



Découvrir la partie cachée de l'iceberg

Pourquoi les conséquences humaines de la COVID-19 pourraient créer une troisième crise



Préface de notre économiste en chef, Craig Alexander

Tout le monde sait que la COVID-19 a entraîné une crise sanitaire et économique, mais elle crée aussi une crise de santé mentale dont on n'a pas encore nécessairement mesuré toute l'ampleur.

D'abord et avant tout, la COVID-19 constitue une urgence sanitaire. Les Canadiens sont bien informés au sujet des nouveaux cas confirmés, du nombre d'hospitalisations et des sinistres statistiques sur la mortalité, et ces communications quotidiennes suscitent un stress psychologique chez bon nombre d'entre eux. L'isolement peut entraîner la solitude et la dépression. Dans un contexte de confinement, la constante proximité des proches peut créer des tensions interpersonnelles ou, dans le pire des cas, des situations de maltraitance. Les risques pour la santé qui sont associés aux visites en magasin ou au travail de première ligne peuvent s'avérer des sources d'anxiété.

Même avec la réouverture de l'économie, certains de ces effets psychologiques pourraient persister jusqu'à la commercialisation d'un vaccin, ce qui pourrait prendre un certain temps.

Le ralentissement économique aura aussi de profondes conséquences sur la santé mentale. Une étude publiée dans la revue *Clinical Psychological Science* a démontré que, lors de la récession de 2008-2009, les personnes qui ont été touchées même par une seule conséquence de la récession étaient plus susceptibles de souffrir de presque tous les effets psychologiques indésirables que nous avons examinés – y compris les symptômes de dépression significatifs sur le plan clinique, l'anxiété généralisée, la panique et les problèmes de toxicomanie – trois ans après la récession. De plus, cette probabilité était encore plus élevée au sein de catégories sociodémographiques précises qui ont subi des pertes importantes durant la récession ou qui ne bénéficiaient pas d'un solide filet de sécurité. (Association for Psychological Science)

L'économie canadienne devrait se contracter d'au moins 6 % en 2020 – un repli plus de deux fois plus profond qu'à la Grande récession de 2008-2009. Le taux de chômage national a bondi et nombreux sont ceux qui ont été expulsés du marché du travail par la pandémie. Si l'on tient compte des gens sans travail qui ne cherchaient pas d'emploi en raison de préoccupations de santé ou de la garde d'enfants, le taux de chômage a atteint près de 20 % en mai. Nous n'avons jamais observé un ralentissement économique d'une telle ampleur ni une aussi forte hausse du chômage en dehors d'une dépression. C'est grâce à des mesures politiques monétaires et budgétaires sans précédent que nous échapperons à une dépression.

La bonne nouvelle, c'est que, hormis dans le cas d'une deuxième vague et d'un reconfinement, le creux de la vague économique était probablement en avril. La mauvaise nouvelle, c'est que la reprise économique nécessitera plusieurs années.

Premièrement, le virus circule toujours, ce qui restreint l'activité économique.

Ensuite, des effets économiques persistants sont susceptibles d'entraîner une reprise lente et prolongée du marché du travail. Malheureusement, ces cicatrices économiques marqueront des segments de la population qui étaient déjà aux prises avec de grandes difficultés. Les données sur les pertes d'emploi et la perte de revenu démontrent que les femmes, les personnes de couleur, les néo-Canadiens et les jeunes portent une grande part du fardeau des répercussions sur le marché du travail. Le télétravail dans un contexte où les écoles et les garderies sont fermées vient également accroître le stress mental subi par les parents, particulièrement les femmes, qui sont plus susceptibles de rester à la maison pour s'occuper des enfants.

Voici quelques autres exemples de cicatrices économiques qui pourraient survenir :

Faillites d'entreprise

De nombreuses entreprises feront faillite, ce qui se traduira par des pertes d'emploi. La hausse du nombre d'entreprises en situation d'insolvabilité ou de faillite associée à un ralentissement économique est souvent décalée; aussi, nous devrions en constater les effets principalement dans les mois à venir. Dans une large mesure, les programmes gouvernementaux visant à soutenir les entreprises retardent les conséquences financières. En grande partie, les répercussions se manifesteront suivant le retrait des programmes gouvernementaux.

Recul de l'entrepreneuriat

Le contexte à risque élevé et le resserrement des conditions de crédit freineront l'entrepreneuriat et la création d'entreprises. Les petites entreprises sont les moteurs de création d'emploi de l'économie canadienne; aussi, la perte de nombreuses petites entreprises et le rythme plus lent de formation d'entreprises pourraient nuire à la relance du marché du travail.

Réduction des effectifs et évolution des compétences

L'arrêt complet de l'activité économique a accéléré la tendance vers la consommation numérique et les plateformes numériques. Il a aussi accéléré la transition vers le télétravail et des modalités de travail plus flexibles. Pour de nombreuses entreprises, la transition soudaine vers le numérique et le télétravail vient modifier de fond en comble les modèles d'affaires et la dotation en personnel. On pourrait aussi observer une transition vers l'automatisation dans le cadre des efforts visant à réduire les risques sanitaires au travail. Ces tendances peuvent aussi ralentir la reprise du marché du travail et modifier les compétences qui sont recherchées.

Modification du rendement sectoriel

Le ralentissement économique frappe certains secteurs plus durement que d'autres. Les secteurs minier, de la fabrication de biens durables (comme l'automobile et l'aérospatiale), du transport, du tourisme, de l'hôtellerie et de l'alimentation, et du commerce de détail et de gros ont été particulièrement touchés.

Malheureusement, plusieurs de ces secteurs prendront du temps à se redresser, ce qui entraînera un fléchissement de la demande dans ces secteurs et amènera les travailleurs déplacés à rechercher du travail dans d'autres secteurs pouvant nécessiter des compétences différentes. De plus, bon nombre des secteurs de services affectés se caractérisent par un pourcentage de travailleurs faiblement rémunérés, ce qui signifie que la récession accentue les inégalités.

Vulnérabilité des finances personnelles

Les difficultés financières se sont intensifiées chez les gens qui ont subi une perte de revenu. Certains d'entre eux seront contraints de piger dans leurs économies pour joindre les deux bouts, ce qui réduira leur patrimoine personnel et augmentera leurs obligations financières. Nombre de Canadiens dans cette situation disposaient d'économies suffisant à couvrir leurs frais de subsistance pendant quelques semaines seulement. Cela explique la nécessité pour les gouvernements de mettre en place des programmes de soutien au revenu, mais, tôt ou tard, ils devront progressivement retirer le soutien accordé. Aussi, la perte de revenu découlant de la COVID 19 continuera de se faire sentir en 2020 et l'an prochain. Par ailleurs, les salaires devraient augmenter à un rythme très faible dans l'avenir. Cette réalité se révélera particulièrement problématique étant donné le niveau d'endettement élevé des ménages.

Les troubles de santé mentale étaient à la hausse dans la foulée de la Grande récession de 2008 2009 et, comme la récession actuelle s'annonce au moins deux fois plus importante, les tensions psychologiques attribuables à la crise sanitaire seront plus grandes. Les auteurs du rapport tentent d'offrir des perspectives sur l'ampleur potentielle des problèmes de santé mentale et de souligner leur importance.

Les gouvernements et les entreprises doivent gérer les crises sanitaire et économique, mais la crise de santé mentale imminente est tout aussi importante – elle n'est simplement pas immédiatement observable.

Table des matières

La COVID-19 : une succession de crises	1
Les conséquences humaines des pandémies et des catastrophes naturelles	3
• Éléments probants des incendies de forêt de Fort McMurray	5
• Récessions économiques et chômage de longue durée au Canada	9
• Examen de la documentation : conséquences du chômage de longue durée découlant d'une récession sur les indicateurs humains	11
Identification des populations vulnérables du Canada	12
Conclusion	21
Personnes-ressources	23
Annexe	24

La COVID-19 : une succession de crises

La pandémie de COVID-19 a pris le monde par surprise, notamment en raison de sa propagation rapide. Il y a d'abord eu la crise de santé publique, puis les répercussions économiques découlant des mesures prises pour contenir la transmission. L'incidence sur la santé mentale des millions de personnes infectées pourrait être plus difficile à cerner. Les gouvernements et les entreprises doivent se préparer à faire face aux vastes répercussions de la pandémie, qui dureront longtemps¹.

Seulement sept mois après le premier cas connu du nouveau coronavirus, découvert à la veille du jour de l'An en Chine, plus de seize millions de personnes ont été infectées par le virus, qui a causé 650 000 décès² à travers le monde. Et la situation persiste : plus de 188 pays sont touchés à ce jour et on déplore une hausse des cas confirmés aux États-Unis, en Europe, en Russie, au Brésil et en Afrique. Cette menace initiale à la santé publique constituait le « premier volet de la crise » de la pandémie.

La propagation de la COVID-19 a exposé des collectivités, des pays et des économies à un risque élevé. Étant donné la nature hautement contagieuse de ce nouveau coronavirus et de la grande mobilité de la population mondiale, bon nombre de pays ont adopté des mesures exceptionnellement rigoureuses. La forte incidence de transmission communautaire de la COVID-19 a entraîné des confinements prolongés et extrêmes, plongeant de nombreuses économies dans la plus vive récession depuis le début du 20^e siècle. Malgré les importantes mesures de stimulation économique mises en place pour contrer ces effets, les pays sont confrontés à une crise économique sans précédent.

Les fermetures et le ralentissement de l'activité économique qui s'ensuivent constituent le « deuxième volet de la crise » de la pandémie. Les crises de la santé publique et de l'économie vont de pair : on ne peut envisager une voie durable vers la croissance économique tant que la crise sanitaire se poursuit, et qu'on redoute une deuxième vague d'infection.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que ces deux crises ne constituent que la pointe de l'iceberg de la pandémie.

Un « troisième volet de la crise », qui se profile à l'horizon, se manifeste presque invariablement dans la foulée des catastrophes naturelles et des secousses économiques importantes : la crise humaine. Nos études antérieures sur les conséquences des catastrophes naturelles révèlent que, une fois les crises de santé publique et économique résorbées, la crise humaine peut perdurer pendant des mois, voire des années.

Les répercussions humaines et sociales des catastrophes naturelles et les périodes de difficultés économiques qui en découlent peuvent se manifester sous forme d'occurrence accrue de maladie mentale, de moins bons résultats scolaires, d'augmentation de la toxicomanie et de la criminalité, et d'affaiblissement du tissu social. Des voix ont commencé à se faire entendre en avril quant au risque imminent pour la santé mentale et aux conséquences humaines de la COVID-19³, mais peu d'efforts ont été investis pour obtenir une idée de l'ampleur de ces conséquences^{4,5}. C'est compréhensible, dans un contexte où les gouvernements du monde réagissaient aux urgences liées à la santé publique et à l'économie en déployant des ressources pour sauver des vies et assurer un revenu à une grande partie de leurs citoyens.

Ce rapport vise à anticiper le fardeau sur la santé mentale de la COVID-19 et les mesures de confinement nécessaires pour endiguer la pandémie. Il ne cherche pas à établir des prévisions, mais plutôt à préparer les entreprises, les gouvernements et les citoyens du Canada à la réalité qui les attend, comme le nombre de consultations auprès de professionnels de la santé qui pourrait plus que doubler et jusqu'à 20 % d'augmentation des ordonnances d'antidépresseurs par rapport aux niveaux d'avant la COVID-19.

Les crises de santé publique et économique nous ont pris par surprise, mais nous ne pouvons pas nous permettre de nous laisser surprendre par leurs conséquences sur la santé mentale. Nous devons commencer à nous préparer dès maintenant pour le « troisième volet » de la crise de la COVID-19 : la crise humaine.



Les conséquences humaines des pandémies et des catastrophes naturelles

Les effets de la pandémie sur la santé mentale : analyse de scénarios

Le système de gestion du stress chez l'humain a évolué au rythme de la progression de la civilisation. Né d'un instinct de survie, il est devenu un système d'importance vitale qui nous prévient des menaces imminentes et déclenche les réactions physiques appropriées. Par contre, des périodes de stress prolongées peuvent avoir de graves effets sur la santé mentale. Tout événement qui vient perturber les aspects sociaux et économiques, entre autres, de notre vie aura inévitablement des conséquences sur notre état de bien-être global, mais les problèmes de santé mentale peuvent nuire à notre capacité de fonctionner au quotidien.

La santé mentale est souvent considérée comme l'absence de maladie mentale. Mais dernièrement, les sociétés sont de plus en plus sensibilisées au fait que le bien-être psychologique général est l'une des assises d'une société prospère. Amartya Sen, récompensé d'un prix Nobel pour sa contribution à l'économie du bien-être, a également reconnu l'importance que revêt la santé mentale et physique¹². Il estime que la santé mentale est l'une des fonctions fondamentales dont les humains ont besoin pour se développer dans toute la mesure de leurs potentialités, selon sa théorie économique axée sur l'approche des capacités qui a inspiré la création de l'indice de développement humain des Nations Unies.

De nombreux chercheurs se sont employés à étudier les conséquences des récessions économiques sur la santé mentale. Tout comme eux, nous tentons de comprendre les conséquences de l'actuelle pandémie de COVID-19 sur un certain nombre de variables liées à la santé mentale, afin de tirer des conclusions pertinentes sur la manière de préparer les entreprises, les gouvernements et les citoyens du Canada à affronter l'avenir.

Il est important de noter que nous ne prétendons pas savoir exactement quelles seront les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens. Quant aux autres aspects de cette pandémie, il est encore trop tôt pour affirmer quoi que ce soit avec certitude. Cela dit, nous croyons qu'il est utile de formuler des scénarios quant au fardeau sur la santé mentale que la pandémie pourrait nous réserver, à la lumière des catastrophes antérieures que nous avons étudiées. Aussi, l'analyse des scénarios se veut illustrative, et ne vise pas à établir des prévisions.

Troisième crise de la COVID-19 : cadre d'évaluation des conséquences humaines de Deloitte

Au cours du dernier siècle, les humains ont vécu trois grandes pandémies de grippe, soit en 1918-1919 (le virus H1N1), en 1957-1958 (le virus H2N2) et en 1968-1969 (le virus H3N2)^{6,7}. Par conséquent, il existe de nombreux documents sur les effets de ces pandémies sur l'économie et les gens. À ces études s'ajoutent divers articles sur les répercussions humaines d'autres catastrophes, telles que les catastrophes naturelles.

Par exemple, J. T. MacFarlane (2009)⁸ a démontré que des taux de fatalité liés à une pandémie se situant entre 3 et 10 % pourraient se traduire par une baisse du PIB de 4,3 % à 9,6 %. Une telle chute du PIB entraîne une forte hausse du niveau de chômage; par ailleurs, il a été clairement démontré que les périodes de chômage ont tendance à se prolonger considérablement en temps de récession⁹. D'autres éléments probants établissent des liens étroits entre le chômage de longue durée et la détresse psychologique¹⁰. Selon les études, la pandémie actuelle et ses conséquences économiques désastreuses sont susceptibles de réunir les conditions propices à une forte progression du chômage de longue durée. Le stress et les difficultés financières qui en découlent risquent de rehausser les niveaux de détresse psychologique.

Deloitte a élaboré un cadre servant à évaluer les conséquences humaines des pandémies et des catastrophes naturelles. Ce cadre tient compte des conséquences financières, économiques et sociales. Les conséquences financières sont réparties entre les dépenses assurées et celles à payer comme moyen de mesurer le stress engendré par les difficultés financières. Les conséquences économiques et sociales comportent un large éventail de domaines dans les catégories suivantes : santé et mieux-être, éducation, emploi et productivité, et collectivité. La COVID-19 a des retombées dans chacune de ces catégories, mais le présent rapport s'intéresse aux conséquences sur la santé mentale.

Il convient aussi de souligner que les coûts humains et sociaux que représentent les maladies infectieuses et les catastrophes naturelles varient énormément en fonction des secteurs, des communautés et des populations, et même entre les sexes^{9,10,11}.

Conséquences des catastrophes sur le bien-être humain

Conséquences financières		Conséquences économiques et sociales	
Assuré	Assurable	Santé et bien-être	Éducation
<ul style="list-style-type: none"> • Biens (habitation, auto, etc.) • Invalidité de courte durée • Invalidité de longue durée • Mutilation permanente/ perte de membres • Assurance-vie • Perte de revenu • Autres pertes assurées 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût du taux d'intérêt du crédit d'urgence • Pertes de revenu non assurées (emploi, petite entreprise, etc.) • Franchises • Réclamations résiduelles par rapport aux paiements 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers de santé supplémentaires et autres résultats en santé • Résultats en santé mentale • Rupture ou violence familiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Achèvement et inscription • Résultats scolaires • Perte du revenu à long terme
		Emplois et productivité	Collectivité
		<ul style="list-style-type: none"> • Pertes d'emploi – temporaires, permanentes • Plus faible productivité au travail • Directes (moins de temps consacré au travail) • Indirectes (attribuables à d'autres raisons, p. ex. le stress) 	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalité • Toxicomanie • Réseaux sociaux/ communautaires • Dommages environnementaux • Conséquences liées aux occasions/à la productivité sur les tiers (p. ex. les hôtes) • Autres retombées

Les incendies de forêt de Fort McMurray : un point de vue longitudinal des conséquences d'une catastrophe sur la santé mentale¹

Aux fins de cette analyse, nous avons utilisé les données des incendies de forêt de Fort McMurray, qui se sont déclarés le 1^{er} mai 2016 et qui, le 3 mai, avaient ravagé la communauté tout entière. Ces incendies ont provoqué la plus importante évacuation de l'histoire de l'Alberta, forçant plus de 88 000 personnes à délaisser leur foyer pendant un mois complet. D'après les estimations, plus de 2 400 résidences et structures ont été endommagées ou détruites^{13,14}.

Méthodologie

Cette section utilise des données hebdomadaires mises à la disposition du public par l'intermédiaire de l'application de données interactives sur la santé d'Alberta Health. Cette application établie à des fins de surveillance dans le contexte des incendies de forêt de Fort McMurray se concentre sur les des indicateurs suivants en matière de santé mentale :

1. Visites à l'urgence et hospitalisations
2. Consultations médicales
3. Ordonnances d'antidépresseurs

Ces indicateurs ont été étudiés sur une période de 90 semaines :

- Les 18 premières semaines, soit la « période avant l'événement », constituent la référence quant aux niveaux préalables de services requis en santé mentale;
- Les 7 semaines suivantes, du 27 avril au 8 juin, sont la « période de l'événement aigu », pendant laquelle les incendies de forêt sévissaient et les évacuations ont eu lieu;
- Les 66 dernières semaines sont qualifiées de « période postérieure à l'événement », en vue d'établir tout changement dans les niveaux de services en santé mentale requis à long terme, un peu comme un « nouvel état de stabilité ».

Nous avons effectué un certain nombre de tests pour déterminer la durée de ce nouvel état de stabilité; les résultats obtenus se sont révélés stables pour la durée envisagée. Les données hebdomadaires figurant dans les graphiques ont été lissées pour faciliter la lecture; toutefois, les tendances dégagées ont été calculées à partir des données brutes et n'ont pas été ajustées par rapport aux changements de niveau observés lors des incendies de forêt.

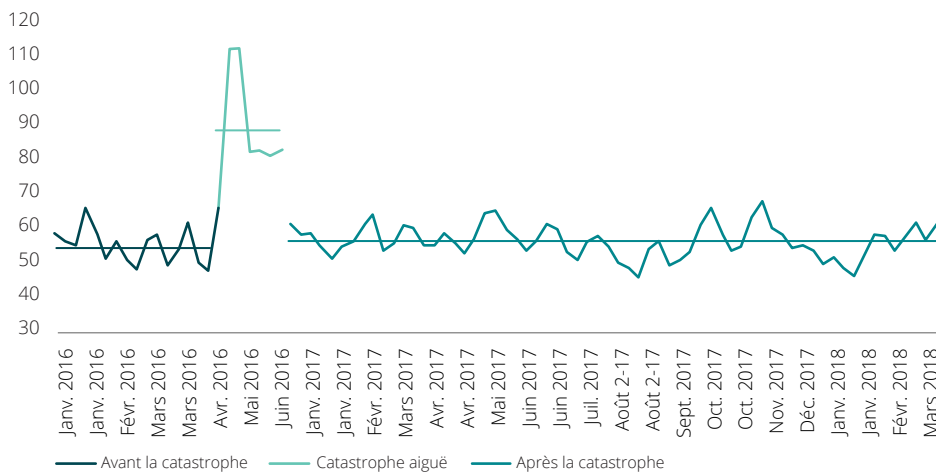
Résultats

Le graphique 1 indique le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations pour des troubles mentaux et du comportement. Le taux de visites à l'urgence augmente de 65 % pendant la période de la catastrophe aiguë par rapport à la période avant l'événement. Par contre, durant la période postérieure à l'événement, les visites reviennent à des niveaux semblables à la période avant la catastrophe naturelle. L'une des explications possibles est que la hausse ponctuelle des visites à l'urgence lors de l'événement a évolué en d'autres formes de soins, comme les consultations médicales et les séances de thérapie, à mesure que la situation s'est normalisée.

Le graphique 2 indique le nombre de consultations médicales pour des troubles anxieux. Celles-ci ont augmenté de 92 % pendant la période aiguë, soit à peu près le double des niveaux préalables à l'événement catastrophique. Les consultations médicales pour des troubles anxieux ont fait un autre bond, soit à 109 % par rapport aux niveaux d'avant l'événement, durant la période qui a suivi la catastrophe naturelle. Cela vient appuyer la thèse selon laquelle les visites à l'urgence baissent au profit des consultations auprès d'autres professionnels en santé mentale suivant la catastrophe.

Enfin, le graphique 3 indique une hausse de 5 % des ordonnances d'antidépresseurs délivrées pendant la catastrophe naturelle, qui progressent à une moyenne à long terme de 13 % de plus que les niveaux préalables à la catastrophe.

Graphique 1 : Visites à l'urgence et hospitalisations – troubles mentaux et du comportement



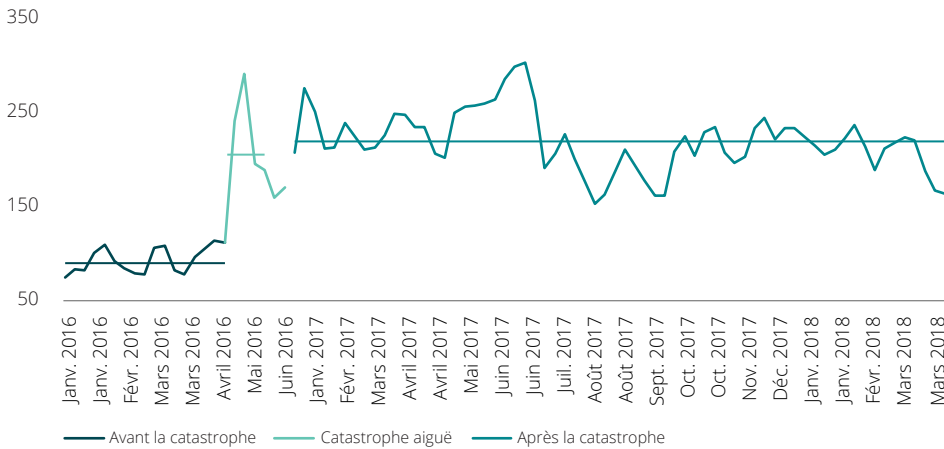
	Moyenne	% de variation)
Période avant l'événement catastrophique	55	
Période de l'événement catastrophique aigu	90	65 %
Niveaux permanents après l'événement catastrophique	56	3 %

Source : IHDA, analyse de Deloitte.

La somme des visites à l'urgence et des hospitalisations par les résidents de Fort McMurray sur une base hebdomadaire, rapportée par Alberta Health à partir des fichiers de la base de données des congés des hôpitaux de l'Alberta et des dossiers de la base de données des soins ambulatoires de l'Alberta.

Moyenne mobile sur 2 semaines, les données aberrantes ayant été retirées.

Graphique 2 : Consultations médicales – troubles anxieux



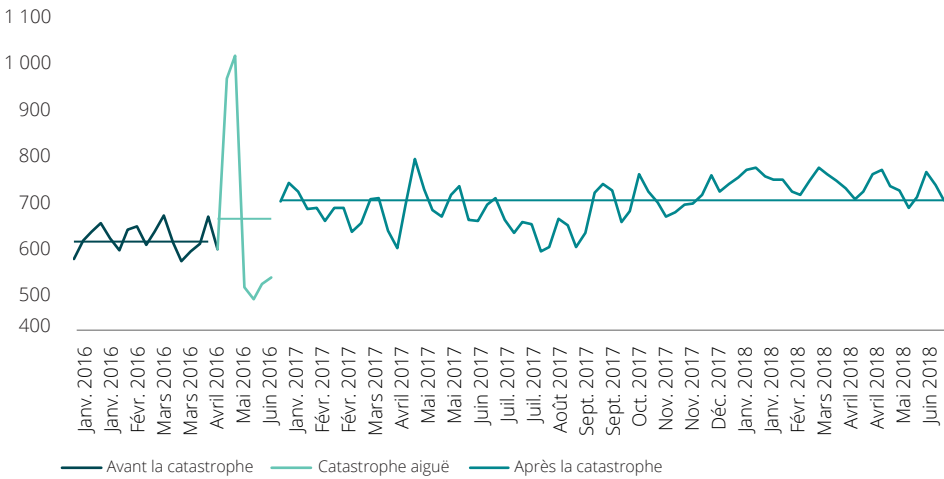
Source : IHDA, analyse de Deloitte.

La somme des consultations médicales pour des troubles anxieux sur une base hebdomadaire par les résidents de Fort McMurray rapportée par Alberta Health à partir des données sur les réclamations d'honoraires par les médecins.

	Moyenne	% de variation
Période avant l'événement catastrophique	94	
Période de l'événement catastrophique aigu	180	92 %
Niveaux permanents après l'événement catastrophique	196	109 %

Moyenne mobile sur 2 semaines, les données aberrantes ayant été retirées : semaines du 29 août 2017 et du 5 septembre 2017, ET semaines des Fêtes du 26 décembre 2017 et du 2 janvier 2018.

Graphique 3 : Antidépresseurs - nombre de personnes ayant obtenu une ordonnance



Source : IHDA, analyse de Deloitte.

La somme des résidents de Fort McMurray auxquels des ordonnances d'antidépresseurs ont été délivrées sur une base hebdomadaire, rapportée par Alberta Health à partir du réseau d'information pharmaceutique.

	Moyenne	% de variation
Période avant l'événement catastrophique	614	
Période de l'événement catastrophique aigu	644	5 %
Niveaux permanents après l'événement catastrophique	692	13 %

Moyenne mobile sur 2 semaines, les données aberrantes ayant été retirées : semaines des Fêtes du 26 décembre 2017 et du 2 janvier 2018.

Remarque :

1 Nous avons utilisé les incendies de forêt de Fort McMurray comme référence puisqu'ils étaient, à plus petite échelle, une combinaison d'une catastrophe naturelle importante et d'un fort ralentissement économique. Bien qu'il aurait été idéal d'avoir des données sur la santé mentale provenant des périodes de pandémie précédentes, il est peu probable que nous disposions de données fiables sur la santé mentale de cette époque, les dernières pandémies remontant aux années 1950, sinon aux années 1910.

Application des constatations issues des incendies de forêt de Fort McMurray à la COVID-19 au Canada

1. Conséquences attendues de la COVID-19 sur les indicateurs de santé mentale

Les données d'Alberta Health sur les incendies de forêt de Fort McMurray nous ont permis de dégager les tendances importantes qui sont ressorties dans la foulée des incendies, telles que décrites dans les pages qui précèdent. Nous pouvons nous fier à ces tendances pour élaborer des scénarios concernant les conséquences possibles de la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens.

2. Phase de projection et scénarios

Afin d'élaborer des scénarios, nous avons utilisé les variations de pourcentage observées dans les trois variables de la section précédente et les avons appliquées aux statistiques les plus récentes pour des niveaux de services semblables à l'échelle du Canada. Tel qu'il a été défini pour les incendies de forêt de Fort McMurray, nous avons projeté les conséquences de la COVID-19 en deux phases :

Phase 1 : la période de l'événement catastrophique aigu

Phase 2 : le nouvel état de stabilité postérieur à l'événement catastrophique

Nous avons également tracé trois scénarios pour l'ensemble des variables et chacune des phases :

1. Scénario A : 50 % par rapport aux incendies de forêt de Fort McMurray

2. Scénario B : 100 % par rapport aux incendies de forêt de Fort McMurray

3. Scénario C : 150 % par rapport aux incendies de forêt de Fort McMurray

Parce que nous ne disposons d'aucune indication précise de l'orientation des conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale par rapport aux incendies de forêt de Fort McMurray, nous avons intentionnellement élaboré des scénarios neutres (conséquences inférieures et supérieures) et symétriques (même ampleur). Globalement, les résultats de cette analyse peuvent être utilisés comme une plage d'effets possibles de la COVID-19 sur la santé mentale dans l'ensemble du pays.

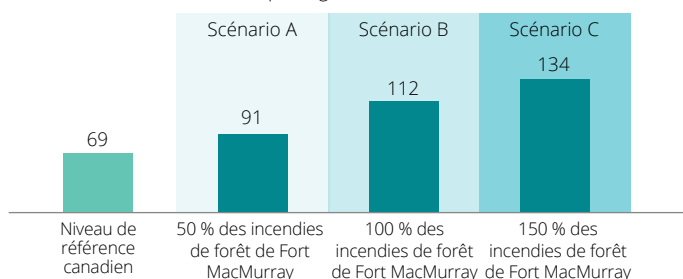
Projection des résultats des incendies de forêt de Fort McMurray à la pandémie de COVID-19 au Canada

Le nombre de congés hospitaliers pour des troubles de l'humeur et de l'anxiété au Canada, qui s'apparente aux visites à l'urgence et aux hospitalisations, mais qui est mesuré à une étape différente, s'établissait à 68 730 en 2017. En s'appuyant sur ce nombre, notre analyse indique que celui-ci pourrait atteindre une fourchette de 91 000 à 134 000 annuellement pendant la période de l'événement catastrophique aigu. L'état de stabilité postérieur à la catastrophe pourrait être marqué par un retour de ces nombres à un niveau plus modeste, soit entre 69 000 et 71 000 annuellement. Dans l'ensemble, cela représente une variation de 1 à 95 % relativement aux niveaux préalables à la catastrophe pour les congés hospitaliers (urgence et hospitalisations).

Les consultations auprès de professionnels en santé mentale s'élevaient à environ 4,1 millions en 2015, selon Statistique Canada.

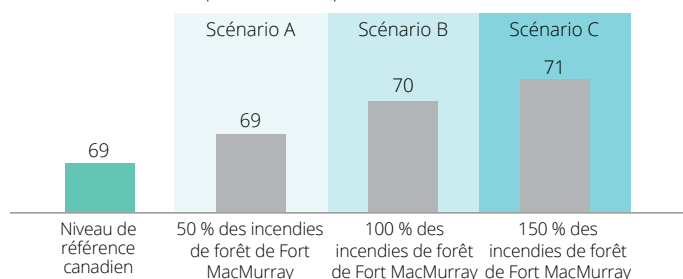
Visites à l'urgence et hospitalisations pour troubles du stress/de l'anxiété¹

Période de réaction à la catastrophe aiguë (en milliers)



Source : Analyse de Deloitte.

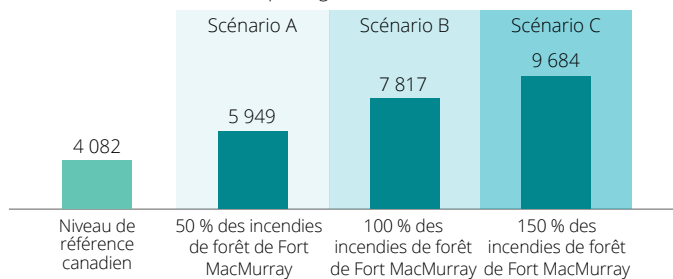
Nouvel état de stabilité après la catastrophe (en milliers)



Source : Analyse de Deloitte.
Données de base - Statistiques sur la santé mentale de l'ICIS1, 2017.

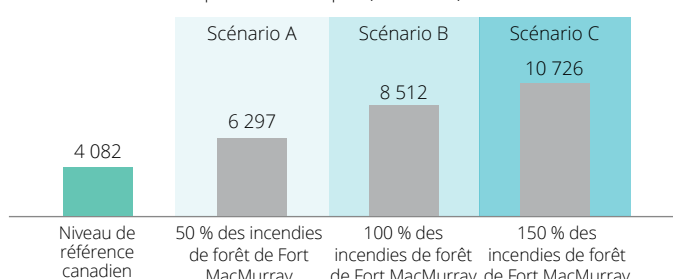
Consultations médicales pour troubles du stress/de l'anxiété²

Période de réaction à la catastrophe aiguë (en milliers)



Source : Analyse de Deloitte.

Nouvel état de stabilité après la catastrophe (en milliers)



Données de base - Consultations médicales reliées à la santé mentale ou pour troubles du stress/de l'anxiété - Statistique Canada, 2015.²

En s'appuyant sur ce nombre, notre analyse révèle une hausse entre 5,9 millions et 9,7 millions par année durant les périodes d'événements catastrophiques aigus. L'état de stabilité postérieur à la catastrophe pourrait être marqué par une hausse supplémentaire qui verrait ce nombre atteindre une fourchette de 6,3 millions à 10,7 millions annuellement. Globalement, cela représente une variation de 46 % à 163 % par rapport aux niveaux antérieurs à la catastrophe en ce qui a trait aux consultations de professionnels en santé mentale.

Un article publié dans la revue *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* en 2002 estimait à 5,8 % le pourcentage de Canadiens qui prenaient des antidépresseurs, soit environ 2,2 millions de personnes, dans la mesure où ce taux d'applique à la population actuelle¹. En partant de ce nombre, notre analyse indique qu'il pourrait atteindre entre 2,2 millions et 2,3 millions annuellement pendant la période de l'événement aigu. Ce nombre pourrait augmenter davantage, soit de 2,3 millions à 2,6 millions, une fois atteint l'état de stabilité postérieur à la catastrophe. Globalement, cela représente une hausse de 2 % à 19 % de l'usage d'antidépresseurs par rapport aux niveaux antérieurs à la catastrophe.

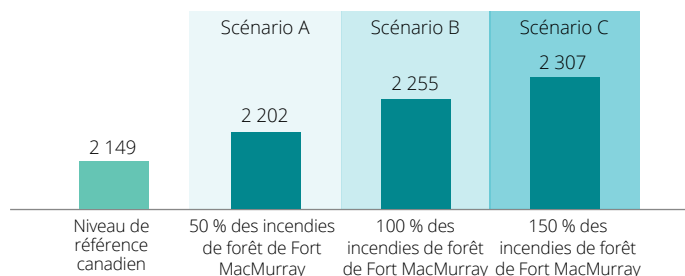
À notre avis, ces scénarios donnent une idée raisonnable et utile de l'ordre de grandeur des conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens. Mais une mise en garde s'impose. Alors que les victimes des incendies de forêt de Fort McMurray bénéficiaient d'une couverture pour les services en santé mentale grâce au régime d'assurance de leur employeur, ce ne sera pas nécessairement le cas de la COVID-19, étant donné l'ampleur des pertes d'emploi et des mises à pied temporaires. Cela risque de priver certains Canadiens d'un accès aux services dont ils ont besoin. Autrement dit, bien que notre analyse démontre que le même nombre de Canadiens auraient besoin de recourir à des services en santé mentale, ils ne le pourront peut-être pas s'ils n'ont plus accès à un régime complémentaire d'assurance maladie.

Conclusion

Dans cette section, nous avons utilisé des données empiriques pour établir des scénarios concernant le fardeau de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens dans les mois, voire les années, à venir. Sans prétendre savoir quelles seront les séquelles sur la santé mentale, notre analyse démontre que la pandémie actuelle a le potentiel

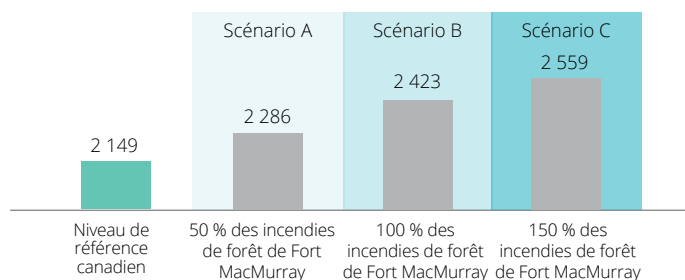
Ordonnances d'antidépresseurs¹

Période de réaction à la catastrophe aiguë (en milliers)



Source : Analyse de Deloitte.
Données de base - Antidépresseurs - Consommation de 5,8 % au Canada en 2002¹.

Nouvel état de stabilité après la catastrophe (en milliers)



Source : Analyse de Deloitte.

d'augmenter considérablement le niveau de services de soutien en santé mentale dont les Canadiens auront besoin dans le futur. Le tableau ci-dessous résume nos résultats.

Paramètre lié à la santé mentale	Niveau de base	Niveau de l'événement catastrophique aigu ²	État de stabilité à long terme ²
Visites à l'urgence et hospitalisations pour le stress et les troubles anxieux	68 730	91 000 à 134 000 32 % à 95 %	69 000 à 71 000 1 % à 3 %
Consultations médicales pour le stress et les troubles anxieux	4 082 100	5,9 M à 9,7 M 46 % à 137 %	6,3 M à 10,7 M 54 % à 163 %
Ordonnances d'antidépresseurs	2 149 480	2,2 M à 2,3 M 2 % à 7 %	2,3 M à 2,6 M 6 % à 19 %

Remarque :

1 Il s'agit de la statistique la plus récente que nous ayons trouvée sur l'usage d'antidépresseurs.

2 Les plages sont fondées sur le multiple appliqué : 0,5, 1 et 1,5 fois les conséquences des incendies de forêt de Fort McMurray.

Compréhension des conséquences du chômage de longue durée sur la santé mentale

La perte d'un emploi et le chômage prolongé peuvent être des situations très stressantes dans la vie d'une personne. Pour reprendre les paroles célèbres de Harry S. Truman, 33^e président des États-Unis : **« Il y a récession quand votre voisin perd son emploi, dépression quand vous perdez le vôtre. »**

En situation économique normale, il y a toujours des gens qui changent d'emploi, dont certains vivent de brèves périodes de chômage (quelques semaines) entre deux emplois. Cependant, en temps de récession, des employeurs mettront à pied une partie, et même la totalité, de leurs effectifs, tandis que d'autres annuleront ou reporteront leurs décisions d'embauche. Par conséquent, les gens sans emploi peuvent connaître de plus longues périodes de chômage, accompagnées de difficultés financières, de niveaux de stress accrus et même d'atrophie des compétences. Le chômage de longue durée a fait couler beaucoup d'encre pour sa propension à avoir un effet négatif sur divers indicateurs de bien-être humain.

Dans cette section, nous présentons une autre approche afin d'établir un lien entre la pandémie, ainsi que les conditions économiques qu'elle a entraînées, et la santé mentale des Canadiens. En utilisant l'approche fondée sur les événements catastrophiques, nous offrons une perspective sur la façon dont le contexte économique peut accroître le besoin de services de soutien en santé mentale.

Avant d'explorer les conséquences du chômage de longue durée (CLD) sur la santé mentale, il est essentiel de faire le point sur le CLD par rapport au taux de chômage officiel durant les périodes d'expansion économique, ainsi que durant les récessions. Nous avons donc étudié les deux derniers ralentissements économiques d'importance au Canada : la récession de 1990 à 1992 et la récession de 2008 à 2009.

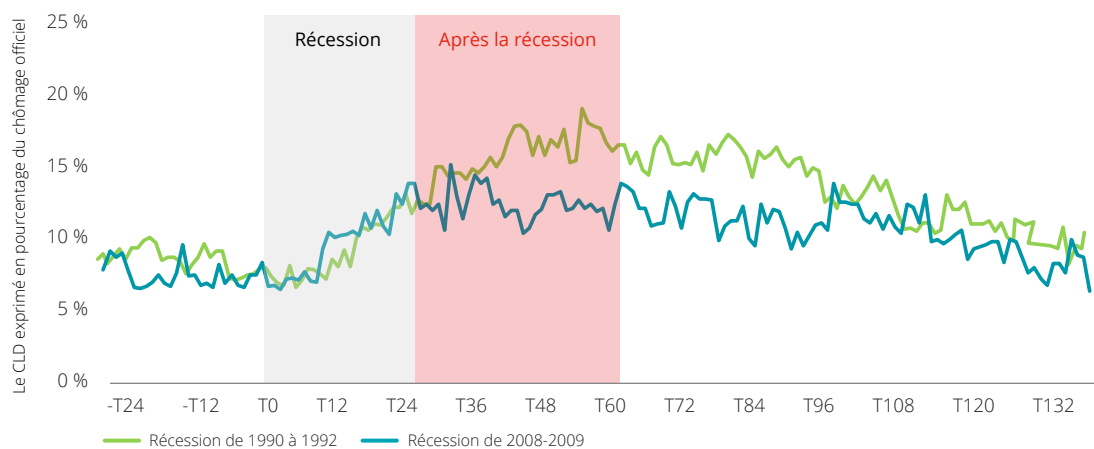
Événement	Mois de début (désigné par T0)
Récession de 1990 à 1992	Avril 1990
Récession de 2008 à 2009	Août 2008

Méthodologie

Nous avons étudié les données des séries chronologiques mensuelles sur le taux de chômage officiel (désigné par R4) ainsi que le taux de chômage de longue durée (R1, chômeurs depuis un an ou plus), comme l'indique Statistique Canada. Nous avons calculé l'incidence du CLD en divisant le taux de CLD de chaque mois par le taux de chômage total (TC) du mois correspondant. Le résultat s'exprime sous forme de ratio du chômage de longue durée par rapport au chômage officiel (CLD/TC). Nous avons ensuite présenté ces données sous forme d'indice pour les deux périodes de récession dans le graphique ci-dessous, en changeant la base des séries pour faire coïncider leur point de départ.

Dans les deux cas, nous avons affecté l'étiquette T0 au mois de début de la récession, le graphique étant ensuite divisé en tranches mensuelles. T0 correspond à mars 1990 dans le cas de la première récession, et à octobre 2008 dans le cas de la deuxième. Nous avons étudié l'indice pour les 24 mois précédant la récession (T0) afin de mesurer l'ampleur de la hausse pendant la récession et par la suite. Nous avons présumé que les 24 prochains mois correspondaient à la période de récession (même si celle-ci ne correspond pas nécessairement à la définition d'une récession par la Banque du Canada) et les 36 mois suivants, à la période post-récession, aux fins de l'analyse de l'indice de chômage sur une plus longue période. Nous avons ensuite superposé l'indice des deux récessions sur la base des plages de temps définies pour étudier le profil d'évolution du CLD.

Le chômage de longue durée au Canada exprimé en pourcentage du chômage officiel



T0 correspond à mars 1990 et octobre 2008.
Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Observations

Comme on s'y attendait, le chômage de longue durée ne représente en général qu'une fraction du chômage officiel. Un sous-ensemble de travailleurs licenciés a du mal à se trouver un emploi dans un délai d'un an, mais il y a une forte hausse du ratio CLD/TC en temps de récession. Les données sur le chômage durant les périodes de récession établissent la relation entre les ralentissements économiques et l'incidence du CLD au sein de l'économie, dont les conséquences sont accentuées, décalées et durables. Dans les deux récessions que nous avons examinées, le CLD en pourcentage du chômage officiel se situait entre 12 et 15 % en moyenne, à peu près le double du taux préalable à chacune des récessions.

L'incidence du CLD en pourcentage du chômage officiel (l'indice indiqué en vert dans le graphique ci-contre) affiche une tendance intéressante lors de la récession des années 1990. Alors qu'il avoisinait une moyenne de 8,4 % au cours des 24 mois précédents, il commence à augmenter en début de récession, atteignant en moyenne 9,8 % au cours de la période de récession de 24 mois. Il continue d'augmenter pendant la période de 24 mois suivant la récession, et le ratio CLD/TC atteint un sommet de 20 % dans la période post-récession – cela équivaut à une période de hausse du ratio de 48 mois complets. Ensuite, le CLD en pourcentage du chômage se normalise, puis retrouve des taux plus faibles, semblables à ceux d'avant la récession.

On observe des tendances semblables lors de la récession de 2008-2009. Le chômage de longue durée en pourcentage du chômage officiel passe d'une moyenne de 7 % durant la période précédant la récession à 8,7 % pendant la récession, et à une moyenne de 12,6 % au cours de la période de 36 mois après la récession. Le CLD en pourcentage du chômage total atteint un sommet seulement 34 mois après le début de la récession, parvenant à 15,5 %. Il convient de souligner que le ratio CLD/TC n'augmente pas pendant une aussi longue période que lors de la récession précédente, probablement parce que la hausse du chômage est largement inférieure à celle de 1990.

Pour les gens qui étaient sans emploi depuis un certain nombre d'années, cela correspond à du chômage de très longue durée.

Dans les deux récessions, il a fallu plus de dix ans pour que le ratio CLD/TC retourne aux niveaux préalables à la récession. Pour les gens qui étaient sans emploi depuis un certain nombre d'années, cela correspond à du chômage de très longue durée.



Examen de la documentation : conséquences du chômage de longue durée découlant d'une récession sur les indicateurs humains

Le chômage de longue durée est souvent décrit comme l'un des plus importants facteurs de détresse économique. En raison de cette persistance, une foule de publications établissent un lien entre le CLD et une variété de conséquences négatives sur les gens, notamment des troubles de santé mentale, la criminalité et la toxicomanie, entre autres problèmes sociaux. Dans cet examen de la documentation, nous nous penchons sur ces relations et explorons leur nature, de façon à pouvoir analyser et commenter de façon pertinente les conséquences du CLD sur les variables d'intérêt sur le plan humain.

Situé au Canada, l'Institut de recherche sur le travail et la santé (2009)¹⁵ rassemble des éléments de preuve provenant de diverses études portant sur les différentes façons dont le chômage peut avoir des conséquences sur la santé mentale. On observe d'abord un recul du niveau de vie, suivi de l'insécurité associée à la durée de la perte de revenu et au risque d'une future chute du revenu. Trois autres facteurs cités dans le rapport sont la stigmatisation associée au chômage, de même que la faible estime de soi et la perte de contacts sociaux.

La perte d'un emploi et le chômage de longue durée peuvent être extrêmement stressants en raison de la perte involontaire de salaire, du changement de train de vie et du rôle primordial que joue le travail en ces temps modernes. Maja Andersson (2019)¹⁶ a adopté une approche scientifique et chimique pour étudier la question. Elle a examiné une partie hautement adaptable du cerveau humain appelé l'hippocampe. Ce dernier abrite les récepteurs des glucocorticoïdes (récepteurs des GC), qui activent les mécanismes d'adaptation en situation de stress. Elle a par ailleurs observé qu'un dérèglement des récepteurs des GC sur une période prolongée a des effets nocifs sur l'hippocampe, que l'on associe à des symptômes comme la dépression, le stress de retenue, le stress post-traumatique, la faible estime de soi, l'impuissance acquise et le stress psychologique. Elle révèle ensuite que le CLD impose un stress du même genre et s'accompagne d'un dérèglement du cortisol.

En fait, des éléments probants témoignent d'une forte association entre le sentiment d'être en mauvaise santé et le chômage de longue durée, un plus faible revenu disponible et une grande privation

matérielle. Lors de la crise financière de 2008-2009 en Espagne, le chômage de longue durée (le fait d'être sans emploi pendant 12 à 23 mois) a augmenté la probabilité de se considérer en mauvaise santé de 45 à 67 %, et le chômage de très longue durée (24 à 48 mois) a fait passer cette probabilité de 78 à 132 % en comparaison avec les personnes qui occupent un emploi. Inversement, chaque point de pourcentage supplémentaire d'augmentation du revenu familial réduit la probabilité de se considérer en mauvaise santé de 16 à 28 %. Cet effet ne se limite pas à la personne touchée, mais s'étend aussi aux membres du foyer; l'appartenance à un ménage affichant une grande privation matérielle augmente la probabilité de se considérer en mauvaise santé de 70 à 140 %¹⁷.

Un article du *Journal of Labor Economics*¹⁸ visait à examiner l'effet causal du chômage sur la santé mentale durant la crise financière de 2008-2009 en Espagne. Selon cette étude, une hausse de 10 % du taux de chômage a entraîné une augmentation de 3 % de l'autosignalement d'un mauvais état de santé et de troubles mentaux. Ces résultats se sont avérés importants et significatifs du point de vue statistique. Autre constat notable : l'incapacité de réintégrer le marché du travail chez ceux qui déploient le plus d'efforts en ce sens pourrait avoir des répercussions encore plus grandes sur leur santé mentale.

Bien entendu, le chômage de longue durée n'a pas les mêmes conséquences sur tout le monde. Divers facteurs déterminent la vulnérabilité de chacun quant à ses effets, qui peuvent varier selon le sexe, le revenu familial et l'âge, entre autres facteurs. Une étude réalisée en Suède¹⁶ visait à examiner l'aspect lié à l'âge de ce dilemme en mettant l'accent sur l'incidence de la durée des périodes de chômage sur les jeunes (âgés de 17 à 24 ans).

Les résultats de l'étude, présentés dans le dans le graphique ci-dessous, révèlent que le risque de recevoir un diagnostic de trouble de santé mentale était supérieur de 170 % pour le groupe de gens en chômage pendant plus de 6 mois par rapport au groupe de gens ayant un emploi. Les résultats indiquent également que le chômage chez les jeunes est fortement associé à la consommation d'alcool et de drogue. À l'instar d'études antérieures, la durée de la période de chômage semble aussi accroître le risque de recevoir un diagnostic de troubles mentaux.

Situation d'activité	Rapport de risque ¹ en temps de crise économique (IC à 95 %)	Rapport de risque ¹ en période autre que de crise (IC de 95 %)
Travailleur à temps plein (réf.)	1	1
Moins de 3 mois	1,69 (1,14 à 2,49)	1,92 (1,40 à 2,63)
3 à 6 mois	2,19 (1,43 à 3,37)	2,60 (1,72 à 3,94)
Plus de 6 mois	2,70 (1,71 à 4,28)	3,33 (2,00 à 5,57)

Remarque :

¹ Le rapport de risque¹ est interprété comme la probabilité qu'un événement se produise dans la variable exposée/probabilité que l'événement se produise dans la variable de contrôle. Un ratio de 1,5 signifie pour un groupe que le risque de souffrir de santé mentale est plus élevé pour ce groupe d'environ 50 %.

Les résultats sont ajustés en fonction du sexe, de l'âge, du pays de naissance, d'un diagnostic préalable de troubles mentaux, et de l'indice socioéconomique, de la scolarité et de l'état de santé mentale des parents.

Identification des populations les plus vulnérables au Canada

Nous avons démontré que la COVID-19 est plus présente dans les quartiers à faibles revenus, et que les conséquences économiques sont concentrées dans le secteur des services, qui emploie une part disproportionnée de femmes. Dans cette section, nous examinons le faible revenu à titre d'indicateur afin de souligner les populations les plus vulnérables au pays.

En 2018, Statistique Canada a indiqué que 12,8 % des Canadiens vivaient au-dessous du seuil de faible revenu. Ce chiffre masque plusieurs dimensions sociodémographiques importantes, et mérite d'être approfondi.

Les populations vulnérables du Canada : cartographier les conséquences de la COVID-19

Si les catastrophes naturelles et les récessions économiques touchent la société dans son ensemble, le fardeau qui pèse sur les différents segments de la population n'est pas du tout le même. Alors que certaines personnes affrontent la tempête sans trop de dégâts, d'autres subissent des conséquences dévastatrices qui pourraient gravement porter atteinte à leur bien-être et à leur capacité de réaliser leur plein potentiel par la suite.

Cette section vise à identifier les groupes au Canada qui sont les plus vulnérables aux effets négatifs de la COVID-19. Elle commence par une évaluation des endroits où la COVID-19 est la plus répandue à Toronto et à Montréal. Souvent, ces quartiers se situent dans des zones urbaines à faible revenu.

Nous explorons ensuite le fait que, contrairement à la récession de 2008-2009, la plupart des pertes d'emploi attribuables à la COVID-19 et aux mesures de confinement qui en ont découlé se sont produites dans des postes peu rémunérés des secteurs du commerce de détail et des services. Cela a entraîné une plus forte diminution des emplois occupés par les femmes et expliquerait qu'on parle de « récession au féminin ». Par ailleurs, avec la fermeture des écoles et des garderies, il était plus probable que les femmes s'absentent du travail pour s'occuper des enfants.

Un examen plus poussé de cette analyse comparative entre les sexes révèle que, avant même la COVID-19, les mesures de confinement et la crise économique, les femmes – plus particulièrement les mères monoparentales – étaient exposées à une plus grande vulnérabilité économique. Elles étaient également plus susceptibles de souffrir d'un trouble de la santé mentale que les hommes, et il était moins probable que leurs besoins en santé mentale soient entièrement comblés. Et comme les catastrophes peuvent considérablement accroître l'incidence des problèmes de santé mentale, les femmes demeurent les plus vulnérables.

Étude des caractéristiques du revenu des quartiers au Canada selon la concentration de COVID-19

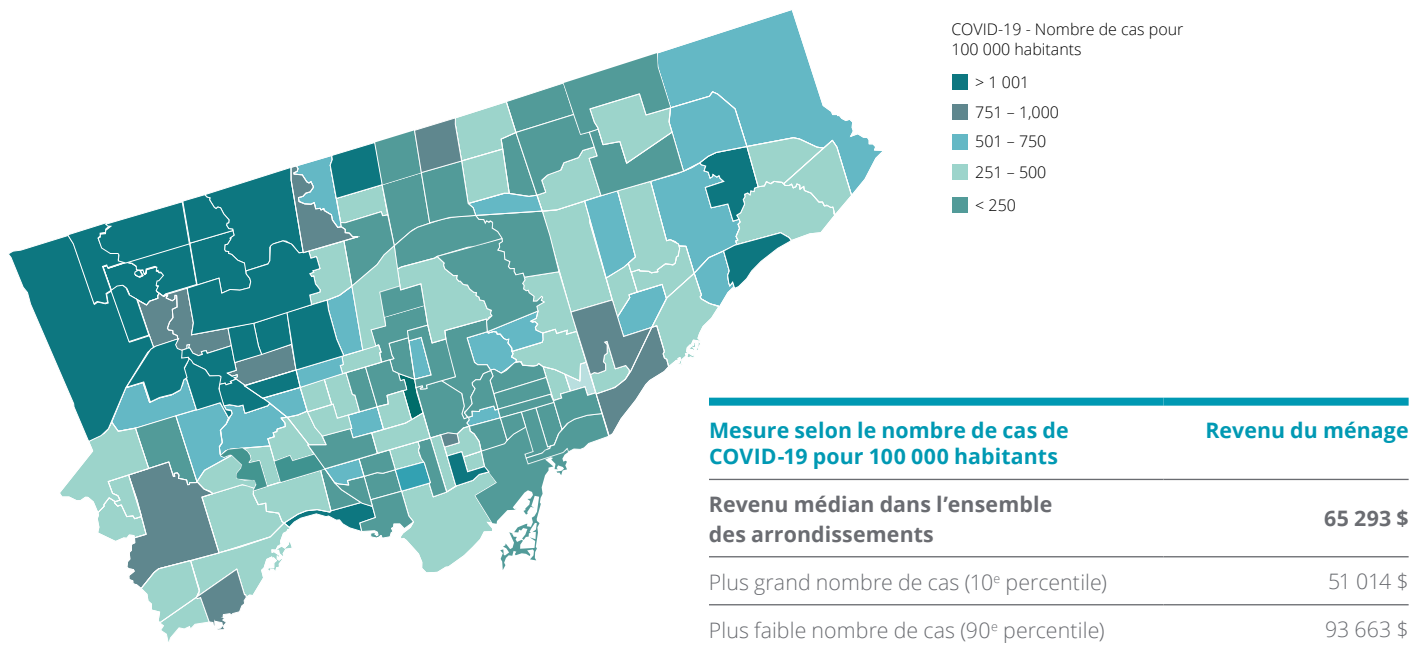
Bon nombre de villes et de provinces ont commencé à divulguer de l'information géographique détaillée sur la propagation du coronavirus. Toronto et Montréal, les deux villes canadiennes les plus durement touchées selon le nombre de cas, ont publié ces données durant la dernière semaine de mai. Une analyse des quartiers de ces deux villes révèle un nombre disproportionné de cas de la COVID-19 chez les ménages à faible revenu.

Toronto compte 140 quartiers, et le virus est présent dans chacun d'entre eux. Mais il suffit de jeter un coup d'œil rapide à la carte pour constater que la plus forte concentration de cas de COVID-19 se situe au nord-est et au nord-ouest de la ville, où l'on dénombre plus de 600 cas pour 100 000 habitants, et qui correspondent aux secteurs où le revenu médian est le plus faible. À titre comparatif, dans les quartiers plus aisés, concentrés au centre de la carte (vert foncé dans le graphique) on dénombre moins de 300 cas pour 100 000 habitants.

La mise en correspondance du revenu des ménages et des cas de COVID-19 pour l'ensemble des quartiers de Toronto vient valider l'analyse visuelle de la cartographie des cas d'infection. Le revenu médian des secteurs figurant dans le décile supérieur des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants (90^e percentile et plus) est de 51 014 \$, ou inférieur de 21,9 % au revenu médian global. En revanche, les secteurs figurant dans le décile inférieur des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants (10^e percentile et moins) ont un revenu médian de 93 663 \$, ou supérieur de 43,5 % à la médiane globale.

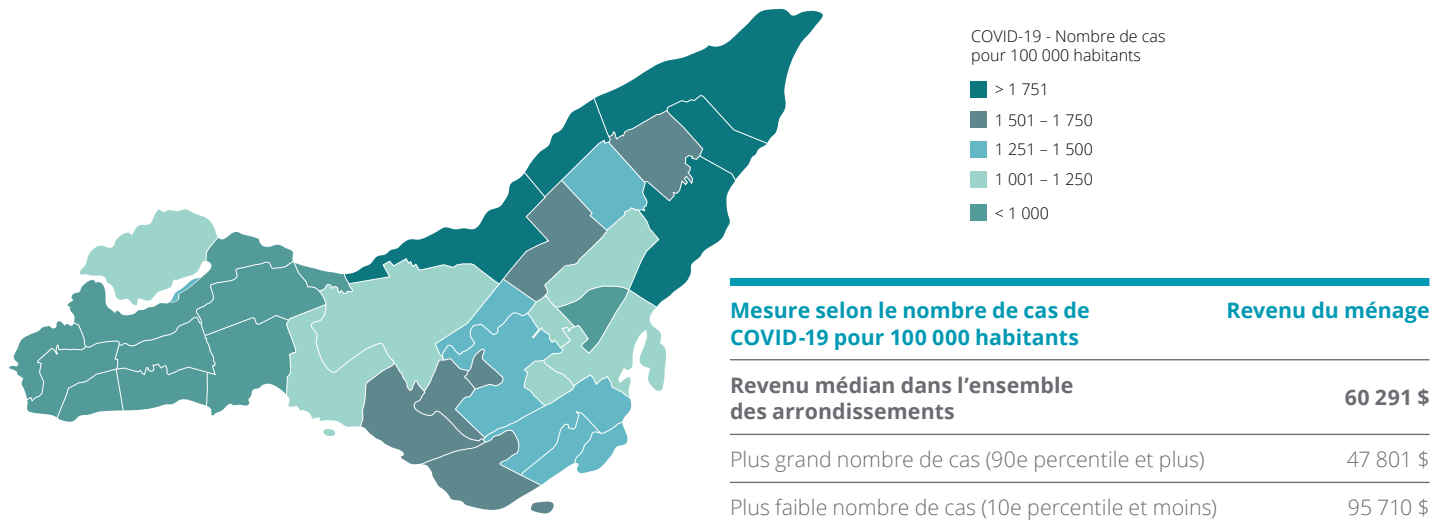
Une analyse semblable de Montréal permet de dégager une tendance analogue. Les secteurs figurant dans le décile supérieur des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants affichent un revenu médian de 47 801 \$, ou inférieur de 20,6 % au revenu médian global. À titre comparatif, les secteurs figurant dans le décile inférieur des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants ont un revenu médian de 95 710 \$, ou supérieur de 58,9 % à la médiane globale.

Répartition des cas de COVID-19 au 27 juillet 2020, à Toronto



Source : Statistique Canada, ville de Toronto, analyse de Deloitte.

Répartition des cas de COVID-19 au 27 juillet 2020, à Montréal



Source : Statistique Canada, ville de Montréal, analyse de Deloitte.

Conséquences économiques de la COVID-19 d'un secteur à l'autre et selon le sexe

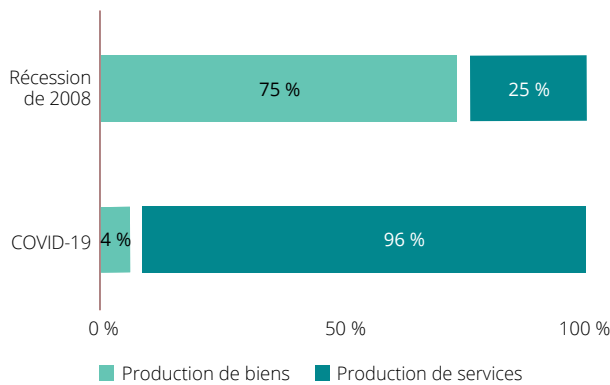
La concentration des cas de COVID-19 dans les secteurs à plus faible revenu peut s'expliquer par divers facteurs, mais de plus amples recherches seront nécessaires pour saisir comment cette répartition géographique des cas est survenue. Ce qui ressort clairement des données que nous avons en main, c'est que le confinement a été particulièrement éprouvant sur le secteur du commerce de détail et des services, où les emplois nécessitent normalement moins de formation et sont plus précaires.

Ce phénomène tranche avec la récession de 2008-2009, qui a principalement frappé le secteur de la production de biens. Par conséquent, les populations touchées par les deux ralentissements économiques sont radicalement différentes, et les femmes sont plus durement éprouvées par les conditions économiques actuelles. Il importe de le souligner, car les conditions économiques ont une incidence directe sur le bien-être mental et, comme les pages qui suivent le démontreront, les femmes étaient déjà vulnérables sur ce plan avant l'avènement de la pandémie.

96 % des pertes d'emploi attribuables au ralentissement économique lié à la COVID-19 ont eu lieu dans le secteur des services, dont 17 % relèvent du commerce de gros et de détail et 30 %, de l'hébergement et de la restauration. L'éducation, les transports et les soins de santé sont les autres grands perdants. Dans le secteur de la production de biens, qui compte pour 4 % des pertes d'emploi à ce jour, 6% relève de la construction et de la fabrication¹⁹.

En revanche, la récession de 2008-2009 a lourdement pesé sur le secteur de la production de biens, qui représente 75 % du total des pertes d'emploi. Dans ce secteur, la construction et la fabrication ont contribué à elles seules aux pertes d'emploi, soit 37 % et 30 % respectivement¹⁷. Au sein du secteur des services, les commerces de gros et de détail étaient les plus grands perdants, suivi des services professionnels et d'affaires.

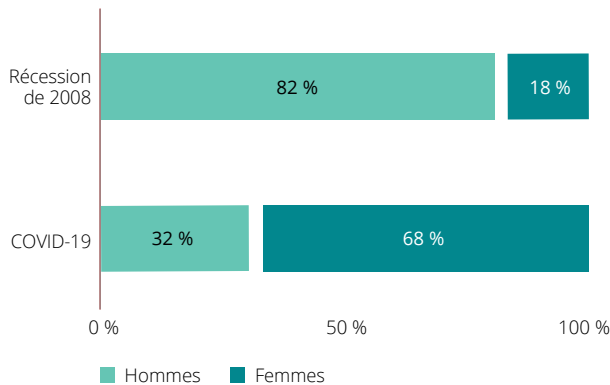
Proportion de pertes d'emploi par type de secteur : crise financière de 2008-2009 par rapport à la COVID-19



	Production de biens	Production de services
COVID-19	4 %	96 %
Récession de 2008	75 %	25 %

Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Proportion des pertes d'emploi par sexe : crise financière de 2008-2009 par rapport à la COVID-19



	Hommes	Femmes
COVID-19	32 %	68 %
Récession de 2008	82 %	18 %

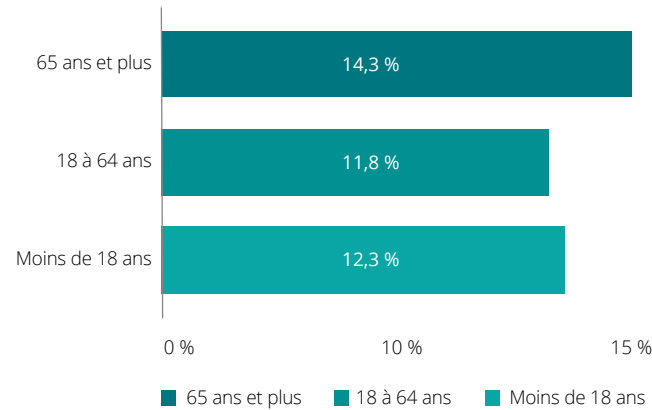
Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Les caractéristiques sectorielles ont des répercussions importantes sur les personnes qui ont perdu leur emploi lors des ralentissements économiques. Dans le contexte de l'actuel ralentissement attribuable à la COVID-19, la majorité des emplois perdus étaient occupés par des femmes, à raison de 68 % jusqu'à maintenant. Au cours de la récession de 2008, seulement 18 % des emplois perdus étaient occupés par des femmes²⁴.

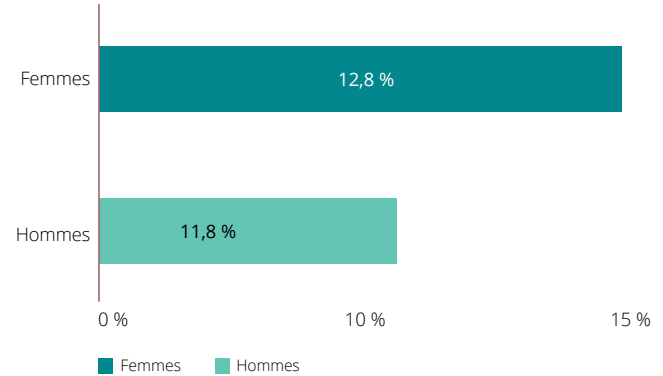
perte d'emplois dans le secteur des services (96 % de tous les emplois perdus à ce jour). Cela se traduit par de lourdes pertes d'emploi pour les femmes, puisqu'elles sont traditionnellement très représentées dans des sous-secteurs de services tels que l'alimentation et l'hébergement, les soins de santé, l'éducation et la vente au détail. (Vous trouverez en annexe un tableau détaillé établissant la comparaison des pertes d'emploi et de la part des travailleuses entre l'actuel ralentissement économique et la récession de 2008-2009.)

Donc, le chômage provoqué par la COVID-19 et par les mesures de confinement mises en place pour endiguer la propagation du virus au sein de la communauté a entraîné une part disproportionnée de

Pourcentage de personnes à faible revenu selon l'âge, 2018



Pourcentage de personnes à faible revenu selon le sexe, 2018



Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Âge : L'âge a toujours été l'un des facteurs les plus importants à examiner, compte tenu des différents rôles assumés par les gens à différentes étapes de la vie. La répartition par tranches d'âge dans les trois catégories définies au tableau « Pourcentage de personnes à faible revenu selon l'âge (2018) » révèle que la proportion des personnes de 65 ans à faible de revenu est de 14,3 % au Canada, un taux plus élevé que la moyenne nationale et que tout autre groupe d'âge.

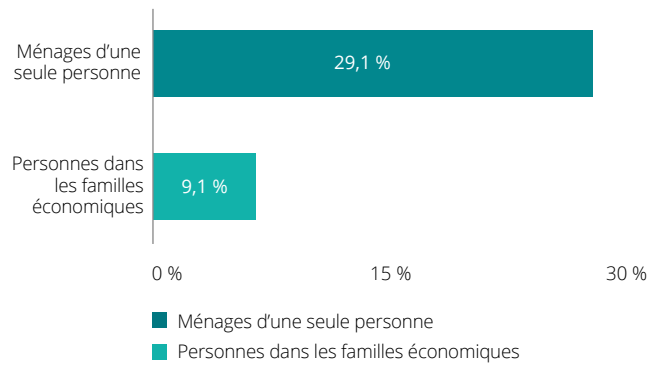
Sexe : L'inégalité entre les sexes est au cœur du débat sur les inégalités depuis longtemps; il n'est donc pas étonnant d'observer dans le tableau « Pourcentage de personnes à faible revenu selon le sexe (2018) » que le fardeau du faible revenu repose de manière disproportionnée sur les femmes, dont le taux de faible revenu s'établit à 12,8 %. Les hommes, par contre, affichent un taux de 11,8 %, soit un point de pourcentage de moins.

Pourcentage de personnes à faible revenu selon la province, 2018

	Canada	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	Ont.	Man.	Sask.	AB	C.-B.
Toutes les personnes	12,3 %	16,0 %	14,6 %	15,9 %	13,8 %	14,0 %	12,4 %	14,1 %	13,0 %	7,5 %	11,2 %
1. Âge											
Personnes de moins de 18 ans	12,3 %	15,7 %	15,9 %	16,8 %	14,7 %	11,7 %	13,9 %	19,0 %	14,3 %	7,3 %	9,4 %
Personnes de 18 à 64 ans	11,8 %	13,7 %	12,0 %	14,3 %	11,7 %	12,8 %	12,3 %	12,2 %	12,5 %	7,9 %	11,1 %
Personnes de 65 ans et plus	14,3 %	23,3 %	21,8 %	20,2 %	18,9 %	20,4 %	11,3 %	14,8 %	13,4 %	5,9 %	13,1 %
2. Sexe											
Hommes	11,8 %	15,8 %	13,8 %	15,1 %	12,9 %	13,0 %	12,0 %	13,3 %	12,3 %	7,5 %	11,6 %
Femmes	12,8 %	16,2 %	15,5 %	16,7 %	14,6 %	15,1 %	12,9 %	14,8 %	13,8 %	7,6 %	10,8 %
3. Situation de famille											
Personnes dans les familles économiques	9,1 %	12,4 %	11,5 %	11,9 %	9,9 %	9,6 %	9,6 %	11,9 %	10,0 %	5,8 %	7,9 %
Ménages d'une seule personne (pas dans une famille économique)	29,1 %	38,1 %	32,7 %	34,3 %	34,3 %	33,5 %	29,7 %	26,8 %	28,7 %	17,1 %	26,71 %

Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Les ménages d'une seule personne constituent une autre tranche de la population dont le taux de faible revenu est élevé, s'établissant à 29,1 %, soit plus que deux fois la moyenne nationale. Autrement dit, faire partie d'un ménage comptant plus d'une personne, appelé une famille économique, peut permettre d'amortir considérablement l'incidence d'un faible revenu. Cette situation ne change probablement pas dans le cas où une récession entraîne la perte d'emploi de l'un des membres du ménage, puisqu'il devient possible de compenser la perte d'un des revenus en comptant sur un second soutien économique au sein du ménage.



Le graphique ci-dessous fait état du faible revenu comme l'un des plus grands facteurs de vulnérabilité du point de vue individuel. Mais l'incidence du faible revenu selon le type et la taille du ménage nous amène à élargir l'horizon de cette étude de façon à tenir compte de la structure de la famille économique. Les structures familiales peuvent être réparties entre les couples, les familles monoparentales, et ainsi de suite. Nous avons regroupé les couples selon les personnes à charge, et les familles monoparentales selon le sexe du parent.

de sexe masculin, et de 4,8 % pour les familles économiques formées de deux parents avec des enfants. Encore une fois, ces données mettent en lumière la précarité économique de bon nombre de femmes avant même que la pandémie ne sévisse.

Globalement, 6 % des familles au Canada étaient en situation de faible revenu en 2015, les couples étant relativement en meilleure posture que les familles monoparentales. Parmi les familles monoparentales, celles dont le parent est de sexe féminin affichaient la plus forte incidence de faible revenu de tous les types de familles, soit 17,4 %. Cela se compare à un taux de 11,3 % pour les familles monoparentales dont le parent est

En examinant les données présentées à la page précédente, il est facile de constater que, sur le plan individuel, les personnes de 65 ans et plus et les femmes sont surreprésentées au sein des populations à faible revenu. Par ailleurs, les personnes vivant seules sont davantage à risque d'être en situation de faible revenu (29 %) par rapport aux membres d'une famille économique (9 %).

Pourcentage des structures de familles économiques à faible revenu par province en 2015

	Canada	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	Ont.	Man.	Sask.	AB	C.-B.
Total – Structure de la famille économique	6,0 %	3,6 %	4,1 %	4,9 %	4,4 %	5,2 %	6,8 %	6,8 %	3,9 %	4,8 %	7,5 %
Familles économiques comptant un couple	4,1 %	2,1 %	2,8 %	2,9 %	2,7 %	3,3 %	4,8 %	4,2 %	2,4 %	3,2 %	5,3 %
Familles économiques comptant un couple sans enfants ni autres personnes apparentées	3,3 %	2,3 %	2,0 %	2,6 %	2,3 %	2,9 %	3,7 %	3,0 %	1,8 %	2,5 %	4,3 %
Familles économiques comptant un couple avec enfants	4,8 %	1,9 %	3,7 %	3,2 %	3,2 %	3,7 %	5,6 %	5,2 %	3,0 %	3,8 %	6,3 %
Familles économiques comptant un couple vivant avec d'autres personnes apparentées seulement	3,1 %	0,8 %	1,1 %	1,8 %	1,5 %	3,2 %	3,1 %	6,9 %	2,7 %	2,0 %	4,1 %
Familles économiques monoparentales	16,1 %	12,3 %	11,0 %	14,5 %	13,5 %	14,0 %	17,0 %	20,0 %	12,7 %	14,7 %	19,6 %
Familles économiques monoparentales dont le parent est de sexe masculin	11,3 %	7,8 %	9,1 %	9,8 %	9,5 %	10,6 %	12,1 %	12,3 %	8,8 %	9,5 %	13,6 %
Familles économiques monoparentales dont le parent est de sexe féminin	17,4 %	13,4 %	11,4 %	15,7 %	14,6 %	15,1 %	18,2 %	22,1 %	13,7 %	16,2 %	21,1 %
Autres familles économiques	14,3 %	9,0 %	8,3 %	12,4 %	10,3 %	15,0 %	15,4 %	17,8 %	9,4 %	8,0 %	18,5 %

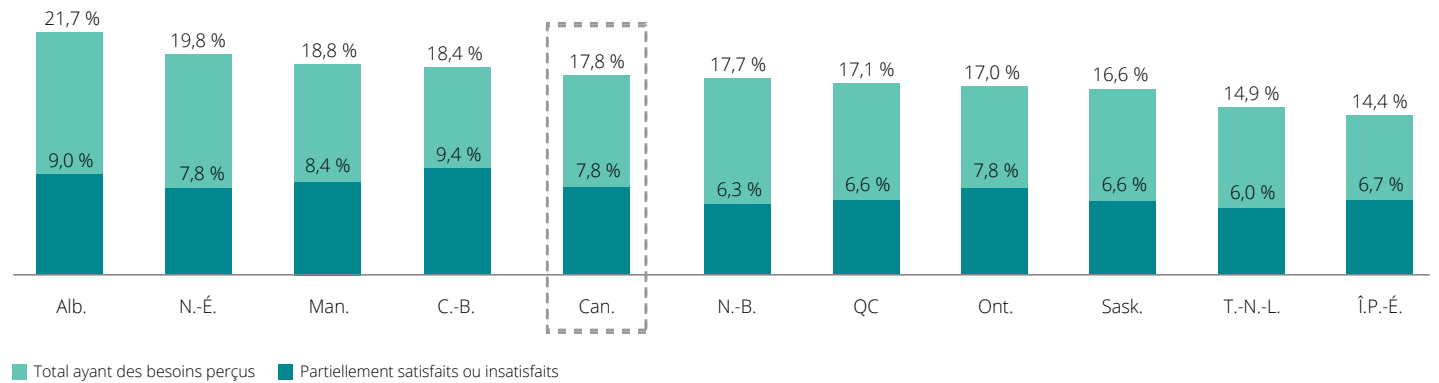
Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Niveaux actuels de perception des besoins en soins de santé mentale au Canada

Jusqu'à maintenant dans la présente section, nous avons démontré que les personnes qui vivent dans des secteurs à faible revenu sont plus susceptibles de contracter la COVID-19 que celles qui vivent dans des quartiers plus aisés. Nous avons aussi démontré que le ralentissement économique attribuable à la COVID-19 a frappé les secteurs du commerce de détail et des services plus durement que les autres, ce qui a entraîné des pertes d'emploi disproportionnées chez les femmes. Il s'agit d'une couche de vulnérabilité de plus pour les femmes, particulièrement les mères monoparentales, qui étaient déjà exposées à une plus forte incidence de faible revenu que la population générale avant la pandémie.

À la lumière de ces renseignements, nous nous penchons maintenant sur l'incidence des problèmes de santé mentale, et la mesure dans laquelle les besoins en santé mentale sont satisfaits, afin de conclure notre analyse des populations vulnérables aux conséquences humaines de la COVID-19²⁶.

Population ayant des besoins perçus de soins en santé mentale par province en 2018



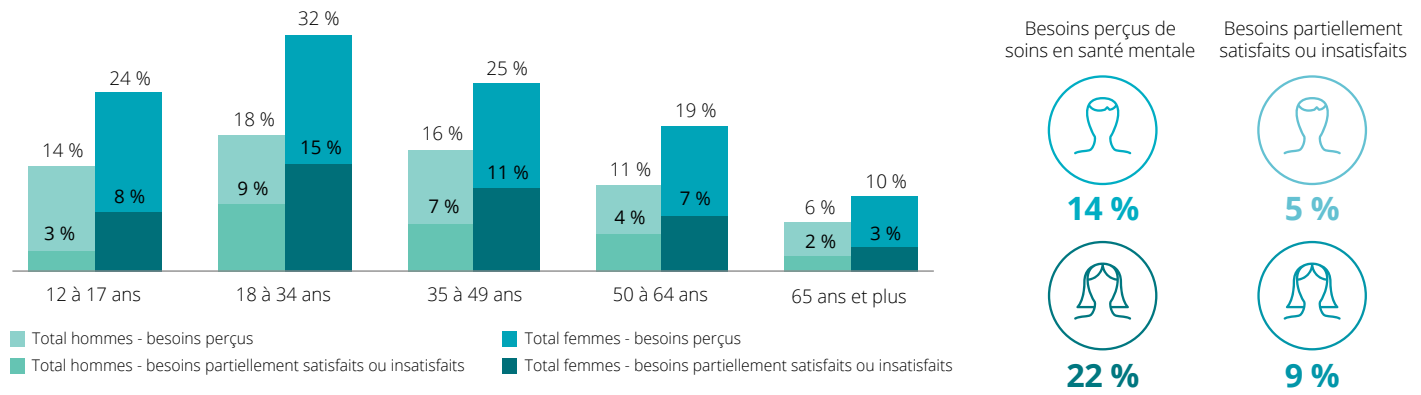
Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Globalement, 17,8 % des Canadiens ont déclaré qu'ils éprouvaient des besoins en santé mentale. Parmi ceux-ci, seulement 56,2 %, ont rapporté que leurs besoins ont été entièrement couverts, ce qui laisse un pourcentage non négligeable (43,8 %) de Canadiens dont les besoins en santé mentale sont partiellement satisfaits ou carrément insatisfaits. Cela correspond à près de 8 % de l'ensemble de la population au Canada (7,8 %).

L'âge et le sexe : le recouplement de deux variables sociales

Toutes tranches d'âge confondues, les femmes sont plus nombreuses à autodéclarer des besoins en santé mentale que les hommes. En effet, entre 10 et 32 % des femmes déclarent avoir des besoins en santé mentale, par rapport à 6 à 18 % chez les hommes. Les femmes sont plus susceptibles d'indiquer que leurs besoins en santé mentale sont partiellement satisfaits ou pas du tout satisfaits; cela touche entre le tiers et la moitié des femmes, par rapport à un cinquième à 40 % des hommes.

Population ayant des besoins perçus de soins en santé mentale selon l'âge et le sexe en 2018



Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Ces constatations ont également été validées dans un récent sondage de Statistique Canada sur les différences entre les genres en matière de santé mentale dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Selon ce sondage, mis en ligne du 24 avril au 11 mai 2020, 25,5 % des participantes ont indiqué que leur santé mentale était « passable » ou « mauvaise », par rapport à 21,2 % des participants. En outre, 57 % des participantes ont déclaré que leur santé mentale s'était « assez » ou « beaucoup » détériorée depuis le début des mesures de distanciation physique, par rapport à 47 % des participants. Finalement, le sondage a démontré que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer des symptômes correspondant à un trouble anxieux généralisé modéré ou grave et d'indiquer que leur vie était « assez » ou « extrêmement » stressante²².

Plusieurs gouvernements canadiens ont déjà reconnu la santé mentale comme un enjeu croissant au cours de cette pandémie, et ont annoncé des programmes pour aider les Canadiens aux prises avec des problèmes en santé mentale pendant la crise. Les gouvernements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard et le gouvernement du Canada ont déjà emboîté le pas. Ces programmes visent à soutenir les services généraux en santé mentale d'urgence, en plus de certaines populations vulnérables clés, telles que les peuples autochtones et les enfants. Ces programmes ont aussi comme but d'augmenter l'adoption et la mise en application de services numériques en santé mentale par l'entremise de lignes téléphoniques et de vidéoconférences sécurisées, pour bonifier entre autres les objectifs de santé et de bien-être.

En résumé, les femmes se trouvent à l'épicentre des conséquences humaines de la COVID-19. Elles sont les plus touchées par le ralentissement économique en raison de leur importante représentation dans les secteurs du commerce de détail et des services. C'est la réalité en termes absolus dans le contexte actuel (les femmes perdent leur emploi en plus grand nombre que les hommes), mais plus particulièrement en comparaison avec la récession de 2009-2008. Les femmes devançant aussi les hommes en ce qui a trait aux faibles taux de revenu et, enfin, sont plus nombreuses à déclarer des besoins en santé mentale que les hommes, et plus susceptibles d'indiquer que ces besoins sont insatisfaits ou satisfaits seulement en partie.

Conclusion

En résumé : comment éviter l'échec

Lorsque nous prenons du recul et réfléchissons aux constats, nos pensées se tournent d'abord vers les Canadiennes et les Canadiens aux prises avec des difficultés découlant de la pandémie de COVID-19. Si vous éprouvez des problèmes de santé, personnels, financiers ou en santé mentale, nous vous invitons à obtenir de l'aide. Vous trouverez des liens vers des ressources utiles dans la section sur la santé mentale dans l'annexe.

Nos pensées se portent ensuite vers les résultats choquants de notre analyse. Lorsque nous nous sommes lancés dans cette aventure, nous étions loin de nous douter que les conséquences humaines de la COVID-19 pourraient s'avérer aussi importantes : jusqu'à 2,6 fois plus de consultations liées à la santé mentale auprès de professionnels de la santé et une augmentation allant jusqu'à 20 % des ordonnances d'antidépresseurs. Le nombre de consultations de professionnels de la santé mentale pourrait atteindre 10,7 millions annuellement, par rapport à 4,1 millions selon les dernières données officielles.

Au-delà des chiffres, chaque personne touchée vit un drame personnel. Pour notre société, l'ampleur de la montée possible des besoins en santé mentale dépasse l'entendement. Alors que la crise de santé publique de la COVID-19 nous a pris par surprise et que ses répercussions économiques nous ont perturbés, veillons à nous préparer à faire face à la crise en santé mentale qui se profile à l'horizon.

Pour les **gouvernements**, cela signifie que le moment est venu de se tenir prêts. À notre avis, les gouvernements devraient se concentrer sur l'accès aux services en **créant des liens entre les ressources** et en **faisant appel aux réseaux existants**, plutôt que d'offrir des services en santé mentale directement au public. Il existe un vaste réseau privé de professionnels chevronnés en santé mentale, dans certains cas sans but lucratif. Il n'y a donc aucune raison de repartir à zéro, surtout dans un contexte où les hôpitaux et les cliniques de médecins généralistes sont déjà débordés.

Les gouvernements peuvent servir d'intermédiaires clés en facilitant les liens entre les professionnels en santé mentale et les patients. Que ce soit en ligne, ou par l'intermédiaire d'un service d'assistance téléphonique ou d'une application, les gouvernements sont en excellente posture pour aider les gens à trouver des ressources. Dans les secteurs où vivent les populations particulièrement vulnérables, où il est parfois plus difficile d'accéder à internet, à un téléphone intelligent et même à une ligne fixe, les gouvernements ont des réseaux de service permettant d'identifier les personnes à risque et de les aiguiller vers les services appropriés. Cela dit, les écoles, les bureaux de services de première ligne, les hôpitaux, les cliniques de santé publique et d'autres bureaux gouvernementaux sur le terrain auront besoin de ressources et de soutien pour adapter leurs capacités, tant sur le plan de l'expertise que du nombre de professionnels.

À cet égard, les gouvernements devraient élargir rapidement les capacités de soutien à la santé mentale dans les garderies et les écoles. Derrière chaque parent, il y a un ou plusieurs enfants aussi touchés par la pandémie : l'isolement de la famille étendue et des amis, la perte d'occasions de scolarité et de socialisation, et l'exposition au stress parental accru peuvent les rendre vulnérables ou susceptibles à des effets psychologiques indésirables. Les garderies et les écoles devraient jouer un rôle de premier intervenant dans l'identification des enfants les plus touchés, et leur offrir un soutien immédiat en santé mentale en attendant qu'ils aient accès aux services réguliers.

Pour les **cliniques de santé mentale existantes**, cela signifie qu'elles devront améliorer les services pour répondre aux besoins en santé publique. Les cliniques qui sont autorisées à ouvrir leurs portes, mais qui n'ont pas encore **préparé leurs locaux** à accueillir des patients en personne devraient s'empresser de le faire. Ce faisant, en plus de s'acquitter de leur rôle et de répondre aux besoins des clients, elles pourraient ainsi contribuer à l'économie locale. Les cliniques peuvent aussi envisager **de mettre en place ou d'accélérer leur présence numérique**, car la situation que nous vivons actuellement a démontré qu'il est possible de répondre à un large éventail de besoins en santé mentale au moyen de canaux numériques tels que la vidéoconférence et les applications. Il s'agit non seulement d'une façon rentable d'étendre les services, mais aussi de contribuer à gérer la hausse importante des besoins en santé mentale qui s'annonce.

Pour les **assureurs**, le moment est tout indiqué pour réévaluer les processus afin de prendre plus efficacement en charge un plus grand nombre de transactions; par exemple, en **étendant le remboursement direct** aux fournisseurs de services de santé mentale. C'est sans doute aussi un bon moment pour envisager de **rationaliser les coûts et les opérations** afin de se préparer à un volume plus élevé que prévu de demandes de règlement pour des services en santé mentale. Enfin, il pourrait s'agir d'une occasion d'explorer de nouveaux services d'assurance qui répondent à des besoins spécialisés.

Finalement, tous les **employeurs** devront réfléchir à la manière d'offrir davantage de flexibilité et de soutien à leurs employés. Cette démarche peut s'amorcer par le simple fait de reconnaître que les employés ne réagissent pas tous de la même façon aux circonstances : certains peuvent être mal à l'aise de prendre le transport en commun et de se rendre au bureau malgré une réouverture de l'économie alors que d'autres pourraient préférer avoir un poste de travail au bureau. C'est pourquoi les employeurs devront peut-être **envisager des modèles de participation de la main-d'œuvre hybrides** selon lesquels certains employés continueront de travailler

principalement à distance à l'aide d'outils numériques et d'autres se rendront plus régulièrement au bureau, conformément aux règlements locaux mis en place. À court terme, il faudra peut-être **investir dans des outils numériques**, ce qui comprend du matériel et des logiciels. Au fil du temps, ce modèle d'affaires pourrait se répandre et permettre à certaines organisations d'optimiser leur empreinte immobilière.

Pour certains employeurs, ce pourrait être l'occasion de **revoir la composition des avantages sociaux** offerts aux employés et de déterminer comment mieux les soutenir en cette période stressante, notamment en leur offrant des options flexibles qui répondront à leurs besoins en fonction du stade où ils en sont dans leur vie. Le moment peut aussi être venu d'étendre la portée des programmes de pleine conscience offerts aux employés dans leur régime d'avantages sociaux et de reconnaître que d'autres services que ceux offerts par des professionnels de la santé mentale peuvent aider. D'autres options de soutien flexible pourraient être offertes, comme la possibilité de faire appel à des tuteurs pédagogiques dont les honoraires sont faibles ou inexistants, de participer à des séances structurées de détente ou de relaxation en ligne ou de recourir à des services destinés aux enfants. Ces ressources, qui viendraient s'ajouter à la couverture des services offerts par des professionnels de la santé mentale, pourraient se révéler efficaces pour alléger le stress que vivent les parents à devoir concilier quotidiennement leurs obligations professionnelles et familiales depuis un bon moment déjà.

La situation actuelle pourrait même être l'occasion **d'amorcer une discussion fructueuse avec les employés sur l'avenir du travail**, l'équilibre travail-vie personnelle ainsi que la portée et la nature du soutien offert aux employés et à leur famille au sein de l'organisation. Comme tous ceux qui sont actuellement sur le marché du travail n'ont jamais rien vécu de tel, il n'y a pas de recette magique ou d'approche universelle pour composer avec la pandémie en milieu de travail. Cependant, les organisations qui parviendront à tourner la situation à leur avantage en s'engageant dans une discussion positive et transparente avec leurs employés pourront en récolter les fruits à court et à long terme.

Le présent rapport a démontré que les conséquences humaines de la COVID-19 pourraient être importantes et durables. Elles risquent aussi d'imposer un fardeau supplémentaire aux populations déjà vulnérables, en particulier les femmes. Mais il y a des mesures que les gouvernements, les fournisseurs de services de santé mentale et l'écosystème de santé élargi peuvent prendre pour les aider à traverser la crise. Il ne tient qu'à nous de réagir rapidement et de nous préparer à ces éventualités.



Personnes-ressources

Matt Laberge, M.Sc., MBA

Directeur principal,
Services-conseils en économie
mlaberge@deloitte.ca

Co-auteurs

Mario Iacobacci, Ph.D.

Associé, Services-conseils
en économie
miacobacci@deloitte.ca

Guneet Kaur

Conseillère principale,
Conseils financiers
guneetkaur@deloitte.ca

David Han

Conseiller principal,
Conseils financiers
davhan@deloitte.ca

Annexe

Ressources en santé mentale

Si vous éprouvez des problèmes personnels, financiers ou en santé mentale, vous pouvez obtenir de l'aide. Veuillez consulter les ressources indiquées ci-dessous comme point de départ à cet égard. Notez qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des ressources de soutien disponibles à l'échelle nationale pour le grand public.

Ressources et soutien à l'échelle nationale

Soutien en cas de crise

Trouvez un **centre de crise** dans votre province ou votre territoire.

Visitez **l'Association canadienne pour la santé mentale** pour trouver le bureau de l'ACSM de votre région et obtenir du soutien et des ressources.

Visitez le site de **Jeunesse, J'écoute** ou appelez au 1-800-668-6868 pour parler avec un conseiller.

Soutien en cas de crise et d'idées suicidaires 1-833-456-4566 (en tout temps) ou textez « start » au 45645 (de 16 h à minuit HE).

Soutien autre qu'en cas de crise

Visitez **eSantéMentale.ca** pour trouver des ressources, des services, de l'aide et du soutien dans votre communauté.

Trouvez un thérapeute dans votre région.

Trouvez un psychologue dans votre région.

Visitez **Greenspace** pour des consultations virtuelles (pour les résidents de l'Ontario seulement)

ConnexOntario offre des services liés aux problèmes de drogue, d'alcool, de jeu ou de santé mentale.

Stratégies sur le stress est un outil en ligne gratuit proposant des méthodes pratiques de résolution de problèmes pour identifier les sources de stress et y remédier.

Préparez-vous à être résilient et découvrez des stratégies afin de faire face au stress et aux situations imprévues.

Populations vulnérables

Pertes d'emploi par secteur et selon le sexe : crise financière de 2008 par rapport à la COVID-19.

Taux d'emploi non ajustés par secteur (x1 000)

	Nov. 2008 - Fév. 2009			Fév. 2020 - Avril 2020		
	Perte d'emploi	% du total	% d'hommes	Perte d'emploi	% du total	% de femmes
Total, tous les secteurs	(521)	100 %	82 %	(1 139)	100 %	68 %
Agriculture	(13)	3 %	75 %	14	(1 %)	32 %
Foresterie, pêche, mines, exploitation en carrière, et extraction de pétrole et de gaz	(24)	5 %	67 %	(4)	0 %	109 %
Services publics	(1)	0 %	38 %	2	0 %	Aucun
Construction	(195)	37 %	92 %	7	(1 %)	Aucun
Fabrication	(157)	30 %	66 %	(68)	6 %	80 %
Secteur de la production de biens	(390)	75 %	79 %	(48)	4 %	127 %
Commerce de gros et de détail	(69)	13 %	26 %	(194)	17 %	68 %
Transports et entreposage	(9)	2 %	Aucun	(94)	8 %	2 %
Finance, assurances, services immobiliers et location	9	(2 %)	Aucun	(3)	0 %	Aucun
Services professionnels, scientifiques et techniques	(34)	7 %	Aucun	(36)	3 %	85 %
Services aux entreprises, services relatifs aux bâtiments et autres services de soutien	(36)	7 %	35 %	(10)	1 %	Aucun
Services d'enseignement	(6)	1 %	Aucun	(158)	14 %	71 %
Soins de santé et assistance sociale	29	(5 %)	Aucun	(85)	7 %	71 %
Information, culture et loisirs	(2)	0 %	Aucun	(68)	6 %	80 %
Services d'hébergement et de restauration	2	0 %	Aucun	(342)	30 %	58 %
Autres services (sauf les administrations publiques)	(15)	3 %	Aucun	(113)	10 %	63 %
Administrations publiques	0	0 %	Aucun	12	(1 %)	67 %
Secteur des services	(132)	25 %	91 %	(1 091)	96 %	65 %

Source : Statistique Canada, analyse de Deloitte.

Notes de fin de texte

Préface

- 1 Gouvernement du Canada. « Maladie à coronavirus (COVID-19) : Mise à jour sur l'écllosion », <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>, Consulté le 27 juillet 2020.
- 2 Johns Hopkins University (JHU). « COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) », <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, Consulté le 27 juillet 2020.
- 3 Statistique Canada. « La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 », 27 mai 2020, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200527/dq200527b-fra.htm>
- 4 Alvin Powell, « Feeling more anxious and stressed? You're not alone », *The Harvard Gazette*, 16 avril 2020, <https://news.harvard.edu/gazette/story/2020/04/rising-mental-health-concerns-in-the-coronavirus-era/>
- 5 Emily A Holmes, Rory C O'Connor, V Hugh Perry, Irene Tracey, Simon Wessely, Louise Arseneault, Clive Ballard, Helen Christensen, Roxane Cohen Silver, Ian Everall, Tamsin Ford, Ann John, Thomas Kabir, Kate King, Ira Madan, Susan Michie, Andrew K Przybylski, Roz Shafran, Angela Sweeney, Carol M Worthman, Lucy Yardley, Katherine Cowan, Claire Cope, Matthew Hotopf, Ed Bullmore. « Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science », *Lancet Psychiatry*, 15 avril 2020, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30168-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30168-1.pdf)

Les conséquences humaines des pandémies et des catastrophes naturelles

- 6 A M Connolly, R L Salmon, B Lervy, D H Williams. « What are the complications of influenza and can they be prevented? Experience from the 1989 epidemic of H3N2 influenza A in general practice. », 29 mai 1993, <https://www.bmj.com/content/306/6890/1452>
- 7 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « 2009 H1N1 Pandemic (H1N1pdm09 virus) », <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>
- 8 Richard D Smith, Marcus R Keogh-Brown, Tony Barnett, Joyce Tait. « The economy-wide impact of pandemic influenza on the UK: a computable general equilibrium modelling experiment », *BMJ*, 20 novembre 2009, <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b4571>
- 9 Vincent Dubé. « Les mal-aimés du marché du travail », *Statistique Canada*, 14 juin 2004, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/75-001-X200410413118>
- 10 Lidia Farré, Francesco Fasani, Mueller Hannes. « Feeling useless: The effect of unemployment on mental health in the Great Recession », *IZA Journal of Labor Economics*, 2018, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/195030/1/1046043102.pdf>
- 11 J. Caron, A.Liu. « A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations », *National Library of Medicine (NIH)*, 30 juin 2010, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20609292/>
- 12 Martha Nussbaum. « CAPABILITIES AS FUNDAMENTAL ENTITLEMENTS: SEN AND SOCIAL JUSTICE », *Feminist Economists*, 20 janvier 2011, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354570022000077926>
- 13 BBC News. « Canada wildfire: 20% of Fort McMurray homes destroyed, says MP », 8 mai 2016, <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-36244499>
- 14 @RMWoodBuffalo. *Twitter post*, 4 mai 2016, <https://twitter.com/rmwoodbuffalo/status/727897683940257792>
- 15 The Canadian-based Institute for Work & Health (2009).
- 16 Maja Andersson. « Psychological effects of LTU », *Université de Skovde*, 2019.
- 17 M. Puerto López del Amo González, Vivian Benítez, José J. Martín-Martín. « Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007–2011) », *BMC Public Health*, 15 janvier 2018, <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-5004-2>
- 18 Lidia Farré, Francesco Fasani, Hannes Mueller. « Feeling useless: the effect of unemployment on mental health in the Great Recession », *IZA Journal of Labor Economics*, 2018, <https://izajole.springeropen.com/articles/10.1186/s40172-018-0068-5>
- 19 Emelie Thern, Jeroen de Munter, Tomas Hemmingsson, Finn Rasmussen. « Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference? », *BMJ*, 26 mai 2020, <https://jech.bmj.com/content/71/4/344>

Identification des populations vulnérables du Canada

- 20 Statistique Canada. « Caractéristiques de la population active selon l'industrie, données mensuelles non désaisonnalisées (x 1 000) », https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410002201&request_locale=fr
- 21 Les données présentées dans cette section proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et sont issues de statistiques autodéclarées sur la santé. Même si ces statistiques peuvent favoriser un biais de sélection et de divulgation, et présenter des tendances différentes selon le sexe et le groupe d'âge, elles fournissent néanmoins des perspectives utiles sur la façon dont différents états de santé, notamment les troubles de santé mentale, n'exercent pas la même influence sur les différents segments de la population.
- 22 Statistique Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00047-fra.htm>

Deloitte.

À propos de Deloitte

Deloitte offre des services dans les domaines de l'audit et de la certification, de la consultation, des conseils financiers, des conseils en gestion des risques, de la fiscalité et d'autres services connexes à de nombreuses sociétés ouvertes et fermées dans différents secteurs. Deloitte sert quatre entreprises sur cinq du palmarès Fortune Global 500^{MD} par l'intermédiaire de son réseau mondial de cabinets membres dans plus de 150 pays et territoires, qui offre les compétences de renommée mondiale, le savoir et les services dont les clients ont besoin pour surmonter les défis d'entreprise les plus complexes. Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l., société à responsabilité limitée constituée en vertu des lois de l'Ontario, est le cabinet membre canadien de Deloitte Touche Tohmatsu Limited. Deloitte désigne une ou plusieurs entités parmi Deloitte Touche Tohmatsu Limited, société fermée à responsabilité limitée par garanties du Royaume-Uni, ainsi que son réseau de cabinets membres dont chacun constitue une entité juridique distincte et indépendante. Pour une description détaillée de la structure juridique de Deloitte Touche Tohmatsu Limited et de ses sociétés membres, voir www.deloitte.com/ca/apropos

Notre raison d'être mondiale est d'avoir une influence marquante. Chez Deloitte Canada, cela se traduit par la création d'un avenir meilleur en accélérant et en élargissant l'accès au savoir. Nous croyons que nous pouvons concrétiser cette raison d'être en incarnant nos valeurs communes qui sont d'ouvrir la voie, de servir avec intégrité, de prendre soin les uns des autres, de favoriser l'inclusion et de collaborer pour avoir une influence mesurable.

Pour en apprendre davantage sur les quelque 312 000 professionnels de Deloitte, dont plus de 12 000 font partie du cabinet canadien, veuillez nous suivre sur [LinkedIn](#), [Twitter](#), [Instagram](#) ou [Facebook](#)