

INÉGAUX FACE À LA PANDÉMIE : DES ÉCARTS QUI PERSISTENT

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : ANALYSES SUR LES LIENS ENTRE LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE, LA TRANSMISSION DE LA COVID-19 ET LA MORTALITÉ ASSOCIÉE

Selon les données récentes, la pandémie actuelle affecterait plus certains groupes sociaux que d'autres. Des études menées à ce sujet révèlent que les populations vulnérables, notamment les personnes à faibles revenus, les personnes occupant des emplois précaires, les personnes vivant dans des secteurs défavorisés, sont davantage représentées parmi les cas et les décès liés à la COVID-19^{1,2}.

Au printemps 2020, [une publication](#) de la Direction de santé publique de Montréal sur les inégalités de santé à Montréal³ faisait ressortir des écarts. Les personnes atteintes de la COVID-19 étaient alors 2,5 fois plus nombreuses dans les secteurs très défavorisés que dans les secteurs très favorisés.

Les nouvelles analyses présentées dans ce feuillet montrent notamment que les écarts persistent, que la défavorisation est associée à une plus forte mortalité par COVID-19 et que certains territoires sont plus touchés par les décès.

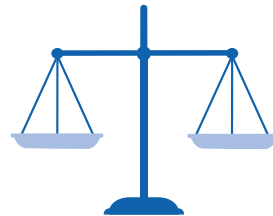
L'indice de défavorisation matérielle⁴

C'est une mesure qui permet d'analyser le contexte économique du milieu dans lequel des personnes vivent. Construit à partir du niveau de scolarité, du statut d'emploi et du revenu, l'indice de défavorisation matérielle reflète entre autres le manque de ressources matérielles (biens et commodités de la vie courante) chez des personnes qui résident dans un même territoire géographique donné.

Des écarts plus prononcés durant les périodes où la transmission est élevée

Dates de début et de fin des vagues

- Vague 1 : 23 février au 11 juillet 2020
- Accalmie été : 12 juillet au 22 août 2020
- Vague 2 : 23 août 2020 au 20 mars 2021
- Vague 3 : 21 mars au 17 juillet 2021



En excluant les milieux de vie fermés, le nombre de cas de la COVID-19 lors de la première vague, de la deuxième et de la troisième vague était plus élevé dans les secteurs très défavorisés de l'Île de Montréal que dans les secteurs très favorisés. On observe que les personnes vivant dans des secteurs très défavorisés ont été respectivement 2,75 fois (première vague) ; 2,24 fois (deuxième vague) et 2,07 fois (troisième vague) plus souvent atteintes de la COVID-19 que les personnes vivant dans des secteurs très favorisés (Figures 1, 2 et 3)

À l'été 2020 par contre, on observait une certaine accalmie avec un moins grand nombre de cas. On constate par ailleurs que le niveau de défavorisation du secteur avait peu d'impact sur le nombre de cas observés. Tel qu'illustré dans la Figure 4, le nombre de personnes atteintes de la COVID-19 durant l'été 2020 était relativement similaire selon le niveau de défavorisation du secteur.

Figure 1 : Nombre cumulé des cas de la COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 23 février au 11 juillet 2020

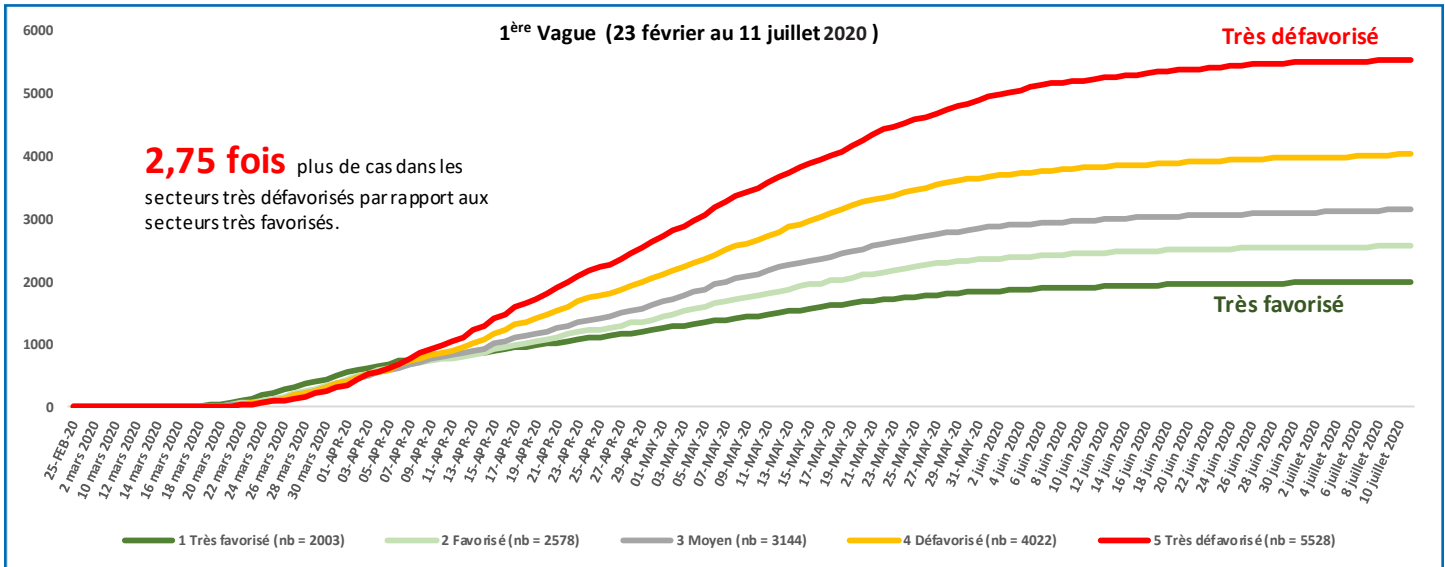


Figure 2 : Nombre cumulé des cas de la COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 23 août 2020 au 20 mars 2021

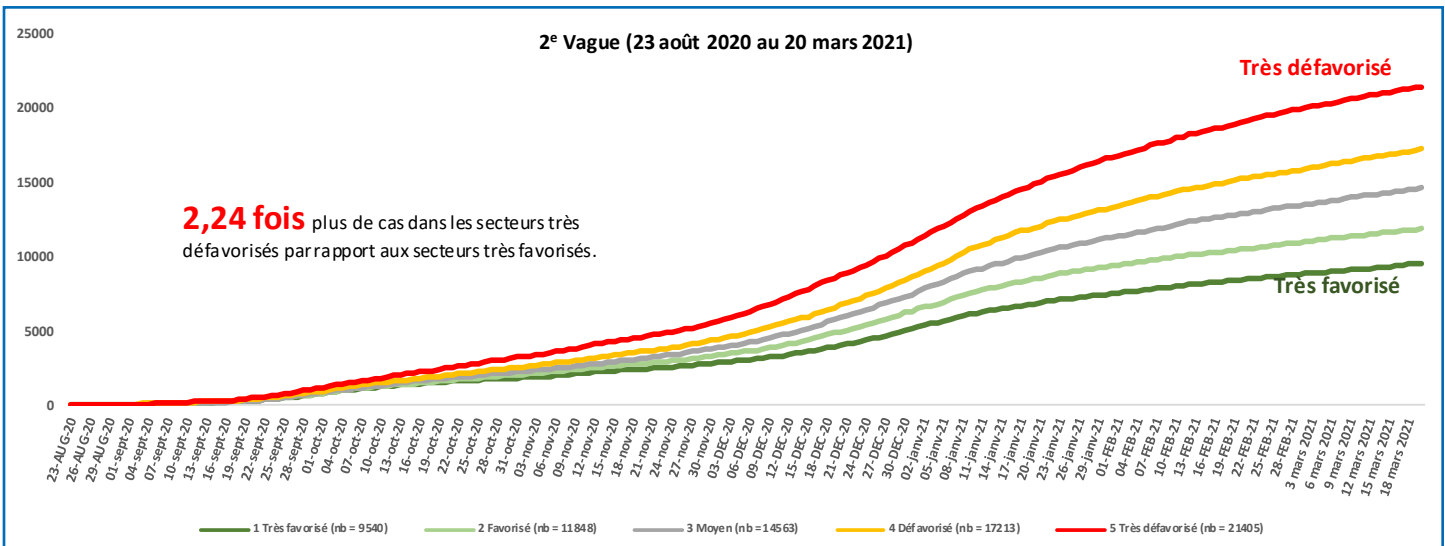


Figure 3 : Nombre cumulé des cas de la COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 21 mars au 17 juillet 2021

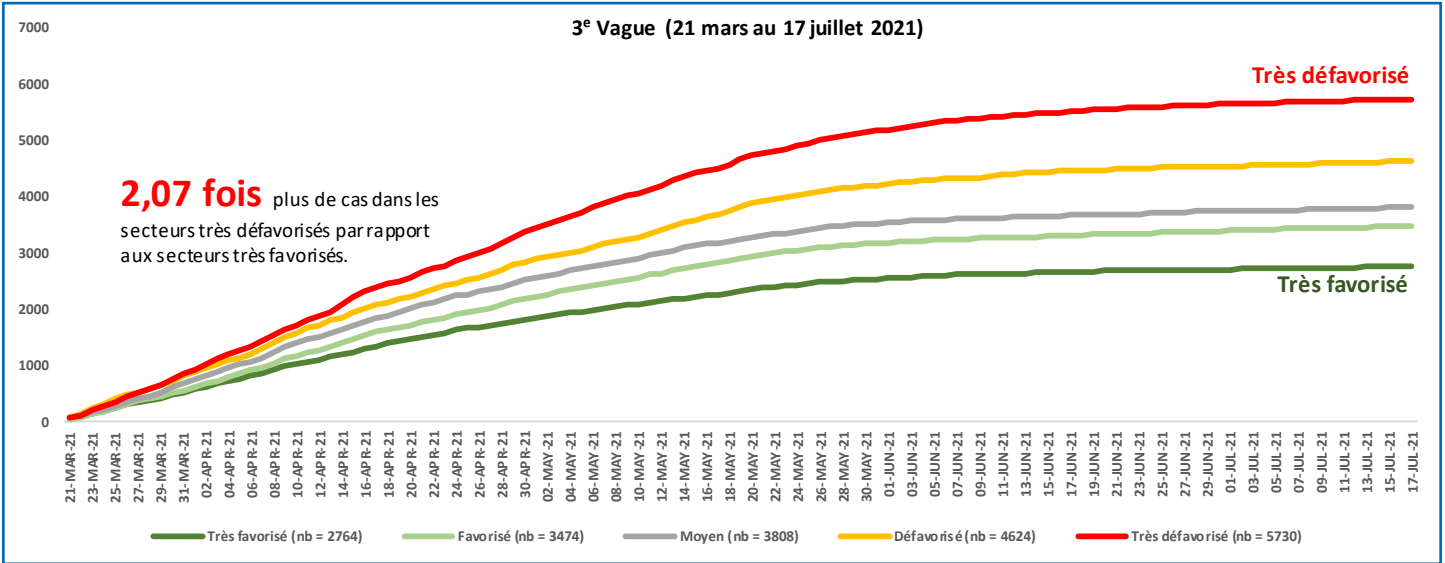
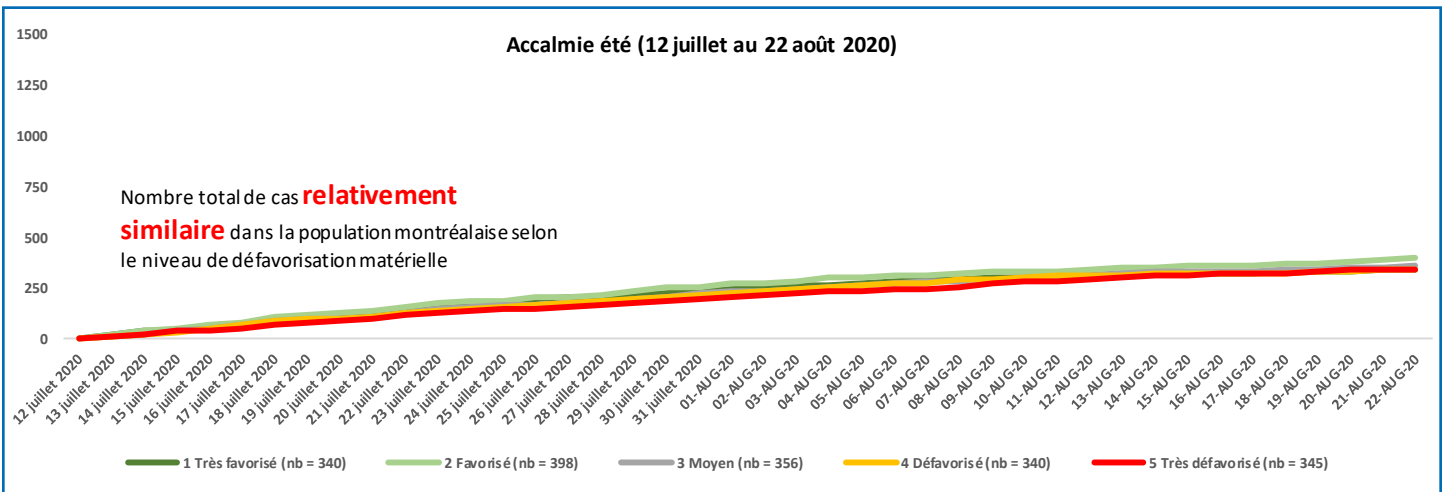


Figure 4 : Nombre cumulé des cas de la COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 12 juillet au 22 août 2020

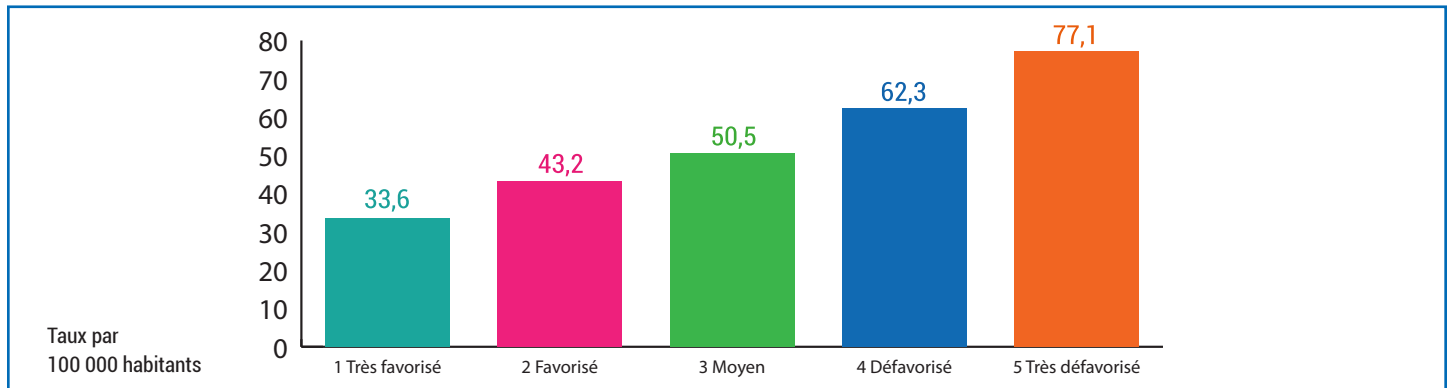


Plus de décès dans les secteurs très défavorisés

Les décès dus à la COVID-19 survenus à la première, à la deuxième, tout comme ceux de la troisième vague, étaient environ deux fois plus élevés chez les personnes qui habitent dans des secteurs très défavorisés que chez celles vivant dans les secteurs très favorisés (données non présentées).

On constate également, en date du 17 juillet 2021, que la défavorisation est associée à une plus forte mortalité due à la COVID-19 dans l'ensemble de la population excluant les milieux fermés (Figure 5).

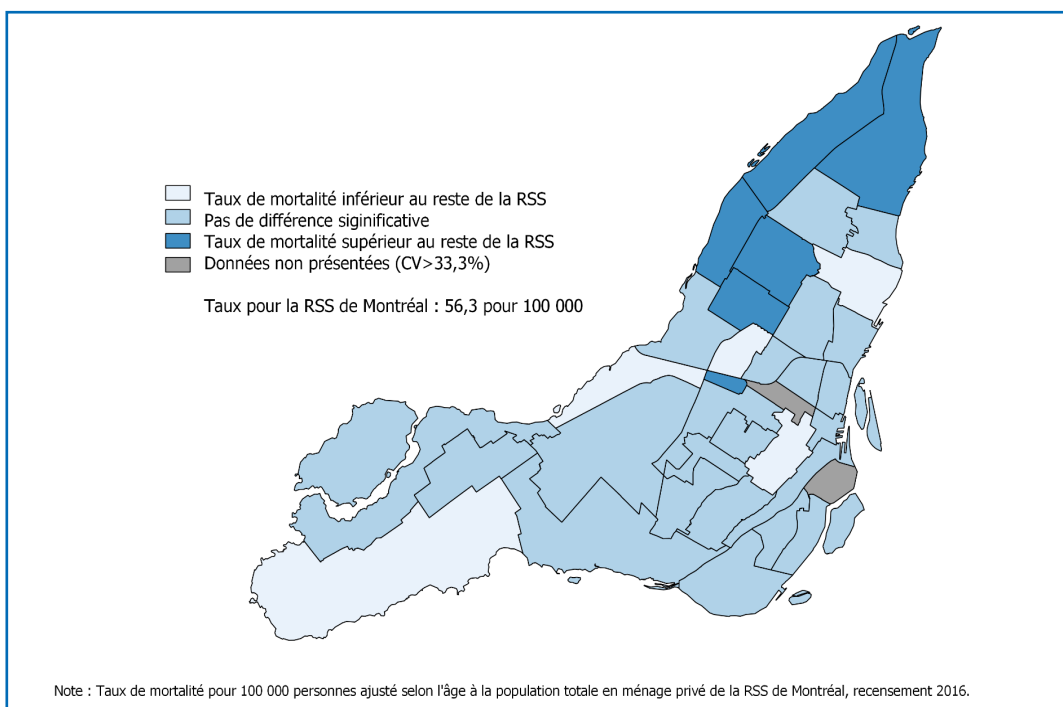
Figure 5 : Taux global de mortalité ajusté (par 100 000 personnes) lié à la COVID-19, selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 23 février 2020 au 17 juillet 2021 (excluant les milieux fermés)



Mortalité ajustée selon l'âge pour les territoires de CLSC de Montréal

Le taux de mortalité pour l'ensemble du territoire montréalais était de 56,3 pour 100 000 personnes en ménage privé. Certains territoires affichaient des taux de mortalité significativement plus élevés par rapport au reste de l'Île. Il s'agit des territoires de CLSC de Parc-Extension, de Montréal-Nord, de Saint-Michel, de Saint-Léonard, de Rivière-des-Prairies et de Pointe-aux-Trembles. Les territoires de Lac Saint-Louis, de Métro, de Bordeaux-Cartierville, de Villeray et Olivier-Guimond (Mercier-Ouest) présentaient quant à eux des taux significativement plus faibles (Figure 6). (Tableau des taux en annexe)

Figure 6 : Taux de mortalité liés à la COVID-19, CLSC de Montréal, 23 février 2020 au 17 juillet 2021 (excluant les milieux fermés)

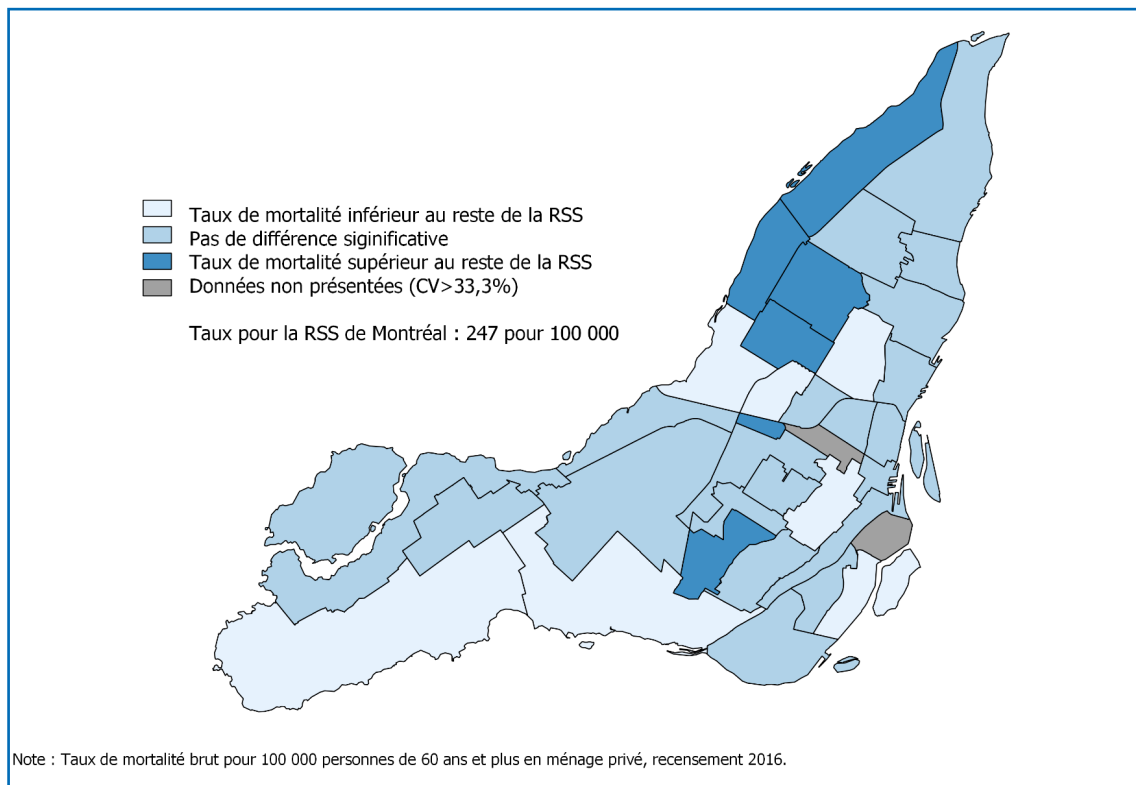


Mortalité chez les personnes âgées selon les territoires de CLSC de Montréal



La mortalité chez les personnes âgées de 60 ans et plus (excluant les milieux de vie fermés) affecte davantage certains territoires de l'Île de Montréal. En date du 17 juillet 2021, le taux de mortalité sur l'ensemble du territoire montréalais était de 247 pour 100 000 personnes chez les 60 ans et plus vivant en ménage privé. Comparativement à cela, les territoires de CLSC de Côte-Saint-Luc, Parc-Extension, de Montréal-Nord, de Saint-Michel, de Saint-Léonard et de Rivière-des-Prairies affichaient des taux de mortalité significativement plus élevés. À l'inverse, c'est dans les territoires de Lac Saint-Louis, de Lachine, de Métro, de Verdun, d'Ahuntsic, de Villeray et de Rosemont que l'on observait chez les personnes âgées de 60 ans et plus des taux de mortalité significativement plus faibles (Figure 7) (Tableau des taux en annexe)

Figure 7 : Taux de mortalité liés à la COVID-19, population de 60 ans et plus, CLSC de Montréal, 23 février 2020 au 17 juillet 2021 (excluant les milieux fermés)



Quelques constats qui ressortent

Quand on regarde au niveau territorial, il est intéressant de noter durant la deuxième et troisième vague un ratio moins important du nombre de personnes atteintes par la COVID-19 dans les secteurs très défavorisés vs très favorisés que durant la première vague. Une des hypothèses avancées pour expliquer l'impact plus faible de la défavorisation sur le nombre de cas durant la deuxième et troisième vague est le rehaussement des mesures de prévention et de protection notamment dans des secteurs d'emploi où le risque de transmission est élevé. Dans ces secteurs d'emploi, où les travailleurs ont été parmi les plus exposés au virus durant la première vague, des mesures de dépistage plus rapide durant la deuxième et troisième vague ont pu freiner la propagation du virus.

Des inégalités sociales qui persistent

Les inégalités sociales de santé, bien qu'elles soient évitables existent depuis longtemps⁵ et le contexte de crise sanitaire actuel permet de mettre en lumière leur existence. Les conditions de vie et de travail associées à la défavorisation matérielle³ font en sorte que les personnes vivant dans les secteurs très défavorisés sont plus exposées au virus de la COVID-19 et sont ainsi plus à risque d'être contaminées et de le transmettre ensuite. Par exemple, les emplois à risque élevé d'exposition en raison de la fréquence des contacts avec d'autres personnes, l'utilisation du transport en commun pour les déplacements peuvent créer des inégalités face à l'exposition au virus. Le manque d'accès à des logements abordables, salubres et de taille suffisante est une autre problématique qui affecte davantage les ménages à faible revenu. La hausse des coûts de logements, le manque de ressources financières pour honorer les dépenses de base et celles afférentes aux logements contraindraient plusieurs ménages à vivre dans des logements insalubres, des logements de taille insuffisante⁶ ; ce qui constitue un autre facteur qui peut créer des inégalités face à l'exposition au virus de la COVID-19.



Bien que l'on observe une diminution des écarts, il n'en demeure pas moins que des inégalités de santé persistent au fil du temps en lien avec les effets directs de la pandémie. Qu'il s'agisse des personnes atteintes de la COVID-19 ou de celles qui en sont décédées, il ressort que les personnes qui vivent dans des secteurs très défavorisés sont plus de deux fois plus touchées que celles vivant dans des secteurs très favorisés.

Pistes d'actions

La pandémie de la COVID-19 est une occasion de constater l'importance (et les bienfaits potentiels) de certaines mesures qui ont déjà été recommandées et qui interpellent divers milieux et acteurs, afin de réduire les écarts de santé.

À cet effet, la Direction régionale de santé publique de Montréal⁷ recommande de :

- Améliorer les conditions salariales des plus pauvres : faciliter une redistribution plus équitable des revenus (prestataires d'aide sociale, aide financière de dernier recours, incitatifs de retour à l'emploi).
- Favoriser l'accès à des logements abordables et de qualité : financer la construction de nouveaux logements sociaux et communautaires, élargir les critères d'admissibilité aux ménages de différents paliers de revenus⁸, mais également *assurer la rigueur et l'efficacité des mécanismes de fixation des prix du logement*⁷.
- Développer d'avantage le transport collectif : rehausser le financement du réseau du transport collectif notamment dans les secteurs moins nantis et permettre une meilleure accessibilité économique.



Continuer les efforts qui visent à lutter contre la propagation de la COVID-19 en termes d'interventions plus directes, se veut toujours nécessaires :

- Poursuivre les actions qui permettent de freiner la transmission du virus (ex : messages de sensibilisation, rehaussement des mesures sanitaires dans les secteurs d'emplois à risque élevé de transmission et des mesures qui facilitent l'accès au dépistage, aux cliniques mobiles de vaccination).
- Adapter les messages de santé publique aux différents groupes de population (ex : tenir compte de l'avis des populations plus touchées sur le niveau de compréhension des messages, les canaux de communications à prioriser). Les messages doivent tenir compte du « *risque, du contexte, des perceptions, des attentes et de l'intérêt des publics cibles* »⁹
- Améliorer les conditions d'emploi : mettre des mesures en place afin de limiter la mobilité des travailleurs d'agence, pour qu'ils soient le plus souvent affectés à une même entreprise, un même poste et travaillent avec des équipes stables¹⁰.
- Soutenir et favoriser la concertation des organismes communautaires offrant de l'aide aux personnes plus vulnérables et des services de première nécessité (ex : aide alimentaire, soins à domicile et services en santé mentale).¹¹



Trouver un équilibre entre des mesures qui concernent l'ensemble de la population et celles qui touchent spécifiquement les populations défavorisées, sans pour autant qu'elles soient stigmatisées, demeure un défi¹². Toutefois, le renforcement et le maintien d'un filet de protection sociale et de santé restent indispensables et constituent un incontournable pour réduire les inégalités sociales de santé¹³. En ce sens, il importe non pas uniquement dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, mais à plus long terme, d'améliorer l'accès à la fois à des services publics de qualité mais aussi à l'ensemble des biens essentiels pour les populations qui ont des conditions de vie moins favorables.

Références

- ¹ Adrien, A., Markon, M., et Springmann, V. (2020). Populations racisées. Direction régionale de santé publique de Montréal. Consulté à : <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/point-sante/populations-racisees/Populations-Racisees-Covid-19.pdf>
- ² City of Toronto. Covid-19 : Status of Cases in Toronto. Ethno-racial Groups, Income, & COVID-19 Infection. Consulté à : <https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-latest-city-of-toronto-news/covid-19-status-of-cases-in-toronto/>
- ³ Markon, M., Springmann, V., et Lemieux, V. (2020). Inégaux face à la pandémie. Direction régionale de santé publique de Montréal. Consulté à <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/point-sante/inegalites-montreal/Inegaux-Pandemie-Population-FR.pdf>
- ⁴ Institut national de santé publique du Québec Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016. [En ligne] [<https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>]
- ⁵ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2013). Suivre les inégalités sociales de santé au Québec. Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec. Consulté à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1698_StratIndicSurvISSQc.pdf
- ⁶ Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2015). Pour des logements salubres et abordables. Rapport du directeur de santé publique de Montréal. Consulté à https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rap_Logements_2015_FR.pdf
- ⁷ Direction de santé publique de Montréal. (2012). Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Consulté à https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rapport_ISS-2011.pdf
- ⁸ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021). Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19 : des stratégies pour des logements abordables et de qualité. Synthèse rapide des connaissances. Consulté à <https://www.inspq.qc.ca/publications/3152-logement-inegalites-sociales-strategies-covid-19>
- ⁹ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La communication des risques à la santé – Outil d'accompagnement au document la gestion des risques en santé publique : cadre de référence. Auteurs : Valérie Cortin, Lise Laplante, Marc Dionne. Montréal : INSPQ, 2018. 33p. Consulté à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2406_communication_risques_sante.pdf
- ¹⁰ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). Agences de placement du personnel : mesures de prévention de la COVID-19 en milieu de travail. Consulté à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2998-agences-placement-covid19.pdf>
- ¹¹ Pierre Tircher et Nicolas Zorn (2020), « Inégaux face au coronavirus : constats et recommandations », Montréal, Observatoire québécois des inégalités. Consulté à <https://missioninclusion.ca/wp-content/uploads/2020/03/OQI-Ine%CC%81gaux-face-au-coronavirus.pdf>
- ¹² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2014). Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé. Consulté à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822_Avenues_Politiques_Reduire_ISS.pdf
- ¹³ Carde, E. (2020). COVID-19 Analyses. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. Consulté à https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/09/COVID-19-Analyse_ECarde.pdf

Rédaction : Mady Ouédraogo

Avec la collaboration de : Véronique Nadeau-Grenier, Maude Landry, Pana Magnoudewa Priscille, Maude Landreville, Valérie Lemieux, Maxime Roy et Marlène Ginard

Analyse et traitement des données : James Massie, Mady Ouédraogo

Cartographie : James Massie

Graphisme : Annick Bonin

Conseillère en communication : Véronique Maléfant

Direction régionale de santé publique de Montréal

Secteur de CLSC	Taux de mortalité		Taux de mortalité chez les 60 ans et plus		Population de 60 ans et plus	
	Taux ajusté	Sign	Taux brut	Sign	Nombre	%
Lac St-Louis	33,9	(-)	147	(-)	19 750	25,3
Pierrefonds	56,2		223		17 970	20,7
Dollard-des-Ormeaux	57,7		232		12 050	25,0
Lachine	39,2		157	(-)	13 375	21,9
Lasalle	64,7		302		18 240	24,3
Côte-Saint-Luc	64,7		336	(+)	13 975	28,6
NDG - Montréal-Ouest	44,8		206		14 595	20,5
Parc-Extension	88,5	(+)	422	(+)	5 685	20,3
Mont-Royal	41,7		194		9 805	21,7
Snowdon	46,6		175		5 725	16,4
Côte-des-Neiges	57,9		294		8 495	17,1
Métro	29,9	(-)	142	(-)	13 375	22,2
St-Henri	45,6		198		5 565	14,7
St-Paul	70,8		328		6 400	21,3
Verdun	44,2		163	(-)	14 150	21,0
Pointe-Saint-Charles	n.p.		n.p.		2 300	15,8
St-Louis-du-Parc	n.p.		n.p.		5 455	14,0
Plateau-Mont-Royal	52,0		171		7 030	13,3
Montréal - Centre-Sud	39,9		147		6 110	16,1
Montréal - Centre-Ville	73,1		349		2 865	23,5
Bordeaux-Cartierville	38,2	(-)	200		12 510	22,7
St-Laurent	49,4		247		17 830	19,2
Ahuntsic	41,5		162	(-)	17 885	22,9
Montréal-Nord	92,1	(+)	407	(+)	18 695	22,9
Villeray	29,8	(-)	135	(-)	9 635	15,9
Petite Patrie	48,3		181		6 645	14,0
St-Michel	83,7	(+)	373	(+)	10 190	18,2
St-Léonard	88,6	(+)	465	(+)	18 270	23,7
Rivière-des-Prairies	85,2	(+)	376	(+)	13 015	23,0
Anjou	63,9		302		11 605	27,8
Pointe-aux-Trembles	79,5	(+)	248		12 075	23,6
Mercier-Est	65,8		249		9 630	22,1
Rosemont	41,4		168	(-)	17 815	21,2
Olivier-Guimond (Mercier-Ouest)	33,4	(-)	168		10 740	25,7
Hochelaga-Maisonneuve	66,7		259		7 350	15,0
RSS de Montréal	56,3		247		396 850	20,9

Taux de mortalité pour 100 000 personnes en ménage privé

- Taux de mortalité inférieur au reste de la RSS
- Pas de différence significative
- Taux de mortalité supérieur au reste de la RSS
- Données non présentées (CV>33.3%)