

# Communautés en bonne santé : un rôle pour **chacun**

L'état de santé  
des Manitobains **2022**

Rapport du  
médecin hygiéniste en chef  
du Manitoba





**MADAME AUDREY GORDON**

Ministre de la Santé  
Palais législatif, bureau 302  
Winnipeg (Manitoba) R3C 0V8

**Madame la Ministre,**

Conformément aux exigences de la Loi sur la santé publique, j'ai l'honneur et le privilège de vous présenter le rapport du médecin hygiéniste en chef du Manitoba sur l'état de santé des Manitobains 2022 : Communautés en bonne santé : un rôle pour chacun.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mon profond respect.

**Docteur Brent Roussin**  
**Médecin hygiéniste en chef**

# Contenu

---

Message du médecin hygiéniste en chef du Manitoba .....	2
Messages de reconnaissance .....	3
Sommaire.....	5
Vérité et réconciliation.....	6
Terminologie .....	7
<b>CHAPITRE 1 :</b>	
Santé publique : Au-delà du traitement des maladies .....	9
<b>CHAPITRE 2 :</b>	
Aperçu de l'état de santé .....	15
<b>CHAPITRE 3 :</b>	
Mesurer la santé de la population au Manitoba .....	23
<b>CHAPITRE 4 :</b>	
La COVID-19 au Manitoba.....	51
<b>Références.....</b>	<b>72</b>



# Message du médecin hygiéniste en chef du Manitoba

---

La COVID-19 a bouleversé toutes nos vies, et a amené un grand nombre d'entre nous à reconsidérer ce que signifie être en bonne santé. Bien que la santé ait une signification différente selon les personnes, nous convenons généralement qu'elle comprend des composantes physiques, mentales, sociales, émotionnelles et spirituelles.

La plupart des Manitobains jouissent d'une très bonne santé, mais malheureusement, selon une répartition inégale dans notre province. Nous savons que les personnes racisées au Manitoba et les personnes à faible revenu affichent de moins bons résultats en matière de santé que autres Manitobains.

Prenons par exemple le SRAS CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19. Ce nouveau virus a été introduit dans un monde où pratiquement personne n'était immunisé, ce qui signifie que tout le monde présentant un risque d'infection. Si la population au complet était également sensible, nous avons cependant constaté que certains groupes étaient inégalement atteints par la maladie dans de nombreuses provinces, y compris la nôtre.

Nous pouvons également examiner l'ample propagation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et les taux élevés d'usage de substances dans notre province, lesquelles affections touchent encore une fois de manière disproportionnée les populations marginalisées.

Pour remédier à l'inégalité de ces résultats en matière de santé, nous devons continuer de mesurer les disparités et d'en rendre compte, et nous efforcer de traiter leurs causes profondes, en particulier les problèmes structurels inéquitables qui nuisent à la santé, comme la pauvreté, le racisme, la stigmatisation, les traumatismes historiques et l'accès aux soins.

Pendant la pandémie de COVID-19, la santé publique a joué un rôle de soutien auprès des partenaires inuits et des Premières Nations qui ont mis en place une intervention de santé publique autonome et éclairée, et dirigée par les Autochtones. Cette approche dirigée par la communauté offre un cadre pour les futurs travaux sur d'autres enjeux de santé susceptibles d'améliorer les résultats en matière de santé et d'apporter des changements à long terme.

Le présent rapport met en lumière les écarts d'état de santé entre différentes populations dans l'ensemble de notre province. J'espère que la mise en lumière de ces inégalités de santé et des facteurs structurels qui les sous-tendent incitera les Manitobains à examiner leur propre rôle pour faire du Manitoba un endroit plus sain pour tous.

*« Comme la COVID-19 nous l'a montré une fois de plus, nous sommes vraiment tous dans le même bateau. »*

# Reconnaissance territoriale

Je tiens à reconnaître le territoire sur lequel le présent rapport a été élaboré. Les frontières du Manitoba comprennent les territoires visés par un traité et les terres ancestrales des peuples Anishinaabeg, Anishinewuk, Dakota Oyate, Densuline et Nehethowuk. Les terres du Manitoba sont visées par sept traités numérotés signés entre le Canada et les Premières Nations (1, 2, 3, 4, 5, 6, 10), bien que cinq Premières Nations du Manitoba ne soient signataires d'aucun traité (Birdtail Sioux, Sioux Valley, Canupawakpa, Dakota Tipi et Dakota Plains)[1]. Je reconnais également que le Manitoba est situé sur la terre natale des Métis de la rivière Rouge et que la région du Nord comprend les terres ancestrales des Inuits. Le Manitoba demeure le foyer d'une diversité de cultures autochtones et nous sommes déterminés à travailler en partenariat avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis de la rivière Rouge dans un esprit de vérité, de réconciliation et de collaboration.



## AUTRES MESSAGES DE RECONNAISSANCE

À titre de médecin hygiéniste en chef du Manitoba, je reconnais que les pratiques racistes et coloniales, passées et actuelles, ont nui à la santé et au bien-être des peuples racisés et des peuples autochtones, et je m'engage à faire progresser, en collaboration avec les dirigeants communautaires et autochtones, la guérison et la réconciliation.

Le présent rapport décrit les écarts de santé entre différents groupes au Manitoba ainsi que les pratiques et conditions inéquitables qui ont conduit à de tels écarts. J'espère qu'une meilleure compréhension des déterminants de la santé, y compris de l'héritage du colonialisme au Canada, favorisera une plus grande équité en matière de santé dans notre province.

## DONNÉES

Le report de près de deux ans du présent rapport, en conséquence de la pandémie de COVID-19, a entraîné de nombreuses difficultés, dont, dans certains cas, la communication de données plus anciennes. Les données ont été mises à jour dans la mesure du possible; cependant, les contraintes de temps, le calendrier des cycles de données pour certains rapports, comme le recensement, et les retards de certains rapports attribuables à l'affectation de ressources à la production de rapports sur la COVID-19, ont eu pour conséquence que certaines données présentées sont moins récentes.

La détermination et la mesure des inégalités de santé au Manitoba jettent les bases de la création d'objectifs et de la prise de mesures pour combler les écarts dans les résultats en matière de santé auxquels sont confrontées différentes populations. Pour de nombreux indicateurs présentés, les données ne sont pas disponibles selon la race, l'ethnicité et l'identité autochtone, dans la mesure où de telles données ne font pas l'objet d'une collecte régulière. Pour décrire



les écarts de santé entre les membres des Premières Nations et les non-membres des Premières Nations au Manitoba, le présent rapport s'appuie largement sur les données du rapport intitulé *The Health Status of and Access to Healthcare by Registered First Nation Peoples in Manitoba* produit en partenariat par le First Nations Health and Social Secretariat et le Manitoba Centre for Health Policy.

Pendant la pandémie de COVID-19, le Manitoba a commencé à recueillir de l'information sur la race, l'ethnicité et l'identité autochtone, ce qui a permis d'approfondir l'analyse de l'incidence de la COVID-19 sur différents groupes. De plus, le First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba et la province du Manitoba ont signé une entente de partage d'information le 28 avril 2020. Cette entente sans précédent établit la norme des futures ententes, qui respecte les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP®) et la souveraineté des données des Premières Nations.

Ce rapport n'aurait pas pu être produit sans les contributions de nombreuses personnes et organisations. Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont donné de leur temps et ont offert leur expertise et leurs points de vue pour soutenir nos efforts visant à décrire et à améliorer la santé des Manitobains.

Beaucoup de personnes et de nombreux ministères et organismes du gouvernement dans l'ensemble du Manitoba ont fourni des données et des rétroactions. Si toutes les contributions ne peuvent pas être incluses, les commentaires reçus ont cependant joué un rôle crucial dans l'élaboration du présent rapport final.

**En particulier, le Bureau du médecin hygiéniste en chef du Manitoba tient à remercier (par ordre alphabétique) les organisations suivantes :**

- Assembly Manitoba Chiefs
  - First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba
  - Équipe de coordination des interventions en cas de pandémie
- Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits – Manitoba
- Finances Manitoba
  - Division des communications et de la mobilisation
- Santé Manitoba
  - Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
  - Section d'épidémiologie et de surveillance
  - Direction de l'analytique et de la gestion de l'information
- Manitoba Keewatinowi Okimakanak/Keewatinohk Inniniw Minoayawin
- Santé mentale et Mieux-être de la communauté
  - Service de la promotion de la santé et du mieux-être
  - Direction de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances

Enfin, le présent rapport a pu être produit grâce au leadership de l'équipe de rédaction qui a surmonté de nombreux obstacles, dont une pandémie mondiale, pendant l'élaboration du rapport.

# Sommaire

---

La pandémie de COVID-19 a retardé de près de deux ans la publication du présent rapport. Pendant cette période, nous avons eu l'occasion d'observer directement les effets des inégalités de santé dans notre province. Lorsque le SRAS CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19, a été détecté pour la première fois chez les humains, nous étions tous également sensibles au virus; pourtant tous les groupes n'ont pas été atteints au même niveau. Le présent rapport montre comment cette tendance peut être observée dans de nombreux autres résultats en matière de santé.

Il est important de réfléchir à l'idée que les disparités de santé ne sont pas dues au hasard, à de mauvais choix de vie, à la génétique ou à toute autre prédisposition inhérente à de mauvais résultats en matière de santé. Le rapport vise notamment à mettre l'accent sur le rôle des déterminants sociaux (comme le revenu, le racisme et le colonialisme) sur la santé des Manitobains.

La mesure des écarts d'état de santé dans notre province est nécessaire pour orienter les actions visant à améliorer la santé de tous les Manitobains. Une société plus équitable et l'amélioration de l'accès à l'éducation, à la justice, à l'emploi, au logement, à la richesse et à d'autres déterminants sociaux et structurels de la santé profitent à tous.

*« Il est important de réfléchir à l'idée que les disparités de santé ne sont pas dues au hasard, à de mauvais choix de vie, à la génétique ou à toute autre prédisposition inhérente à de mauvais résultats en matière de santé. »*

Chaque Manitobain a un rôle à jouer pour améliorer la santé de notre population. Cependant, les Manitobains qui détiennent les pouvoirs et le privilège de prendre des décisions et d'établir des orientations stratégiques ont la responsabilité particulière de remettre en question et de transformer les politiques publiques, les pratiques institutionnelles et les perspectives culturelles qui entretiennent ces disparités. En tant que praticiens de la santé publique, nous reconnaissons que pour faire progresser l'équité en matière de santé, nous devons continuer de mesurer et d'étudier les disparités de santé, d'établir des objectifs mesurables et réalisables et de collaborer avec les dirigeants communautaires. Nous devons également intégrer dans nos travaux des solutions fondées sur des données probantes, comme la sécurité culturelle, la décolonisation et la lutte contre le racisme.

Après avoir fait le point sur l'état de santé général, le présent rapport décrit la pandémie de COVID-19 au Manitoba entre mars 2020 et mars 2022 et conclut en examinant de près ses effets inégaux selon la race, l'ethnicité et l'identité autochtone.

# Vérité et réconciliation

Les gouvernements ont été invités à répondre à l'appel à l'action no 18 de la Commission de vérité et réconciliation du Canada

*« reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international, le droit constitutionnel de même que par les traités<sup>[2]</sup>. »*

La Commission de vérité et réconciliation (CVR) a été créée en 2008 pour témoigner des répercussions des pensionnats autochtones et faciliter la réconciliation entre les anciens élèves et leurs familles, leurs communautés, les gouvernements et tous les Canadiens. Les pensionnats autochtones font partie de l'histoire commune du Canada, laquelle n'a généralement pas été reconnue par les non-Autochtones avant les travaux de la CVR. La relation du Canada avec les Autochtones a souffert des effets profonds des pensionnats<sup>[3]</sup>.

Chacun de nous a un rôle à jouer dans la réconciliation. Le chef Robert Joseph, qui a admis comme témoin honoraire de la CVR, suggère que « la définition la plus importante de la réconciliation est celle qui s'applique à la propre expérience de vie d'une personne » en réponse à la question

*« qu'est-ce qui dans votre vie a besoin de réconciliation? »*



La réconciliation peut revêtir des significations différentes selon les personnes. Selon le chef Joseph, « ce qui est important est que nous réfléchissions à la question aujourd'hui et, qu'à l'endroit où nous nous trouvons, nous nous efforçons de créer la réconciliation avec les résultats que nous souhaitons en tant qu'êtres humains : une société aimante, bienveillante et juste »<sup>[4]</sup>.

Pour la CVR, la réconciliation consiste à « établir et maintenir une relation de respect réciproque entre les peuples autochtones et les peuples non autochtones dans ce pays. Pour y arriver, il faut prendre conscience du passé, reconnaître les torts qui ont été causés, expier les causes et agir pour changer les comportements. »<sup>[5]</sup> La réconciliation n'est pas une destination ou une tâche qui peut être achevée et cochée dans une liste. La réconciliation nécessitera des efforts et des actions continus au fil du temps.

Le parcours de réconciliation entrepris par les Canadiens implique des changements fondamentaux intégrés à tous les aspects de notre société, y compris dans nos églises, nos établissements d'enseignement, tous les ordres de gouvernement et l'ensemble des secteurs. Grâce à ces changements, des attitudes de respect réciproque sont cultivées dans tout le pays.

**Il existe de nombreux moyens pour les personnes de tous les âges de participer à la réconciliation, notamment :**

- Participer à des événements communautaires locaux à l'occasion de la Journée nationale de la vérité et de la réconciliation (30 septembre) et à des événements culturels autochtones locaux ouverts au public tout au long de l'année
- Lire des ouvrages autochtones et regarder des films de cinéastes autochtones
- En apprendre davantage sur les arts et les artistes autochtones

**RESSOURCES POUR APPROFONDIR SES CONNAISSANCES :**

- [La réconciliation : qu'est-ce que cela signifie?](#)  
Une courte vidéo d'une discussion de groupe avec des dirigeants autochtones et des experts des intérêts autochtones organisée par Santé Canada en 2018.
- [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#)  
Les 94 appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation.
- [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir :](#)  
Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada
- [Ce que nous avons retenu :](#)  
Les principes de la vérité et de la réconciliation
- [Where are the Children Buried?](#)  
(Où les enfants sont-ils inhumés?)  
Ce rapport a pour but d'identifier les lieux d'inhumation des élèves des pensionnats autochtones. Les graphiques et les illustrations qui accompagnent le rapport peuvent [être consultés ici](#).

**TERMINOLOGIE**

Tout au long du présent rapport, nous utiliserons principalement les termes « personnes racisées » pour décrire les races et les ethnies historiquement marginalisées et « Autochtones » pour décrire les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Toutefois, il est important de reconnaître que ces termes désignent des peuples distincts qui possèdent des cultures différentes entre eux et en leur sein, comme une diversité d'histoires, de géographies, de coutumes, de traditions et de langues. Lorsque l'information présentée concerne un groupe particulier, nous nous efforcerons d'être aussi précis que possible, en reconnaissance de la diversité et par respect pour cette diversité au sein de notre province et de notre pays.



Chapitre

# 1



## **SANTÉ PUBLIQUE :**

Au-delà du traitement  
des maladies

# La santé publique

*La santé publique se définit comme les efforts organisés pour maintenir les gens en bonne santé et prévenir les blessures, les maladies et les décès précoces. La santé publique consiste en une combinaison de programmes, de services et de politiques qui favorisent et protègent la santé des personnes et des communautés dans lesquelles nous vivons, nous apprenons, nous travaillons et nous nous divertissons<sup>[6]</sup>.*

## Soutenir la santé de la population

Depuis le début des années 1900, la durée de vie moyenne des Canadiens a augmenté de plus de 30 ans<sup>[7]</sup>. Sur les années d'espérance de vie supplémentaires, 25 années sont attribuables aux progrès de la santé publique<sup>[7]</sup>. Diverses réalisations en santé publique ont abouti à cet allongement de l'espérance de vie, notamment la lutte contre les maladies infectieuses, le recul des décès causés par les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, l'amélioration de la santé des mères et des enfants, la sécurité au travail, la vaccination, la sécurité automobile, la reconnaissance du tabac comme un danger pour la santé et la salubrité des aliments<sup>[7]</sup>.

La santé publique adopte une approche axée sur la santé de la population pour améliorer la santé d'une population, d'un groupe ou d'une communauté dans son ensemble. L'approche axée sur la santé de la population examine les raisons pour lesquelles certaines communautés sont en meilleure santé que d'autres et utilise cette information pour prendre des mesures. Les mesures comprennent l'élaboration de programmes et de politiques visant à améliorer la santé et le bien-être des populations concernées<sup>[8]</sup>. Pour soutenir la santé des populations, certains

*Les principaux rôles de la santé publique sont*

LA PROMOTION  
DE LA SANTÉ

LA PRÉVENTION DES  
MALADIES ET DES BLESSURES

LA PRÉPARATION AUX  
SITUATIONS D'URGENCE

L'ÉVALUATION ET  
LA SURVEILLANCE DE  
LA SANTÉ DE LA POPULATION

PROTECTION DE LA  
SANTÉ DE LA POPULATION  
DANS SON ENSEMBLE

travaux de santé publique offrent un soutien direct aux personnes dans leur communauté, comme les cliniques de vaccination contre la grippe gratuite, le soutien à l'allaitement pour les parents, la défense des causes axée sur le client (p. ex. avantages financiers ou logement), l'éducation sur le tabagisme et le vapotage pour les jeunes dans les écoles et les programmes de prévention des blessures pour les aînés. À un niveau plus général, certains exemples de travaux de santé publique comprennent le soutien de l'accès à l'eau potable, l'analyse de l'épidémiologie de différentes maladies et affections et la gestion des éclosions de maladies.

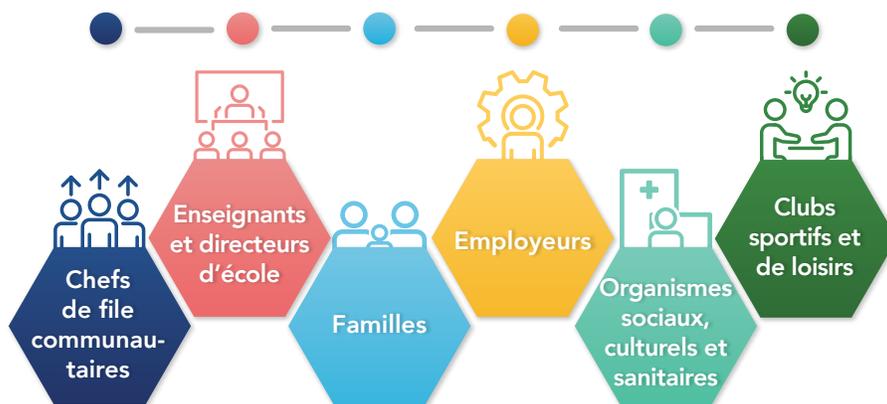
*La santé publique est une branche de la médecine qui vise à empêcher les gens de tomber malades ou de se blesser en premier lieu. La santé publique s'occupe également de la santé des populations ou des groupes<sup>[9]</sup>.*

Quand on pense aux soins de santé, on peut penser aux médecins et au personnel infirmier qui traitent les personnes malades. La santé publique comprend un large éventail de professionnels de la santé, notamment des médecins spécialisés en santé communautaire, du personnel infirmier, des inspecteurs en santé publique, des épidémiologistes, des agents en hygiène de l'environnement, des chercheurs de laboratoire, des analystes des politiques, des diététistes, des promoteurs de la santé, des agents de lutte contre le tabagisme et des spécialistes en santé mentale et en toxicomanie.

### CHACUN DE NOUS A UN RÔLE À JOUER DANS LA SANTÉ PUBLIQUE

Les professionnels de la santé ne sont pas les seuls à être impliqués dans la santé publique. Les dirigeants communautaires, les enseignants, les directeurs d'établissement d'enseignement, les familles, les employeurs, les organismes sociaux, culturels et de santé et les clubs sportifs et récréatifs contribuent tous à la santé publique au Canada<sup>[10]</sup>. Les actions de

tous les Manitobains contribuent à la santé globale de nos communautés. Cette implication de tous est devenue évidente pendant la pandémie de COVID-19. Les Manitobains ont agi ensemble pour réduire la propagation de la COVID-19 en restant à la maison le plus possible (surtout lorsqu'ils étaient malades), en portant un masque en public et en respectant l'éloignement physique et une bonne hygiène des mains.





## ÉPIDÉMIOLOGIE

L'épidémiologie est une science fondamentale de la santé publique. Il s'agit de l'étude de l'introduction de maladies et de leur propagation dans une population. L'épidémiologie joue un rôle essentiel dans la compréhension de la santé de notre province et des différences de santé entre des populations distinctes<sup>[11]</sup>. Les épidémiologistes interprètent les analyses pour contribuer à l'édification d'une base de données probantes pour éclairer les politiques de santé publique, la promotion de la santé et les interventions.

## LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

Au Canada, le terme « santé publique » est parfois confondu avec notre système de soins de santé financé par l'État. Les soins de santé financés par l'État signifient que notre système de soins de santé global

(c.-à-d. les hôpitaux et les cliniques) est financé par l'argent des contribuables<sup>[8]</sup>. La santé publique est un volet important de notre système financé par l'État, qui s'efforce de prévenir les maladies et de maintenir les gens en dehors des hôpitaux.

L'Agence de la santé publique du Canada, créée en 2004, fait partie du portefeuille fédéral de la santé. Ses activités visent à prévenir les maladies chroniques et les blessures, à répondre aux menaces à la santé publique, à promouvoir une bonne santé physique et mentale et à fournir de l'information pour éclairer la prise de décisions<sup>[12]</sup>. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont responsables de différents aspects de la santé publique. Ils travaillent en collaboration par l'entremise du Réseau pancanadien de santé publique afin d'améliorer la santé publique au Canada et se rencontrent régulièrement pour échanger des connaissances et de l'information sur les pratiques exemplaires et élaborer et mettre en œuvre des approches efficaces et collaboratives<sup>[10]</sup>.

*Les médecins hygiénistes en chef dans l'ensemble du Canada sont responsables de protéger et de promouvoir la santé du public et de prévenir les maladies et les blessures dans leur province ou territoire.*

Ils collaborent au sein du Conseil des médecins hygiénistes en chef. Ce forum pancanadien favorise l'excellence dans les pratiques de la santé de la population et de la santé publique grâce à la communication, à la collaboration et à l'échange d'idées, de connaissances, d'expériences et de pratiques exemplaires. Cette collaboration permet aux médecins hygiénistes en chef de faire progresser les pratiques de la santé publique partout au Canada, dans le respect des compétences de chaque gouvernement. Le conseil peut fournir des directives, des conseils et des recommandations sur des questions techniques liées aux travaux du Réseau de santé publique, au besoin<sup>[13]</sup>.

## LA SANTÉ PUBLIQUE AU MANITOBA

La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Manitoba assure un leadership clinique en santé publique et des activités d'élaboration de politiques, de planification, de financement, de surveillance et de coordination aux fins d'une approche intégrée en matière de programmes et de services de santé publique dans l'ensemble du Manitoba. La Direction générale collabore étroitement avec d'autres secteurs au sein du Ministère et d'autres ministères provinciaux, ainsi qu'avec les sept organismes de prestation de services du secteur de la santé, dont les cinq offices régionaux de la santé, l'organisme responsable du cancer Action cancer Manitoba et l'organisme provincial Soins communs, pour harmoniser et intégrer les initiatives à l'échelle du gouvernement.

Le Manitoba dispose d'une Loi sur la santé publique depuis 1965; toutefois, l'actuelle Loi sur la santé publique est entrée en vigueur le 1er avril 2009. La Loi offre un cadre législatif qui aide la province à prévoir les urgences sanitaires et à y répondre, et crée un cadre de travail pour les autres fonctions provinciales en santé publique, comme la surveillance de la santé, la prévention des maladies et des blessures, et les évaluations de la santé de la population<sup>[14]</sup>.

Conformément à la Loi sur la santé publique, le ministre de la Santé doit nommer un médecin à titre de médecin hygiéniste en chef du Manitoba. Le médecin hygiéniste en chef joue un rôle de leadership clé au sein de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

## LES RÔLES DU MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF ET DU MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF ADJOINT SONT LES SUIVANTS :

**surveiller** l'état de la santé des Manitobains et en faire **rapport**;

**appuyer** les ministères et autres partenaires en vue d'améliorer l'état de santé général de la population manitobaine et de réduire les inégalités de santé;

**prendre des mesures appropriées** conformément aux responsabilités et aux pouvoirs du médecin hygiéniste en chef énoncés dans la Loi sur la santé publique;

et faire **avancer** les connaissances et la capacité de la santé publique<sup>[15]</sup>.



En plus des du médecin hygiéniste en chef et du médecin hygiéniste en chef adjoint, le Manitoba dispose d'une équipe de médecins hygiénistes qui relèvent du médecin hygiéniste en chef adjoint.

### Les médecins hygiénistes

contribuent à **l'élaboration des politiques, des stratégies et des programmes**;

---

offrent des **services de consultation** et de **leadership** en santé publique spécialisés;

---

défendent les intérêts de la santé publique et communiquent sur la santé publique, et respectent les exigences législatives en **matière d'enquête et d'atténuation des risques pour la santé**. Les médecins hygiénistes sont des spécialistes qui agissent également à titre de consultants en soins primaires pour la prise en charge de certaines maladies et de certains programmes, comme les infections transmissibles sexuellement et par le sang et la vaccination.

---

Les offices régionaux de la santé (ORS) offrent de nombreux programmes et services de santé publique partout au Manitoba. Le personnel infirmier en santé publique, les diététistes communautaires et les promoteurs de la santé sont les professionnels de la santé publique de première ligne; ils offrent des services comme des cliniques de vaccination contre la grippe, des programmes de santé prénatale, maternelle et infantile et des programmes de prévention des blessures pour les aînés. Les professionnels de première ligne travaillent avec les familles, les collectivités et les organismes communautaires pour comprendre leurs besoins et y répondre afin d'assurer une bonne santé.

### PLAN DE SERVICES CLINIQUES ET PRÉVENTIFS DU MANITOBA

Il n'est pas possible d'améliorer l'état de santé global des Manitobains avec un travail en santé publique exécuté de manière isolée. Le système de soins de santé du Manitoba joue également un rôle important. La collaboration entre la santé publique et le système de soins de courte durée est nécessaire pour s'assurer que la planification clinique des services de santé repose sur les besoins de la population en matière de santé. Le plan de services cliniques et préventifs du Manitoba orientera les améliorations à l'accès, à la coordination et à l'intégration des services de santé au Manitoba.

*Une meilleure coordination améliorera l'accès aux soins et la qualité des soins pour les Manitobains dans l'ensemble de la province.*

Mis à jour annuellement, ce plan continu quinquennal proposera des modèles de prestation de soins bonifiés et novateurs, précisera les rôles et responsabilités des fournisseurs de soins et prévoira des modèles simples d'accès aux services pour que les patients puissent obtenir les soins appropriés le plus près de chez eux possible. Le tout avec la certitude que des ressources spécialisées seront à la disposition des citoyens, au besoin. Une meilleure coordination améliorera l'accès aux soins et la qualité des soins pour les Manitobains dans l'ensemble de la province.

Pour en savoir plus sur le plan, consulter les pages <https://soinscommunsmb.ca/propos/plan-provincial-de-services-cliniques/>

Chapitre

# 2



## **APERÇU**

de l'état de santé

Pour déterminer ce qui favorise la bonne santé des Manitobains, il nous faut examiner les choses au-delà du traitement des maladies et du système de soins de santé et nous concentrer sur nos environnements, les conditions de notre vie quotidienne et les systèmes et structures qui les créent.

La santé ne se limite pas à ne pas être malade. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un « état de bien-être physique, mental et social complet »<sup>[16]</sup>.

*La santé et le bien-être sont déterminés à l'extérieur du système de soins de santé.*

### DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Une approche axée sur la santé de la population examine ce qui maintient les personnes en bonne santé. La santé est créée par les structures et les circonstances de notre vie quotidienne. Nous parlons souvent des déterminants sociaux de la santé, qui sont définis comme « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent – conditions qui, ensemble, offrent la liberté dont les personnes ont besoin pour vivre la vie qu'elles souhaitent »<sup>[17]</sup>.

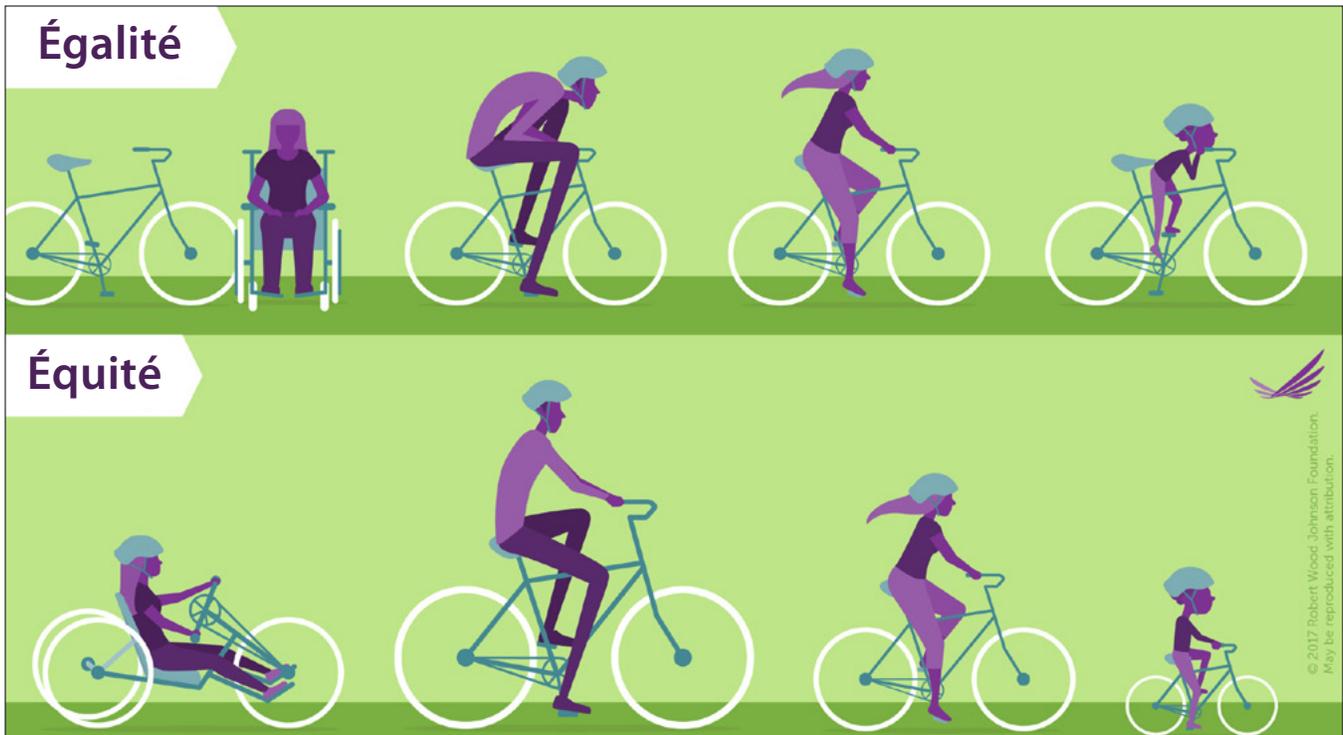
*Seulement 25 % des résultats de santé globale sont influencés par le système de soins de santé et ses services. Les déterminants sociaux de la santé contribuent à hauteur de 60 % à l'état de santé de la population<sup>[18]</sup>.*

Ces déterminants ont une grande incidence sur notre santé et comprennent sans s'y limiter les expériences de racisme et de colonialisme, le genre, l'identité autochtone, le statut social et l'accès à un revenu, à l'emploi, au logement et à l'éducation. D'autres facteurs, comme les liens culturels et familiaux, le maintien des acquis de la langue, des réseaux communautaires solides et une forte identité, ont également des répercussions importantes sur la santé et le bien-être.

Tous les groupes n'ont pas accès de manière égale aux déterminants sociaux de la santé, lequel accès dépend de facteurs sous-jacents comme les structures politiques, sociales, culturelles et économiques; l'environnement naturel, les terres et les changements climatiques; et l'histoire et l'héritage, le colonialisme continu et le racisme systémique<sup>[19]</sup>. L'état de santé des personnes racisées et des personnes 2SLGBTQIA<sup>1</sup>, par exemple, est touché négativement par la discrimination, le racisme et les traumatismes historiques<sup>[20]</sup>.



<sup>1</sup> Personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, en questionnement, intersexuées et asexuelles et personnes qui s'autodéfinissent en dehors de cette liste incomplète.



Source : Fondation Robert Wood Johnson<sup>[22]</sup>

*Nous avons tous la capacité de créer les conditions d'un accès pour tous aux normes de santé les plus élevées.*

Pour être en bonne santé, il ne suffit pas de faire les bons choix. Une bonne santé dépend de l'accès à des options parmi lesquelles choisir et de la nature de ces options. Le pouvoir, les privilèges et les ressources sont répartis de manière inégale dans notre société et cette répartition a une incidence sur nos possibilités de bonne santé.

L'équité en matière de santé signifie que « tout le monde (personnes, groupes et communautés) a un accès équitable aux possibilités d'atteindre son plein potentiel de santé, peut saisir ces possibilités et n'est pas désavantagé par des conditions sociales, économiques et environnementales, y compris des facteurs socialement construits comme la race, le genre, la sexualité, la religion et le statut social ».<sup>[21]</sup>

Les inégalités de santé renvoient aux « différences en santé associées à des désavantages structurels et

sociaux qui sont systémiques, modifiables, évitables et injustes ».<sup>[21]</sup> Les inégalités en matière de santé peuvent être prévenues et sont souvent attribuables à la manière dont les personnes ou les groupes sont traités.

Une disparité de santé correspond à « une différence mesurable dans les résultats en matière de santé entre les groupes, les communautés et les populations qui vivent un avantage ou un désavantage relatif découlant de déterminants structurels et sociaux de la santé ».<sup>[21]</sup>

Cette image montre ce qui se passe lorsque chaque personne a le même accès ou un accès égal aux ressources; tout le monde n'est pas en mesure de rouler en vélo – le résultat de la fourniture à tous du même vélo est clairement inégal. La deuxième image montre ce qui se passe lorsque les personnes ont un accès équitable aux ressources en fonction de leurs besoins. Avec un accès équitable, tout le monde est apte à rouler en vélo, dans la mesure où le vélo répond aux besoins des personnes. Cette image montre que la même approche de promotion de la santé ne convient pas à tout le monde<sup>[22]</sup>.

## RACISME

Le racisme consiste à « répartir la valeur, les ressources, les possibilités et le statut en fonction de la race dans des formes culturelles, politiques, institutionnelles, économiques et sociales » et « est renforcé par la culture et les pratiques dominantes des Blancs ». <sup>[21]</sup> Les systèmes actuels sont conçus pour structurer les possibilités selon des critères raciaux. Le racisme, qui limite l'accès des populations racisées aux biens et aux services nécessaires à la santé, influence ces systèmes<sup>[23]</sup>. Le racisme profite aux personnes qui possèdent des pouvoirs et des privilèges et désavantage les personnes qui n'en possèdent pas.

Comme dans les autres cultures européennes et occidentalisées, le racisme au Canada tend à favoriser les Canadiens qui ont la peau claire ou blanche.

Ces dernières années, des personnes de toutes les races et de tous les horizons s'informent sur les effets du racisme et se rassemblent pour dénoncer l'injustice sociale. Ce mouvement conduit à une reconnaissance accrue du fait que le racisme est un problème de santé publique qui influe sur l'état de santé des peuples racisés et autochtones. Le racisme entraîne des inégalités en matière d'inclusion sociale, de résultats économiques, de santé personnelle, d'accès aux services sociaux et de santé et de qualité de ces services<sup>[23]</sup>.

Le racisme est ancré dans notre univers social, économique, écologique et politique et nuit à la santé des personnes appartenant aux communautés racisées et autochtones au Manitoba<sup>[24]</sup>. Le racisme fait taire les voix et les connaissances de ces personnes et crée des obstacles à un engagement constructif avec les personnes qui vivent un désavantage structurel. Le racisme est un problème de santé publique et demeure un facteur déterminant des inégalités de santé au Manitoba.



## STIGMATISATION

La stigmatisation est une attitude, une croyance ou un comportement qui discrimine les personnes<sup>[25]</sup>. Le Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 « [Lutter contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif](#) » est axé sur cette question. La stigmatisation influe sur l'éducation, l'emploi, les options de logement et les possibilités des personnes, ce qui peut ensuite avoir une incidence importante sur l'état de santé de ces personnes.

Bien que de nombreux groupes confrontés au racisme doivent composer avec la stigmatisation, la stigmatisation ne se limite pas à la race. La stigmatisation peut porter sur le genre, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, le revenu, les capacités physiques ou cognitives, le poids ou les problèmes de santé, comme la maladie mentale, le trouble de toxicomanie ou l'infection par VIH<sup>[26]</sup>.

## La stigmatisation influe sur la santé et la sécurité en contribuant (sans toutefois s'y limiter) à :

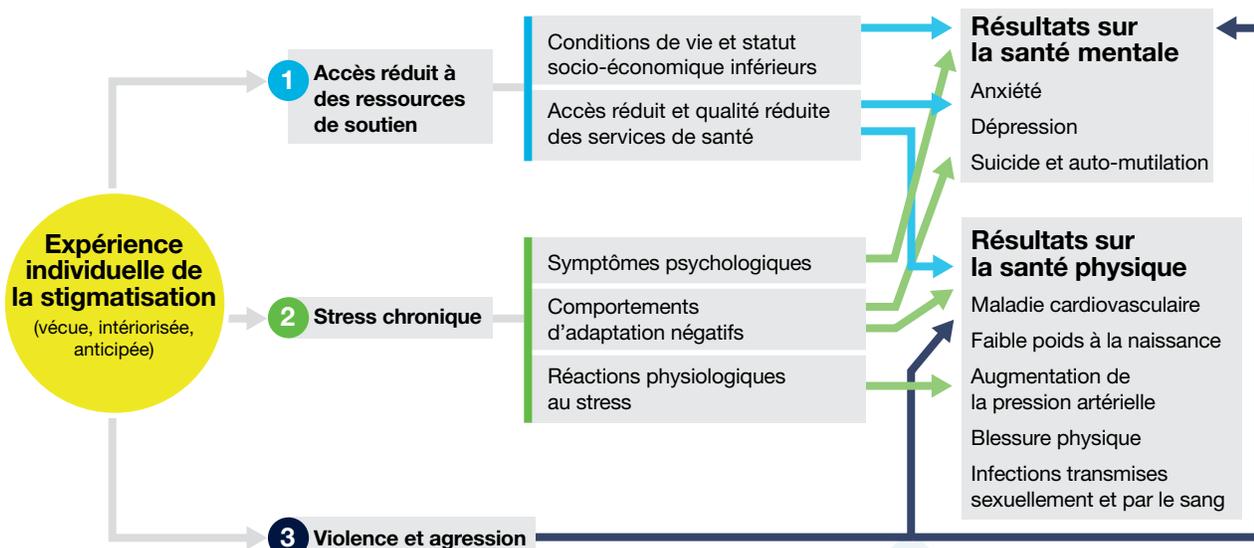
**réduire l'accès** aux ressources de protection, comme les soins de santé et les ressources économiques, ou à susciter de la méfiance à leur égard;

à augmenter le **stress chronique**;

et à augmenter le **risque de blessure** ou **d'agression**.

Ces trois facteurs peuvent avoir une incidence sur les résultats en matière de santé mentale et physique d'une personne<sup>[26]</sup>.

**FIGURE 8 :** Comment la stigmatisation affecte la santé d'une personne



Source : Agence de la santé publique du Canada



## COLONIALISME

Les colons européens sont arrivés au Canada en pensant à tort que la culture européenne et les religions chrétiennes étaient supérieures aux cultures et aux modes de vie et d'apprentissage autochtones. Le colonialisme impliquait l'imposition de lois, de politiques et de systèmes, visant à occuper les terres autochtones et à dominer les peuples autochtones<sup>[27]</sup>. La colonisation par les Européens a causé la déconnexion et le retrait forcés des peuples autochtones de leurs terres, de leur culture et de leur communauté<sup>[28]</sup>.

*Il existe un lien direct entre le colonialisme au Canada et les inégalités de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones.*

## LES PENSIONNATS

Le système des pensionnats est un projet colonial conçu au milieu des années 1800 pour assimiler les peuples autochtones en retirant de force les enfants de leur famille et de leur communauté. La Commission de vérité et réconciliation qualifie les pensionnats autochtones de génocide culturel en raison des perturbations majeures à la famille, de l'éloignement forcé des enfants des réseaux familiaux de soutien et des modèles à suivre et de la rupture avec la culture. Un génocide culturel consiste en la destruction des structures et des pratiques qui permettent au groupe de se développer collectivement<sup>[5]</sup>.

On a interdit aux enfants de parler leur langue, de porter les vêtements traditionnels et, dans bien des cas, de communiquer avec leur famille. De nombreux élèves ont été victimes de violence physique, émotionnelle, spirituelle ou sexuelle dans les pensionnats<sup>[5]</sup>. Les enfants ont également été soumis à des expériences nutritionnelles hautement non éthiques. Les recherches ont révélé qu'« entre 1942 et 1952, de très grands experts en nutrition au Canada, en collaboration avec différents ministères fédéraux, ont mené une série d'études nutritionnelles sans précédent sur les communautés autochtones et les pensionnats »<sup>[29]</sup>. Les pensionnats étaient sous-financés à dessein et offraient une alimentation et des conditions de vie médiocres, qui ont entraîné la maladie et la mort<sup>[5]</sup>.

*En mai 2021, la découverte de 200 tombes non marquées présumées (nombre possiblement sous-estimé) dans l'ancien Pensionnat indien de Kamloops a mis au jour la tragédie déchirante et l'héritage tragique des pensionnats autochtones partout au Canada<sup>[30]</sup>. Les Canadiens ont été mis devant le fait que des enfants sont morts dans ces pensionnats et ont été enterrés aux alentours à l'insu de leur famille. Dans le sillage de ces révélations, les Premières Nations dans l'ensemble du pays mènent la lourde tâche de retrouver les enfants disparus décédés dans les pensionnats afin de ramener leurs restes dans leurs communautés. Sur la base des actes de décès qui ont subsisté et qui sont accessibles, la Commission de vérité et réconciliation estime que plus de 6 000 enfants sont décédés dans les pensionnats. Cependant, le nombre croissant de tombes non marquées présumées découvertes à l'échelle du pays confirme l'avertissement de la Commission que les estimations seraient beaucoup plus élevées que celles initialement communiquées.*

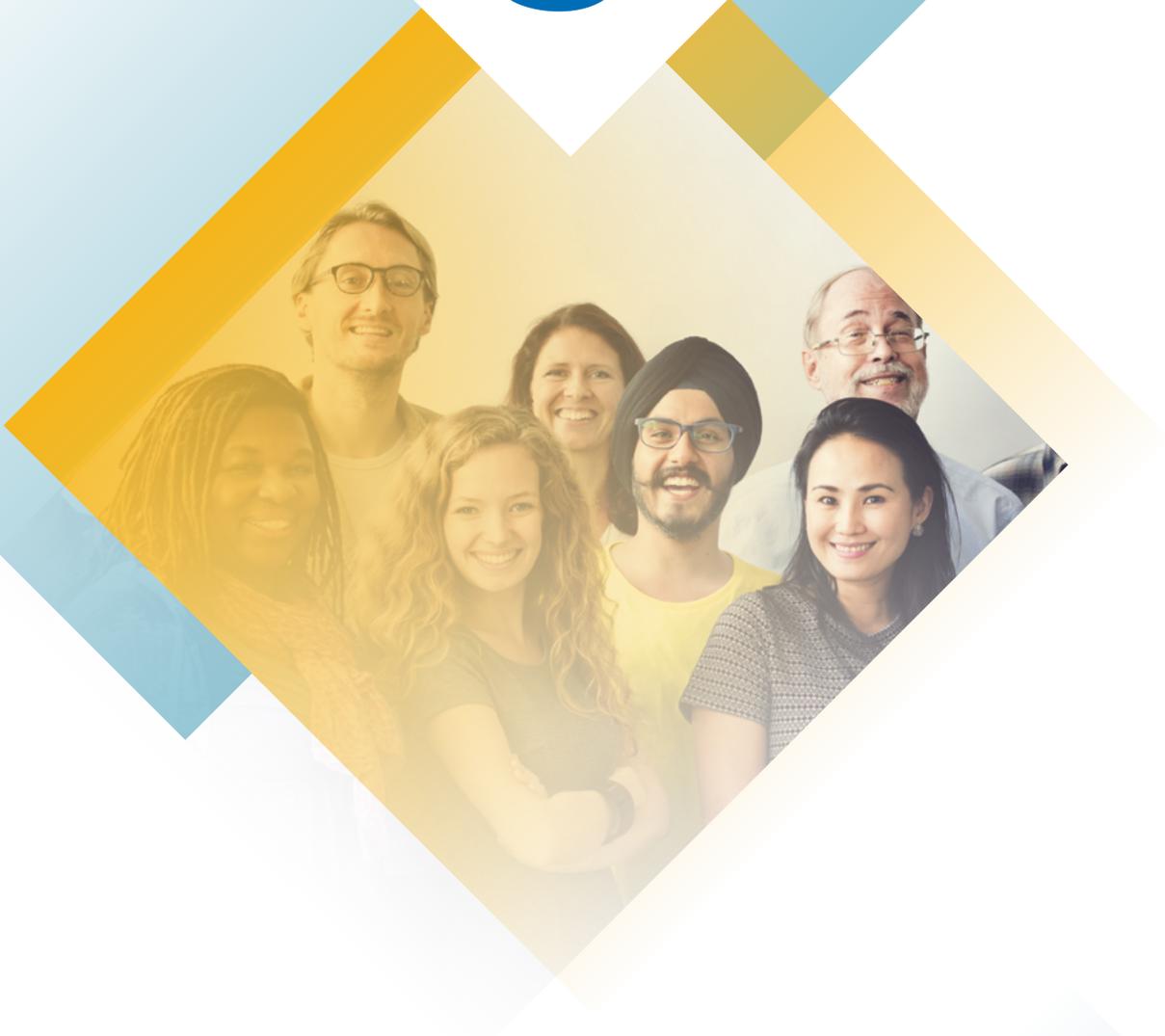
*Le dernier pensionnat au Canada a fermé ses portes en 1996 seulement<sup>[5]</sup>.*

Les pensionnats ont été dévastateurs pour les cultures, les langues, les liens familiaux et les réseaux communautaires autochtones, et ont créé des préjudices et des traumatismes intergénérationnels continus. Par conséquent, les peuples autochtones affichent une santé générale et autoévaluée médiocre et des taux de maladies chroniques et infectieuses élevés. En ce qui concerne le bien-être global, le traumatisme du système des pensionnats se manifeste par des taux élevés de détresse mentale, de dépression, d'usage problématique de substances, de stress et de comportements suicidaires<sup>[31]</sup>. Les effets des pensionnats autochtones sont collectifs et nuisent à la santé et au bien-être non seulement des survivants, mais également de leurs familles et de leurs communautés.

Il est nécessaire de comprendre le contexte historique et actuel décrit ici pour progresser dans la réduction des disparités de santé au Manitoba. L'amélioration de la capacité à mesurer les résultats en matière de santé selon la race, l'ethnicité et l'identité autochtone dans l'ensemble des systèmes est nécessaire pour mieux comprendre les inégalités de santé au Manitoba et évaluer et combler les écarts. Pour améliorer la santé de tous les Manitobains, les personnes, les organismes, les praticiens de la santé publique et les systèmes devront collaborer pour remettre en question et transformer les politiques publiques, les pratiques institutionnelles et les points de vue culturels qui maintiennent les conditions sous-jacentes aux inégalités des résultats en matière de santé.

Chapitre

# 3



## MESURER LA SANTÉ DE LA POPULATION

au Manitoba

*Il est important de comprendre les disparités de l'état de santé entre les différentes régions et populations aux fins de la planification et de la prestation des services de santé dans l'ensemble de la province.*

Pour décrire la santé d'une population, nous utilisons des indicateurs de santé. Ces mesures nous permettent de surveiller et de comparer différents aspects de la santé entre les régions, les populations et les périodes<sup>[32]</sup>. Les indicateurs de la mauvaise santé sont souvent utilisés pour rendre compte de la santé de la population, car ils sont plus facilement accessibles que les indicateurs de la santé globale<sup>[33]</sup>.

L'examen de l'état de santé global des Manitobains montre des améliorations graduelles, dont une espérance de vie plus longue. Toutefois, la santé des Manitobains n'est pas égale, et de fait l'écart de santé entre les Premières Nations et tous les autres Manitobains s'élargit<sup>[33]</sup>. Les causes profondes de ces écarts de santé ont été abordées dans le chapitre précédent. Les sections suivantes fournissent de l'information précise, lorsqu'elle est disponible, sur la santé des membres des Premières Nations vivant au Manitoba.

### POPULATION DU MANITOBA

Dans l'ensemble, la population manitobaine augmente, mais elle vieillit également. De 1997 à 2016, une tendance se dessine clairement, puisque le pourcentage des enfants dans la population baisse de manière constante (de 28,5 % à 25,2 %) et celui des personnes âgées augmente (de 13,6 % à 15 %)<sup>[35]</sup>. Le Manitoba est également unique dans le sens où 18 % de la population se déclarait autochtone en 2016, ce qui représente le pourcentage le plus élevé de toutes les provinces du Canada<sup>[36]</sup>. Sur ce groupe, 58,4 % se déclaraient membres d'une Première Nation, 40 % Métis et 0,3 % Inuits<sup>[37]</sup>.



Au 1<sup>er</sup> juin 2020,  
le Manitoba comptait

 **1 386 938** habitants.<sup>[34]</sup>

En 2019-2020,

 **16 274**

bébés sont nés de parents résidant au Manitoba, pour un taux de natalité moyen de 11,9 nouveau-nés pour 1 000 habitants.<sup>[38]</sup>

*En 2016, l'âge moyen de la population autochtone au Manitoba était de 29,3 ans, contre 40,7 ans pour la population non autochtone. L'âge moyen était de 26,8 ans pour les membres des Premières Nations, de 33 ans pour les Métis et de 27 ans pour les Inuits<sup>[37]</sup>.*

## IMMIGRATION

En 2019, le Manitoba a accueilli 18 905 nouveaux immigrants, soit le nombre le plus élevé des 150 dernières années d'histoire de la province<sup>[39]</sup>. Notamment, le pourcentage d'immigrants est passé de 1,8 % en 2001 à 5,2 % en 2016<sup>[40]</sup>.

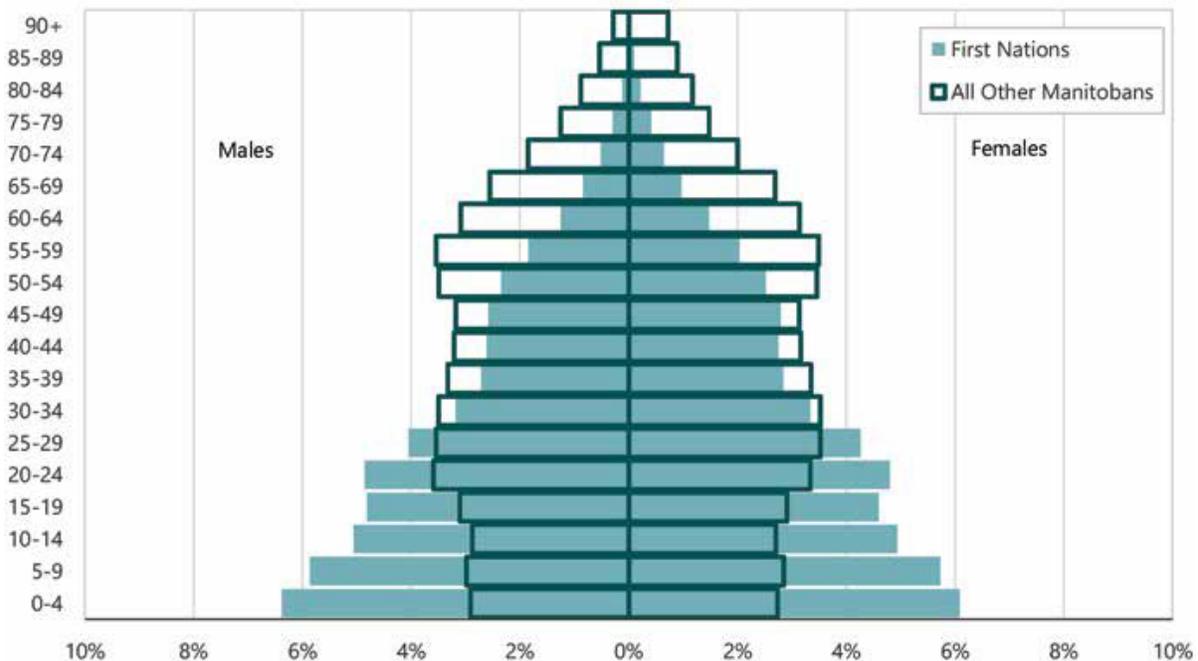
Près de 75 % des nouveaux arrivants internationaux qui sont admis au Manitoba sont en âge de travailler et contribuent de manière importante à la croissance de la main-d'œuvre du Manitoba<sup>[39]</sup>. L'immigration façonne l'avenir du Manitoba en tant que moteur important de la croissance économique et démographique de la province<sup>[39]</sup>.

## STRUCTURE DE LA POPULATION

L'âge et le sexe d'une population influent sur l'état de santé, mais également sur l'utilisation des soins de santé de cette population. Les pyramides des âges indiquent le pourcentage de personnes par âge et par sexe d'une population sur une période d'un an et peuvent aider à planifier les futurs besoins. En général, la population autochtone est plus jeune que la population non autochtone.

### PROFIL D'ÂGE DU MANITOBA DE 2016

Premières Nations : 141 965 Tous les autres Manitobains : 1 209 214



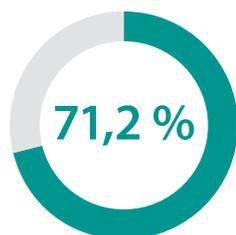
Source: Université du Manitoba<sup>[37]</sup> (Disponible en Anglais seulement)



## SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ

Un fort sentiment d'appartenance à la communauté est associé à des résultats de santé positifs. Sans un fort sentiment d'appartenance, les personnes risquent de souffrir d'isolement social, lequel est néfaste pour la santé.

Soixante-et-onze virgule deux pour cent (71,2 %) des Manitobains âgés de 12 ans et plus ont déclaré un sentiment d'appartenance à leur communauté très fort ou plutôt fort<sup>[42]</sup>.



Dans l'Enquête régionale sur la santé, en 2015-2016, 78,5 % des membres des Premières Nations au Manitoba ont décrit leur sentiment d'appartenance à la communauté locale comme étant très fort ou plutôt fort. Les forces les plus souvent déclarées dans les communautés des Premières Nations sont les aînés, les programmes de santé communautaire, la sensibilisation à la culture des Premières Nations, les valeurs et les liens familiaux et l'utilisation d'une langue des Premières Nations<sup>[43]</sup>.

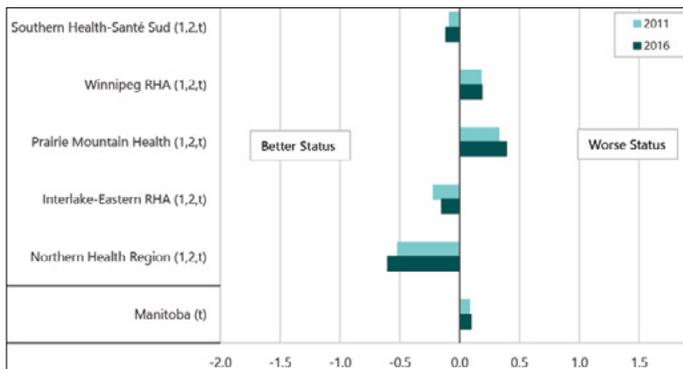
Les indices de difficulté matérielle et de privation sociale permettent de décrire le bien-être d'une communauté et ces deux indices ont des répercussions majeures sur la santé. En 2019, le Manitoba Centre for Health Policy a évalué les deux indices dans l'ensemble des offices régionaux de la santé manitobains.



### INDICE DE PRIVATION SOCIALE<sup>[44]</sup>

L'indice de privation sociale mesure l'état des relations dans la famille, dans le milieu de travail et dans la collectivité. Il mesure le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui sont séparées, divorcées ou veuves, la proportion de la population qui vit seule et la proportion de la population qui a déménagé au moins une fois au cours des cinq dernières années.

Plus le score est faible, plus les relations sont solides et moins la personne est considérée comme socialement défavorisée<sup>[45]</sup>.

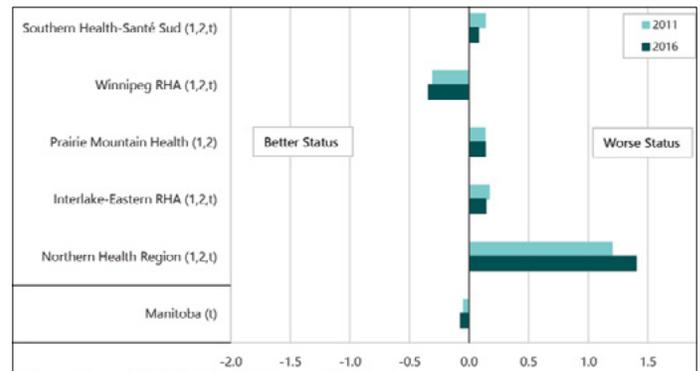


La région sanitaire du Nord affiche le score de privation sociale le plus faible (le meilleur) de toutes les régions sanitaires, ce qui laisse entendre que les personnes vivant dans le Nord entretiennent des relations plus solides avec leur famille, dans leur milieu de travail et dans leur communauté que les autres<sup>[46]</sup>. Le score le plus faible, combiné à un fort sentiment d'appartenance à la communauté, souligne la force et la résilience des personnes et des communautés dans la région sanitaire du Nord.

### INDICE DE DIFFICULTÉ MATÉRIELLE<sup>[44]</sup>

Une autre mesure souvent utilisée en parallèle avec l'indice de privation sociale est l'indice de difficulté matérielle. Cette mesure évalue la scolarité, l'emploi et le revenu des personnes de 15 ans et plus. Fait intéressant, malgré un bon score à l'indice social, la région sanitaire du Nord obtient le pire score (le plus élevé) à l'indice de difficulté matérielle.

Les scores faibles indiquent une situation positive et les scores élevés une piètre situation<sup>[45]</sup>.



Dans l'ensemble, l'indice de difficulté matérielle au Manitoba a augmenté par rapport à 2011. Toutes les régions sanitaires, à l'exception de la région sanitaire de Winnipeg, ont obtenu des scores moins bons (soit plus élevés) que la moyenne provinciale pour les deux périodes<sup>[45]</sup>.

## AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

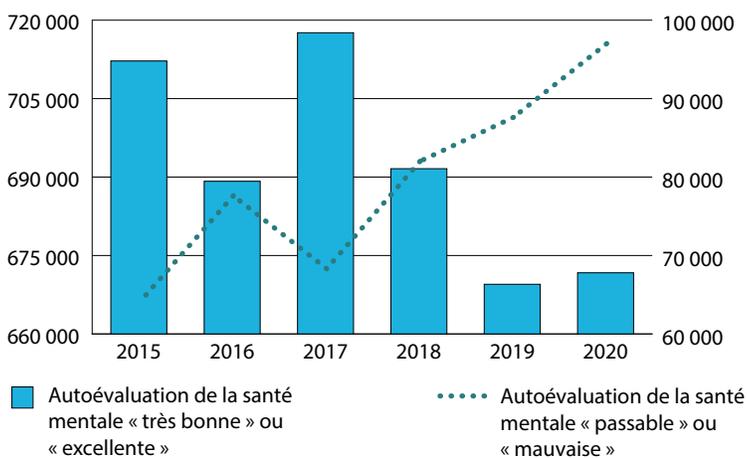
Tout comme notre santé physique, notre santé mentale n'est pas constante. Tout le monde peut connaître un problème de santé mentale, y compris des problèmes de santé émotionnelle, comme l'anxiété et la dépression, à un moment dans sa vie. Les changements de rôles et de responsabilités, comme commencer un programme dans une nouvelle école, obtenir un nouvel emploi ou prendre sa retraite, avoir un bébé ou mettre fin à une relation de longue durée, peuvent influencer sur l'état de santé mentale. Le présent indicateur mesure la perception que les Manitobains de 12 ans et plus ont de leur santé mentale.

### En 2020...

**63,1 %** des répondants au Manitoba âgés de 12 ans et plus ont estimé avoir une « **très bonne** » ou une « **excellente** » santé mentale<sup>[47]</sup>.

**9,1 %** des répondants au Manitoba âgés de 12 ans et plus ont estimé avoir une santé mentale **passable** ou **mauvaise**<sup>[47]</sup>.

## AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE DES MANITOBAINS DE 12 ANS ET PLUS.



Source: Statistique Canada

## STRESS DE VIE PERÇU

Une exposition prolongée à des niveaux de stress élevés peut avoir des répercussions négatives sur la santé, y compris augmenter le risque de maladies et d'affections chroniques. Le stress est associé à des pratiques sociales susceptibles d'entraîner des préjudices, comme l'usage problématique de substances<sup>[45]</sup>. Cet indicateur mesure le stress de la population de 12 ans et plus ayant déclaré avoir le sentiment que la plupart des journées de leur vie sont assez ou extrêmement stressantes<sup>[48]</sup>.

*En 2020, 21,4 % des répondants au Manitoba âgés de 12 ans et plus ont déclaré que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes<sup>[48]</sup>.*



*Les locataires présentent des niveaux de besoin impérieux en matière de logement beaucoup plus élevés que les propriétaires.*

### au Manitoba...



des propriétaires présentent un besoin impérieux en matière de logement comparativement à **6,5 % à l'échelle nationale**



26 % des locataires présentent un besoin impérieux en matière de logement comparativement à **23 % à l'échelle nationale**<sup>[49]</sup>

### BESOIN IMPÉRIEUR EN MATIÈRE DE LOGEMENT

Un logement abordable, de bonne qualité et stable joue un rôle essentiel pour favoriser la santé et prévenir les maladies et les blessures. Le fait de vivre dans de mauvaises conditions de logement peut nuire à la santé et entraîner des problèmes respiratoires, des empoisonnements, des blessures et des troubles de la santé mentale <sup>[45]</sup>. Le fait d'avoir une adresse stable permet aux personnes de participer aux éléments fondamentaux de la société civile, comme obtenir une pièce d'identité, accéder à des prestations et à des services, trouver un emploi et participer sainement à la vie de la communauté.

### Un ménage est considéré comme présentant un « besoin impérieux en matière de logement » s'il répond à deux critères :

Ménage dont le logement ne répond pas à l'une ou plusieurs des normes de **qualité**, de **taille convenable** et **d'abordabilité**

Le ménage devrait dépenser **30 % ou plus de son revenu total** avant impôt pour payer le loyer médian d'un logement de remplacement local acceptable (satisfaisant aux trois normes de logement)<sup>[49]</sup>.

L'examen des taux auxquels les logements des ménages ne satisfont pas aux normes de logement (qualité, taille convenable et abordabilité) montre que le manquement à la norme d'abordabilité prédomine dans l'ensemble du Manitoba et du Canada. Le Manitoba se situe au-dessus de la moyenne canadienne pour le pourcentage de logements qui ne répondent pas aux normes de taille convenable ou de qualité.

### Pourcentage des ménages dont le logement ne satisfait pas à...

*la norme d'abordabilité seulement, 75 % au Canada et 70 % au Manitoba*

*la norme de taille convenable seulement, 3,8 % au Canada et 4,3 % au Manitoba*

*la norme de qualité seulement, 6,6 % Canada et 10,2 % au Manitoba*<sup>[50]</sup>.

## INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES

L'insécurité alimentaire se définit par l'incapacité d'acquérir ou de consommer des aliments de qualité adéquate ou en quantité suffisante d'une manière socialement acceptable ou l'incertitude de pouvoir le faire<sup>[51]</sup>. Il est important d'avoir accès à des aliments en quantité suffisante, de bonne qualité et culturellement acceptables et d'être en mesure de les acheter, pour obtenir et maintenir une bonne santé. L'indice d'insécurité alimentaire des ménages est important pour nous aider à comprendre les disparités de santé, car il est souvent lié à la capacité des ménages à acheter des aliments<sup>[45]</sup>.

en 2020...

*12 % des Manitobains ont fait état d'une insécurité alimentaire modérée ou grave, comparativement à 11,2 % de tous les Canadiens<sup>[52]</sup>.*

*Les Manitobains âgés de moins de 18 ans et les Manitobains âgés de 35 à 44 ans affichent le taux le plus élevé d'insécurité alimentaire (14,2 %), et les Manitobains âgés de 65 ans et plus le taux le plus faible (5,9 %)<sup>[52]</sup>.*

*Ces données ne comprennent pas les données relatives aux territoires ou aux personnes vivant dans les réserves.*

Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de 2015-2016 indiquent que 43,8 % des adultes vivaient dans des foyers en insécurité alimentaire modérée contre 16,5 % dans des foyers en insécurité alimentaire grave<sup>[43]</sup>. Une proportion d'enfants significativement plus élevée par rapport aux adultes étaient aux prises avec une insécurité alimentaire grave. Parmi les adultes ayant un ou plusieurs enfants ou jeunes, 12,4 % se trouvaient dans une situation d'insécurité alimentaire modérée contre 37,5 % dans une situation d'insécurité alimentaire grave.



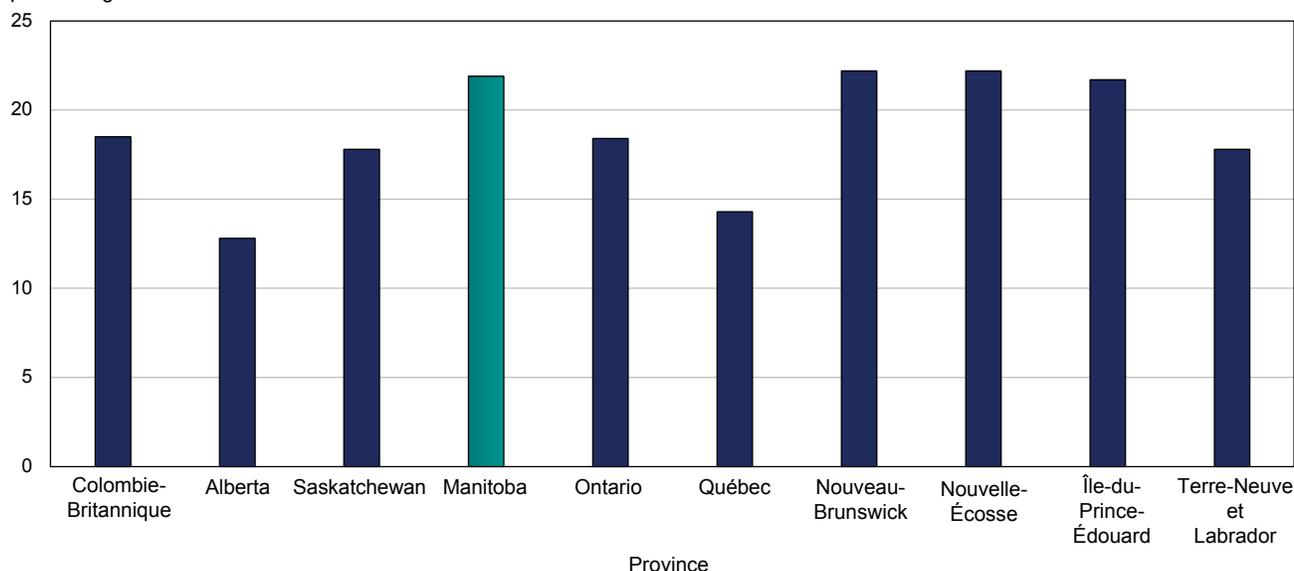
## PROPORTION D'ENFANTS VIVANT DANS DES FAMILLES À FAIBLE REVENU

Le revenu familial influe sur l'accès des enfants à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, comme un logement de qualité dans un environnement sûr, des aliments nutritifs et des vêtements. Vivre avec un faible revenu pose de nombreuses difficultés pour la croissance et le développement des enfants, notamment l'accès à des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants et l'accès à des programmes récréatifs, sportifs et artistiques<sup>[45]</sup>. La proportion d'enfants vivant dans une famille à faible revenu est le pourcentage de personnes de 17 ans et moins qui vivent dans une famille à faible revenu (selon la mesure de faible revenu – après impôt)<sup>[45]</sup>.



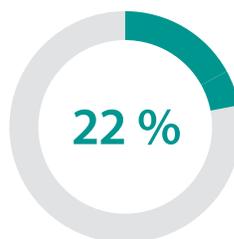
### Taux de faible revenu chez les enfants et les adultes, selon la province, 2015

pourcentage



Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2016.

Il existe des différences notables au Manitoba pour ce qui est de la proportion d'enfants vivant dans une famille à faible revenu. Les régions sanitaires de Winnipeg et du Nord affichent des taux supérieurs à la moyenne du Manitoba, soit 23 %<sup>[45]</sup> et 27 % respectivement<sup>[46]</sup>. Dans certaines zones communautaires au sein de ces régions, le pourcentage d'enfants vivant dans une famille à faible revenu est aussi élevé que 60 % à 80 %<sup>[45]</sup>.



En 2015, 22 % des enfants manitobains vivaient dans une famille à faible revenu<sup>[45]</sup>, soit un nombre supérieur à la moyenne nationale de 17 %<sup>[53]</sup>.

## SERVICES D'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

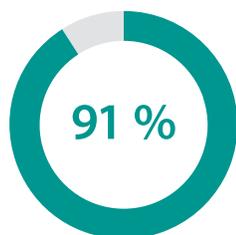
L'impact continu de la colonisation, l'héritage du système des pensionnats et de la rafle des années 1960, et la diminution continue de l'accès aux déterminants de la santé, tous ces facteurs ont contribué à la surreprésentation des enfants autochtones dans le système d'aide sociale à l'enfance aujourd'hui. La participation au système d'aide sociale à l'enfance rend les enfants et les jeunes plus à risque d'avoir affaire au système de justice pénale pour les adolescents et moins susceptibles d'obtenir leur diplôme d'études secondaires avant l'âge de 21 ans. Ces résultats peuvent contribuer à un état de santé médiocre à long terme<sup>[54]</sup>.

**Au 31 mars 2021, on comptait**

 **9 8501**

enfants dans les services d'aide sociale à l'enfance et

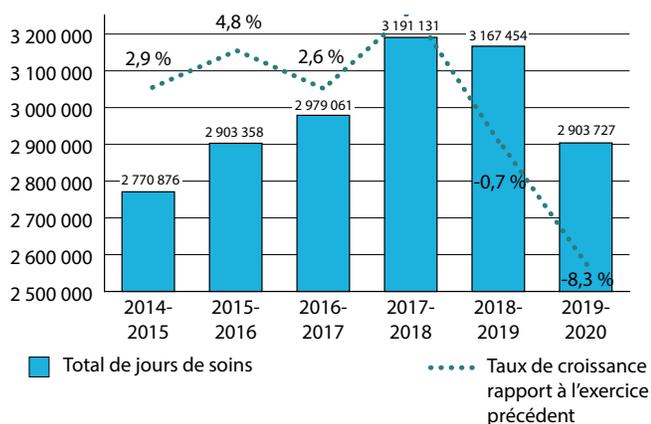
91 % de ces enfants étaient **autochtones**<sup>[55]</sup>.



Les jours de prise en charge correspondent au nombre total de jours pour lesquels des paiements ont été effectués pour soutenir les enfants pris en charge et les jeunes adultes dont les besoins de soins sont financés par le gouvernement. Au cours de la

## JOURS DE SOINS

2014-2015 – 2019-2020<sup>[56]</sup>



période visée par le rapport, le nombre de jours de prise en charge payée a diminué de 8,3 % en 2020 par rapport à 2019 comme le montre le tableau ci-dessous.

## IMMUNISATION (VACCINATION)

Les vaccins sont un moyen sûr et efficace de prévenir de nombreuses maladies et ont sauvé plus de vies au Canada au cours des 50 dernières années que toute autre pratique médicale<sup>[57]</sup>. Les vaccins aident le système immunitaire à reconnaître et à combattre les bactéries et les virus qui causent des maladies. Les maladies infectieuses courantes qui étaient autrefois une cause importante de maladie et de décès au Canada, principalement chez les enfants, peuvent maintenant être évitées grâce aux vaccins<sup>[58]</sup>. À mesure que le nombre de personnes vaccinées augmente, le risque de propagation des maladies infectieuses diminue. La résistance communautaire à la maladie (c.-à-d. l'immunité collective) augmente de manière à offrir une barrière protectrice aux personnes qui ne peuvent être immunisées pour des raisons de santé comme des maladies, l'âge ou des allergies.

*La vaccination est l'un des plus importants progrès en santé publique du dernier siècle, dans la mesure où les maladies infectieuses qui étaient autrefois la cause principale des décès sont aujourd'hui à l'origine de moins de 5 % de tous les décès au Canada<sup>[46]</sup>.*

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'admissibilité à la vaccination et le programme de vaccination au Manitoba, consulter le Calendrier des vaccinations recommandées au Manitoba à l'adresse suivante : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/div/schedules.fr.html>

Les données suivantes sur l'immunisation datent de 2017, soit l'information disponible la plus récente au moment de la rédaction du présent rapport. Des données plus récentes sur la vaccination seront publiées à l'automne 2022.

## CALENDRIERS DE VACCINATION SYSTÉMATIQUE

### Office régional de la santé

Âge	Cible du vaccin	But	Couverture	Couverture la plus élevée	Couverture la plus faible
7	Diphtérie, coqueluche, tétanos (DTC)	5 doses	65 %	Nord (76 %)	Winnipeg (61 %)
7	Rougeole, oreillons	2 doses	75 %	Nord (85 %)	Southern Health-Santé Sud (71 %)
7	Rubéole	2 doses	90 %	Nord (95 %)	Southern Health-Santé Sud (86 %)

Résultat direct des programmes de vaccination universelle, la rougeole a disparu au Canada depuis 1998<sup>[59]</sup>. Néanmoins, la rougeole peut encore entrer au Canada par l'entremise de voyageurs infectés qui arrivent au Canada ou qui y transitent ainsi que de voyageurs canadiens infectés qui reviennent d'autres pays. Les taux de vaccination sont en baisse depuis que la rougeole a été déclarée disparue et plusieurs éclosions de la maladie se sont produites au Canada, notamment une éclosion de 678 cas au Québec en 2011<sup>[60]</sup>. La rougeole est une maladie très contagieuse qui a tué 207 500 personnes à l'échelle mondiale en 2019 selon les estimations<sup>[61]</sup>.

### Office régional de la santé

Âge	Cible du vaccin	But	Couverture	Couverture la plus élevée	Couverture la plus faible
17	Virus du papillome humain*	2 doses	63 %	Santé de Prairie Mountain (74 %)	Southern Health-Santé Sud (51 %)

\* Femmes seulement. Dans la mesure où les hommes ont été admis à la vaccination contre le VPH plus tard que les femmes, l'information sur la première cohorte d'hommes n'était pas disponible au moment de la production du présent rapport.

Selon les estimations, le VPH fait partie des infections transmissibles sexuellement les plus courantes, et peut entraîner des changements cellulaires dans l'organisme et provoquer un cancer en l'absence de traitement. De nombreux cancers causés par le VPH, comme le cancer de l'utérus, ne sont accompagnés d'aucun symptôme jusqu'à un stade avancé. Le vaccin contre le VPH, s'il est administré avant l'exposition au virus, offre une protection contre neuf types de VPH qui causent 90 % de tous les cancers du col de l'utérus et de l'anus et 90 % de toutes les verrues génitales<sup>[46]</sup>.



### LA GRIPPE AU MANITOBA

Entre le 1<sup>er</sup> septembre 2021 et le 12 mars 2022, 402 817 Manitobains ont reçu au moins une dose de vaccin contre la grippe, ce qui correspond à un taux de vaccination global de 28,4 %<sup>[62]</sup>.

La grippe saisonnière peut entraîner des maladies importantes et la mort.

*Entre septembre 2020 et mars 2021, 1 856 cas de grippe ont été confirmés en laboratoire<sup>[63]</sup>.*

Entre septembre 2020 et mars 2021, la grippe a été à l'origine de :



**403** hospitalisations



**40** admissions aux soins intensifs\*



**29** décès

\* Les admissions aux soins intensifs sont incluses dans le nombre d'hospitalisations.

## ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie est la durée de vie prévue fondée sur les tendances des décès au sein de la population au cours des cinq dernières années. Il s'agit de l'un des indicateurs de l'état de santé d'une population les plus utilisés<sup>[45]</sup>.

Globalement, l'espérance de vie a augmenté chez les hommes et les femmes dans toutes les régions sanitaires; toutefois, l'espérance de vie des membres des Premières Nations est inférieure de 11 ans à la moyenne et cet écart s'accroît.

*Pendant les cinq années de 2012 à 2016, un écart de sept ans dans l'espérance de vie a été observé entre les régions sanitaires<sup>[35]</sup>.*

## ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE

par office régional de la santé (ORS), fondée sur la mortalité de 2012 à 2016



H/L Significativement plus élevé (H) ou plus faible (L) que la moyenne du Manitoba pour cette période  
+/- Une augmentation (+) ou diminution (-) significative depuis la première période

## ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE

par office régional de la santé (ORS), fondée sur la mortalité de 2012 à 2016



## en 2016, l'espérance de vie pour les Membres des Premières nations<sup>[64]</sup>

Femmes - **72 ans**

Hommes - **68 ans**

## Tous les autres Manitobains

Femmes - **82,8 ans**

Hommes - **78,5 ans**

Au Manitoba, l'espérance de vie continue d'être plus courte pour les hommes et les femmes issues des zones à faible revenu autant en milieu urbain que rural<sup>[35]</sup>. Dans les régions sanitaires, l'écart entre les personnes vivant le moins longtemps et les personnes vivant le plus longtemps peut atteindre 18 ans<sup>[45]</sup>.

## TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE

La mortalité prématurée correspond aux décès avant l'âge de 75 ans. Le taux est calculé pour 1 000 personnes âgées de 0 à 74 ans sur une période de cinq ans. Les populations affichant les taux de mortalité prématurée les plus élevés ont tendance à avoir une moins bonne santé globale et à recourir davantage aux services de santé<sup>[45]</sup>. Le taux de mortalité prématurée est souvent considéré comme la meilleure mesure unique de l'état de santé d'une population<sup>[64]</sup>. Au cours des 20 années de 1997 à 2016, le taux de mortalité prématurée a diminué significativement dans toutes les régions sanitaires, à l'exception du Nord, où l'évolution du taux dans le temps n'est pas claire<sup>[35]</sup>.

Les causes les plus fréquentes de décès prématuré étaient le cancer (32,7 %) et les maladies du système circulatoire (19,9 %), suivis des blessures et des empoisonnements (11,5 %)<sup>[38]</sup>.

*Le taux de mortalité prématurée pour les Premières Nations au Manitoba est trois fois plus élevé que pour les autres Manitobains<sup>[64]</sup>.*

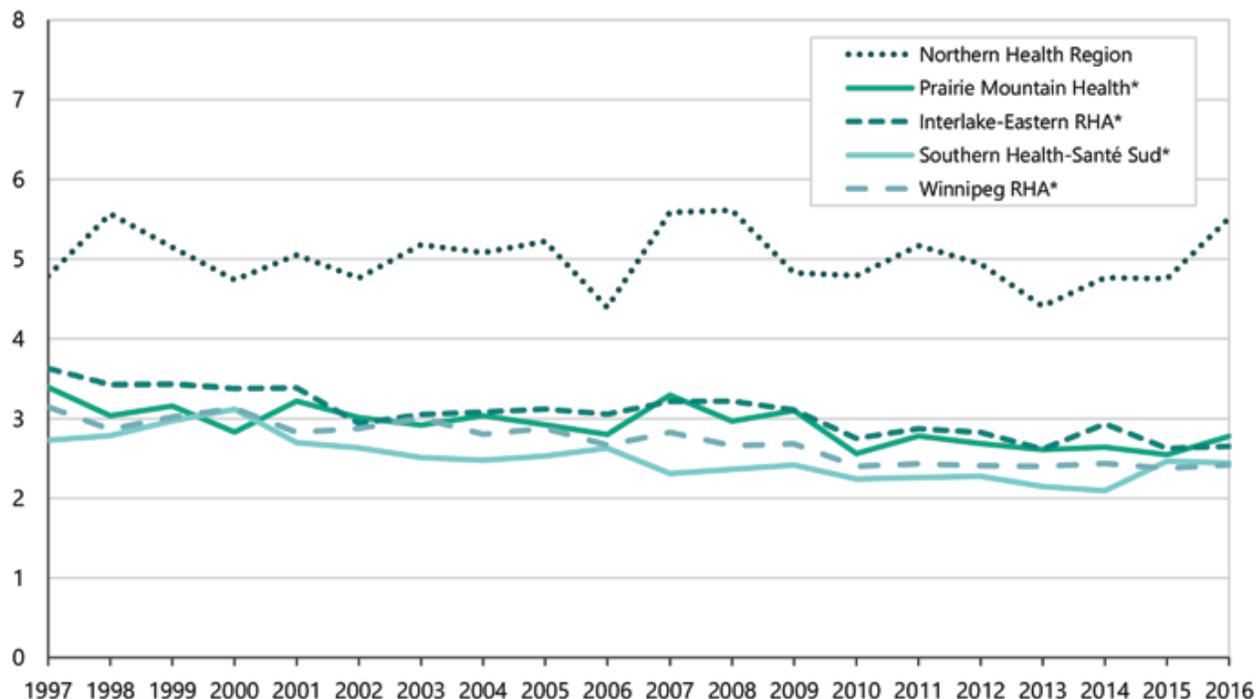
*81 % Premières Nations 35 % autres Manitobains<sup>[64]</sup>.*

*Vingt mille douze (20 012) Manitobains sont décédés prématurément de 2016 à 2020<sup>[38]</sup>.*

Il existe un lien étroit entre le revenu et le taux de mortalité prématurée. De 2012 à 2016, en milieu urbain, les résidents des zones à faible revenu étaient 2,9 fois plus à risque de décéder avant 75 ans que ceux des zones à revenu élevé. En milieu rural, la différence est de 2,2 fois<sup>[45]</sup>.

## TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR ORS, DE 1997 À 2016<sup>[44]</sup>

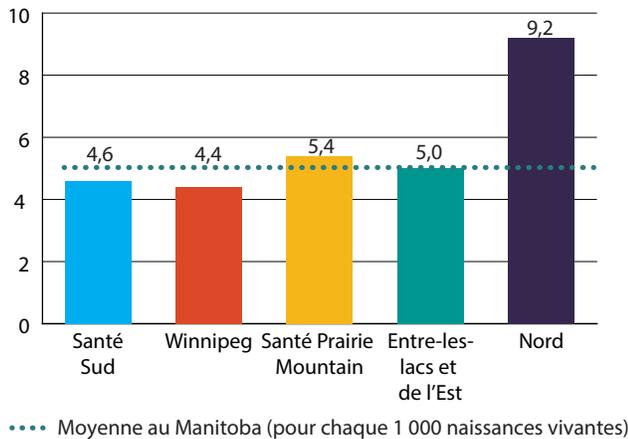
Ajusté selon l'âge et le sexe, pour 1 000 résidents âgés de 0 à 74 ans



\* Ce taux par région présente un changement statistiquement significatif dans le temps voir la page 38 (en anglais seulement) [http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/RHA\\_Report\\_web.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/RHA_Report_web.pdf).

## MORTALITÉ INFANTILE

La mortalité infantile correspond au nombre de décès chez les nourrissons de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes sur une période de cinq ans. De nombreux experts de la santé considèrent ce taux comme un indicateur clé de la santé des enfants et du bien-être d'une société au fil du temps<sup>[45]</sup>.



Les taux dans la région sanitaire du Nord étaient significativement plus élevés que la moyenne au Manitoba.

*Taux au Manitoba de 5,4 pour 1 000 entre 2015-2016 et 2019-2020 (total de 420 décès infantiles)<sup>[38]</sup>. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale de 4,5 pour 1 000 en 2020<sup>[65]</sup>.*

## ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES (APVP)

Les années potentielles de vie perdues correspondent au nombre d'années « perdues » lorsqu'une personne meurt avant 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 50 ans a perdu 25 ans de vie. Les APVP sont supérieures si le taux de décès est élevé chez les jeunes et les personnes d'âge moyen<sup>[64]</sup>. Dans l'ensemble, les APVP pour le Manitoba ont diminué au fil du temps, mais l'écart entre les Premières Nations et tous les autres Manitobains augmente.

**4x** – Les APVP pour les Premières Nations sont presque quatre fois plus élevées que les APVP pour tous les autres Manitobains<sup>[64]</sup>.

**10 ans** – augmentation de l'écart entre les APVP des Premières Nations et les APVP de tous les autres Manitobains depuis 2002<sup>[64]</sup>.

## DÉCÈS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

Cet indicateur mesure les décès chez les personnes de moins de 75 ans dont les causes peuvent être prévenues (p. ex. le cancer du poumon) ou sont traitables (p. ex. l'asthme). Les décès évitables peuvent être prévenus grâce à des efforts comme la lutte contre les inégalités de revenu, la vaccination ou la prévention des blessures. Un dépistage et un traitement des maladies efficaces réduisent les décès évitables. Cet indicateur nous informe sur l'efficacité des approches en santé de la population, comme des politiques publiques saines, la promotion de la santé et l'accès aux soins de santé<sup>[66]</sup>.

 **13 699**

Manitobains sont décédés de maladies potentiellement évitables au cours des cinq années de 2012 à 2016<sup>[45]</sup>.



## BLESSURES INVOLONTAIRES

Les blessures involontaires sont l'une des principales causes de décès au Canada et dans le monde. La plupart des blessures et des décès accidentels sont évitables. Cet indicateur mesure les causes accidentelles de décès, comme les accidents de voiture, les noyades, les chutes, les brûlures et les empoisonnements, pour 1 000 habitants, sur une période de cinq ans<sup>[45]</sup>.

L'évaluation des causes de blessures et de décès involontaires aide à élaborer des programmes et des technologies de sécurité, des lois sur la sécurité et à promouvoir des comportements sécuritaires à la maison et au travail.

## Au cours des cinq années de 2012 à 2016... On compte

 **2 774**

décès par blessure involontaire au Manitoba

Les décès par blessure involontaire étaient 35 % plus élevés chez les hommes que chez les femmes

Près de la moitié de tous les décès par blessure involontaire se sont produits chez des personnes de 65 ans et plus<sup>[45]</sup>.

Dans la région sanitaire du Nord, les taux de décès par blessure involontaire sont significativement plus élevés que la moyenne au Manitoba, mais les taux ont diminué dans toutes les régions au fil du temps <sup>[45]</sup>.

## SUICIDE

Les taux élevés de suicide sont un indicateur important de la santé mentale des communautés et des traumatismes sous-jacents. Les décès par suicide peuvent être évités grâce à des mesures de soutien en santé mentale sécuritaires et appropriées à l'intention des personnes de tous les horizons.

 **1 075**

Manitobains âgés de 10 ans et plus sont décédés par suicide au cours de la période de cinq ans de 2015-2016 à 2019-2020<sup>[38]</sup>.

À l'instar d'autres indicateurs, des liens forts sont observés entre le revenu et le taux de suicide en milieu urbain et rural. De 2012 à 2016, le taux de suicide entre les personnes issues des zones à faible revenu et les personnes issues des zones à revenu élevé était...



Les taux de suicide sont nettement plus élevés chez les membres des Premières Nations que chez les autres Manitobains, l'écart le plus prononcé étant observé dans la partie rurale de la province. Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de 2015-2016, 24 % des membres des Premières Nations qui vivent dans une réserve ont désigné le suicide comme un enjeu communautaire<sup>[33]</sup>.

### TROUBLES DE L'HUMEUR ET DE L'ANXIÉTÉ

En 2017, 14,5 % des Manitobains de 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de l'anxiété, comparativement à une moyenne nationale de 13,4 %<sup>[67]</sup>.

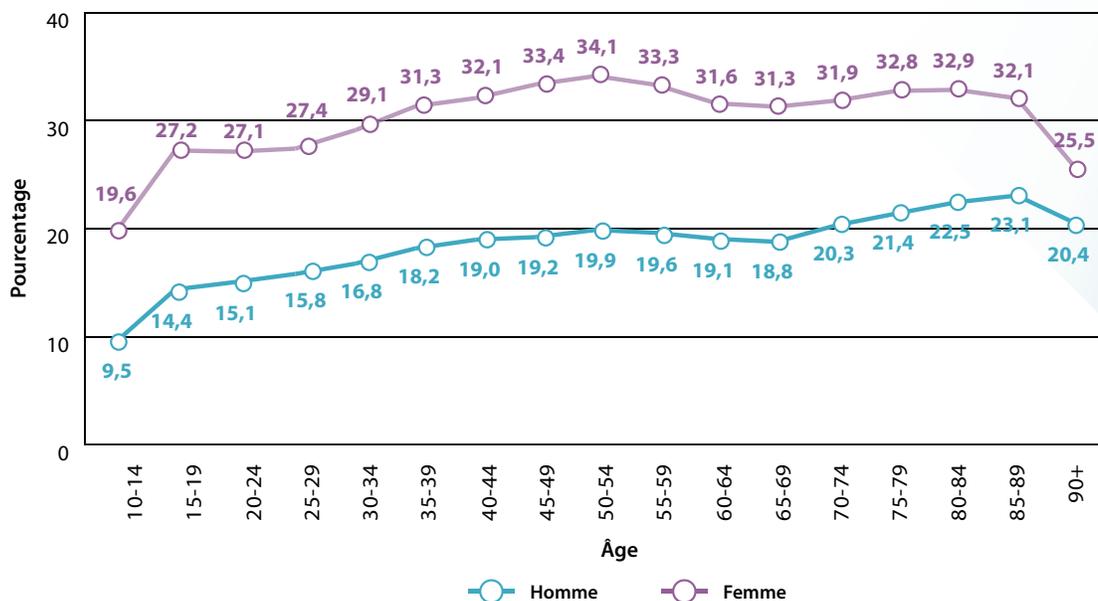
Les personnes atteintes de troubles de l'humeur et de l'anxiété souffrent souvent d'autres maladies ou affections chroniques. Par exemple, l'apparition précoce de troubles dépressifs et anxieux est associée à un risque accru chez les adultes de souffrir d'une maladie du cœur, d'asthme, d'arthrite, de maux de dos ou de tête chroniques<sup>[68]</sup>.

*De 2016-2017 à 2020-2021, 314 631 résidents du Manitoba ont été traités pour des troubles de l'humeur et de l'anxiété, soit 25,4 % des Manitobains de 10 ans et plus<sup>[38]</sup>.*

Au cours d'une vie, la prévalence des troubles de l'humeur et de l'anxiété est plus élevée chez les femmes que chez les hommes<sup>[41]</sup>. Ces statistiques tiennent compte des personnes traitées pour des troubles de l'humeur et de l'anxiété seulement et ne rendent pas compte de la prévalence complète des troubles de l'humeur et de l'anxiété au Manitoba. Les personnes n'ayant pas fait l'objet d'un diagnostic, les personnes qui ne demandent pas de traitement et les personnes qui n'ont pas accès à un traitement ne sont pas incluses dans ces données.

### TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR SELON L'ÂGE ET LE SEXE<sup>[41]</sup>

Pourcentage brut de résidents, de 2014-2015 à 2018-2019



## HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle est un facteur de risque de plusieurs affections cardiovasculaires, comme les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Il est possible d'être atteint d'hypertension et de ne pas présenter de signes et de symptômes pendant de nombreuses années. Une évaluation précise de l'hypertension artérielle peut orienter les efforts de prévention et les choix de traitement, et réduire les maladies du cœur et les décès<sup>[45]</sup>.

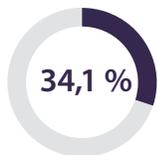
En 2018-2019

# 309 177

Manitobains de 20 ans et plus étaient atteints d'hypertension



Soit 30,3 % de la population totale de 20 ans et plus au Manitoba<sup>[38]</sup>.



Le pourcentage de personnes atteintes d'hypertension était significativement plus élevé dans la région sanitaire du Nord<sup>[38]</sup>.

## CRISE CARDIAQUE

Cet indicateur mesure le taux annuel de décès ou d'hospitalisation en raison d'un infarctus aigu du myocarde (infarctus ou crise cardiaque) pour 1 000 habitants de 40 ans et plus sur une période de cinq ans. Ce taux utilisé avec les données sur les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques décrit le niveau de santé cardiaque de la population. Cette mesure est importante pour élaborer et maintenir des stratégies de soins de santé dans les domaines de la prévention primaire et secondaire, de la planification des soins de santé et de l'affectation des ressources<sup>[45]</sup>.

en 2020-2021

# 2 083

Manitobains ont subi une crise cardiaque

**3,2 pour 1 000 habitants**<sup>[38]</sup>

Au cours des 10 dernières années, le taux de crises cardiaques a diminué chez les hommes comme chez les femmes<sup>[41]</sup>.

Le taux de crises cardiaques dans la région sanitaire du Nord est presque deux fois plus élevé que la moyenne au Manitoba.



En 2017-2018, le taux normalisé selon l'âge des crises cardiaques nouvellement diagnostiquées chez les personnes de 20 ans et plus était de 207,7 pour 100 000 au Manitoba contre 204,1 pour 100 000 à l'échelle nationale<sup>[67]</sup>.



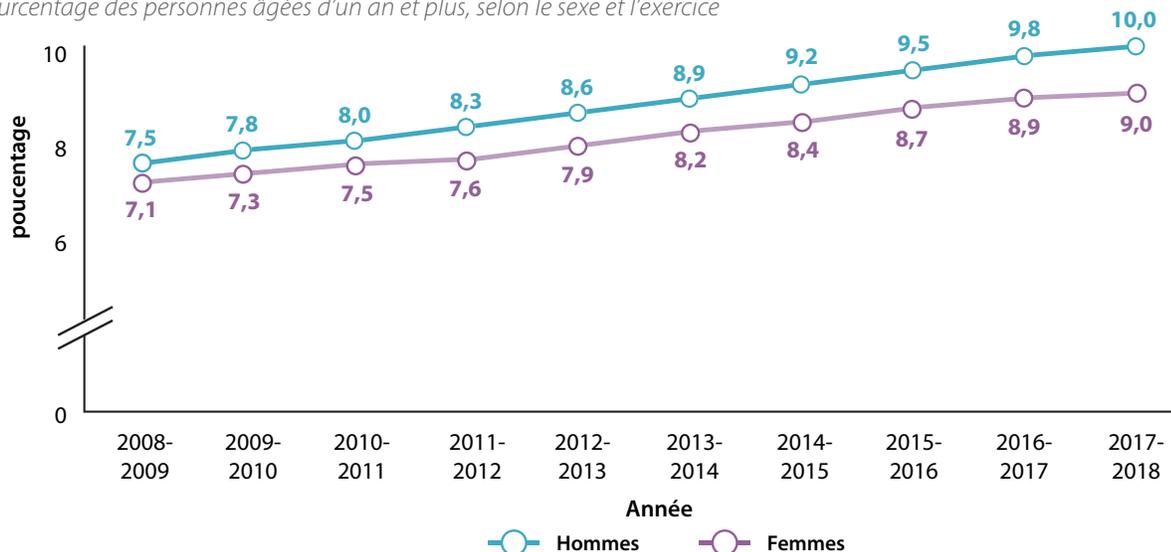
## DIABÈTES

Cet indicateur mesure le pourcentage de résidents au Manitoba de 19 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de diabète (types I et II), sur une période de trois ans. Le diabète peut entraîner de graves complications (p. ex. maladie cardiovasculaire, perte de vision, insuffisance rénale, lésions d'un nerf et amputation) et la mort prématurée. Toutefois, il est possible de rester en bonne santé en étant atteint de diabète à l'aide d'une prise en charge et de soins de santé appropriés<sup>[45]</sup>.

*En 2017-2018, 9,5 % des Manitobains d'un an ou plus étaient atteints de diabète<sup>[41]</sup> comparativement à 8,1 % de tous les Canadiens<sup>[67]</sup>.*

### RÉSIDENTS AYANT LE DIABÈTE

Pourcentage des personnes âgées d'un an et plus, selon le sexe et l'exercice



### EN 2020-2021

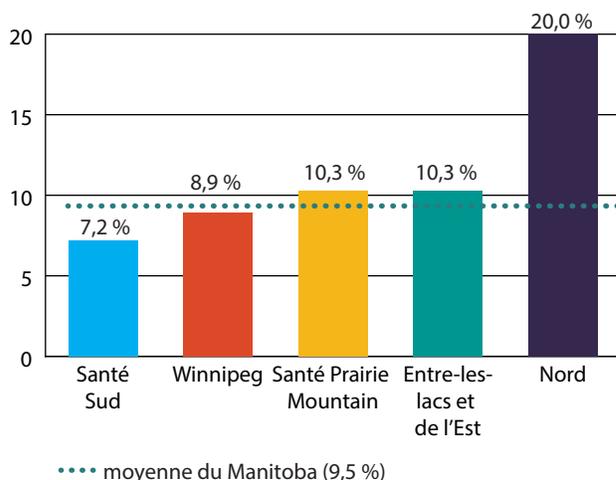
# 131 300

Manitobains vivaient avec le diabète<sup>[38]</sup>.

Au cours des 10 dernières années, une augmentation lente, constante et nette au fil du temps a pu être observée. La prévalence du diabète chez les hommes est plus élevée que chez les femmes. Cet écart a augmenté ces dernières années<sup>[69]</sup>.

On observe des disparités régionales importantes dans la prévalence du diabète au Manitoba<sup>[41]</sup>. Les résidents de la région sanitaire du Nord sont presque deux fois plus à risque de recevoir un diagnostic de diabète que les autres Manitobains<sup>[41]</sup>.

Certaines populations présentent un risque plus élevé que les autres d'être atteintes du diabète de type deux. Au Canada, la prévalence du diabète chez les adultes sud-asiatiques et les adultes noirs est respectivement 8,1 fois et 6,6 fois plus élevée que chez les adultes blancs<sup>[69]</sup>.



## STADE TERMINAL DE L'INSUFFISANCE RÉNALE (STIR)

Le Manitoba a le taux le plus élevé de maladie du rein au Canada<sup>[45]</sup>. En 2020, l'incidence pour 1 million d'habitants au Manitoba était de 250,9 comparativement à la moyenne canadienne de 208,1 (excluant le Québec).<sup>[70]</sup>

Le taux de STIR au Manitoba est 24 % plus élevé que la moyenne canadienne.<sup>[71]</sup>

Bien que relativement rare, le stade terminal de l'insuffisance rénale est un problème de santé important en raison du coût élevé de la thérapie de substitution rénale, du taux de mortalité élevé connexe, des conséquences sur la qualité de vie des patients et de la dépendance à long terme à la dialyse<sup>[72]</sup>. Le diabète est la cause principale du STIR au Manitoba. Quarante-trois pour cent (43 %) des patients au stade terminal de l'insuffisance rénale ont reçu comme diagnostic primaire le diabète<sup>[45]</sup>. Les patients au STIR doivent recourir à un traitement de substitution rénale (dialyse ou greffe de rein).

*Plus de 1 700 Manitobains sont dialysés annuellement<sup>[71]</sup>.*

Il existe un lien étroit entre l'hypertension, le diabète, la crise cardiaque et la maladie du rein. Les personnes diabétiques sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'hypertension que les personnes non diabétiques<sup>[73]</sup>. Les personnes atteintes d'hypertension sont plus susceptibles de contracter le diabète que les autres<sup>[73]</sup>. L'hypertension est également un facteur de risque clé de l'apparition d'une maladie du rein<sup>[74]</sup>. L'hypertension et le diabète sont des facteurs de risque clés des crises cardiaques et des maladies du rein, et on sait que les personnes atteintes d'une maladie du rein courent un risque plus élevé de crise cardiaque que les autres<sup>[74]</sup>.

## CANCER

Les cancers du poumon et des bronches, du sein, colorectal et de la prostate sont les cancers les plus diagnostiqués au Manitoba<sup>[45]</sup>. Il est important de comprendre les taux de diagnostic de cancer par siège du cancer pour planifier les programmes de dépistage et l'accès au traitement et comprendre les facteurs de risque du cancer<sup>[45]</sup>. L'indicateur mesure le nombre de nouveaux cas de cancer pour les quatre principaux cancers diagnostiqués pour 100 000 habitants, tous âges confondus, sur une période de deux ans.

### Diagnostiques de cancer au Manitoba en 2014-2016<sup>[45]</sup>

**2 504** – colorectal

**2 530** – sein

**2 778** – poumon et bronches

**2 145** – prostate

## GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES

Le taux de grossesse chez les adolescentes au Manitoba a diminué dans toutes les régions sanitaires<sup>[35]</sup>. Les adolescentes enceintes sont moins susceptibles de recevoir des soins prénatals précoces et plus à risque de souffrir d'anémie, d'éclampsie (convulsions) et de troubles dépressifs que les autres femmes enceintes. La grossesse à l'adolescence est souvent associée à des pratiques sociales pouvant causer des préjudices, comme l'usage problématique de substances. Les mères adolescentes ont tendance à avoir un statut socioéconomique plus faible que les autres mères ainsi que des possibilités d'éducation réduites; ce qui nuit à leur accès à des mesures de soutien social<sup>[45]</sup>.

### Le taux provincial de grossesse chez les adolescentes a diminué



**de 33 %** entre T1 (de 2007-2008 à 2011-2012) et T2 (de 2012-2013 à 2016-2017)<sup>[45]</sup>.

# Usage de substances

---

## ALCOOL

L'alcool est un dépressif psychoactif qui peut influencer sur la pensée, le comportement et la fréquence cardiaque<sup>[76]</sup>. Les effets de la consommation d'alcool peuvent aller d'une légère relaxation au coma et à la mort<sup>[77]</sup>. Bien que de nombreuses personnes consomment de l'alcool avec modération et ne subissent pas de préjudices connexes, les répercussions sanitaires et sociales de la surconsommation d'alcool sont plus importantes que celles de toute autre substance<sup>[78]</sup>.

L'alcool est la substance contrôlée la plus utilisée par les Manitobains. En 2019, **75,5 % des Manitobains** déclaraient avoir **consommé de l'alcool** au cours des 12 derniers mois<sup>[75]</sup>.

L'alcool est également la substance la plus consommée par les étudiants au Manitoba. En 2018-2019, **40,9 % des élèves de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année** ont déclaré consommer de l'alcool<sup>[79]</sup>.

La consommation d'alcool est également responsable **d'un plus grand nombre d'admissions à l'hôpital** que les autres substances. En 2017, le taux d'hospitalisations entièrement causées par l'alcool était **13 fois plus élevé** que celui lié aux opioïdes<sup>[80]</sup>.

*La majorité des Manitobains consomment des substances sous une forme ou une autre, allant de produits non réglementés comme la caféine à des substances contrôlées comme l'alcool ou la nicotine en passant par les médicaments sur ordonnance ou les substances illégales comme la cocaïne ou l'héroïne, ou les ordonnances détournées.*

Toutes ces substances ont des effets sur le corps, mais tous les usages de substances ne sont pas préjudiciables. Toutefois, l'usage problématique de substances peut causer un préjudice important aux personnes et aux communautés.

## CANNABIS

Le cannabis est la deuxième substance la plus consommée au Canada, après l'alcool<sup>[81]</sup>. Le cannabis est une drogue psychoactive que les gens utilisent à des fins médicales et récréatives. La vente et la consommation de cannabis ont été légalisées au Canada en 2018.

*En 2021, 25 % des Manitobains de plus de 16 ans avaient consommé du cannabis à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois, contre 17 % au cours des 30 derniers jours<sup>[82]</sup>.*

## LES OPIOÏDES

Les opioïdes sont des médicaments dépresseurs que l'on peut se procurer en vente libre, sur ordonnance ou sur le marché illégal. Parmi les drogues ou produits chimiques opioïdes figurent la codéine, l'oxycodone, la morphine, le fentanyl et l'héroïne. Ces substances jouent un rôle important dans les soins médicaux, mais peuvent parfois entraîner une dépendance et un problème de toxicomanie. Par exemple, au Canada, environ 10 % des personnes qui ont consommé des analgésiques opioïdes au cours de la dernière année ont fait état d'une consommation problématique<sup>[83]</sup>.

*En 2018, le Canada était le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes sur ordonnance dans le monde<sup>[84]</sup>.*

Un mauvais usage des opioïdes peut avoir des conséquences importantes sur la santé. Les opioïdes étaient une cause principale ou contributive de décès dans environ la moitié des décès liés aux drogues chaque année avant 2020. Cette proportion a augmenté de manière importante en 2020, ce qui semble être le moteur de l'augmentation de l'ensemble des décès liés à la consommation de substances.

2018 : 76 sur 147 décès (52 %)

2019 : 62 sur 151 décès (41 %)

2020 (janvier à septembre)\* :  
147 sur 229 décès (64 %)<sup>[85]</sup>

\* Les données d'octobre à décembre sont encore examinées.

Des données prouvent que les décès liés aux drogues, y compris les décès liés aux opioïdes, ont augmenté pendant la pandémie de COVID-19. Le nombre de décès liés aux opioïdes au Manitoba a augmenté de 137 % de 2019 à 2020, même en excluant les données des trois derniers mois de 2020.

*En 2020, le taux ajusté selon l'âge pour 100 000 habitants des décès totaux apparemment attribuables à la toxicité des opioïdes au Manitoba était de 13,3, comparativement à la moyenne canadienne de 17,3.*

Même en utilisant seulement neuf mois de données – contre 12 dans les autres provinces –, le taux d'augmentation entre 2019 et 2020 au Manitoba était le plus élevé, soit 289 %. Ce taux ne pourra qu'augmenter une fois les données des trois derniers mois de 2020 prises en compte. La Saskatchewan a enregistré le deuxième taux d'augmentation le plus élevé à 223 %<sup>[86]</sup>.

# Stimulants

Les stimulants forment une vaste catégorie de médicaments qui agissent en augmentant le niveau d'activité du système nerveux central (cerveau et moelle épinière). La caféine, la nicotine, la cocaïne/le crack et la méthamphétamine sont tous des exemples de stimulants.

## NICOTINE

En excluant la caféine, la nicotine est probablement le stimulant le plus utilisé par les Manitobains. Présente naturellement dans les feuilles de tabac, on trouve couramment la nicotine dans les cigarettes, le tabac à chiquer et parfois les cigarettes électroniques. Le tabagisme demeure une cause importante de maladie et de décès.

**Plus de 2 100 Manitobains meurent chaque année des conséquences du tabagisme<sup>[87]</sup>.**

Au cours des 20 dernières années, les taux de tabagisme ont nettement diminué au Manitoba. En 2019, le taux global de tabagisme chez les Manitobains de 15 ans et plus était de 14,5 %.<sup>[88]</sup>

*Les cigarettes électroniques se sont popularisées au Manitoba au cours des dernières années. En 2019, 24,3 % des Manitobains avaient déjà essayé de vapoter, comparativement à 16,2 % des Canadiens<sup>[88]</sup>.*



**En 2019, le Manitoba a enregistré le taux le plus élevé de vapotage au cours des 30 derniers jours. MB – 8,8 % Can – 4,7 %<sup>[88]</sup>**

Les taux de vapotage chez les jeunes semblent augmenter plus rapidement que dans les autres groupes d'âge.

## Vapotage chez les jeunes au Manitoba

(au cours des 30 derniers jours)

Augmentation de 50 % entre 2014-2015 et 2016-2017 et de 10 % à 15 % dans l'ensemble.

De la  
7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année



De la  
10<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année<sup>[89]</sup>



## COCAÏNE AND METHAMPHETAMINE

La cocaïne et la méthamphétamine sont de puissants stimulants dont la vente et la possession sont illégales au Canada. La cocaïne est fabriquée à partir des feuilles de coca, plante cultivée principalement en Amérique du Sud, tandis que la méthamphétamine est une drogue anthropique, parfois produite à partir d'une combinaison de produits chimiques pour la maison et de pseudoéphédrine. Les deux substances peuvent être reniflées, fumées ou injectées<sup>[90]</sup>.

Au Manitoba, la consommation de cocaïne et de méthamphétamine a augmenté.

### CONSOMMATION DE COCAÏNE AU MANITOBA



6 % en 2013



10 % en 2017<sup>[91]</sup>

### EN 2017,



3,7 % des Canadiens ont déclaré un usage de la méthamphétamine au cours de leur vie<sup>[92]</sup>.

Les conséquences sanitaires et sociales potentielles de l'utilisation de méthamphétamine sont importantes. En 2019, la méthamphétamine était le motif de demande de soutien le plus courant (en dehors de l'alcool) des Manitobains en matière de toxicomanie et d'usage de drogues<sup>[93]</sup>. De 2013 à 2018, le nombre de Manitobains ayant consommé de la méthamphétamine puis ayant eu recours au système de santé a été multiplié par 7. Au cours de chaque année visée par le rapport, le nombre de Manitobains ayant consommé de la méthamphétamine a augmenté par rapport à l'année précédente<sup>[93]</sup>.

Nombre mensuel moyen de visites aux urgences pour des motifs liés à la méthamphétamine au sein de l'Office régional de la santé de Winnipeg :



Le Manitoba a connu une syndémie de consommation problématique de substances et d'infections transmissibles sexuellement et par le sang bien avant la pandémie de COVID-19. Les recherches montrent que « les personnes qui ont fait l'objet d'une marginalisation systémique (par exemple, les personnes dans un logement précaire, les personnes victimes de traumatismes ou de mauvais traitements, les personnes à faible revenu et les groupes racisés) sont plus susceptibles de manière disproportionnée de consommer de la méthamphétamine que les personnes qui n'ont vécu aucune de ces situations<sup>[93]</sup> ». La consommation problématique de substances et les ITSS ont les mêmes causes profondes, par conséquent il est nécessaire de s'attaquer à ces problèmes ensemble.



# Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

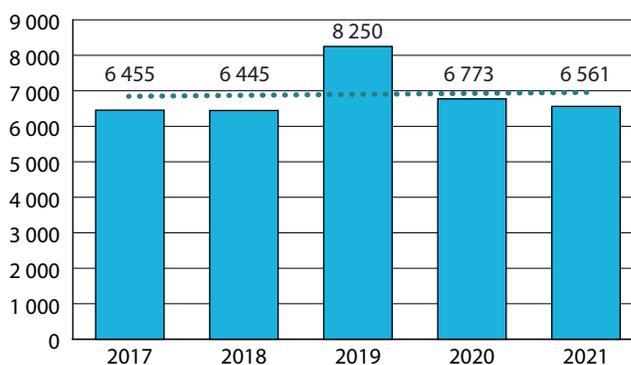
*Les ITSS sont les maladies infectieuses importantes pour la santé publique les plus courantes en Amérique du Nord.*

Ces maladies se propagent principalement par contact sexuel de personne à personne. Certaines ITSS sont également transmises par contact sanguin, par exemple lorsque les personnes qui s'injectent des drogues partagent des aiguilles. Ces maladies peuvent également être transmises de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement<sup>[94]</sup>. Si elles ne sont pas traitées, les ITSS peuvent entraîner de graves problèmes de santé, y compris l'infertilité et la mort. La chlamydia, la gonorrhée et la syphilis sont les ITSS les plus répandues. La chlamydia et la gonorrhée peuvent n'être accompagnées d'aucun symptôme et par conséquent être ignorées des personnes infectées. Les personnes sexuellement actives ou partageant des accessoires facilitant la consommation de drogues devraient se faire tester régulièrement, même sans symptômes.

Il est particulièrement important de noter que la pandémie de COVID-19 a entraîné une réduction du nombre de tests d'ITSS effectués et une diminution du nombre de personnes testées pour toutes les ITSS au Manitoba. Cette diminution s'explique par la réduction de l'accès aux soins pendant les mois où les restrictions liées à la COVID-19 étaient les plus sévères et par la crainte de se rendre dans des établissements de soins de santé dans un contexte de COVID-19. Toute baisse des cas d'ITSS rapportée de 2019 à 2020 peut simplement être attribuable à une réduction du nombre de tests de dépistage effectués, soit une diminution de l'activité de détection des cas plutôt qu'une diminution réelle des nouveaux cas<sup>[115]</sup>. Les tests effectués pour la plupart des ITSS, à l'exception de la gonorrhée et de la chlamydia, sont revenus au niveau d'avant la pandémie en 2021.

Les données rapportées dans la présente section comprennent les cas diagnostiqués de chlamydia, de gonorrhée, de syphilis infectieuse, d'hépatite B et d'hépatite C jusqu'au 31 décembre 2021, ainsi que les cas diagnostiqués de VIH jusqu'au 31 décembre 2020. Ces chiffres peuvent changer au fil de l'exécution des enquêtes sur les cas et des mises à jour de la stadification.

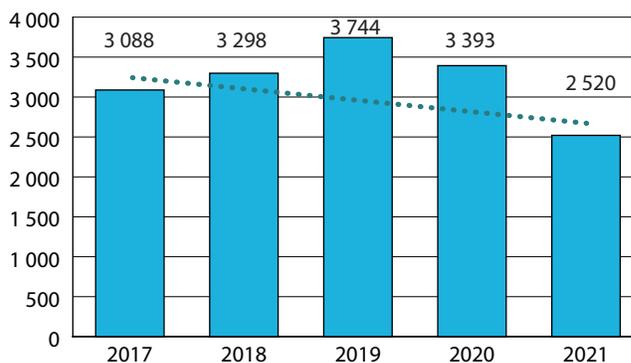
## CHLAMYDIA



### 6 561 cas en 2021

Le taux de chlamydia dans la région du Nord du Manitoba (1 783,1 pour 100 000 habitants) était quatre fois plus élevé que le taux global au Manitoba (473,1 pour 100 000 habitants) en 2021.

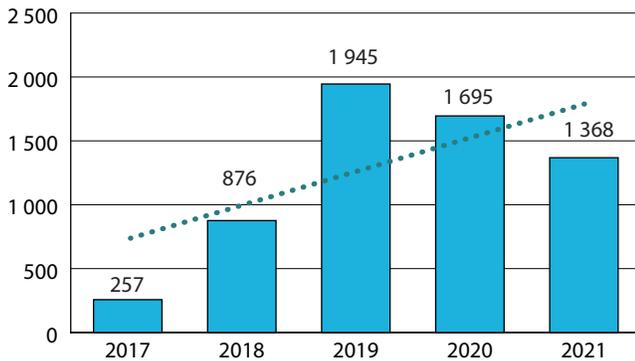
## GONORRHÉE



### 2 520 cas en 2021

Le taux de gonorrhée dans la région du Nord du Manitoba (753,1 pour 100 000 habitants) était plus de quatre fois élevé que le taux global au Manitoba (181,7 pour 100 000 habitants) en 2021.

## SYPHILIS INFECTIEUSE

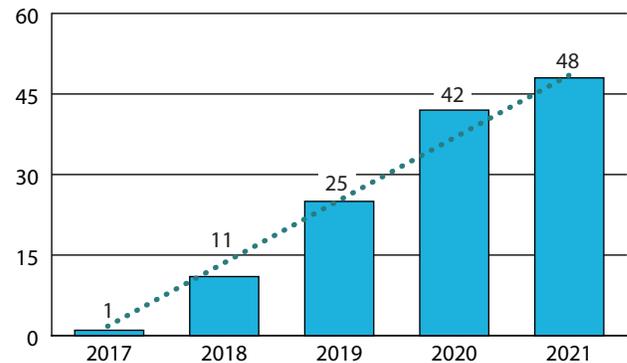


### 1 368 cas en 2021

Bien que les diagnostics de cas de syphilis infectieuse diminuent depuis 2019, le nombre de cas au Manitoba demeure préoccupant. Le nombre de cas de syphilis infectieuse diagnostiqués en 2021 était cinq fois plus élevé qu'en 2017. La diminution récente des cas de syphilis infectieuse diagnostiqués pourrait être en partie attribuable à la diminution du nombre de tests effectués, comme nous l'avons expliqué précédemment, ainsi qu'à un changement dans l'application de la définition de syphilis infectieuse contre syphilis non infectieuse. À mesure de l'exécution des enquêtes sur les cas et de la stadification des cas de syphilis, certains cas peuvent passer du statut de non infectieuse à infectieuse.

Le taux de syphilis infectieuse dans la région du Nord du Manitoba (179,9 pour 100 000 habitants) était plus élevé que taux global au Manitoba (100,1 pour 100 000 habitants) en 2021. Le taux dans la région du Nord a presque été divisé par trois de 2020 à 2021 (passant de 504,6 pour 100 000 habitants à 179,9 pour 100 000 habitants).

## SYPHILIS CONGÉNITALE



### 48 cas en 2021

En 2015, pour la première fois depuis plusieurs dizaines d'années, le Manitoba a enregistré un cas de syphilis congénitale.

On parle de syphilis congénitale lorsqu'une femme enceinte est infectée par la syphilis et transmet l'infection au fœtus. Si la mère n'est pas traitée, l'enfant peut naître avec une infection de syphilis active. La syphilis congénitale peut entraîner de nombreuses complications médicales, parfois graves pour l'enfant, y compris des lésions osseuses, une perte auditive voire la mort<sup>[96]</sup>.

Depuis le milieu de 2018, le nombre de cas de syphilis congénitale a augmenté : 13 cas confirmés et 8 cas probables entre juin 2018 et juin 2019 seulement<sup>[96]</sup>. Le Manitoba a enregistré 42 cas de syphilis congénitale en 2020 et 48 cas en 2021. Le manque de soins prénatals et la consommation de substances sont des facteurs de risque connus de la syphilis congénitale<sup>[97]</sup>.

On soupçonne fortement un lien entre la consommation de méthamphétamine et l'augmentation spectaculaire des cas de syphilis congénitale au Manitoba<sup>[93]</sup>.

## VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

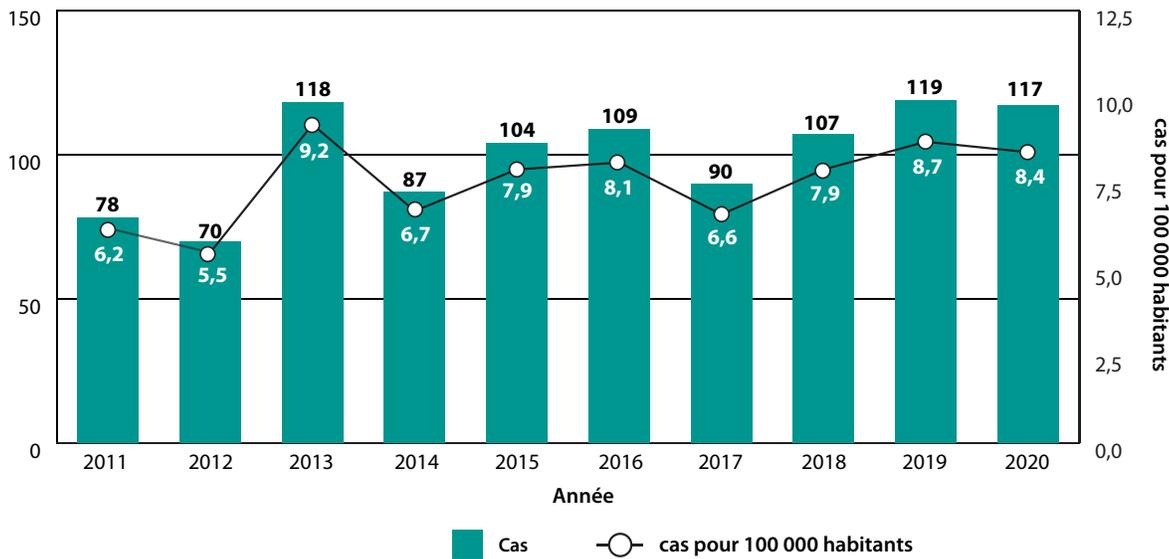


figure 3 du rapport 2020 ANNUAL SURVEILLANCE UPDATE : HIV IN MANITOBA (gov.mb.ca)<sup>[98]</sup>

Comme le montre la figure ci-dessus, les cas de VIH ont fluctué au Manitoba.

À l'échelle régionale, les taux de VIH ont commencé à grimper dans la région de Prairie Mountain en 2018, et dans la région sanitaire du Nord en 2019. Toutefois, en raison du faible nombre de cas dans ces régions, une légère augmentation des cas peut entraîner de grandes fluctuations des taux.

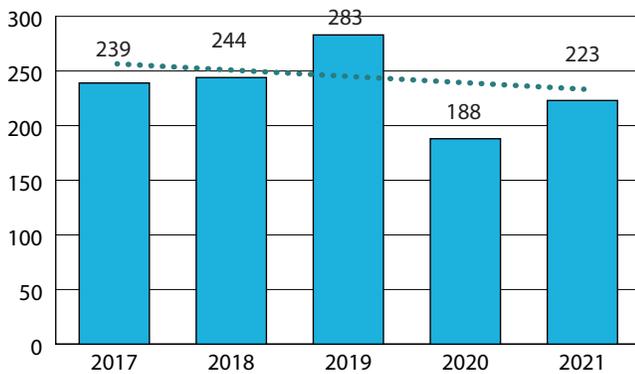
Prairie Mountain est passé de 1,2 cas pour 100 000 habitants en 2017 à 7 cas pour 100 000 habitants en 2018 et à 8,7 cas pour 100 000 habitants en 2019<sup>[98]</sup>.

Le taux dans la région sanitaire du Nord est demeuré stable au fil du temps jusqu'en 2019 où il est passé à 16,8 pour 100 000 habitants contre 5,2 pour 100 000 habitants en 2018. Il s'agit d'une augmentation de plus de 200 % en un an<sup>[98]</sup>.

*En 2020, 58,1 % des cas concernaient des hommes et 41,9 % des femmes<sup>[98]</sup>. Au cours des dernières années, la proportion de cas de VIH chez les femmes a augmenté, mais cette proportion a légèrement diminué en 2020<sup>[98]</sup>.*

*2017 – 31,1 %  
2018 – 40,2 %  
2019 – 44,5 %  
2020 – 41,9 %*

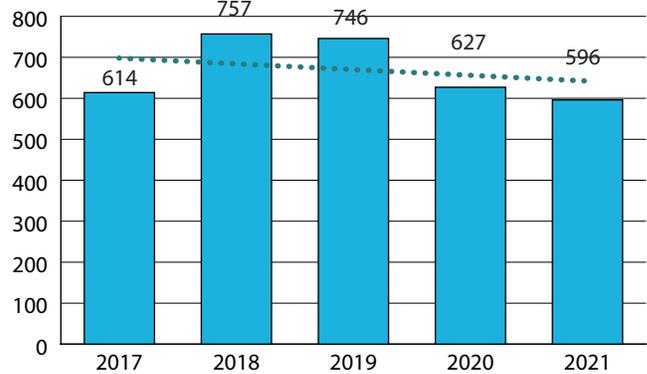
## HÉPATITE B



### 223 cas en 2021

Le taux d'hépatite B au sein de l'Office régional de la santé de Winnipeg (23 pour 100 000 habitants) était une fois et demie plus élevé que le taux global au Manitoba (16,1 pour 100 000 habitants) en 2021.

## HÉPATITE C



### 596 cas en 2021

Le taux d'hépatite C dans la région du Nord du Manitoba (94,5 pour 100 000 habitants) était plus de deux fois plus élevé que le taux global au Manitoba (43 pour 100 000 habitants) en 2021.



## TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie transmissible qui touche principalement les poumons et qui peut entraîner une maladie grave et la mort. Une personne peut souffrir de tuberculose active ou latente (en sommeil). Les personnes atteintes de tuberculose active présentent des signes et des symptômes, contrairement aux personnes atteintes de tuberculose latente. Les deux formes de tuberculose sont très préoccupantes en matière de santé publique, car une tuberculose latente peut devenir active si la personne infectée n'est pas traitée ou n'observe pas son traitement. Au Canada, le Manitoba affiche l'un des taux de tuberculose active les plus élevés<sup>[99]</sup>.

Au Manitoba, le taux moyen de cas de tuberculose de l'appareil respiratoire sur les cinq dernières années est de 138,6 cas par année<sup>[100]</sup>.

En 2019, ceci s'est traduit par 13,2 cas pour 100 000 Manitobains. Toutefois, l'incidence est disproportionnée par office régional de la santé, mais elle est nettement plus élevée que la moyenne nationale d'environ 4,9 cas pour 100 000 habitants<sup>[100]</sup>.

Chapitre

# 4



## **COVID-19** au Manitoba

## Chapitre 4 – COVID-19 au Manitoba :

Comme cela a été mentionné au chapitre 1, une partie du rôle de la santé publique consiste à répondre aux urgences de santé publique, y compris les éclosions de maladies. Au début de 2020, les systèmes de santé publique dans le monde entier ont été placés sous le feu des projecteurs après la détection d'un cluster de cas de pneumonie avec étiologie inconnue, à Wuhan, en Chine. Des enquêtes ont révélé que l'éclosion était causée par

un nouveau coronavirus. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a officiellement nommé cette maladie à nouveau coronavirus la COVID-19 (anciennement 2019-nCoV)<sup>[101]</sup>. Malgré les premiers efforts de contrôle, ce nouveau virus s'est propagé dans l'ensemble de l'Asie de l'Est, puis dans le monde entier. Le 30 janvier 2020, la COVID-19 a été déclarée une urgence de santé publique de portée internationale et, le 11 mars 2020, l'OMS déclarait une pandémie<sup>[102, 103]</sup>. Les systèmes de santé publique du monde entier ont mis en place des mesures pour ralentir et prévenir la propagation de la COVID-19, suscitant une prise de conscience mondiale du travail de la santé publique.

### QU'EST-CE QU'UNE PANDÉMIE?

Pour qu'une maladie soit considérée comme une pandémie, elle doit se propager dans une région de grande taille ou traverser des frontières internationales et toucher un grand nombre de personnes.



## Dates importantes au début de la pandémie de COVID-19<sup>[103]</sup>

- **4 janvier 2020** – L'OMS fait état sur les réseaux sociaux d'un cluster de cas de pneumonie – sans décès – à Wuhan, dans la province de Hubei.
- **9 janvier 2020** – L'OMS annonce que les autorités chinoises ont déterminé que l'épidémie était causée par un nouveau coronavirus.
- **13 janvier 2020** – Des responsables confirment un cas de COVID-19 en Thaïlande, premier cas déclaré à l'extérieur de la Chine.
- **30 janvier 2020** - Le directeur général de l'OMS déclare que la flambée due au nouveau coronavirus (2019-nCoV) constitue une urgence de santé publique de portée internationale. Le rapport de situation de l'OMS signale 7 818 cas confirmés totaux dans le monde, dont la majorité en Chine, et 82 cas déclarés dans 18 pays en dehors de la Chine.
- **11 mars 2020** – L'OMS déclare que la flambée due au nouveau coronavirus (Covid-19) est une pandémie mondiale.

## VARIANTS PRÉOCCUPANTS DE LA COVID-19

Les variants génétiques des virus sont courants et attendus. Les variants d'un virus deviennent préoccupants lorsqu'ils se propagent facilement, entraînent des maladies graves ou résistent bien aux vaccins et aux traitements<sup>[104]</sup>. De telles souches sont appelées variants préoccupants (COV). Un certain nombre de variants préoccupants de la COVID-19 ont été découverts, qui continuent de se propager dans le monde entier<sup>[54]</sup>. L'émergence du variant Alpha modifie considérablement la transmission de la COVID-19 à l'automne 2020, situation que nous examinerons plus loin dans le présent chapitre.

## DÉSIGNATION DES VARIANTS PRÉOCCUPANTS DE LA COVID-19

### Lignées Pango

### Étiquette de l'OMS

---

B.1.1.7	Alpha
---------	-------

---

B.1.351	Beta
---------	------

---

P.1	Gamma
-----	-------

---

B.1.617.2	Delta
-----------	-------

---

B.1.1.529	
-----------	--

BA.1	Omicron
------	---------

BA.2	
------	--

---

## Activités de santé publique liées à la COVID-19

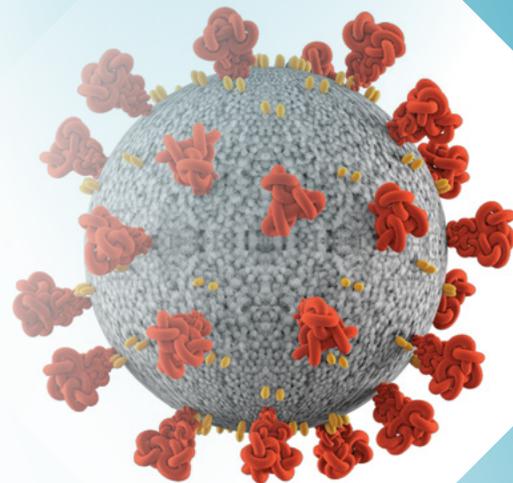
### PRÉPARATION ET INTERVENTION

Les activités de préparation aux situations d'urgence comme la planification, la formation et l'organisation en vue d'intervenir en réponse à des événements et à des situations préjudiciables font partie du travail de la santé publique en période non pandémique<sup>[93]</sup>. La réponse provinciale à la COVID-19 a commencé bien avant la détection du premier cas au Manitoba. En janvier 2020, un comité de leadership a été mis sur pied pour coordonner la réponse provinciale à la COVID-19. La situation relative à la COVID-19 s'aggravant, le comité s'est transformé en un Système de commandement des interventions conjoint le 3 février 2020.

*À la suite de l'avis de flambée due au nouveau coronavirus en Chine par l'Agence de la santé publique du Canada, le médecin hygiéniste en chef du Manitoba a émis une alerte sanitaire à l'intention des fournisseurs de soins de santé le 17 janvier 2020.*

Les principaux objectifs de la réponse à la COVID-19 consistaient à minimiser les conséquences graves en matière de santé et les décès globaux, mais également les perturbations sociales. Pour atteindre ces objectifs, la gestion de la pandémie impliquait d'utiliser les moyens les moins restrictifs possible pour équilibrer le risque de COVID-19 avec le risque d'effets négatifs des restrictions de santé publique sur la santé. Dans le contexte d'une pandémie mondiale due à un virus hautement transmissible, le niveau des restrictions de santé publique mis en place et les défis à relever pour atteindre une approche équilibrée étaient sans précédent.

Plus de 100 ordonnances de santé publique ont été émises au Manitoba entre mars 2020 et mars 2022.



### LEADERSHIP DES PREMIÈRES NATIONS PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

L'équipe de coordination de la réponse à la pandémie de COVID-19 des Premières Nations du Manitoba est un partenariat entre le First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba, Manitoba Keewatinowi Okimakanak et l'Assemblée des chefs du Manitoba. Ce groupe a été habilité à prendre des décisions pour répondre aux besoins des Premières Nations et a travaillé avec tous les ordres de gouvernement, les organismes de prestation de services, les conseils tribaux, l'Organisation des chefs du Sud et l'institut Ongomiizwin (Rady Faculty of Health Sciences). L'équipe de coordination avait notamment pour rôle de faire le point sur les cas de COVID-19 auprès des Premières Nations. L'équipe de coordination de la réponse à la pandémie de COVID-19 des Premières Nations du Manitoba a publié des bulletins quotidiens et hebdomadaires, des rapports sur la vaccination et des rapports de conseils tribaux pour fournir des données ciblées.

## MESURES ET ORDONNANCES DE SANTÉ PUBLIQUE

En vertu de la Loi sur la santé publique, le médecin hygiéniste en chef du Manitoba a le pouvoir d'émettre des ordonnances de santé publique lorsqu'une menace grave et immédiate pour la santé publique est déterminée en raison d'une épidémie ou d'un risque d'épidémie d'une maladie transmissible et que la menace pour la santé publique ne peut être évitée, réduite ou éliminée sans prendre de mesures spéciales. Ces ordonnances peuvent être délivrées en tout temps et peuvent être mises en place pour une période déterminée ou jusqu'à leur révocation par le médecin hygiéniste en chef du Manitoba. Les ordonnances doivent être approuvées par le ministre de la Santé.

Les mesures de santé publique ont changé rapidement en réponse au fardeau de la COVID-19 dans la province, aux nouvelles données probantes ou à leur évolution et à la capacité en matière d'interventions clés, comme la vaccination.

Dates et mesures de santé publique clés de la réponse initiale du Manitoba à la pandémie (mars à mai 2020) :

Pendant toute la pandémie de COVID-19, des ordonnances de santé publique ont été émises pour imposer des restrictions sur de nombreux aspects de la vie quotidienne, y compris :

le port du **masque**

**les restrictions de voyage** et les exigences d'isolement

**les rassemblements**

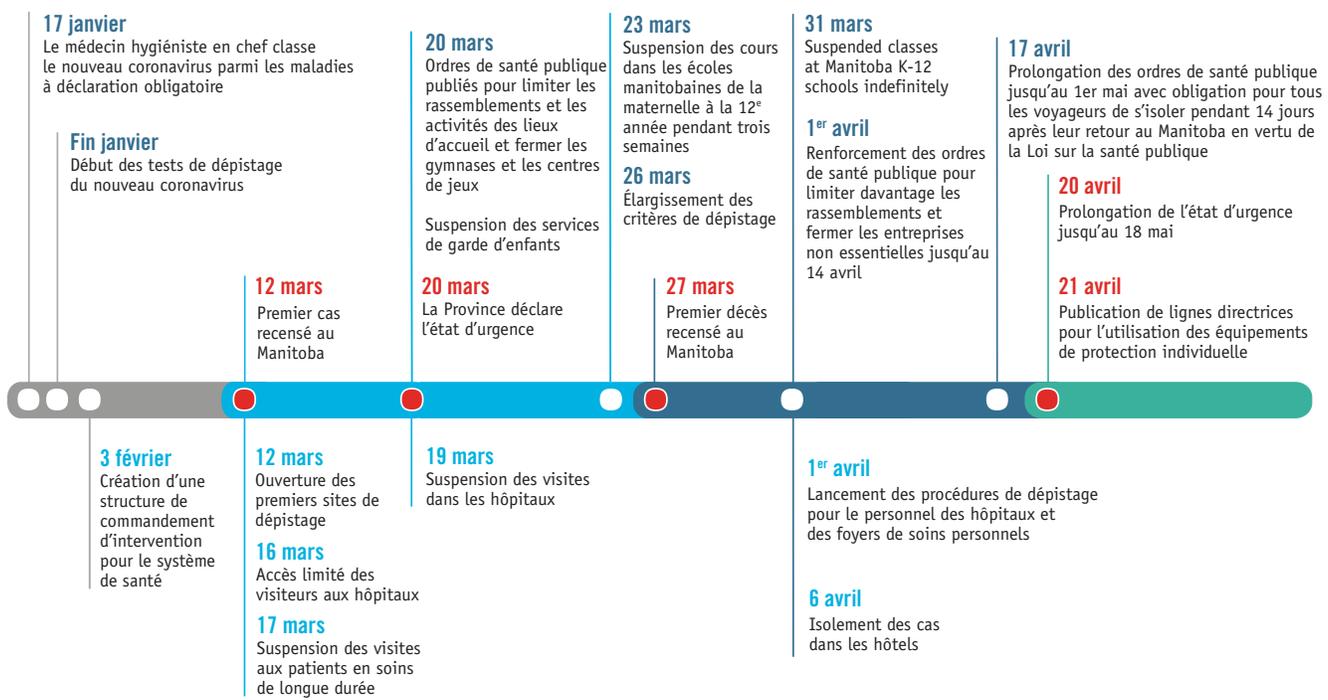
les **limites de capacité** et les **fermetures** d'entreprises

**les loisirs et les sports**

**les écoles**

les exigences relatives aux **preuves de vaccination**

## Mesures de santé publique



## Les mesures fondamentales

Les recommandations de santé publique clés, souvent appelées « les mesures fondamentales », comprenaient l'éloignement physique de deux mètres (six pieds), le confinement à la maison, les tests en cas de maladie, le lavage fréquent des mains et le port du masque.

La réponse provinciale était fondée sur des indicateurs clés surveillés par les responsables de la santé publique, notamment :

**les taux de positivité aux tests;**

**les nombres de cas** et les **taux d'augmentation des cas;**

la vitesse de propagation de la maladie, appelée **temps de dédoublement** (temps nécessaire pour que les cas doublent);

**le suivi des contacts** et le niveau de retenue des cas dans des foyers de contamination;

**La capacité du système de santé** en matière d'hospitalisation ou d'admission aux soins intensifs;

**et les taux de vaccination contre la COVID-19.**



# Conséquences non voulues des mesures de santé publique

*Même si des mesures de santé publique ont été nécessaires et pourraient continuer de l'être pour protéger les Manitobains contre la propagation de la COVID-19, une approche équilibrée est requise pour limiter tout préjudice non prévu.*

Bon nombre de conséquences négatives non voulues de la pandémie ont découlé d'inégalités existantes. La perte d'emploi et la perte de revenu, l'isolement social, les répercussions sur la santé mentale, l'augmentation de la consommation problématique de substances et de la violence conjugale et familiale, la réduction de l'accès aux apprentissages et au soutien en personne, le report des interventions chirurgicales et des diagnostics et la vaccination systématique offrent quelques exemples seulement de préjudices possibles.

Rappelons qu'un grand nombre des conséquences non voulues ne sont pas attribuables aux mesures de santé publique seulement.

La COVID-19 elle-même a joué un rôle en raison du redéploiement du personnel dans les soins de santé et de l'augmentation de l'absentéisme pour cause de maladie dans tous les secteurs. Les personnes ayant été réinfectées ou présentant des symptômes de COVID de longue durée continuent de subir des conséquences de la pandémie même si les mesures de santé publique ont été supprimées au printemps 2022.

Selon une étude réalisée en 2021 par l'hôpital Sick Kids en Ontario, entre avril et juin 2020 :



plus des deux tiers des enfants et des adolescents ont vu leur santé mentale se détériorer, détérioration fortement associée au stress lié à l'isolement social<sup>[105]</sup>.

*70,2 % des enfants de 6 à 18 ans et 66,1 % des enfants de 2 à 5 ans ont vécu une détérioration dans au minimum un domaine de la santé mentale (dépression, anxiété, irritabilité, attention, hyperactivité et obsessions/ compulsions)<sup>[105]</sup>.*

## CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET MÉFAITS

Le nombre de décès liés à la consommation de substances au Manitoba est passé de 191 en 2019 à 372 en 2020, ce qui représente une augmentation de près de 95 %<sup>[106]</sup>

### Cette forte hausse s'explique par :

le stress causé par la pandémie de COVID-19, qui a **entraîné une augmentation des problèmes de santé mentale**, notamment des sentiments d'anxiété et de dépression et des pensées suicidaires;

une augmentation de la **consommation de substances en solitaire** en raison des ordonnances de santé publique liées à la COVID-19 limitant les rassemblements; ordonnances de santé publique liées à la COVID-19 limitant les rassemblements;

### les obstacles aux traitements.

*Entre janvier et juillet 2021 seulement, le Bureau du médecin légiste en chef a signalé 236 décès attribuables à la toxicité des substances<sup>[107]</sup>.*

## VACCINATION SYSTÉMATIQUE

Les programmes de vaccination systématique, y compris en milieu scolaire, ont été reportés afin de donner la priorité à la vaccination contre la COVID-19.

Le nombre de doses mensuelles des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'Haemophilus influenzae de type b (DTaP-VPI-Hib) et la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (MMRV) administrées au Manitoba a diminué en avril 2020 par rapport à février 2020, de 18 % et de 38 % respectivement<sup>[108]</sup>.



La réponse à la COVID-19 a eu des répercussions physiques, mentales, sociales, émotionnelles et spirituelles sur les Manitobains ainsi que dans le cadre d'un accès réduit au soutien social, économique et développemental adéquat, comme la perte d'emploi ou de logement et l'accès à l'éducation. Il faudra des années pour bien comprendre l'impact complet de la COVID-19, du niveau sociétal au niveau individuel. Toutefois, les inégalités sociales et sanitaires se sont creusées avec la pandémie et les mesures connexes, et il faudra déployer des efforts importants et collaborer entre tous les secteurs pour combler cet écart.

# Vaccination contre la COVID-19

Comme mentionné au chapitre 2, la vaccination est l'un des plus importants progrès en santé publique du dernier siècle, dans la mesure où les maladies infectieuses qui étaient autrefois la cause principale des décès sont aujourd'hui à l'origine de moins de 5 % de tous les décès au Canada. La COVID-19 nous a montré les effets dévastateurs que peut entraîner une nouvelle maladie infectieuse sur une population lorsque l'immunité générale est faible et qu'on n'offre pas de vaccin. La campagne de vaccination contre la COVID-19 est la plus importante campagne de vaccination jamais entreprise au Manitoba.

*Le 16 décembre 2020, le premier vaccin contre la COVID-19 a été administré au Manitoba.*

En date du 13 avril 2022...

## 2 871 481

doses de vaccin ont été administrées

**82,9 %**   
des Manitobains âgés de cinq ans et plus ont reçu **deux doses**

**45,0 %**   
ont reçu **trois doses**<sup>[109]</sup>

**Il existe des différences régionales pour ce qui est de la couverture vaccinale.**

En date du 13 avril 2022...



ont reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19.

**Pour les Premières Nations, en date du 7 avril 2022...**

## 307 800

doses de vaccin ont été administrées au Manitoba

**89,4 %**  **70,4 %**  
**dans les réserves** **hors réserve**  
personnes de cinq ans et plus ont reçu deux doses

**29 %**  **21,5 %**  
**dans les réserves** **hors réserve**  
personnes de cinq ans et plus ont reçu trois doses<sup>[110]</sup>

Les vaccins contre la COVID-19 sont très efficaces pour prévenir les cas de COVID-19 grave, y compris les besoins en oxygène d'appoint, les admissions à l'hôpital et les admissions aux soins intensifs. Aucun vaccin n'est efficace à 100 % pour prévenir l'infection, par conséquent, nous nous attendons à voir des infections postvaccinales chez les Manitobains complètement vaccinés. Les Manitobains qui n'ont reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19 sont plus à risque d'être hospitalisés, d'être admis dans une unité de soins intensifs ou de décéder s'ils sont infectés par la COVID-19.

# 17,3 %

des Manitobains ne sont pas vaccinés contre la COVID-19; et du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2022, ils représentaient :



**22,6 %** des admissions à l'hôpital



**27,1 %** des admissions aux soins intensifs



**30,2 %** des décès<sup>[11]</sup>



# Épidémiologie de la COVID-19 au Manitoba

L'analyse épidémiologique répond à des questions clés sur la circulation de la COVID-19 dans la population. L'interprétation des données sur les cas graves – comme l'hospitalisation, les soins intensifs, le décès – et la situation vaccinale aide à expliquer comment le virus se propage dans différents environnements et éclaire les interventions de santé publique et la prise de décisions.

En date du 27 avril 2022,



**141 377**<sup>2</sup>

cas de COVID-19 étaient recensés au Manitoba.

**Sur ce nombre de cas, 37 428 ont été identifiés comme membres des Premières Nations**

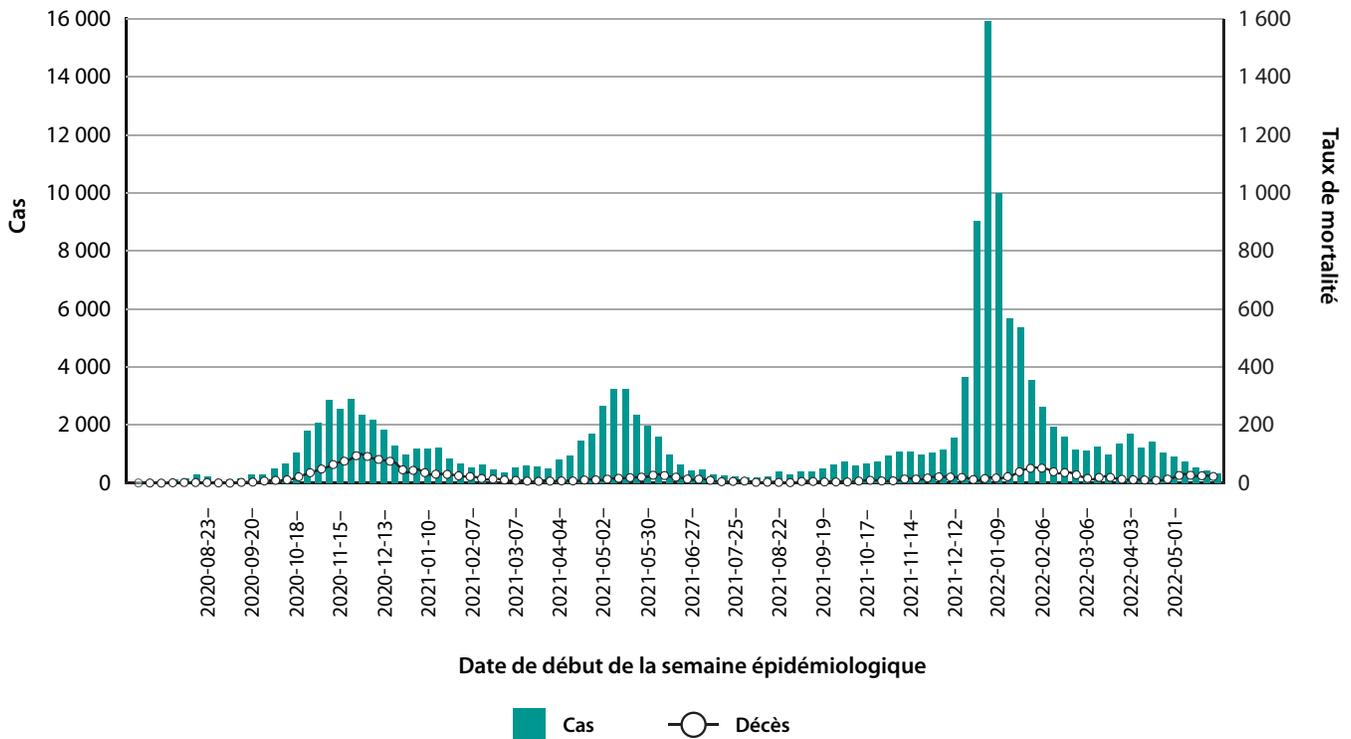
**22 053** dans les réserves

**15 375** hors réserve

Les membres des Premières Nations ont été touchés par la COVID-19 de manière disproportionnée, représentant 26,5 % de tous les cas de COVID-19 au Manitoba<sup>[1][2]</sup>.

L'expérience de la COVID-19 au Manitoba suit le schéma d'autres administrations, avec des cas qui augmentent et diminuent par vagues, mais cette expérience demeure unique pour ce qui est du moment des vagues, des clusters et des populations touchées. Chaque vague de COVID-19 était différente et le contexte de la dynamique de la COVID-19 changeait rapidement. La première vague de COVID-19 au Manitoba a été nettement moins importante que les vagues qui ont suivi. Ainsi, les données contenues dans le présent rapport mettent l'accent sur l'impact de la COVID-19 d'août 2020 à mars 2022. Bien que de petite envergure, la première vague n'était pas négligeable. Elle s'est produite quand le monde entier en savait peu sur le SRAS CoV-2, virus à l'origine de ce qu'on appelle aujourd'hui la COVID-19; et la détection du premier cas de COVID-19 au Manitoba a déclenché une série de mesures importantes, comme nous l'avons expliqué plus tôt dans le présent chapitre. Une combinaison du moment, de la rapidité d'action et de la chance a empêché une première vague importante au Manitoba.

<sup>2</sup> Rappelons que le nombre de cas déclarés dénombre de manière incomplète le nombre total de Manitobains infectés par la COVID-19. De nombreux facteurs contribuent à ce dénombrement incomplet, notamment les personnes asymptomatiques qui ne savent pas qu'elles sont infectées, les changements apportés aux critères de test et les personnes souffrant de symptômes bénins qui ne cherchent pas à se faire tester même en étant admissibles aux tests.



*Cas de COVID-19 par semaine des dates de rapport de santé publique au Manitoba, du 23 août 2020 au 23 avril 2022<sup>(111)</sup>*

La deuxième vague, qui a commencé au début de l'automne 2020, s'est produite quand le Manitoba a fait face à une transmission communautaire à grande échelle de la COVID-19 pour la première fois, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués étant de 300 à 500 par jour. À cette période, la population du Manitoba non vaccinée et bénéficiant d'une protection très limitée des infections précédentes était largement vulnérable à la COVID-19. Malgré la mise en place d'importantes mesures et précautions de santé publique dans l'ensemble de la province, les foyers de soins personnels ont été particulièrement touchés, phénomène observé dans d'autres provinces au Canada.

*Le pic du nombre de cas quotidiens pendant la deuxième vague a été de 593 cas le 22 novembre 2020.*

Entre les vagues 2 et 3, deux facteurs importants ont changé le paysage de la COVID-19 : les vaccins ont été offerts et le variant préoccupant Alpha a fait son apparition, plus transmissible et plus grave que le virus sauvage original.

Malgré les limites des premiers approvisionnements en vaccins, certaines personnes à risque de subir des conséquences graves de la COVID-19, comme les résidents âgés des foyers de soins personnels, ont pu se faire vacciner au début de 2021. Comme le montre la courbe épidémiologique ci-dessus, malgré l'augmentation notable des cas pendant la troisième vague, le nombre global de décès liés à la COVID-19 a été moins important qu'à la deuxième vague.

*Le pic du nombre de cas quotidiens pendant la troisième vague (Alpha) a été de 601 cas le 19 mai 2021.*

Après le variant préoccupant Alpha, de nouveaux variants ont continué d'être identifiés. Toutefois, le variant Delta, avec sa transmissibilité et sa gravités supérieures au variant Alpha, a fini par dominer à l'été et à l'automne 2021<sup>[113]</sup>.

*Le variant préoccupant Delta était jusqu'à 79 % plus transmissible que la variant Alpha<sup>[113]</sup>.*

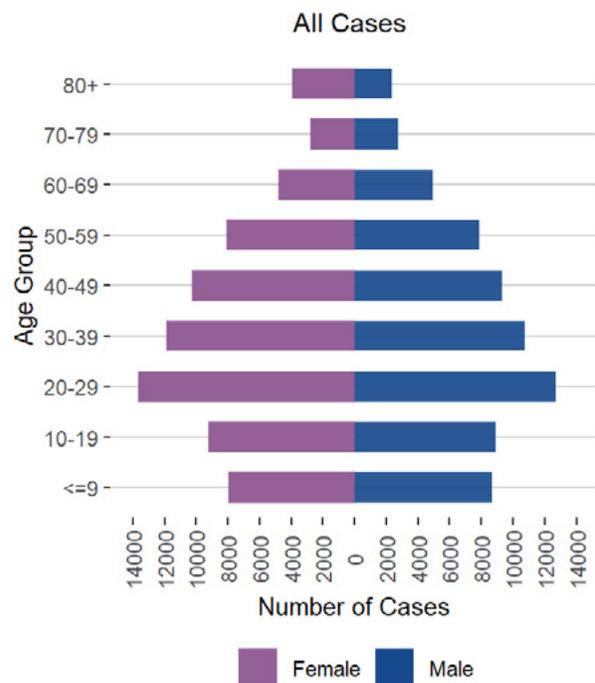
La quatrième vague au Manitoba a commencé à l'automne 2021, favorisée par le variant Delta. Le Manitoba a mis en place des efforts de vaccination et des restrictions suffisants pour maintenir les cas en nombre moins élevé qu'aux vagues précédentes, mais la situation a changé en décembre lorsque le variant Omicron a rapidement supplanté le variant Delta pour dominer au Canada. Omicron était plus transmissible que le variant Delta et les deux doses de vaccin contre la COVID-19, bien que continuant de protéger contre les effets graves, se sont avérés moins efficaces pour prévenir l'infection à l'Omicron<sup>[114]</sup>. Cette combinaison de facteurs a fait grimper les cas à partir de fin décembre 2021. Les personnes ayant reçu une troisième dose de vaccin semblent avoir été plus protégées que les personnes ayant reçu deux doses.

*Le pic du nombre de cas quotidiens quand Omicron a pris le dessus sur le variant Delta a été de 2 091 cas le 5 janvier 2022.*

On estime que chaque cas de variant Omicron infectait 4,5 fois plus de personnes qu'un cas de variant Delta<sup>[114]</sup>.

### DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES CAS DE COVID-19 AU MANITOBA<sup>[111]</sup>

La figure suivante présente la répartition des cas selon l'âge et le sexe. Nous constatons que le nombre de cas est généralement équilibré entre les hommes et les femmes, mais ne l'est pas dans les groupes d'âge, le fardeau de l'infection étant plus élevé chez les 20 à 29 ans. Cette situation est semblable à celle observée partout au Canada.



Répartition selon le sexe et l'âge des cas de COVID-19, Manitoba, du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 23 avril 2022

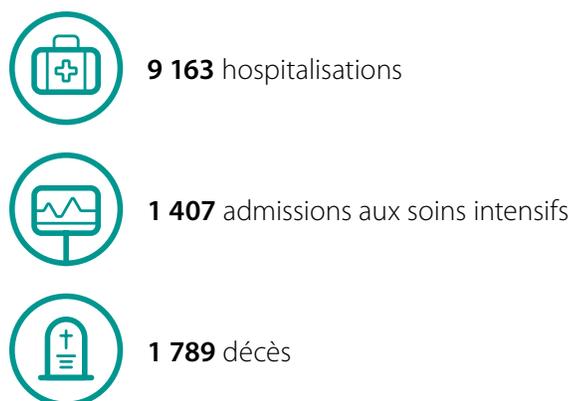
# Résultats graves : Admissions dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs (USI), et décès



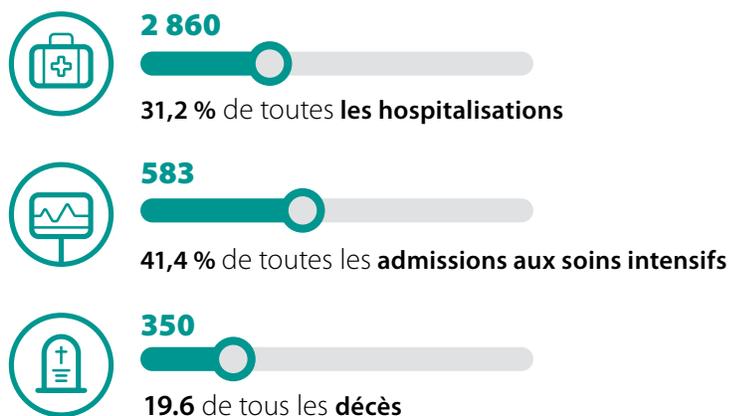
Tout au long de la pandémie, l'inquiétude était que les systèmes de santé soient débordés en raison du nombre élevé de patients atteints de la COVID-19 ayant besoin de soins et de la réduction de capacité en personnel, le personnel étant lui-même atteint de la COVID-19 ou devant s'isoler à la suite d'une exposition à des personnes infectées. En plus d'importantes mesures de santé publique, le réseau hospitalier a également dû réduire le volume d'opérations chirurgicales non urgentes et redéployer le personnel pour s'assurer qu'il soit en nombre suffisant pour prendre soin des patients positifs à la COVID-19. Ces mesures, bien que nécessaires, ont eu des conséquences négatives non voulues comme nous les avons décrites précédemment.

## EN DATE DU 21 AVRIL 2022, CAS LIÉS À L'INFECTION À LA COVID-19

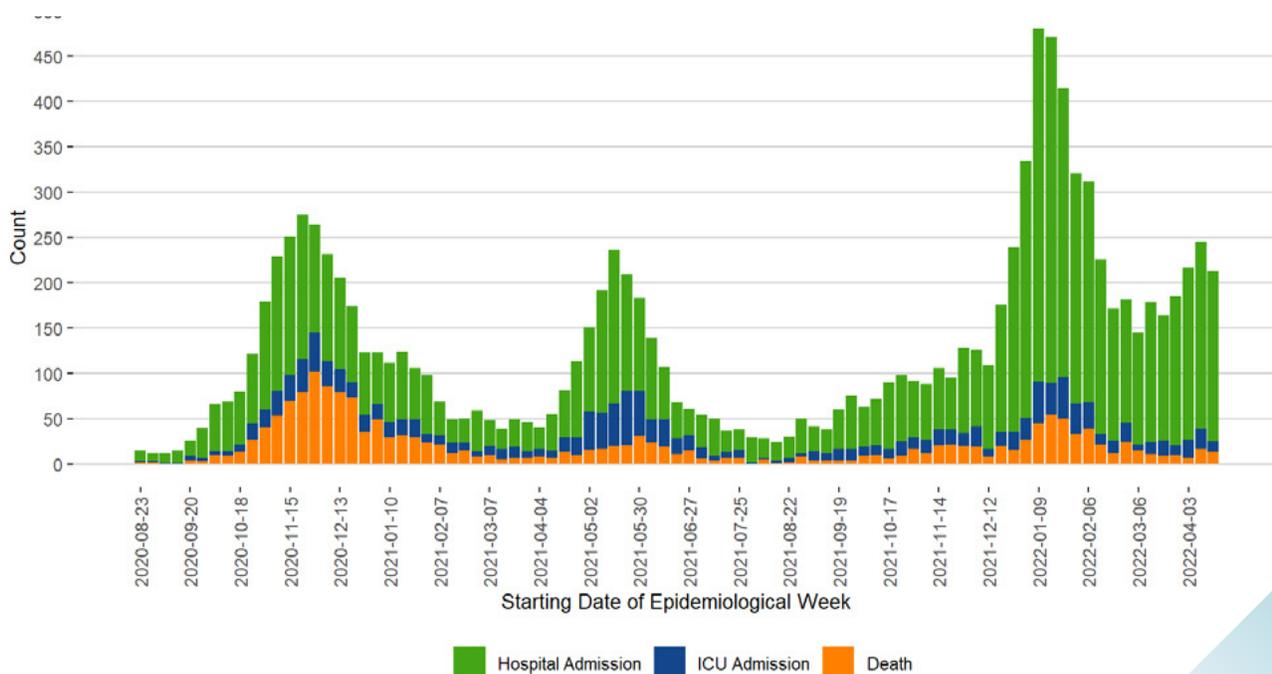
### LA PROVINCE RECENSAIT AU TOTAL



### RÉSULTATS GRAVES POUR LES PREMIÈRES NATIONS<sup>[115]</sup>



Les membres des Premières Nations ont affiché un nombre disproportionné de résultats graves à chaque vague, sauf pour la première vague au printemps 2020.



Résultats graves de la COVID-19 par semaine des dates de résultats, Manitoba, du 23 août 2020 au 23 avril 2022

Comme le montre la figure 3, les résultats graves à la troisième vague (Alpha) sont plus faibles qu'à la deuxième vague, malgré le nombre de cas plus élevé. Cette diminution des résultats graves est attribuée à l'efficacité des vaccins pour les personnes risquant le plus de conséquences graves de la COVID-19.

Le 28 avril 2021, pendant la troisième vague (Alpha), les membres des Premières Nations représentaient 19 % des nouveaux cas, 36 % des cas actifs, 38 % des hospitalisations et 52 % des patients des unités de soins intensifs<sup>[115]</sup>. Cela signifie que les membres des Premières Nations représentaient environ la moitié des patients gravement malades admis aux soins intensifs. Il s'agit d'une surreprésentation frappante des cas de COVID-19 grave dans cette population. Le nombre disproportionné est attribuable à

des causes structurelles de longue date, dont le surpeuplement des logements ainsi que l'insécurité financière et alimentaire. La gravité de la COVID-19 est probablement attribuable aussi à des taux élevés de maladies chroniques sous-jacentes, lesquelles maladies découlent elles-mêmes des écarts structurels.

L'arrivée du variant Omicron en décembre 2021 a eu des répercussions importantes sur le système de soins de courte durée au Manitoba. Malgré les premières données selon lesquelles Omicron était moins dangereux que les variants précédents, la propagation du variant a été si rapide que le nombre d'hospitalisations de patients positifs à la COVID-19 au Manitoba a battu des records<sup>[114]</sup>.

## PERSONNES AYANT SUBI DES EFFETS DISPROPORTIONNÉS DE LA COVID-19 AU MANITOBA

Une description de la manière dont évoluent le nombre de cas, les taux de vaccination et le recours aux soins de courte durée au fil du temps offre un aperçu de la pandémie de COVID-19; toutefois, le suivi de la propagation d'un virus ne se limite pas à examiner les cas. Un examen plus détaillé des personnes touchées permet d'en savoir plus.

Historiquement, les données sur la race, l'ethnicité et l'identité autochtone n'ont pas été collectées de manière uniforme au Manitoba ni dans l'ensemble du Canada. Quand la COVID-19 est apparue au Manitoba, un groupe d'experts représentatifs a appuyé l'élaboration d'un processus de collecte de données, notamment la création de scripts et de vidéos de formation, ainsi qu'une question sur la race, l'ethnicité et l'identité autochtone à utiliser dans les enquêtes sur les cas. La COVID a donné lieu à la première initiative de collecte sûre et régulière de données sur la race au Manitoba.

*Les données sur la race, l'ethnicité et l'identité autochtone des personnes testées positives à la COVID-19 et faisant l'objet d'un suivi de santé publique ont commencé à être collectées le 1<sup>er</sup> mai 2020<sup>[16]</sup>.*

Trois rapports et un dossier public sur la collecte de renseignements sur la race, l'ethnicité et l'identité autochtone et les répercussions de la COVID-19 sur les communautés racisées au Manitoba ont été publiés et sont accessibles sur le site Web de la Section d'épidémiologie et de surveillance de Santé Manitoba à <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/reports.html>

La collecte d'identificateurs de la race, de l'ethnicité et de l'identité autochtone pour permettre la désagrégation des données est un exercice complexe d'équilibrage des préjudices et des

avantages potentiels. Il est plus probable d'obtenir des avantages lorsque des communautés différentes sont représentées dans tous les aspects du cycle des données, y compris la collecte, l'analyse, la production de rapports, les recommandations et la prise de décisions partagée.

L'analyse et les recommandations doivent être effectuées par des experts qui sont membres de communautés variées et ont des liens avec celles-ci, et qui possèdent des connaissances en études critiques sur la race et le genre, en santé publique, en systèmes de soins de santé, en droits de la personne et en épidémiologie. Les données sont utiles lorsqu'elles peuvent donner lieu à une expertise, à des activités de défense des intérêts et à une participation à la planification, aux politiques et à la prise de décisions, ainsi que lorsqu'elles sont fournies à l'appui d'une prise de décisions éclairées par les membres des différentes communautés qu'elles décrivent.

La fourniture de données et d'analyses sur la santé aux communautés qui subissent un fardeau très lourd offre aux dirigeants communautaires eux-mêmes la possibilité d'offrir et de créer des parcours cliniques et des interventions qui auront des répercussions réelles sur les membres de leurs communautés. Il s'agit d'un exemple de la manière dont une gouvernance appropriée et une planification participative permettent d'obtenir des résultats améliorés qui peuvent être recréés pour traiter d'autres problèmes de santé.

*L'équité en santé publique ne commence pas à l'étape de l'intervention, mais à celle de l'interprétation des besoins en santé d'une communauté par le biais de l'analyse des données. Les pratiques équitables de partage des données sur la santé, de gouvernance et de prise de décisions fondées sur des données probantes sont fondamentales pour obtenir des résultats équitables.*

## RACE, ETHNICITÉ ET IDENTITÉ AUTOCHTONE ET COVID-19

Entre mai et décembre 2020, 54 % des cas de COVID-19 détectés concernaient des personnes s'étant identifiées comme appartenant à une communauté racisée, bien que les communautés racisées représentent seulement 36 % de la population manitobaine<sup>[117]</sup>.

*Ce résultat est 1,6 fois plus élevé que ce à quoi on aurait pu s'attendre<sup>[116]</sup>.*

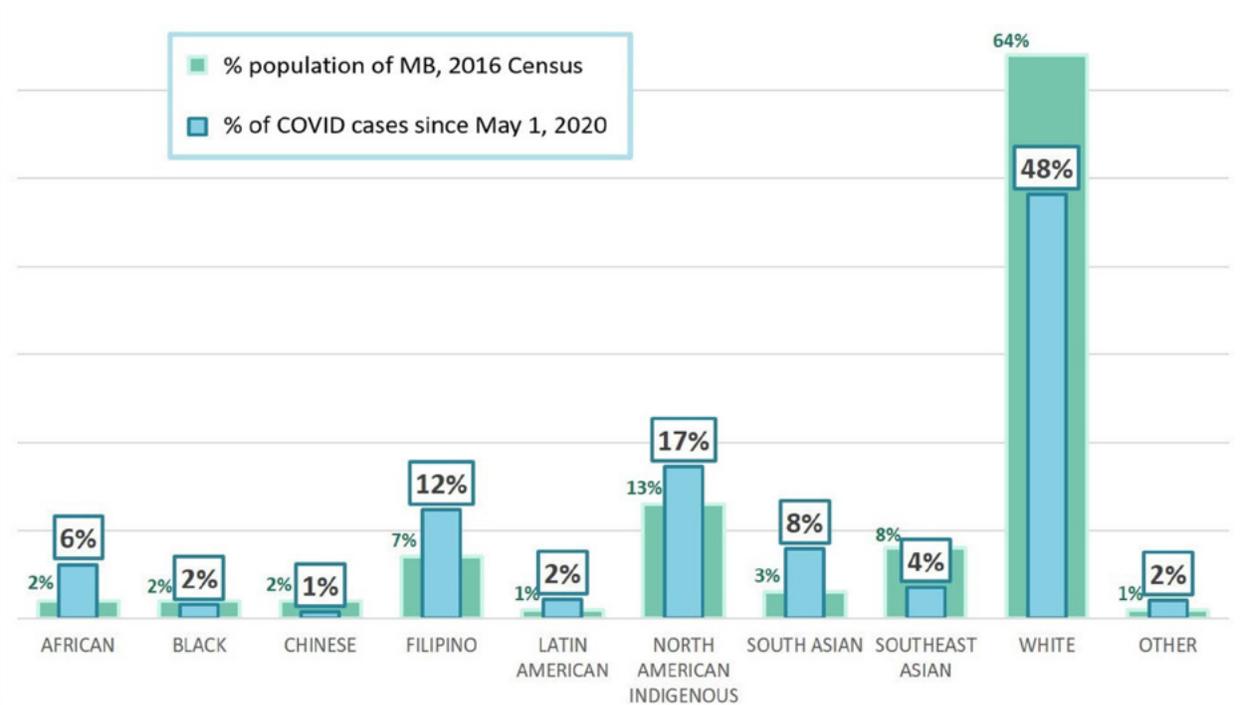
### RÉSULTATS DE LA TROISIÈME VAGUE (ALPHA)

Entre le 31 mars et le 7 juin 2021, on a enregistré les données sur la race, l'ethnicité et l'identité autochtone de 76,6 % (14 408) des 18 808 cas de COVID-19 au Manitoba, en comptant les personnes qui ont refusé de répondre<sup>[118]</sup>. Les données ont montré une surreprésentation des cas de COVID-19 dans tous les groupes racisés, à l'exception de la communauté chinoise, la surreprésentation allant de 1,8 fois à plus de 11 fois plus que les chiffres attendus au regard de la taille de la population, en examinant les

différences entre les communautés racisées<sup>[118]</sup>. En utilisant comme référence le nombre de cas chez les Blancs au Manitoba, les taux d'infection à la COVID-19 normalisés selon l'âge étaient jusqu'à 21,7 fois plus élevés dans la communauté d'Asie du Sud-Est<sup>[118]</sup>.

La figure 1 montre le nombre de cas selon les identificateurs de la race, de l'ethnicité et de l'identité autochtone. Les données montrent une répartition des cas inégale au Manitoba, les membres des différentes communautés racisées étant beaucoup plus touchés par la COVID-19 que les autres, au regard de la taille de leur population. Ce n'est pas la race, l'ethnicité et l'identité autochtone qui peuvent augmenter le risque d'infection à la COVID-19, mais ce sont plutôt les structures de la société qui avantagent ou désavantagent les personnes<sup>[116]</sup>.

Les chiffres laissent donc entendre une surreprésentation des infections à la COVID-19 chez les membres des communautés racisées. (Rapport externe, figure 1)<sup>[116]</sup>.



[https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/docs/rei\\_brief.pdf](https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/docs/rei_brief.pdf)<sup>[117]</sup>

Au-delà du fardeau disproportionné des cas de COVID-19 au Manitoba, il est également important d'examiner les données sur les résultats graves, notamment les hospitalisations, les admissions aux soins intensifs et les décès.

### Entre le 31 mars et le 7 juin 2021...

Le taux d'hospitalisation des personnes racisées au Manitoba était **3,5 fois** plus élevé que celui des Blancs au Manitoba.

L'âge moyen des cas d'hospitalisation était de **14 ans plus jeune** chez les personnes racisées au Manitoba<sup>[118]</sup>.

Pour ce qui est des admissions aux soins intensifs, le taux était **4,2 fois plus élevé** chez les personnes racisées au Manitoba que chez les Manitobains blancs, et l'âge moyen était de **10 ans plus jeune**<sup>[118]</sup>.

*Entre le 31 mars et le 7 juin 2021, période à laquelle l'âge a été pris en compte, les personnes racisées au Manitoba couraient :*



*3 à 10 fois plus le risque d'être infectées*



*2 à 7 fois plus le risque d'être hospitalisées*



*2 à 6 fois plus le risque d'être admises aux soins intensifs que les Manitobains blancs.*

Les professions nécessitant de travailler en continu en première ligne semblent avoir entraîné une plus grande exposition à la COVID-19 chez les personnes racisées au Manitoba<sup>[118]</sup>. Le risque de transmission de la COVID-19 est plus élevé dans les milieux où les rassemblements et les contacts étroits prolongés entre les personnes sont plus fréquents. Les Manitobains à faible revenu et racisés sont également plus à risque de vivre dans des logements surpeuplés où la transmission peut se produire<sup>[118]</sup>. Une augmentation du fardeau des maladies chroniques sous-jacentes et un accès réduit aux soins de santé pourraient également avoir contribué à ces résultats disproportionnés<sup>[118]</sup>.

Les données ont également montré un lien entre le niveau de revenu, la race et la gravité de la COVID-19. Le nombre d'admissions aux soins intensifs était plus élevé chez les Manitobains des quintiles de revenu inférieurs (niveaux), l'effet de la maladie étant inversement proportionnel au niveau de revenu<sup>[118]</sup>.

*Constatation particulièrement frappante : le taux d'admission aux soins intensifs le plus élevé concernait les membres des communautés racisées du quintile de revenu le plus bas, le taux se situant à un peu plus d'une (1) hospitalisation sur trois (3)<sup>[118]</sup>.*



*Le Manitoba a levé toutes les mesures de santé publique le 15 mars 2022.*

Entre mars 2020 et mars 2022, la pandémie de COVID-19 a nécessité la prise de mesures sans précédent de la part du gouvernement, des responsables de la santé publique et de tous les citoyens, pour faire face à une menace nouvelle et immédiate pour la santé des Manitobains. Au cours des deux dernières années, bien des choses ont changé, y compris le virus lui-même. Le variant Omicron, bien que plus transmissible, entraîne une maladie moins grave que d'autres variants préoccupants. Un vaccin sûr et efficace est maintenant offert à grande échelle et la majorité des Manitobains de cinq ans et plus sont complètement vaccinés. Il existe également aujourd'hui des traitements efficaces. Tous ces facteurs ont joué un rôle important dans la transition d'une gestion de pandémie à une gestion de la COVID-19 au début du printemps 2022, à l'aide de pratiques et de recommandations systématiques, comme pour la grippe et d'autres maladies respiratoires.

La pandémie a touché de manière inégale les Manitobains comme on pouvait le prévoir. La propagation de la COVID-19 au Manitoba a permis d'examiner en temps réel comment certains groupes et certaines populations obtiennent des résultats en matière de santé inéquitables. Les personnes âgées et les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques sous-jacents ont couru un risque plus élevé de maladie grave, et différentes communautés racisées ont été fortement touchées par la maladie en raison de déterminants de la santé sociaux et structurels sous-jacents inéquitables, qui sont eux-mêmes attribuables au racisme structurel. Bien que nous soyons en mesure de recueillir des données sur la COVID-19 en temps réel, l'ensemble des répercussions physiques, sociales et économiques de la pandémie, y compris les conséquences non voulues des mesures de santé publique, ne seront pas bien comprises avant des années.

# Remarques finales

---

Pour de nombreux Manitobains, la pandémie a été une période de grande réflexion. Nous espérons que le présent rapport offrira aux Manitobains une occasion d’approfondir encore leur réflexion. Pourquoi, dans le contexte où la majorité des Manitobains peut jouir d’une bonne santé, certains groupes continuent-ils d’obtenir de piètres résultats en matière de santé? Pourquoi certains groupes de Manitobains ont-ils subi davantage d’effets négatifs de la COVID-19 que d’autres?

Pour de nombreux Manitobains, ces questions ne sont pas nouvelles, et nous continuons de déployer des efforts importants pour mieux comprendre les fondements des disparités de santé dans la province. Un grand nombre d’organismes effectuent également des travaux considérables pour tenter de combler les écarts dans les soins et les services.

Pour certains Manitobains, ce rapport peut être une première occasion de réfléchir sur un tel sujet. Pour les personnes qui souhaitent approfondir ces questions, je les invite à partir d’une base commune de trois prémisses élémentaires :

1. Les disparités ne sont pas **dues au hasard**.
  2. Les disparités ne sont pas dues à la **génétique** ou à toute autre **prédisposition** inhérente à de mauvais résultats en matière de santé.
  3. Les disparités ne sont pas dues à de **mauvais choix de vie**.
- 



En abordant notre examen en partant de cette compréhension de base, nous pouvons voir que les inégalités de santé sont dues à – et sont perpétuées par – des facteurs sociaux et systémiques, y compris les possibilités d’emploi, les conditions de logement, la pauvreté et le racisme. Pour corriger ces disparités dans les résultats en matière de santé, nous devons en premier lieu nous attaquer à ces facteurs systémiques. L’amélioration de ces facteurs de longue date est une tâche complexe qui nécessitera un engagement communautaire et beaucoup de temps et de ressources pour sa mise en œuvre.

## Pour réduire les inégalités de santé et améliorer la santé globale des Manitobains, nous devons :

continuer de mesurer les **disparités de santé** et d'approfondir notre compréhension de ces disparités;

---

établir des objectifs mesurables et réalisables à **court, à moyen et à long terme** pour améliorer la santé de tous les Manitobains, y compris des objectifs de **réduction des écarts** décrits dans le présent rapport;

---

utiliser ces données et d'autres données pour **éclairer le plan de services préventifs cliniques** du Manitoba;

---

mobiliser les **dirigeants communautaires** et collaborer avec eux pour s'attaquer aux disparités de santé entre les différents groupes;

---

**rendre compte au public** de ces indicateurs à intervalles réguliers;

---

continuer de **soutenir les réponses des Autochtones** aux problèmes de santé.

---

# Références

---

1. **GOVERNEMENT DU CANADA.** *Les traités au Manitoba*, 2010. Accessible en ligne : [publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/ainc-inac/R3-145-2011-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/ainc-inac/R3-145-2011-fra.pdf).
2. **COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA.** *Commission de vérité et réconciliation du Canada : appels à l'action*, Winnipeg (Manitoba), 2015.
3. **COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA.** *Foire aux questions*, 2015. Accessible en ligne : [web.archive.org/web/20210127061319/http://www.trc.ca/about-us/faqs-fr.html](http://web.archive.org/web/20210127061319/http://www.trc.ca/about-us/faqs-fr.html).
4. **CHIEF ROBERT JOSEPH O.B.C.,** *An Interview with Chief Robert Joseph O.B.C.*, D. Douez., éditeur. Vancouver, 2017. (en anglais seulement)
5. **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*, 2015.
6. *Dictionary of Epidemiology*, John M. Last, éditeur, Oxford University Press, 2001.
7. **ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE.** *12 great achievements*, 2020. Accessible en ligne (en anglais seulement) : [www.cpha.ca/12-great-achievements](http://www.cpha.ca/12-great-achievements).
8. **PROVINCE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE.** *For the Public: Learn more about public health through the following frequently asked questions*, 2019. Accessible en ligne (en anglais seulement) : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/about-public-health-for-the-public>.
9. **AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION.** *What is Public Health?*, 2019. Accessible en ligne (en anglais seulement) : <https://www.apha.org/what-is-public-health>.
10. **AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA.** *Foire aux questions*, 2016. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/foire-questions.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/foire-questions.html).
11. **BRITISH COLUMBIA OFFICE OF THE PROVINCIAL HEALTH OFFICER.** *Taking the Pulse of the Population: An Update on the Health of British Columbians*, 2019.
12. **GOVERNEMENT DU CANADA.** *Portefeuille de la Santé*, 2017. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/portefeuille-sante.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/portefeuille-sante.html).
13. **RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE.** *À propos du Réseau pancanadien de santé publique*. Accessible en ligne : [www.phn-rsp.ca/fr/a-propos/index.html](http://www.phn-rsp.ca/fr/a-propos/index.html) (consulté le 20 mai 2020).
14. **GOVERNEMENT DU MANITOBA, SANTÉ PUBLIQUE.** *Loi sur la santé publique*, 2017. Accessible en ligne : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/act.fr.html>.
15. **GOVERNEMENT DU MANITOBA.** *Bureau du médecin hygiéniste en chef du Manitoba*, 2017. Accessible en ligne : [www.gov.mb.ca/health/cppho/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/cppho/index.fr.html).
16. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** *Constitution*, 2019. Accessible en ligne : [www.who.int/fr/about/governance/constitution](http://www.who.int/fr/about/governance/constitution).

17. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Comblers le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*, 2008, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
18. MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF DU MANITOBA. *Énoncé de position sur l'équité en santé du médecin hygiéniste en chef du Manitoba*, Winnipeg (Manitoba), 2018.
19. COMMISSION DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ SUR L'ÉQUITÉ ET LES INÉGALITÉS EN SANTÉ DANS LES AMÉRIQUES. *Sociétés justes : Équité en santé et vie digne. Rapport de la Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques*, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, D.C, 2019.
20. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*, 2019. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>.
21. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ. *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*, 2022. Accessible en ligne : [nccdh.ca/fr/learn/glossary/](http://nccdh.ca/fr/learn/glossary/).
22. ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *Visualizing Health Equity: One Size Does Not Fit All Infographic*, 2017. Accessible en ligne (en anglais seulement) : <https://www.rwjf.org/en/library/infographics/visualizing-health-equity.html#/download>.
23. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Racisme et santé publique*, Ottawa (Ontario), 2018.
24. CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ. *Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en*, éd. rév., Antigonish (N.-É.), Université St. Francis Xavier, 2018.
25. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES. *Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction*, 2019.
26. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif – Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada* 2019, Ottawa (Ontario), 2019, p. 78.
27. ENQUÊTE NATIONALE SUR LES FEMMES ET LES FILLES AUTOCHTONES DISPARUES ET ASSASSINÉES. *Réclamer notre pouvoir et notre place : le sommaire du rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, 2019.
28. INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES SUR LES FEMMES. *Effets du colonialisme*, 2016.
29. MOSBY, I. *Administering Colonial Science: Nutrition Research and Human Biomedical Experimentation in Aboriginal Communities and Residential Schools, 1942-1952*, Histoire sociale/Social History, 2013, XLVI, n° 91.
30. STERRITT, A., ET C. DICKSON. *'This is heavy truth': Tk'emlúps te Secwépemc chief says more to be done to identify unmarked graves*, sur CBC News, Colombie-Britannique, 2021.
31. WILK, P., A. MALTBY ET M. COOKE. *Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada—a scoping review*, Public Health Reviews, 38, 2017.
32. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Le Guide du citoyen sur les indicateurs de la santé*, Conseil canadien de la santé, Toronto (Ontario), 2011.
33. KATZ, A., ET AL. *The Health Status of and Access to Healthcare by Registered First Nations Peoples in Manitoba*, Winnipeg (Manitoba), automne 2019.

34. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AÎNÉS ET DE LA VIE ACTIVE. *Population Report June 1, 2020*, gouvernement du Manitoba, Manitoba (Canada), 2020.
35. FRANSOO, R., ET AL. *The 2019 RHA Indicators Atlas*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Winnipeg (Manitoba), 2019.
36. STATISTIQUE CANADA. *La Journée nationale des peuples autochtones... en chiffres*, 2018. Accessible en ligne : [www.statcan.gc.ca/fr/quo/smr08/2018/smr08\\_225\\_2018](http://www.statcan.gc.ca/fr/quo/smr08/2018/smr08_225_2018).
37. STATISTIQUE CANADA. Série « Perspective géographique », *Recensement de 2016*, produit n° 98-404-X2016001 au catalogue de Statistique Canada, produits de données, Recensement de 2016, 2017 (consulté le 10 avril 2019).
38. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Annual Statistics 2020-2021*, Winnipeg (Manitoba), 2022.
39. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Le Manitoba accepte le plus grand nombre d'immigrants de l'histoire de la province*, 2020.
40. STATISTIQUE CANADA. *Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016*, 2017. Accessible en ligne : [www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-fra.htm](http://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025b-fra.htm).
41. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Annual Statistics 2018-19*, Manitoba (Canada), 2020.
42. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 13-10-0096-15 – Sentiment d'appartenance à la communauté locale, plutôt fort ou très fort, selon le groupe d'âge*, 2020.
43. FIRST NATIONS HEALTH AND SOCIAL SECRETARIAT OF MANITOBA. *First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 3 (2015-2016), Manitoba Regional Report*, Winnipeg (Manitoba), 2018.
44. FRANSOO, R., ET AL. *The 2019 RHA Indicators Atlas*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Winnipeg (Manitoba), suppl. de l'automne 2019.
45. CUI, Y., ET AL. *Winnipeg Health Region Community Health Assessment 2019*, Evaluation Platform, Centre for Healthcare Innovation (CHI) et Office régional de la santé de Winnipeg, Winnipeg (Manitoba), décembre 2019.
46. RÉGION SANITAIRE DU NORD. *Northern Health Region Community Health Assessment 2019*, Région sanitaire du Nord, Manitoba (Canada), 2019.
47. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 13-10-0096-03 – Santé mentale perçue, selon le groupe d'âge*, 2020.
48. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 13-10-0096-04 – Stress perçu dans la vie, selon le groupe d'âge*, 2020.
49. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 46-10-0056-01 – Besoins impérieux en matière de logement, selon le mode d'occupation, y compris le statut d'accédant à la propriété et de logement social et abordable*, Ottawa (Ontario), 2018.
50. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 46-10-0037-01 – Dimensions des besoins impérieux en matière de logement, selon le mode d'occupation, y compris le statut d'accédant à la propriété et de logement social et abordable*, Ottawa (Ontario).
51. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Insécurité alimentaire des ménages au Canada : Survol*, 2020. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-esc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-esc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol.html).
52. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 13-10-0835-01 – Insécurité alimentaire selon le groupe d'âge et le sexe*, Ottawa (Ontario), 2022.

53. STATISTIQUE CANADA. Recensement en bref – Les enfants vivant dans un ménage à faible revenu, 2017. Accessible en ligne : [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016012/98-200-x2016012-fra.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016012/98-200-x2016012-fra.cfm) (consulté le 3 avril 2019).
54. BROWNELL M., N. NICKEL, L. TURNBULL, W. AU., O. EKUMA, L. MACWILLIAM, S. MCCULLOCH, J. VALDIVIA, J. BORAM LEE., E. WALL-WIELER. ET J. ENNS. *The Overlap Between the Child Welfare and Youth Criminal Justice Systems: Documenting “Cross-Over Kids” in Manitoba*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Winnipeg (Manitoba), printemps 2020.
55. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Familles Manitoba, Rapport annuel 2020-2021*, Winnipeg (Manitoba), 2021.
56. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Annual Report 2019-2020*, Winnipeg (Manitoba), 2020.
57. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Immunisation (vaccination)*, 2019. Accessible en ligne : [www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/div/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/div/index.fr.html).
58. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 – Les maladies infectieuses – une menace perpétuelle*, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), 2013.
59. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Rougeole au Canada*, 2019. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/rougeole-au-canada.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/rougeole/rougeole-au-canada.html) (consulté le 2 avril 2019).
60. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices concernant les éclosons de rougeole au Canada*, Relevé des maladies transmissibles au Canada mensuel (RMTc), éditeur, Ottawa (Ontario), 2013.
61. NATIONS UNIES. *ONU Info. Rougeole : plus de 200 000 personnes tuées en 2019 suite à un nombre record de cas (OMS)*, 2020. Accessible en ligne : [news.un.org/fr/story/2020/11/1082142](http://news.un.org/fr/story/2020/11/1082142).
62. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Seasonal Influenza Reports*, 2022. Accessible en ligne (en anglais seulement) : [www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/influenza/index.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/influenza/index.html).
63. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AÎNÉS ET DE LA VIE ACTIVE. *Influenza Surveillance Report 2019–2020*, Winnipeg (Manitoba), 2020.
64. KATZ, A, K.A. KINEW, L. STAR, C. TAYLOR, I. KOSEVA, J. LAVOIE, C. BURCHILL, M.L. URQUIA, A. BASHAM, L. RAJOTTE, V. RAMAYANAM, J. JARMASZ ET S. BURCHILL. *The Health Status of and Access to Healthcare by First Nation Peoples in Manitoba*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Winnipeg (Manitoba), automne 2019.
65. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 13-10-0713-01 – Mortalité infantile et taux de mortalité, selon le groupe d'âge* (consulté le 4 avril 2022).
66. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Votre système de santé – Décès évitables*, 2019. Accessible en ligne : <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/012/avoidabledeaths;/mapC1;mapLevel2/>
67. CENTRE DE SURVEILLANCE ET DE RECHERCHE APPLIQUÉE, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Outil des données – Indicateurs des maladies chroniques au Canada, édition 2021, Infobase de la santé publique*, 2021. Accessible en ligne : <https://sante-infobase.canada.ca/IMCC/outil-de-donnees/?Edi=2021&Dom=6&Ind=31&MS=42&Strat=27>
68. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016*, Agence de la santé publique du Canada, 2016.

69. DIABÈTE CANADA. *Le diabète au Canada : Document d'information*, Ottawa, 2020.
70. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2011 à 2020 — tableaux de données, stade terminal de l'insuffisance rénale et transplantations rénales*, ICIS, éditeur, Ottawa (Ontario), 2021.
71. PROGRAMME MANITOBAIN DES MALADIES RÉNALES. *Manitoba has the Highest Rates of Kidney Disease in Canada*, décembre 2018. Accessible en ligne (en anglais seulement) : [www.kidneyhealth.ca/manitoba-has-the-highest-rates-of-kidney-disease-in-canada/](http://www.kidneyhealth.ca/manitoba-has-the-highest-rates-of-kidney-disease-in-canada/).
72. SCHAUBEL, D.E., ET AL. "End-stage renal disease in Canada: prevalence projections to 2005", *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 160, 1999, p. 1557-63.
73. PETRIE, J.R., T.J. GUZIK ET R.M. TOUYZ. "Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms", *Journal canadien de cardiologie*, n° 8, mai 2018, p. 575-584.
74. SARMAD, S., ET T.H. GERMAN. "The link between chronic kidney disease and cardio vascular disease", *Journal of Nephrothology*, vol. 3, n° 3, 2018, p. 99-104.
75. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : tableaux détaillés de 2019*, 2021. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019/tableaux-detailles.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019/tableaux-detailles.html) (consulté le 20 décembre 2021).
76. CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH. *L'alcool*, 2012. Accessible en ligne : [www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l'alcool](http://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l'alcool).
77. FONDATION MANITOBAINE DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES. *Beyond the Basics - Alcohol*, Winnipeg (Manitoba), s.d.
78. INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHE SUR L'USAGE DE SUBSTANCES ET CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES. *Canadian substance use cost and harms (2014-2017)*, Ottawa (Ontario), 2018.
79. *L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2018-2019, 2019*. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-tableaux-detailles.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-tableaux-detailles.html) (consulté le 31 décembre 2019).
80. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES, *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)*, Ottawa, Ontario, 2019.
81. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES. *Cannabis*, 2020. Accessible en ligne : [www.ccsa.ca/fr/cannabis](http://www.ccsa.ca/fr/cannabis).
82. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Consommation de cannabis à des fins non médicales chez les Canadiens (16 ans et plus)*, 2021. Accessible en ligne : [sante-infobase.canada.ca/cannabis/index.html](http://sante-infobase.canada.ca/cannabis/index.html) (consulté le 23 décembre 2021).
83. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2018, Ottawa (Ontario), 2019.
84. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, *Soutenir et non punir – Désamorcer la crise des opioïdes au Canada*, Ontario (Canada), 2018.
85. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Drug Related Deaths*, Winnipeg (Manitoba), 2022.
86. COMITÉ CONSULTATIF SPÉCIAL SUR L'ÉPIDÉMIE DE SURDOSES D'OPIOÏDES. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa, mars 2022.

87. MARTENS P., N. NICKEL, E. FORGET, L. LI, D. TURNER, H. PRIOR, R. WALLD, R.A. SOODEEN, L. RAJOTTE, ET O. EKUMA. *The Cost of Smoking: A Manitoba Study*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Winnipeg (Manitoba), mai 2015.
88. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2019*. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2019.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2019.html) (consulté les 7 et 13 juillet 2020).
89. THOMPSON-HAILE, A., R. BURKHALTER, A. MACKENZIE, N. NICKEL ET M. COOKE. *Provincial Patterns and Trends in E-Cigarette use from the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CSTADS) — Manitoba*, Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo, Waterloo (Ontario), 2018.
90. CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES. *Sommaire canadien sur la drogue — Cocaine*, Ontario (Canada), 2019.
91. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DROGUES ILLICITES. *Recommendations to reduce the use and effects of illicit drugs within Manitoba's communities*, Winnipeg (Manitoba), 2019.
92. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *La santé publique : un cadre conceptuel, dans Document de travail de l'Association canadienne de santé publique*, Association canadienne de santé publique, Ottawa (Ontario), 2017.
93. NICKEL N.C., M. CHARTIER, N. McDONALD, J. SARKAR, R. DRAGAN, S. McCULLOCH, C. BURCHILL, J. REIMER, C. GREEN, J. JONES ET J. SANGUINS. *Methamphetamine Use in Manitoba: A Linked Administrative Data Study*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, éditeur, Winnipeg (Manitoba), automne 2020.
94. BROHMAN, E. *1,200% surge in meth-related hospital visits tied to increased violence: Manitoba Nurses Union*, CBC News, Winnipeg (Manitoba), 2018.
95. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Infections transmissibles sexuellement ou par le sang*, s.d. Accessible en ligne : [www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/sti/index.fr.html](http://www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/sti/index.fr.html).
96. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AÎNÉS ET DE LA VIE ACTIVE. *Updates to Syphilis Protocol*, Winnipeg (Manitoba), 2019.
97. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AÎNÉS ET DE LA VIE ACTIVE. *Letter to Healthcare Providers - Congenital HIV and Congenital Syphilis in Manitoba*, Winnipeg (Manitoba), 2019.
98. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *2020 Annual Surveillance Update: HIV in Manitoba*, 2021.
99. LIX, L.M., ET AL. *Exploring Tuberculosis Treatment, Management, and Prevention in Manitoba's Administrative Health Data*, Centre manitobain des politiques en matière de santé, Winnipeg (Manitoba), automne 2018.
100. GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Manitoba TB Registry*, 2022.
101. GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *COVID-19*, 2020. Accessible en ligne : [manitoba.ca/covid19/index.fr.html](http://manitoba.ca/covid19/index.fr.html).
102. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Timeline: WHO's COVID-19 response*. Accessible en ligne : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>.
103. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *WHO Timeline Covid-19*, consulté en 2020 au : <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-whotimeline---covid-19>.

- 104.** GOUVERNEMENT DU CANADA. *COVID-19 : Mise à jour sur l'écllosion*, 2021. Accessible en ligne : [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html](http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html) (consulté le 18 janvier 2021).
- 105.** COST, K.T., J. CROSBIE., E. ANAGNOSTOU ET AL. *Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents*, European Child and Adolescent Psychiatry, 2021.
- 106.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA, *La Province investit plus de 819 000 \$ dans les cliniques d'accès rapide aux traitements des dépendances de Winnipeg*, Winnipeg (Manitoba), 2021.
- 107.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, SECTION D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SURVEILLANCE. *MB Substance Related Harms during the COVID-19 pandemic - Key Points*, 2021.
- 108.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Short-term Impacts of COVID-19 Public Health Measures in Manitoba: January 1, 2019 – April 30, 2020*, Winnipeg (Manitoba), 2020.
- 109.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Vaccins – Rapports*, 2022. Accessible en ligne : [www.gov.mb.ca/covid19/vaccine/reports.fr.html](http://www.gov.mb.ca/covid19/vaccine/reports.fr.html) (consulté le 24 mars 2022).
- 110.** MANITOBA FIRST NATIONS PANDEMIC RESPONSE COORDINATION TEAM. *COVID-19 Vaccination Report*. 2022. Accessible en ligne (en anglais seulement) : [www.fnhssm.com/files/ugd/38252a\\_15cc137557174ea4bfec07b2cd8bd22c.pdf](http://www.fnhssm.com/files/ugd/38252a_15cc137557174ea4bfec07b2cd8bd22c.pdf) (consulté le 21 avril 2022).
- 111.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Rapport provincial sur la surveillance des maladies respiratoires*, 2022. Accessible en ligne : [www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/covid-19/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/covid-19/index.fr.html).
- 112.** MANITOBA FIRST NATIONS COVID-19 PANDEMIC RESPONSE COORDINATION TEAM. *PRCT Daily Bulletin*, 27 avril 2022. Accessible en ligne (en anglais seulement) : [www.fnhssm.com/files/ugd/38252a\\_c1747d9cd5a0496e89881ca30b6fed71.pdf?index=true](http://www.fnhssm.com/files/ugd/38252a_c1747d9cd5a0496e89881ca30b6fed71.pdf?index=true).
- 113.** AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO). *Variant Delta de la COVID-19 : Évaluation des risques et conséquences pour la pratique*, Santé publique Ontario, Toronto (Ontario), 2021.
- 114.** AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO). *Variant préoccupant Omicron de la COVID-19 (B.1.1.529) : Évaluation du risque*, Toronto (Ontario), 2021.
- 115.** MANITOBA FIRST NATIONS COVID-19 PANDEMIC RESPONSE COORDINATION TEAM. *Manitoba First Nations COVID-19 Pandemic Response Coordination Team Weekly Bulletin*, 2022. Accessible en ligne (en anglais seulement) : [www.fnhssm.com/files/ugd/38252a\\_54c2f70d76f9460e857388d3eaa201ec.pdf](http://www.fnhssm.com/files/ugd/38252a_54c2f70d76f9460e857388d3eaa201ec.pdf) (consulté le 21 avril 2022).
- 116.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *COVID-19 Infections in Manitoba: Race, Ethnicity, and Indigeneity External Report*, Winnipeg (Manitoba), 2021.
- 117.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *COVID-19 Infections in Manitoba: Race, Ethnicity, and Indigeneity — Public Brief*, Winnipeg (Manitoba), 1<sup>er</sup> mars 2021.
- 118.** GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *COVID-19 Novel Coronavirus — Race, Ethnicity and Indigeneity (REI) Analysis Wave Three*, Winnipeg (Manitoba), 2021.