (2020).
- 39 Ritchie, H. *et al.* Coronavirus (COVID-19) Cases. *Our World in Data* (2020).
- 40 Allain-Dupré, D., Chatry, I., Michalun, V. & Moisisio, A. The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)* (2020).
- 41 European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 situation update worldwide, as of 20 August 2020. *European Centre for Disease Prevention and Control* (2020).
- 42 Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Mise à jour sur l'éclosion. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 43 Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 44 Gouvernement du Canada. COVID-19 Tableau de bord de l'état de la situation. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 45 Équipe de surveillance et d'épidémiologie de la COVID-19 de l'Agence de la santé publique du Canada. Une analyse rétrospective du début de l'épidémie de COVID-19 au Canada, du 15 janvier au 12 mars 2020. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)* 46, 264-270 (2020).
- 46 Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) : Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie (24 au 30 juin 2020). *Gouvernement du Canada* (2020).
- 47 Gouvernement du Canada. Mesures de réponse à la COVID-19 concernant le transport aérien. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 48 Jones, A. M. More than a million Canadians and permanent residents return from abroad amid COVID-19 warnings. *CTV News Coronavirus* (2020).
- 49 Kim, L. *et al.* Risk Factors for Intensive Care Unit Admission and In-hospital Mortality Among Hospitalized Adults Identified through the US Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). *Clinical Infectious Diseases* (2020).
- 50 Canadian Immunization Research Network. Serious Outcomes Surveillance Network, August 27, 2020. (2020).
- 51 Agence de la santé publique du Canada. Prévalence des maladies chroniques chez les adultes canadiens. *Gouvernement du Canada* (2019).
- 52 Gouvernement du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC). *Gouvernement du Canada* (2019).
- 53 Gouvernement du Canada. Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques – Un aperçu. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 54 Gouvernement du Canada. Personnes susceptibles d'être gravement malades si elles contractent la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 55 Statistique Canada. Prévalence de problèmes de santé sous-jacents augmentant le risque de graves complications de santé liées à la COVID-19. *Le Quotidien* (2020).
- 56 Huang, I., Lim, M. A. & Pranata, R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia – A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 14, 395-403 (2020).
- 57 Pranata, R., Huang, I., Lim, M. A., Wahjoepramono, E. J. & July, J. Impact of cerebrovascular and cardiovascular diseases on mortality and severity of COVID-19 – systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 29, 104949 (2020).
- 58 Li, J. *et al.* Epidemiology of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. *Journal of Medical Virology* 13 (2020).
- 59 Földi, M. *et al.* Obesity is a risk factor for developing critical condition in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 21 (2020).
- 60 Gold, M. S. *et al.* COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *Postgraduate Medical Journal*, 1-7 (2020).
- 61 Ssentongo, P., Ssentongo, A. E., Heilbrunn, E. S., Ba, D. M. & Chinchilli, V. M. Association of cardiovascular disease and 10 other pre-existing comorbidities with COVID-19 mortality: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 15 (2020).
- 62 Göttinger, F. *et al.* COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health* 4, 653-661 (2020).
- 63 Galeotti, C. & Bayry, J. Autoimmune and inflammatory diseases following COVID-19. *Nature Reviews Rheumatology* 16, 413-414 (2020).
- 64 Agence de la santé publique du Canada. Fondé sur des données publiques déclarées, notamment des rapports de médias, et non validé par les provinces et les territoires. *Agence de la santé publique du Canada* (2020).
- 65 Guan, W. J. *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine* 382, 1708-1720 (2020).
- 66 Gardner, W., States, D. & Bagley, N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy* 32, 310-315 (2020).

- 67 Institut canadien d'information sur la santé. Démence en soins de longue durée. *Institut canadien d'information sur la santé* (2020).
- 68 Organisation mondiale de la Santé. La pénurie d'équipements de protection individuelle met en danger le personnel soignant dans le monde. *Organisation mondiale de la Santé* (2020).
- 69 CBC News. Ontario confirms 379 new COVID-19 cases as testing declines, protective equipment shortage persists. *Canadian Broadcasting Corporation* (2020).
- 70 Institut canadien d'information sur la santé. La pandémie dans le secteur des soins de longue durée. Où se situe le Canada par rapport aux autres pays? *Institut canadien d'information sur la santé* (2020).
- 71 Dunning, J. & Sinha, S. The NIA's Recommended 'Iron Ring' for Protecting Older Canadians in Long-Term Care and Congregate Living Settings. *National Institute on Ageing* (2020).
- 72 Fisman, D., Lapointe-Shaw, L., Bogoch, I., McCreedy, J. & Tuite, A. Failing our Most Vulnerable: COVID-19 and Long-Term Care Facilities in Ontario. *medRxiv*, 2020.04.14.20065557 (2020). (PRE-PRINT)
- 73 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). At a Glance: The Use of Portable Fans and Portable Air Conditioning Units during COVID-19 in Longterm Care and Retirement Homes. *Queen's Printer for Ontario* (2020).
- 74 McGilton, K. *et al.* Uncovering the Devaluation of Nursing Home Staff During COVID-19: Are We Fuelling the Next Health Care Crisis? *Journal of the American Medical Directors Association* (2020).
- 75 Bureau de la Conseillère scientifique en chef du Canada. La COVID-19 et les enfants – Rapport d'un groupe de travail spécial dirigé par la Conseillère scientifique en chef du Canada. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 76 Davies, N. G. *et al.* Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nature Medicine* 26, 1205-1211 (2020).
- 77 Agence de la santé publique du Canada. Note d'information sur la transmission en fonction de l'âge. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 78 Gouvernement du Canada. Directives relatives à la COVID-19 à l'intention des écoles de la maternelle à la 12^e année. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 79 Agence de la santé publique du Canada. Le point sur la COVID-19 au Canada : Épidémiologie et modélisation. *Agence de la santé publique du Canada* (2020).
- 80 Maleki Dana, P. *et al.* An Insight into the Sex Differences in COVID-19 Patients: What are the Possible Causes? *Prehospital and Disaster Medicine* 35, 438-441 (2020).
- 81 Griffith, D. M. *et al.* Men and COVID-19: A Biopsychosocial Approach to Understanding Sex Differences in Mortality and Recommendations for Practice and Policy Interventions. *Preventing Chronic Disease* 17 (2020).
- 82 Statistique Canada. Données sélectionnées du Recensement de 2016 : Supplément COVID-19 - Population dans les établissements de soins infirmiers et/ou résidences pour personnes âgées selon les grands groupes d'âge et le sexe, Recensement de 2016 - Données intégrales (100 %). *Statistique Canada* (2020).
- 83 Hou, F. & Schimmele, C. Les adultes qui ont fait des études en santé, mais qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé. *Statistique Canada* (2020).
- 84 Lien, A. *et al.* La COVID-19 et le besoin croissant de données de mortalité ventilées selon le sexe au Canada et dans le monde. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)* 2020 46, 231-235 (2020).
- 85 Agence de la santé publique du Canada. Prévention de la COVID-19 sur les lieux de travail : Conseils aux employeurs, aux employés et aux travailleurs des services essentiels. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 86 Agence de la santé publique du Canada. Renseignements détaillés sur des cas reçus des P/T. *Agence de la santé publique du Canada* (2020).
- 87 O'Brien Institute for Public Health Staff. UCalgary researchers investigate COVID-19 outbreak at Alberta meat processors. *UCalgary News* (2020).
- 88 CBC News. Alberta COVID-19 case numbers down for 4th day in a row. *CBC News COVID-19* (2020).
- 89 Statistique Canada. Changements dans la population carcérale des établissements de détention fédéraux, provinciaux et territoriaux pendant la pandémie de COVID-19, avril 2019 à avril 2020. *Le Quotidien* (2020).
- 90 Canadian Alliance to End Homelessness. Homelessness Sector COVID-19 Information Exchange. *Canadian Alliance to End Homelessness* (2020).
- 91 Statistique Canada. Premières Nations, Métis, Inuits et la COVID-19 : Caractéristiques sociales et de la santé. *Le Quotidien* (2020).
- 92 Government of Saskatchewan. Cases and Risk of COVID-19 in Saskatchewan. *Government of Saskatchewan* (2020).
- 93 Santé publique Ontario. Résumé épidémiologique amélioré – La COVID-19 en Ontario – Un regard sur la diversité. *Santé publique Ontario* (2020).
- 94 Tuite, A. R., Fisman, D. N. & Greer, A. L. Mathematical modelling of COVID-19 transmission and mitigation strategies in the population of Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal* (2020).
- 95 Institut canadien d'information sur la santé. Institut canadien d'information sur la santé : Données non publiées. *Institut canadien d'information sur la santé* (2020).
- 96 Rosenbaum, L. Facing COVID-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *New England Journal of Medicine* 382, 1873-1875 (2020).
- 97 Peters, A. W., Chawla, K. S. & Turnbull, Z. A. Transforming ORs into ICUs. *New England Journal of Medicine* 382 (2020).
- 98 World Health Organization. WHO Audio Emergencies Coronavirus Press Conference-March 20, 2020. *World Health Organization* (2020).
- 99 Henry, B. Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)* 44-1, 6 (2018).
- 100 Agence de la santé publique du Canada. Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé. *Gouvernement du Canada* (2018).

- 101 Gouvernement du Canada. Plan d'intervention fédéral-provincial-territorial en matière de santé publique dans les cas d'incidents biologiques. *Gouvernement du Canada* (2017).
- 102 World Health Organization. COVID-19 Strategy Update. *World Health Organization* (2020).
- 103 Agence de la santé publique du Canada. Agence de la santé publique du Canada – Données non publiées. *Agence de la santé publique du Canada* (2020).
- 104 Réseau pancanadien de santé publique. Comité consultatif spécial sur la COVID-19. *Réseau pancanadien de santé publique* (2020).
- 105 Gouvernement du Canada. Le Gouvernement du Canada se mobilise contre la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 106 Agence de la santé publique du Canada. Déclaration du Forum des professionnels de l'administratrice en chef de la santé publique sur la nouvelle trousse d'outils sur le cannabis destinée aux professionnels de la santé. *Gouvernement du Canada* (2018).
- 107 Zarocostas, J. How to fight an infodemic. *The Lancet* 395, 676-676 (2020).
- 108 Zyoud, S. H. & Al-Jabi, S. Mapping the situation of research on coronavirus disease-19 (COVID-19): a preliminary bibliometric analysis during the early stage of the outbreak. *BioMed Central Infectious Diseases* 20, 561 (2020).
- 109 Brainard, J. Scientists are drowning in COVID-19 papers. Can new tools keep them afloat? *Science Magazine* (2020).
- 110 Gouvernement du Canada. Prendre soin de sa santé mentale et physique durant la pandémie de la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 111 United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. *United Nations* (2020).
- 112 Carleton Researchers. Carleton Researchers Find Canadians Most Trust Public Health Officials on COVID-19. *Carleton Newsroom* (2020).
- 113 Ruhi, U. A SocioPsychological Perspective on Flattening the COVID-19 Curve: Implications for Public Health Program Delivery in Canada. *Canadian Health Policy* (2020).
- 114 Government of Prince Edward Island. COVID-19 Support for Essential Workers - Earning \$3,000/month or less. *Government of Prince Edward Island* (2020).
- 115 Agriculture et Agroalimentaire Canada. Soutien financier offert aux producteurs et aux transformateurs d'aliments en raison de la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 116 Cabinet du Premier ministre. Déclaration du Cabinet du Premier ministre sur COVID-19 - Initiative conjointe entre les États-Unis et le Canada : Restriction temporaire visant les voyageurs traversant la frontière entre les États-Unis et le Canada à des fins non essentielles. *Agence des services frontaliers du Canada* (2020).
- 117 Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Mesures et exigences actuelles à la frontière. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 118 Ontario Council of Agencies Serving Immigrants. Ontario Drafting Emergency Legislation Changes to Cover COVID-19 Epidemic. *Ontario Council of Agencies Serving Immigrants* (2020).
- 119 Government of Yukon. Legislation changes for COVID-19. *Government of Yukon* (2020).
- 120 Ville d'Ottawa. Règlement temporaire sur le port obligatoire d'un masque. *Ville d'Ottawa* (2020).
- 121 Feed Ontario. Food Banks Work to Meet Surge in Demand with a New COVID-19 Emergency Food Box Program. *Feed Ontario* (2020).
- 122 BDO Canada. Réorienter ses activités de fabrication en vue de soutenir les efforts contre la COVID 19. *BDO Canada* (2020).
- 123 Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 2 : suivi des effets de la COVID-19, mai 2020. *Le Quotidien* (2020).
- 124 Yilmazkuday, H. Stay-at-Home Works to Fight against COVID-19: International Evidence from Google Mobility Data. *Social Science Research Network (SSRN)* (2020).
- 125 Auger, K. A. *et al.* Association between Statewide School Closure and COVID-19 Incidence and Mortality in the US. *Journal of the American Medical Association* (2020).
- 126 Mahsin, M. *et al.* The Coronavirus 2019 pandemic in Canada: The impact of public health interventions on the course of the outbreak in Alberta and other provinces. *medRxiv-Epidemiology* (2020). (PRE-PRINT)
- 127 Gouvernement du Canada. Levée des mesures restrictives en matière de santé publique - Recommandations du Comité consultatif spécial FPT sur la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 128 Gouvernement du Canada. Orientations pour une approche stratégique relativement à la levée des mesures restrictives de santé publique. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 129 Harris, K. Even with strict containment measures, COVID-19 could claim 22,000 lives, federal officials project. *CBC News Politics* (2020).
- 130 Boggild, A.K., Yuan, L., Low, D.E., & McGeer, A.J. The impact of influenza on the Canadian First Nations. *Canadian Journal of Public Health* (2011).
- 131 Patterson, M., Finn, S. & Barker, K. Lutter contre la tuberculose chez les Inuit au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)* 44, 92-95 (2018).
- 132 Government of Yukon. Information for Yukoners on Canada-US border restrictions. *Government of Yukon* (2020).
- 133 Government of the Northwest Territories. News Release: Chief Public Health Officer Prepares to Order the prohibition of travel to the NWT with limited exceptions and to order self-isolation to occur only in Yellowknife, Inuvik, Hay River and Fort Smith. *Government of the Northwest Territories* (2020).
- 134 Government of Nunavut. Public Health Act, S. Nu. 2016, c. 13 Travel Restriction Order #7. *Government of Nunavut* (2020).
- 135 Services aux Autochtones Canada. Les dirigeants autochtones, territoriaux et fédéraux mobilisent des fonds pour soutenir une initiative sans précédent de distanciation physique du Nord. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 136 Manitoba Hydro. Manitoba Hydro scales back work and suspends travel in and out of Keeyask. *Manitoba Hydro* (2020).

- 137 Government of Northwest Territories. Fifth Case of COVID-19 Confirmed In Northwest Territories. *Government of Northwest Territories* (2020).
- 138 Desmarais, A. Here's how 3 N.W.T. communities are preparing for COVID-19. *CBC News North* (2020).
- 139 Government of Nunavut. COVID-19 (Novel Coronavirus) - Nunavut COVID-19 Case Update. *Government of Nunavut* (2020).
- 140 Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. *Organisation mondiale de la Santé* (2008).
- 141 Blumenshine, P. et al. Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerging Infectious Diseases* 14, 709-715 (2008).
- 142 Agence de la santé publique du Canada et Réseau pancanadien de santé publique. Les principales inégalités en santé au Canada : Un portrait national. *Gouvernement du Canada* (2018).
- 143 Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. Un Canada en santé et productif : Une approche axée sur les déterminants de la santé. *Sénat du Canada* (2009).
- 144 Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir, sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Commission de vérité et réconciliation du Canada* (2015).
- 145 Allan, B. & Smylie, J. First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. *The Wellesley Institute* (2015).
- 146 Working Group of Experts on People of African Descent. Report of the Working Group of Experts on People of African Descent on its mission to Canada. *United Nations Human Rights Council* (2017).
- 147 Walker, B. The History of Immigration and Racism in Canada - Essential Readings. *Canadian Scholars' Press*, 305 (2008).
- 148 Mensah, J. *Black Canadians - History, Experience, Social Conditions Second Edition* 304 (Fernwood Publishing, 2010).
- 149 Adelson, N. The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health* 96, S45-S61 (2005).
- 150 Veenstra, G. & Patterson, A. C. Black-White Health Inequalities in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health* 18, 51-57 (2016).
- 151 Quinn, S. C. et al. Racial disparities in exposure, susceptibility, and access to health care in the US H1N1 influenza pandemic. *American Journal of Public Health* 101, 285-293 (2011).
- 152 Block, S. & Dhunna, S. COVID-19: It's time to protect frontline workers. *Behind the Numbers* (2020).
- 153 Turcotte, M. & Savage, K. La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires. *Statistique Canada* (2020).
- 154 City of Toronto. COVID-19: Status of Cases in Toronto - Ethno-Racial Group, Income and COVID-19 Tab. *City of Toronto* (2020).
- 155 Rocha, R., Shingler, B. & Montpetit, J. Montreal's poorest and most racially diverse neighbourhoods hit hardest by COVID-19, data analysis shows. *CBC News Montreal* (2020).
- 156 Santé Montréal. Inégalité face à la pandémie. *Gouvernement du Québec* (2020).
- 157 Office for National Statistics. Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales: 2 March 2020 to 10 April 2020. *Office for National Statistics* (2020).
- 158 Center for Disease Control and Prevention. COVID-19 Hospitalization and Death by Race/Ethnicity. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* (2020).
- 159 Messacar, D., Morissette, R. & Deng, Z. Inégalités en matière de faisabilité du travail à domicile pendant et après la COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 160 Statistique Canada. La COVID-19 et l'emploi des travailleurs de la santé. *Statistique Canada* (2020).
- 161 Deng, Z., Morissette, R. & Messacar, D. Faire tourner l'économie à distance : le potentiel du travail à domicile pendant et après la COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 162 St-Denis, X. Sociodemographic Determinants of Occupational Risks of Exposure to COVID-19 in Canada. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie* 57, 399-452 (2020).
- 163 Baker, M. G., Peckham, T. K. & Seixas, N. S. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: A key factor in containing risk of COVID-19 infection. *PLOS ONE* 15, e0232452 (2020).
- 164 Office for National Statistics. Which occupations have the highest potential exposure to the coronavirus (COVID-19)? *Office for National Statistics* (2020).
- 165 Armstrong, P. et coll. Rétablir la confiance : La COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. *Groupe de travail sur les soins de longue durée* (2020).
- 166 Lewchuk, W. et al. The Precarity Penalty: The impact of employment precarity on individuals, households and communities and what to do about it. *Poverty and Employment Precarity in Southern Ontario (PEPSO)* (2015).
- 167 Dyal, J. W. et al. COVID-19 Among Workers in Meat and Poultry Processing Facilities — 19 States, April 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 69, 557-561 (2020).
- 168 Waltenburg, M. A. et al. Update: COVID-19 Among Workers in Meat and Poultry Processing Facilities — United States, April–May 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 69, 887-892 (2020).
- 169 Hsu, A. T. et al. Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes – ongoing challenges and policy responses. *International Long Term Care Policy Network* (2020).
- 170 Hsu, A. T. et al. Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes – ongoing challenges and policy response. *International Long Term Care Policy Network* (2020).
- 171 Strausbaugh, L. J., Sukumar, S. R., Joseph, C. L. & High, K. P. Infectious Disease Outbreaks in Nursing Homes: An Unappreciated Hazard for Frail Elderly Persons. *Clinical Infectious Diseases* 36, 870-876 (2003).

- 172 Ontario Health Care Workers. Understaffed and Under Pressure: A reality check by Ontario health care workers. *Ontario Federation of Labour* (2005).
- 173 4th Canadian Division Joint Task Force. OP Laser-JTFC Observations in Long Term Care Facilities in Ontario. (2020).
- 174 Wang, L. *et al.* Heterogeneity in risk, testing and outcome of COVID-19 across outbreak settings in the Greater Toronto Area, Canada: an observational study. *medRxiv* (2020). (PRE-PRINT)
- 175 Ehni, H. & Wahl, H. Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Aging & Social Policy* 32, 515-525 (2020)
- 176 Fraser, S. *et al.* Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing* 0, 1-4 (2020).
- 177 Mauldin, L. *et al.* Disability as an Axis of Inequality: A Pandemic Illustration (Disability in Society). *American Sociological Association* 48 (2020).
- 178 Agence de la santé publique du Canada. La COVID-19 et les personnes en situation de handicap au Canada. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 179 Grier, E., Lunsy, Y., Sullivan, W. F. & Casson, I. Health care of adults with intellectual and developmental disabilities in a time of COVID-19. *Canadian Family Physician* (2020).
- 180 Zlotnick, C. & Zerger, S. Survey findings on characteristics and health status of clients treated by the federally funded (US) Health Care for the Homeless Programs. *Health & Social Care in the Community* 17, 18-26 (2009).
- 181 Mosites, E. *et al.* Assessment of SARS-CoV-2 Infection Prevalence in Homeless Shelters — Four U.S. Cities, March 27– April 15, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 69, 521-522 (2020).
- 182 Tsai, J. & Wilson, M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet Public Health* 5, e186-e187 (2020).
- 183 Hwang, S. W. & Bugeja, A. L. Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto. *Canadian Medical Association Journal* 163, 161-165 (2000).
- 184 Office of the Premier. Ontario Takes Immediate Action to Stop COVID-19 Outbreaks in Windsor-Essex. *Queen's Printer for Ontario* (2020).
- 185 Windsor-Essex County Health Unit. Procedures for Newly Arriving Temporary Foreign Workers. *Windsor-Essex County Health Unit* (2020).
- 186 Lambton Public Health. Temporary Foreign Workers. *Lambton Public Health* (2020).
- 187 Migrant Workers Alliance. Unheeded Warnings: COVID-19 & Migrant Workers in Canada. *Migrant Workers Alliance* (2020).
- 188 Haley, E. *et al.* Migrant Farmworkers Face Heightened Vulnerabilities during COVID-19. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development* 9 (2020).
- 189 Cole, D. C. Heightened COVID-19 Risks to Temporary Foreign (Migrant) Agricultural Workers (TFAWs) and Recommended Actions in the 2020 Agricultural Season Occupational Medicine Perspective Paper. *Migrant Worker* (2020).
- 190 Hennebry, J., McLaughlin, J. & Preibisch, K. Out of the Loop: (In)access to Health Care for Migrant Workers in Canada. *Journal of International Migration and Integration* 17, 521-538 (2016).
- 191 Beaudry, G. *et al.* Managing Outbreaks of Highly Contagious Diseases in Prisons: A Systematic Review. *Social Science Research Network (SSRN)* (2020).
- 192 Wallace, M. *et al.* COVID-19 in Correctional and Detention Facilities — United States, February–April 2020. *Centers for Disease Control and Prevention* (2020).
- 193 Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I. & Hwang, S. W. Health status of prisoners in Canada. *Canadian Family Physician* 62, 215 (2016).
- 194 Blair, A., Parnia, A. & Siddiqi, A. Testing lags and emerging COVID-19 outbreaks in federal penitentiaries in Canada. *medRxiv* (2020). (PRE-PRINT)
- 195 Ricciardelli, R. et S. Bucerius. Les prisons canadiennes en période de COVID-19: Recommandations pendant la pandémie et au-delà. *La Société royale du Canada* (2020).
- 196 Organisation mondiale de la Santé. Déclaration commune de l'ONU, de l'OMS, de l'ONUSIDA et du HCDH sur la COVID-19 dans les prisons et les autres milieux fermés. *Organisation mondiale de la Santé* (2020).
- 197 Goutte, S., Porcher, T. & Péran, T. Social Inequalities and Vulnerability of Population Facing the COVID-19: The Case of Seine-Saint-Denis in Ile-De-France. *Social Science Research Network (SSRN)* (2020).
- 198 Kenway, P. & Holden, J. Accounting for the Variation in the Confirmed COVID-19 Caseload across England: An analysis of the role of multi-generation households, London and time. *New Policy Institute* (2020).
- 199 Stringer, S. M. Protecting NYC's Most Vulnerable Populations during COVID-19. *Office of the Comptroller | City of New York* (2020).
- 200 The Stoop. COVID-19 Cases in New York City, a Neighborhood-Level Analysis. *The Stoop* (2020).
- 201 Chen, J. T., Waterman, P. D. & Krieger, N. COVID-19 and the unequal surge in mortality rates in Massachusetts, by city/town and ZIP Code measures of poverty, household crowding, race/ethnicity, and racialized economic segregation. *Harvard Center for Population and Development Studies* 19 (2020).
- 202 Shan, R. Les conditions de logement des nouveaux réfugiés au Canada. *Analyse socio-économique – besoins et conditions en matière de logement* (2019).
- 203 Michael Garron Hospital. Michael Garron Hospital partners with community organizations to make COVID-19 testing more accessible to East Toronto neighbourhoods and residents. *Michael Garron Hospital* (2020).
- 204 Grant, K. & Weeks, C. Examining hot spots for community spread across Ontario. *The Globe and Mail Canada* (2020).
- 205 Grant, K. Toronto doctors take COVID-19 testing to the people in effort to contain pandemic. *The Globe and Mail Canada* (2020).
- 206 Conseil des Canadiens avec déficiences. Rapport annuel 2018 de la Commission canadienne des droits de la personne: Peu d'amélioration pour les Canadiens en situation de handicap. *Conseil des Canadiens avec déficiences* (2019).

- 207 United Nations Human Rights Council. COVID-19 and the Rights of Persons with Disabilities: Guidance. *United Nations Human Rights Council* (2020).
- 208 Mason, R. The COVID-19 Pandemic and Rights of Persons with Disabilities. *HillNotes* (2020).
- 209 Andrews, E. E., Ayers, K. B., Brown, K. S., Dunn, D. S. & Pilarski, C. R. No Body Is Expendable: Medical Rationing and Disability Justice during the COVID-19 Pandemic. *American Psychologist* (2020).
- 210 Goggin, G. & Ellis, K. Disability, communication, and life itself in the COVID-19 pandemic. *Health Sociology Review* 29(2), 168-176 (2020).
- 211 International Association of Public Transport (UITP). Management of COVID-19 Guidelines for Public Transport Operators. *International Association of Public Transport (UITP)* (2020).
- 212 Cordes, J. & Castro, M. C. Spatial analysis of COVID-19 clusters and contextual factors in New York City. *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology* 34, 100355 (2020).
- 213 McLaren, J. Racial Disparity in COVID-19 Deaths: Seeking Economic Roots with Census Data. *National Bureau of Economic Research* (2020).
- 214 Sy, K. T. L., Martinez, M. E., Rader, B. & White, L. F. Socioeconomic disparities in subway use and COVID-19 outcomes in New York City. *medRxiv*, 2020.05.28.20115949 (2020). (PRE-PRINT)
- 215 Almagro, M. & Orane-Hutchinson, A. The Determinants of the Differential Exposure to COVID-19 in New York City and their Evolution over Time. *Social Science Research Network (SSRN)* (2020). (PRE-PRINT)
- 216 Campbell, D. J. T., O'Neill, B. G., Gibson, K. & Thurston, W. E. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BioMed Central Family Practice* 16, 139 (2015).
- 217 Hwang, S. W. *et al.* Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *American Journal of Public Health* 100, 1454-1461 (2010).
- 218 Argintaru, N. *et al.* A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BioMed Central Public Health* 13, 577 (2013).
- 219 Kitching, G. T. *et al.* Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health* 111, 40-49 (2020).
- 220 Sinai Health System. Black Experiences in Health Care: Symposium Report. *Sinai Health System* (2017).
- 221 Ahmed, S. *et al.* Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health* 18, 1522-1540 (2016).
- 222 Kalich, A., Heinemann, L. & Ghahari, S. A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health* (2016).
- 223 Salami, B., Meharali, S. & Salami, A. The health of temporary foreign workers in Canada; A scoping review. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de santé publique* 106, e546-e554 (2015).
- 224 Gordon, K. D. COVID-19 Survey Report: The Impact of COVID-19 Pandemic on Canadians Who are Blind, Deaf-Blind, and Partially-Sighted. *Canadian Council of the Blind* (2020).
- 225 Lunsy, Y. *et al.* *International Review of Research in Developmental Disabilities* (ed Hodapp, R. M.) 1-37 (2014).
- 226 Selick, A., Durbin, J., Casson, I., Lee, J. & Lunsy, Y. Original qualitative research – Barriers and facilitators to improving health care for adults with intellectual and developmental disabilities: what do staff tell us? *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 48, 349-357 (2018).
- 227 Loignon, C. *et al.* Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: The EQUihealthY project. *International Journal for Equity in Health* 14, 4 (2015).
- 228 Qualité des services de santé Ontario. Plan d'équité en matière de santé de Qualité des services de santé Ontario. *Qualité des services de santé Ontario* (2016).
- 229 Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis, P. & Falagas, M. E. Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection* 15, 743-747 (2009).
- 230 Hoppe, T. "Spanish Flu": When Infectious Disease Names Blur Origins and Stigmatize Those Infected. *American Journal of Public Health* 108, 1462-1464 (2018).
- 231 Service de police d'Ottawa. Incidents à caractère haineux : sensibilisation, déclaration et notre rôle. *Service de police d'Ottawa* (2020).
- 232 Vancouver Police Department. Vancouver Police Raise Concern over Increase in Hate Crime. *Vancouver Police Department* (2020).
- 233 Statistique Canada. Les perceptions des Canadiens à l'égard de la sécurité personnelle depuis la pandémie de COVID-19. *Le Quotidien* (2020).
- 234 Schild, L. *et al.* «Go eat a bat, Chang!»: An Early Look on the Emergence of Sinophobic Behavior on Web Communities in the Face of COVID-19. *Cornell University* (2020). (PRE-PRINT)
- 235 Ziems, C., He, B., Soni, S. & Kumar, S. Racism is a Virus: Anti-Asian Hate and Counterhate in Social Media during the COVID-19 Crisis. *Cornell University* (2020). (PRE-PRINT)
- 236 Budhwani, H. & Sun, R. Creating COVID-19 Stigma by Referencing the Novel Coronavirus as the "Chinese virus" on Twitter: Quantitative Analysis of Social Media Data. *Journal of Medical Internet Research* 22, e19301 (2020).
- 237 Wu, C., Wilkes, R., Qian, Y. & Kennedy, E. B. Acute Discrimination and East Asian-White Mental Health Gap during COVID-19 in Canada. *Social Science Research Network (SSRN)* (2020).
- 238 Hango, D. Crainte de stigmatisation liée à la COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 239 Wang, Y., McKee, M., Torbica, A. & Stuckler, D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-Related Misinformation on Social Media. *Social Science & Medicine* 240, 112552 (2019).
- 240 Vosoughi, S., Roy, D. & Aral, S. The spread of true and false news online. *Science* 359, 1146 (2018).
- 241 Statistique Canada. Enquête sur la population active, août 2020. *Le Quotidien* (2020).

- 242 Statistique Canada. Enquête sur la population active, mai 2020. *Le Quotidien* (2020).
- 243 Statistique Canada. Emploi, rémunération et heures de travail, mars 2020. *Le Quotidien* (2020).
- 244 Statistique Canada. La COVID-19 et le marché du travail en avril 2020. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 245 Power, K. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy* 16, 67-73 (2020).
- 246 Scott, K. Women Bearing the brunt of economic losses: One in five has been laid off or had hours cut. *Behind the Numbers* (2020).
- 247 Wenham, C., Smith, J. & Morgan, R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 395, 846-848 (2020).
- 248 Winsa, P. Which workers are being hit hardest by the COVID-19 lockdown? These 6 graphics paint a stark picture of Canadian inequality. *The Star Canada* (2020).
- 249 RBC Économie. La pandémie menace des décennies de progression des femmes au sein de la population active. *Banque Royale du Canada* (2020).
- 250 Qian, Y. & Fuller, S. COVID-19 and the Gender Employment Gap among Parents of Young Children. *Canadian Public Policy* (2020).
- 251 Lemieux, T., Milligan, K., Schirle, T. & Skuterud, M. Initial Impacts of the COVID-19 Pandemic on the Canadian Labour Market. *Canadian Labour Economics Forum* (2020).
- 252 Statistique Canada. Les répercussions de la COVID-19 sur les familles et les enfants canadiens. *Le Quotidien* (2020).
- 253 Statistique Canada. Pandémie de COVID-19 : Répercussions financières sur les étudiants du niveau postsecondaire au Canada. *Statistique Canada* (2020).
- 254 Bushnik, T., Tjepkema, M. & Martel, L. Disparités socioéconomiques en matière d'espérance de vie et d'espérance de vie en santé au sein de la population à domicile au Canada. *Statistique Canada* (2020).
- 255 Wilkinson, R. G. & Pickett, K. E. Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality. *American Journal of Public Health* 98, 699-704 (2008).
- 256 Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine* 128, 316-326 (2015).
- 257 Wilkinson, R. G. & Pickett, K. E. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62, 1768-1784 (2006).
- 258 Ribeiro, W. S. *et al.* Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 4, 554-562 (2017).
- 259 Patel, V. *et al.* Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry* 17, 76-89 (2018).
- 260 Chen, W. & Hou, F. Effet du chômage sur la satisfaction à l'égard de la vie : comparaison transnationale entre le Canada, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis. *Statistique Canada* (2018).
- 261 van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine* (2014).
- 262 Bartelink, V. H. M., Zay Ya, K., Guldbrandsson, K. & Bremberg, S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494819852847 (2019).
- 263 Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E. & Janlert, U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BioMed Central Public Health* 14, 1310 (2014).
- 264 Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W. & Schwartz, J. E. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine* 72, 840-854 (2011).
- 265 Statistique Canada. Tableau 1 - Inquiétudes des Canadiens à l'égard de la situation liée à la COVID-19, mars et avril 2020. *Le Quotidien* (2020).
- 266 Turcotte, M. & Hango, D. Incidence des conséquences économiques de la COVID-19 sur les préoccupations sociales des Canadiens. *Statistique Canada* (2020).
- 267 Frank, K. La COVID-19 et le soutien social des aînés : les aînés ont-ils quelqu'un sur qui compter pendant les périodes difficiles? *Statistique Canada* (2020).
- 268 Flint, A. J., Bingham, K. S. & Iaboni, A. Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *International Psychogeriatrics*, 1-4 (2020).
- 269 Statistique Canada. La vulnérabilité des Canadiens ayant une incapacité pendant la pandémie de COVID-19. *Le Quotidien* (2020).
- 270 Mayland, C. R. *et al.* Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(2), e33-e39 (2020).
- 271 Gouvernement du Canada. À propos de la santé mentale. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 272 Gouvernement du Canada. La maladie mentale. *Gouvernement du Canada* (2017).
- 273 The Centre for Addiction and Mental Health. Stress. *The Centre for Addiction and Mental Health* (2020).
- 274 Statistique Canada. La santé mentale des Canadiens pendant la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 275 Arriagada, P., Hahmann, T. & O'Donnell, V. Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 276 Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J. & Jiang, F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395, 945-947 (2020).
- 277 McKinnon, M. & Lanius, R. Hard choices put health workers at risk of mental anguish, PTSD during coronavirus. *The Canadian Press* (2020).
- 278 Rossi, R. *et al.* Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *The Journal of the American Medical Association Network Open* 3, e2010185 (2020).

- 279 Besheer, M. After COVID-19 Losses, NYC to Offer Trauma Counseling for Front-Line Workers. *Voice of America News COVID-19 Pandemic* (2020).
- 280 Lai, J. *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *The Journal of the American Medical Association Network Open* 3, e203976 (2020).
- 281 Reger, M. A., Stanley, I. H. & Joiner, T. E. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm? *The Journal of the American Medical Association Psychiatry* (2020).
- 282 Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health and the Canadian Centre of Excellence – PTSD. Moral Stress Amongst Healthcare Workers During COVID-19: A Guide to Moral Injury. *Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health and the Canadian Centre of Excellence – PTSD* (2020).
- 283 Statistique Canada. Les aidants au Canada, 2018. *Le Quotidien* (2020).
- 284 Drury, J. Les proches aidants: plus que de simples visiteurs, des partenaires essentiels. *Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé* (2020).
- 285 Phillips, D. *et al.* The invisible workforce during the COVID-19 pandemic: Family carers at the frontline. *Health Research Board Open Research* 3, 24-24 (2020).
- 286 Alzheimer Society British Columbia. Self-care and caregiver resilience during COVID-19. *Alzheimer Society British Columbia* (2020).
- 287 The Ontario Caregiver Organization. Caregiver Mental Health during COVID-19 Outbreak. *The Ontario Caregiver Organization* (2020).
- 288 Vigo, D. *et al.* Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65, 681-687 (2020).
- 289 Centre for Addiction and Mental Health. Mental health and addictions organizations call on province for \$100 million COVID-19 emergency response package. *Centre for Addiction and Mental Health* (2020).
- 290 Cheung, Y. T., Chau, P. H. & Yip, P. S. F. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 1231-1238 (2008).
- 291 Gunnell, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* 7, 468-471 (2020).
- 292 Yip, P. S., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W., The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis* (2010).
- 293 McIntyre, R. S. & Lee, Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research* 290, 113104 (2020).
- 294 Association canadienne pour la santé mentale. Les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables. *Association canadienne pour la santé mentale* (2020).
- 295 Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2019. *Le Quotidien* (2020).
- 296 Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015. *Le Quotidien* (2017).
- 297 Deaton, B. J. & Deaton, B. J. Food security and Canada's agricultural system challenged by COVID-19. *Canadian Journal of Agricultural Economics/Revue canadienne d'agroeconomie* 68, 143-149 (2020).
- 298 Statistique Canada. L'insécurité alimentaire pendant la pandémie COVID-19, mai 2020. *Statistique Canada* (2020).
- 299 Hobbs, J. E. Food supply chains during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Agricultural Economics/Revue canadienne d'agroeconomie* 68, 171-176 (2020).
- 300 McKenna, M. L. Policy Options to support healthy eating in schools. *Canadian Journal of Public Health* 101, s14-s18 (2010).
- 301 Van Lancker, W. & Parolin, Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *The Lancet Public Health* 5, e243-e244 (2020).
- 302 Rotermann, M. Les Canadiens qui s'estiment en moins bonne santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 sont plus susceptibles de déclarer une consommation accrue de cannabis, d'alcool et de produits du tabac. *Statistique Canada* (2020).
- 303 Marsden, J. *et al.* Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction* 115, 1007-1010 (2020).
- 304 Grinspoon, P. A tale of two epidemics: When COVID-19 and opioid addiction collide. *Harvard Health Publishing* (2020).
- 305 Gouvernement du Canada. Méfaits associés aux opioïdes (juin 2020). *Gouvernement du Canada* (2020).
- 306 Ministry of Public Safety & Solicitor General. Illicit Drug Toxicity Deaths in BC January 1, 2010 – May 31, 2020. *Government of British Columbia* (2020).
- 307 First Nations Health Authority. First Nations Illicit Drug Deaths Rise during COVID-19 Pandemic. *First Nations Health Authority* (2020).
- 308 Ministry of Public Safety and Solicitor General. Toxic supply continues to contribute to loss of lives in B.C. *Government of British Columbia* (2020).
- 309 Public Health Ontario. Interactive Opioid Tool: Opioid-related morbidity and mortality in Ontario. *Public Health Ontario* (2020).
- 310 Saskatchewan Coroners Service. Confirmed and Suspected Drug Toxicity Deaths. *Saskatchewan Coroners Service* (2020).
- 311 Government of Alberta. Alberta COVID-19 Opioid Response Surveillance Report: Q2 2020. *Government of Alberta* (2020).
- 312 Becker, W. C. & Fiellin, D. A. When Epidemics Collide: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the Opioid Crisis. *Annals of Internal Medicine* 173, 59-60 (2020).
- 313 Gouvernement du Canada. Faits saillants de la première phase de l'étude nationale sur les décès par surdose liée aux opioïdes et aux autres drogues: observations des coroners et des médecins légistes. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 314 Ens, A. *et al.* Evidence-informed policy brief – Substance use and related harms in the context of COVID-19: a conceptual model. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention Journal* 40 (2020).
- 315 Jones, R. P. Injection site scales back physical distancing rules to prevent ODs. *CBC News Ottawa* (2020).

- 316 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Alerte du RCCET – Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés. *Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances* (2020).
- 317 Public Health Agency of Canada. Simulating opioid overdose deaths during the COVID-19 pandemic - Internal report. *Public Health Agency of Canada* (2020).
- 318 Boserup, B., McKenney, M. & Elkbuli, A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine* (2020).
- 319 Human Rights Watch. COVID-19 and Children's Rights. *Human Rights Watch* (2020).
- 320 United Nations Women. COVID-19 and Ending Violence against Women and Girls. *United Nations Women* (2020).
- 321 Bradbury-Jones, C. & Isham, L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing* 29, 2047-2049 (2020).
- 322 Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 1 : Répercussions de la COVID-19. *Le Quotidien* (2020).
- 323 Arriagada, P., Hahmann, T. & O'Donnell, V. Les perceptions des Autochtones à l'égard de la sécurité pendant la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 324 Sistovaris, M. *et al.* Fact Sheet: Child Welfare and Pandemics. *University of Toronto* (2020).
- 325 Campbell, A. M. An increasing risk of family violence during the COVID-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports* 2, 100089 (2020).
- 326 Western's Center for Research & Education on Violence against Women and Children. Keep Children Safe from Online Sexual Exploitation and Abuse During the Pandemic. *Western's Center for Research & Education on Violence against Women and Children* (2020).
- 327 Allen, M. & Jaffray, B. La pandémie de COVID-19 et ses répercussions sur les services aux victimes au Canada. *Statistique Canada* (2020).
- 328 Bradley, N. L., DiPasquale, A. M., Dillabough, K. & Schneider, P. S. Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal* 192, E609 (2020).
- 329 Messacar, D. & Morissette, R. Les arrêts de travail et la vulnérabilité financière. *Statistique Canada* (2020).
- 330 Statistique Canada. Défis en matière de santé et enjeux sociaux liés à la situation de la COVID-19 au Canada. *Le Quotidien* (2020).
- 331 Jozaghi, E. & Bird, L. COVID-19 and sex workers: human rights, the struggle for safety and minimum income. *Canadian Journal of Public Health* (2020).
- 332 Platt, L. *et al.* Sex workers must not be forgotten in the COVID-19 response. *The Lancet* 396, 9-11 (2020).
- 333 Frenette, M., Frank, K. & Zechuan, D. Fermeture des écoles et préparation des enfants à l'apprentissage en ligne pendant la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 334 Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes. FONDS POUR LA LARGE BANDE: Comblant le fossé numérique au Canada. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 335 O'Sullivan, R. H., Chen, Y. & Fish, M. C. Parental Mathematics Homework Involvement of Low-Income Families with Middle School Students. *School Community Journal* 24 (2014).
- 336 Smith, J. G. Parental Involvement in Education among Low Income Families: A Case Study. *The School Community Journal* 16 (2005).
- 337 Greenlee, E. & Reid, A. Les parents soutenant l'apprentissage à la maison pendant la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 338 Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur les congés des patients. *Institut canadien d'information sur la santé* (2020).
- 339 Institut canadien d'information sur la santé. SNISA, visites aux urgences : comparaison entre janvier à mars 2019 et janvier à mars 2020. *Institut canadien d'information sur la santé* (2020).
- 340 Pasarikovski, C. R. & da Costa, L. The impact of the COVID-19 Pandemic on Stroke Volume. *Canadian Journal of Neurological Sciences/Journal Canadien des Sciences Neurologiques*, 1-6 (2020).
- 341 Statistique Canada. Nombre provisoire de décès et surmortalité, janvier 2019 à mai 2020. *Le Quotidien* (2020).
- 342 Abortion Rights Coalition of Canada. Abortion rights and healthcare during COVID-19. *Abortion Rights Coalition of Canada* (2020).
- 343 Lynch, M. E., Williamson, O. D. & Banfield, J. C. COVID-19 Impact and Response by Canadian Pain Clinics: A National Survey of Adult Pain Clinics. *Canadian Journal of Pain* (2020).
- 344 Botly, L. C. P. *et al.* COVID-19 Pandemic: Global Impact and Potential Implications for Cardiovascular Disease in Canada. *Canadian Journal of Cardiology Open* (2020).
- 345 Hammami, A., Harrabi, B., Mohr, M. & Krstrup, P. Physical activity and coronavirus disease 2019 (COVID-19): Specific recommendations for home-based physical training. *Managing Sport and Leisure*, 1-6 (2020).
- 346 Statistique Canada. Comment les Canadiens vivent-ils la situation liée à la COVID-19? *Statistique Canada* (2020).
- 347 Lesser, I. A. & Nienhuis, C. P. The Impact of COVID-19 on Physical Activity Behavior and Well-Being of Canadians. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 3899 (2020).
- 348 Lippi, G., Henry, B. M. & Sanchis-Gomar, F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *European Journal of Preventive Cardiology* 27, 906-908 (2020).
- 349 Rundle, A. G., Park, Y., Herbstman, J. B., Kinsey, E. W. & Wang, Y. C. COVID-19-Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity* 28, 1008-1009 (2020).

- 350 Sallis, J. F., Adlakha, D., Oyeyemi, A. & Salvo, D. An international physical activity and public health research agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *Journal of Sport and Health Science* 9, 328-334 (2020).
- 351 Gilmour, H. Santé mentale autoévaluée et comportements liés à la santé chez les Canadiens au cours de la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 352 Reeves, M., Carlsson-Szlezak, P., Whitaker, K. & Abraham, M. Sensing and Shaping the Post-Covid Era. *Boston Consulting Group* (2020).
- 353 Unicef. Human Rights-based Approach to Programming - What is HRBAP? *Unicef* (2016).
- 354 World Health Organization. Helsinki Statement on Health in All Policies. *World Health Organization* (2014).
- 355 Gouvernement du Canada. Cadre d'éthique en santé publique: Guide pour la réponse à la pandémie de COVID-19 au Canada. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 356 Macklem, T. et coll. Rapport sur la politique monétaire. *Banque du Canada* (2020).
- 357 Renahy, E. et al. Connections between unemployment insurance, poverty and health: A systematic review. *European Journal of Public Health* 28, 269-275 (2018).
- 358 O'Campo, P. et al. Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine* 132, 88-94 (2015).
- 359 Naik, Y. et al. Going upstream – an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. *BioMed Central Public Health* 19, 1678 (2019).
- 360 Hira-Friesen, P. Immigrants and Precarious Work in Canada: Trends, 2006–2012. *Journal of International Migration and Integration* 19, 35-57 (2018).
- 361 Stanford, J. 10 Ways the COVID-19 Pandemic Must Change Work for Good. *Centre for Future Work* (2020).
- 362 Commission de la santé mentale du Canada. Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. *Commission de la santé mentale du Canada* (2020).
- 363 Vosko, L. F., Tucker, E. & Casey, R. Enforcing Employment Standards for Temporary Migrant Agricultural Workers in Ontario, Canada: Exposing Underexplored Layers of Vulnerability. *Memorial University* (2020).
- 364 Tucker, E. M., Marsden, S. & Vosko, L. F. Federal Enforcement of Migrant Workers' Labour Rights in Canada: A Research Report. *York University* (2020).
- 365 Chen, W. & Mehdi, T. Évaluation de la qualité des emplois au Canada : une approche multidimensionnelle. *Statistique Canada* (2020).
- 366 Webster, R. K. et al. A systematic review of infectious illness presenteeism: Prevalence, reasons and risk factors. *BioMed Central Public Health* 19, 799 (2019).
- 367 Benach, J., Vives, A., Tarafa, G., Delclos, C. & Muntaner, C. What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *International Journal of Epidemiology* 45, 232-238 (2016).
- 368 KPMG & United Way. Better Business Outcomes through Workforce Security: A Business Case Framework. *KPMG International Cooperative* (2017).
- 369 World Health Organization. WHO Housing and health guidelines - Recommendations to promote healthy housing for a sustainable and equitable future. *World Health Organization* (2018).
- 370 Taylor, L. Housing and Health: An Overview of the Literature. *Health Affairs Health Policy Brief* (2018).
- 371 MacKay, K., Wellner, J. & OMA Health Promotion. Housing and health: OMA calls for urgent government action, housing-supportive policies to improve health outcomes of vulnerable populations. *Ontario Medical Review* (2013).
- 372 Tribunaux décisionnels Ontario. Le point sur les activités de la Commission de la location immobilière pendant la pandémie de COVID-19. *Tribunaux décisionnels Ontario* (2020).
- 373 Government of British Columbia. COVID-19 Provincial and Federal Benefits. *Government of British Columbia* (2020).
- 374 Commission de L'Énergie de L'Ontario. COVID-19 – Prologation du tarif d'électricité de la période creuse jusqu'au 31 mai 2020. *Commission de L'Énergie de L'Ontario* (2020).
- 375 Hydro One. Rate Relief: Ontario Government Extends Off-Peak Pricing During COVID-19. *Hydro One* (2020).
- 376 Ville d'Ottawa. Allègement des factures d'eau durant la COVID-19. *Ville d'Ottawa* (2020).
- 377 Government of Alberta. Utility payment deferral. *Government of Alberta* (2020).
- 378 Société canadienne d'hypothèques et de logement. COVID-19 : comprendre le report des paiements hypothécaires. *Société canadienne d'hypothèques et de logement* (2020).
- 379 Perri, M., Dosani, N. & Hwang, S. W. COVID-19 and people experiencing homelessness: Challenges and mitigation strategies. *Canadian Medical Association Journal* 192, E716 (2020).
- 380 Government of Northwest Territories. Northwest Territories Housing Corporation announces units previously reserved for self-isolation purposes to be allocated. *Government of Northwest Territories* (2020).
- 381 Humphreys, K. L., Myint, M. T. & Zeanah, C. H. Increased Risk for Family Violence during the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics* 146, e20200982 (2020).
- 382 Suleman, S. et al. What paediatricians can do to support children and youth during the COVID-19 pandemic. *Canadian Paediatric Society* (2020).
- 383 Conway, B., Truong, D. & Wuerth, K. COVID-19 in homeless populations: Unique challenges and opportunities. *Future Virology* (2020).
- 384 Gouvernement du Canada. Logement d'abord. *Gouvernement du Canada* (2019).
- 385 Gaetz, S., Scott, F. & Gulliver, T. Housing First in Canada: Supporting Communities to End Homelessness. *Canadian Homelessness Research Network Press* (2013).

- 386 Armstrong, P., Armstrong, H., Choiniere, J., Lowndes, R. & Struthers, J. Re-imagining Long-term Residential Care in the COVID-19 Crisis. *Canadian Centre for Policy Alternatives* (2020).
- 387 Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et Institut canadien pour la sécurité des patients. Repenser les soins aux personnes âgées : prochaines étapes de la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite. *Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé* (2020).
- 388 Emploi et Développement social Canada. Soutiens communautaires de base pour vieillir dans sa collectivité. *Gouvernement du Canada* (2019).
- 389 World Health Organization. Addressing Violence against Children, Women and Older People during the COVID-19 Pandemic: Key Actions. *World Health Organization* (2020).
- 390 VAW Learning Network. COVID-19 & Gender-Based Violence in Canada: Key Issues and Recommendations. *VAW Learning Network* (2020).
- 391 Tam, T. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017, Concevoir un mode de vie sain. *Agence de la santé publique du Canada* (2017).
- 392 Summers, J. K. & Vivian, D. N. Ecotherapy - A Forgotten Ecosystem Service: A Review. *Frontiers in Psychology* 9, 1389-1389 (2018).
- 393 Megahed, N. A. & Ghoneim, E. M. Antivirus-built environment: Lessons learned from COVID-19 pandemic. *Sustain Cities & Society* 61 (2020).
- 394 Freeman, S. & Eykelbosh, A. La COVID-19 et la sécurité à l'extérieur : considérations sur l'utilisation des espaces récréatifs extérieurs. *Centre de collaboration nationale en santé environnementale* (2020).
- 395 City of Vancouver. City issues more than 360 temporary patio permits and expands public space on Robson Street. *City of Vancouver* (2020).
- 396 City of Toronto. CaféTO - Expanded Outdoor Dining and Café Placement Guidelines. *City of Toronto* (2020).
- 397 Infrastructure Canada. Initiative canadienne pour des collectivités en santé. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 398 BC Centre for Disease Control. Healthy Built Environment Linkages Toolkit: Making the links between design, planning and health. *Provincial Health Services Authority* (2018).
- 399 Commission canadienne des droits de la personne. Déclaration – Les inégalités amplifiées par la crise de la COVID-19. *Commission canadienne des droits de la personne* (2020).
- 400 Wood, D. A. *et al.* Safe Reintroduction of Cardiovascular Services during the COVID-19 Pandemic: From the North American Society Leadership. *Journal of the American College of Cardiology* 75, 3177-3183 (2020).
- 401 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Lignes directrices sur la télémédecine et les soins virtuels (et autres ressources cliniques sur la COVID-19). *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada* (2020).
- 402 Dickinson, J. A., Thériault, G., Singh, H., Szafran, O. & Grad, R. Rethinking screening during and after COVID-19: Should things ever be the same again? *Canadian Family Physician* 66, 571-575 (2020).
- 403 Moulson, N. *et al.* Cardiac Rehabilitation during the COVID-19 Era: Guidance on Implementing Virtual Care. *Canadian Journal of Cardiology* 36, 1317-1321 (2020).
- 404 Virani, S. A. *et al.* Optimizing Access to Heart Failure Care in Canada during the COVID-19 Pandemic. *Canadian Journal of Cardiology* 36, 1148-1151 (2020).
- 405 Dremer, M. Guide sur les soins virtuels. *Association médicale canadienne* (2020).
- 406 Lasby, D. Enquête sectorielle d'Imagine Canada – Les organismes caritatifs et la pandémie de COVID-19. *Imagine Canada* (2020).
- 407 Das, L. T. & Gonzalez, C. J. Preparing Telemedicine for the Frontlines of Healthcare Equity. *Journal of General Internal Medicine* 35, 2443-2444 (2020).
- 408 Crawford, A. & Serhal, E. Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health. *Journal of Medical Internet Research* 22, e19361 (2020).
- 409 Nouri, S., Khoong, E. C., Lyles, C. R. & Karliner, L. Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine Catalyst* (2020).
- 410 Annaswamy, T. M., Verduzco-Gutierrez, M. & Frieden, L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disability and Health Journal* (2020).
- 411 MacDonald, N. E., Comeau, J. L., Dubé, È. & Bucci, L. M. COVID-19 and missed routine immunizations: designing for effective catch-up in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 111, 469-472 (2020).
- 412 Gouvernement du Canada. Venir en aide aux personnes qui utilisent des substances pendant la pandémie de COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 413 Santé Canada. Exemption de catégorie de personnes en vertu du paragraphe 56(1) visant les patients, les pharmaciens et les praticiens pour la prescription et la fourniture de substances désignées au Canada pendant la pandémie de coronavirus. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 414 Pearce, L. A. *et al.* Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: population based retrospective cohort study. *The British Medical Journal* 368, m772 (2020).
- 415 Ahamad, K. *et al.* Risk Mitigation in the Context of Dual Public Health Emergencies. *British Columbia Centre on Substance Use* (2020).
- 416 Crockford, D. The COVID-19 pandemic and its impact on addiction treatment. *The Canadian Journal of Addiction* 11, 7-8 (2020).
- 417 Bach, P., Robinson, S., Sutherland, C. & Brar, R. Innovative strategies to support physical distancing among individuals with active addiction. *The Lancet Psychiatry*, S2215-0366(20)30231-5 (2020).
- 418 Initiative canadienne de recherche en abus de substance. Pandémie de COVID-19 – Guide pratique national. *Initiative canadienne de recherche en abus de substance* (2020).
- 419 BC Centre for Disease Control. BC Centre for Disease Control Information Sheet: COVID-19: Harm Reduction and Overdose Response. *BC Centre for Disease Control* (2020).

- 420 Wright, T. Discussion on decriminalizing drugs should be considered in wake of opioid deaths: Tam. *Global News Canada* (2020).
- 421 Comité spécial sur la décriminalisation des drogues illicites. Rapport sur les conclusions et recommandations. Décriminalisation pour la simple possession de drogues illicites : exploration des répercussions sur la sécurité publique et la police. *Association canadienne des chefs de police* (2020).
- 422 The Canadian Press. B.C. premier asks Trudeau to decriminalize drug possession as overdose deaths spike. *CBC News British Columbia* (2020).
- 423 Perrin, B. I was Stephen Harper's criminal justice adviser. But I now think Canada should decriminalize drugs. *The Globe and Mail Opinion* (2020).
- 424 Browne, D., Roy, S., Phillips, M., Stephenson, M. & Shamon, S. Supporting Patient and Clinician Mental Health during COVID-19 via Trauma-Informed Interdisciplinary Systems. *Canadian Family Physician* 66, e190-e192 (2020).
- 425 Torous, J., Jän Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N. & Firth, J. Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *Journal of Medical Internet Research Mental Health* 7, e18848 (2020).
- 426 Hansel, T. C., Saltzman, L. Y. & Bordnick, P. S. Behavioral Health and Response for COVID-19. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-7 (2020).
- 427 Mental Health Commission of Canada. Newfoundland and Labrador Stepped Care 2.0© E-Mental Health Demonstration Project. *Mental Health Commission of Canada* (2019).
- 428 Santé Canada. Le Gouvernement du Canada aide les Canadiens à accéder à des services favorisant le mieux-être mental pendant la pandémie de COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 429 Ontario Nonprofit Network. Ontario Nonprofits and the Impact of COVID-19: A flash survey report. *Ontario Nonprofit Network* (2020).
- 430 Jensen, E. Témoignages du secteur: Comment les OBNL adaptent leurs programmes à cause de la COVID-19. *Imagine Canada* (2020).
- 431 WISH Vancouver. WISH Vancouver Charity. *WISH Vancouver* (2020).
- 432 Brigadoon Village. Virtual Village 2020 program details for campers. *Brigadoon Village* (2020).
- 433 Imagine Canada. Policy Proposal: Partners in Well-Being - A Government-Charitable Sector Response to COVID-19. *Imagine Canada* (2020).
- 434 Reimers, F. M. & Schleicher, A. A framework to guide an education response to the COVID-19 Pandemic of 2020. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)* (2020).
- 435 Crosby, S. D., Howell, P. B. & Thomas, S. Teaching through Collective Trauma in the Era of COVID-19: Trauma-informed Practices for Middle Level Learners. *Middle Grades Review* 6 (2020).
- 436 Sandoval, J. *Crisis Counseling, Intervention and Prevention in the Schools* 405 (Routledge, New York, 2013).
- 437 Theodore, L. A. *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents* (Springer Publishing Company, New York, 2016).
- 438 Capurso, M., Dennis, J. L., Salmi, L. P., Parrino, C. & Mazzeschi, C. Empowering Children Through School Re-Entry Activities After the COVID-19 Pandemic. *Continuity in Education* 1, 64-82 (2020).
- 439 Gouvernement du Canada. Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique. *Gouvernement du Canada* (2013).
- 440 United Nations Environment Programme. Preventing the next pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission. A Scientific Assessment with Key Messages for Policy-Makers a Special Volume of UNEP's Frontiers Report Series. *United Nations Environment Programme* (2020).
- 441 Cunningham, A. A., Daszak, P. & Wood, J. L. N. One Health, emerging infectious diseases and wildlife: two decades of progress? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Society B, Biological Sciences* 372 (2017).
- 442 The Center for One Health Research. Zoonotic & infectious disease. *University of Washington* (2020).
- 443 Jones, K. E. *et al.* Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 451, 990-993 (2008).
- 444 Woolhouse, M. E. J. & Gowtage-Sequeria, S. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging Infectious Diseases* 11, 1842-1847 (2005).
- 445 United Nations. First Person: COVID-19 is not a silver lining for the climate, says UN Environment chief. *UN News* (2020).
- 446 Johnson, C. K. *et al.* Global shifts in mammalian population trends reveal key predictors of virus spillover risk. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 287, 20192736 (2020).
- 447 World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Organisation for Animal Health. Tripartite Zoonoses Guide (TZG). *World Health Organization (WHO), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), World Organisation for Animal Health (OIE)* (2019).
- 448 Arctic Council. One Health. *Arctic Council* (2020).
- 449 High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition. *Committee on World Food Security* (2020).
- 450 United Nations. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition. *United Nations* (2020).
- 451 Statistique Canada. Perturbations attribuables à la COVID-19 et agriculture : Travailleurs étrangers temporaires. *Statistique Canada* (2020).
- 452 Food Secure Canada. Growing Resilience and Equity. *Food Secure Canada* (2020).
- 453 Union nationale des fermiers. Concevoir un système agroalimentaire post-pandémique. *Union nationale des fermiers* (2020).
- 454 Services aux Autochtones Canada. Le Gouvernement du Canada annonce du financement pour les communautés et les organisations autochtones afin de soutenir les réponses communautaires à la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).

- 455 Logie, C. H. Lessons learned from HIV can inform our approach to COVID-19 stigma. *Journal of the International AIDS Society* 23, e25504-e25504 (2020).
- 456 Gouvernement du Canada. Priorités de recherche pour les vaccins contre la COVID-19 à l'appui des décisions de santé publique. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 457 Shah, A., Marks, P. W. & Hahn, S. M. Unwavering Regulatory Safeguards for COVID-19 Vaccines. *The Journal of the American Medical Association* 324, 931-932 (2020).
- 458 Health Commons Solutions Lab. «Lessons from Toronto's Hardest Hit Communities: Experiences of the COVID-19 pandemic in North Etobicoke». *Health Commons Solutions Lab* (2020).
- 459 Government of Canada. Funding Decisions Database - CIHR: «Indigenous Health Counts in Urban Homelands: Estimating COVID-19 Incidence and Mortality among Indigenous Populations Living in Ontario Cities». *Government of Canada* (2020).
- 460 Santé Canada. Déclaration de Santé Canada sur les tests de dépistage sérologiques de la COVID-19. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 461 Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19. Annonce des résultats finaux d'une première étude sur la séroprévalence de l'infection au sras-cov-2 au Canada. *Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19* (2020).
- 462 Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Revue rapide : Quels sont les tests sérologiques disponibles, et quelles sont leurs sensibilités et leurs spécificités? *Centre de collaboration nationale des méthodes et outils* (2020).
- 463 Héma-Québec. Étude de séroprévalence des donneurs de sang : 2,23 % de la population adulte du Québec aurait contracté la COVID-19. *Héma-Québec* (2020).
- 464 Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19. Le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 se réjouit de la publication des résultats de l'étude de séroprévalence des donneurs de sang réalisée par Héma-Québec. *Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19* (2020).
- 465 Gouvernement du Canada. Instruments de dépistage pour la COVID-19 : Instruments de dépistage sérologique. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 466 Statistique Canada. La COVID-19 : sous l'angle des données. *Statistique Canada* (2020).
- 467 Statistique Canada. Infonex: Les mégadonnées et l'analyse pour le secteur public. *Statistique Canada* (2019).
- 468 Agence de la santé publique du Canada. Approche axée sur la santé de la population: cadre organisateur. Élément clé 3: Fonder les décisions sur des données probantes. *Gouvernement du Canada* (2014).
- 469 Association canadienne de santé publique. L'ACSP demande que des données sociodémographiques et raciales soient collectées et utilisées de façon culturellement sûre. *Association canadienne de santé publique* (2020).
- 470 Zhang, S. & Zuberi, D. Evening the keel: Measuring and responding to precarity in the Canadian labour economy. *Canadian Public Admin* 60, 28-47 (2017).
- 471 Jeon, S. & Ostrovsky, Y. Les répercussions de la COVID-19 sur l'économie à la demande: préoccupations à court et à long termes. *Statistique Canada* (2020).
- 472 World Health Organization. General information on risk communication. *World Health Organization* (2020).
- 473 Li, H. O., Bailey, A., Huynh, D. & Chan, J. YouTube as a source of information on COVID-19: a pandemic of misinformation? *British Medical Journal Global Health* 5, e002604 (2020).
- 474 Ippolito, G., Hui, D. S., Ntoumi, F., Maeurer, M. & Zumla, A. Toning down the 2019-nCoV media hype—and restoring hope. *The Lancet Respiratory Medicine* 8, 230-231 (2020).
- 475 Smith, G. D., Ng, F. & Ho Cheung Li, W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing* 29, 1425-1428 (2020).
- 476 Dornan, C. Désinformation en science dans le contexte de la COVID-19. *Forum des politiques publiques* (2020).
- 477 Carleton Newsroom. New Carleton Study Finds COVID—19 Conspiracies and Misinformation Spreading Online. *Carleton Newsroom* (2020).
- 478 Association nationale des centres d'amitié. COVID-19. *Association nationale des centres d'amitié* (2020).
- 479 Alexis Nakota Sioux Nation. #ProtectOurElders Campaign. *Alexis Nakota Sioux Nation* (2020).
- 480 Johnson, N. F. et al. The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature* 582, 230-233 (2020).
- 481 Fadda, M., Albanese, E. & Suggs, L. S. When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*, 1-2 (2020).
- 482 Frank, K. & Arim, R. La volonté des Canadiens d'obtenir un vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il sera disponible : quel rôle joue la confiance? *Statistique Canada* (2020).
- 483 Wien, F. First Nations people, Métis and Inuit and COVID-19: Health and social characteristics. *National Collaborating Centre for Aboriginal Health* (2017).
- 484 Chan, L. et al. FNFNES Final Report for Eight Assembly of First Nations Regions: Draft Comprehensive Technical Report. *First Nations Food, Nutrition & Environment Study* (2019).
- 485 Arriagada, P., Hahmann, T. & O'Donnell, V. Les Autochtones vivant en milieu urbain: Vulnérabilités aux répercussions socioéconomiques de la COVID-19. *Statistique Canada* (2020).
- 486 Hahmann, T., Badets, N. & Hughes, J. Les Autochtones ayant une incapacité au Canada: les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 15 ans et plus. *Statistique Canada* (2019).
- 487 Population Health and Primary Care Directorate. COVID-19 Daily Epidemiological Update. *Indigenous Services Canada* (2020).

- 488 First Nations Health Authority. FNHA Reports 86 First Nations Cases of COVID-19 to June 14, 2020. *First Nations Health Authority* (2020).
- 489 Hill, M. Protecting a People: The Six Nations Success in COVID-19 Prevention. *Public Policy Forum* (2020).
- 490 Mercer, G. «We are not prepared»: Inuit brace for coronavirus to reach remote communities. *The Globe and Mail* (2020).
- 491 CBC News. First case of COVID-19 in Nunavik confirmed. *CBC News North* (2020).
- 492 Tranter, E. Pond Inlet and Nunavut breathe sigh of relief after false COVID-19 case. *Nunatsiaq News News* (2020).
- 493 Métis Nation of Ontario. COVID-19 Update (May 14). *Métis Nation of Ontario* (2020).
- 494 Métis Nation of Ontario. COVID-19 Support Programs. *Métis Nation of Ontario* (2020).
- 495 Métis Nation of Alberta. Interim COVID-10 Support Plan Supports to help all Métis in Alberta. *Métis Nation of Alberta* (2020).
- 496 Métis Nation-Saskatchewan. MN-S supports Saskatchewan Public Health Order issued April 30, 2020. *Métis Nation-Saskatchewan* (2020).
- 497 Métis Nation-Saskatchewan. Métis Nation – Saskatchewan calls for an immediate, coordinated emergency response to COVID-19 outbreak in north. *Métis Nation-Saskatchewan* (2020).
- 498 Wolf, L. J., Haddock, G., Manstead, A. S. R. & Maio, G. R. The importance of (shared) human values for containing the COVID-19 pandemic. *British Journal of Social Psychology* 59, 618-627 (2020).
- 499 Habersaat, K. B. *et al.* Ten considerations for effectively managing the COVID-19 transition. *Nature Human Behaviour* 4, 677-687 (2020).
- 500 Paquet, M. & Schertzer, R. COVID-19 as a Complex Intergovernmental Problem. *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne De Science Politique*, 1-5 (2020).
- 501 Schertzer, R. & Paquet, M. The lessons from recent crises are helping federal and provincial governments work together to respond to COVID-19, but also signal hurdles ahead. *Policy Options* (2020).
- 502 Migone, A. R. Trust, but customize: federalism's impact on the Canadian COVID-19 response. *Policy and Society* 39, 382-402 (2020).
- 503 Merkley, E. *et al.* A Rare Moment of Cross-Partisan Consensus: Elite and Public Response to the COVID-19 Pandemic in Canada. *Canadian Journal of Political Science*, 1-8 (2020).
- 504 Vinkers, C. H. *et al.* Stress resilience during the coronavirus pandemic. *Journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 35, 12-16 (2020).
- 505 Lewis, L. & Ehrenberg, N. Realising the true value of integrated care: Beyond COVID-19. *International Foundation for Integrated Care* (2020).
- 506 ProMED International Society for Infectious Diseases. ProMED - Mail. *ProMED International Society for Infectious Diseases* (2020).
- 507 Abedi, M. Coronavirus: 3 Canadian airports ramp up screening process for travellers. *Global News Health* (2020).
- 508 The Canadian Press. Timeline of COVID-19 cases across Canada. *CBC News Health* (2020).
- 509 Culbert, L. COVID-19's early days 'really scary' at Lynn Valley home, which is now virus-free. *Vancouver Sun Health* (2020).
- 510 Young, L. Canada has reported more than 100 cases of novel coronavirus disease. *Global News Health* (2020).
- 511 Bronca, T. COVID-19: A Canadian timeline. *Canadian Healthcare Network* (2020).
- 512 Cotnam, H. Federal public servants should work from home if possible: TBS. *CBC News Ottawa* (2020).
- 513 Thom, S. COVID-19 outbreak among foreign workers declared over at Bylands Nurseries. *Global News Health* (2020).
- 514 Agence de la santé publique du Canada. Communiqué du Conseil des médecins hygiénistes en chef : Le port de masques non médicaux (et autres couvre-visage) par le grand public. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 515 Casey, L. COVID-19 spreading among Toronto's homeless, with 30 cases reported. *CBC News Toronto* (2020).
- 516 Casey, L. COVID-19 outbreak surges among homeless in Toronto with 135 cases. *CTV News Toronto* (2020).
- 517 City of Toronto. Active COVID-19 Outbreaks in Toronto Shelters, May 8 2020. *City of Toronto* (2020).
- 518 Service correctionnel Canada. Isolement cellulaire complet au Centre fédéral de formation – unité à multi-niveaux. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 519 Service correctionnel Canada. Test de COVID-19 pour les détenus des établissements correctionnels fédéraux 15 juin 2020. *Gouvernement du Canada* (2020).
- 520 Kirkup, K. & Mcleod, M. Alarming coronavirus outbreak hits northern Saskatchewan. *The Globe and Mail Ontario* (2020).
- 521 Quenneville, G. 'We have an outbreak situation in La Loche,' top doc says. *CBC News Saskatoon* (2020).
- 522 Brown, S. & Quon, A. N.B. to allow outdoor activities, family 'bubbles' in relaxing COVID-19 restrictions. *Global News Health* (2020).
- 523 Anderson, D. Father of Cargill worker becomes 2nd person to die in massive outbreak linked to slaughterhouse. *CBC News Calgary* (2020).
- 524 Rieger, S. 3rd death linked to Canada's largest COVID-19 outbreak at Alberta slaughterhouse. *CBC News Calgary* (2020).
- 525 Saskatchewan Health Authority. Public Health Advisory – R.M. of Maple Creek No. 111. *Saskatchewan Health Authority* (2020).

