



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

REVENIR À UNE MEILLEURE NORMALITÉ : METTRE L'ACCENT SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19



INTRODUCTION

Les déterminants structureaux de la santé se définissent en général comme étant les structures économiques, culturelles, politiques et sociales agissant sur la répartition des ressources et du pouvoir symbolique et matériel. Combinés aux préoccupations pour la santé de la planète et l'héritage du colonialisme et du racisme continuels, ces « facteurs structurels » interviennent dans les politiques intersectorielles. Ils engendrent ainsi des iniquités prévisibles en matière de santé et de ressources en promotion de la santé dans les collectivités et les pays partout dans le monde ainsi que des disparités d'un pays et d'une collectivité à l'autre¹⁻⁵. Le gradient social en matière de santé montre que les personnes ayant un meilleur avantage relatif jouissent d'une meilleure santé que le

reste de la population. Le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès chez les individus vivant dans des milieux défavorisés sur le plan socioéconomique⁶ témoigne des effets inéquitables des pandémies sur la vie des Autochtones^{7,8}, des Noirs et des autres groupes racisés^{8,9} ainsi que sur les groupes discriminés du seul fait de leur genre¹⁰ ou de leur handicap¹¹.

Devant de telles iniquités, les valeurs fondamentales que sont l'équité et la justice sociale dans le domaine de la promotion de la santé et qui montrent la fonction de la vie sociale, économique, culturelle, politique et spirituelle dans l'état de santé¹² ont tout autant leur place en période de pandémie¹³⁻¹⁵ que les appels à l'action pour améliorer les interventions¹⁶⁻¹⁹. En cas de crise sanitaire, les plans de lutte et les interventions

qui mettent l'accent sur l'équité de manière efficace reflètent la philosophie socioécologique basée sur le cadre de vie des gens, la complexité de la situation, les approches d'universalité proportionnée et la vision systémique des choses. La voix de la collectivité et la collaboration intersectorielle jouent en outre un rôle crucial. Pourtant, les plans et les interventions ne tiennent pas toujours compte des valeurs fondamentales que sont l'équité et la justice sociale, comme en atteste le manque de considération intentionnelle par rapport aux déterminants sociaux et structurels de la santé et à l'équité en santé. La notion d'équité est très peu abordée dans les plans d'urgence sanitaire au Canada²⁰. Qui plus est, la description des personnes considérées « vulnérables » dans les premiers jours de la pandémie de COVID-19 faisait abstraction des notions d'équité et des déterminants structurels de la santé²¹.

Le nouveau coronavirus qu'est la COVID-19 a dégénéré en pandémie mondiale à la mi-mars 2020. Le Canada a tout de suite fermé ses frontières internationales. Les provinces, territoires et municipalités ont adopté des décrets d'urgence en soutien aux mesures de santé publique. Les ordres concernaient par exemple la fermeture des services non essentiels, la distanciation sociale dans les espaces publics et le nombre de personnes maximum pour les rassemblements privés, intérieurs et extérieurs. L'histoire et les données probantes laissaient entrevoir les dures réalités qui attendaient la population canadienne durant la crise sanitaire : personne ne serait épargné. Cela dit, tout indiquait que les effets se feraient profondément ressentir par les groupes de population structurellement marginalisés déjà quotidiennement aux prises avec des systèmes d'oppression multiples.

L'équipe du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé a décidé d'organiser une série de webinaires afin d'obtenir, de générer et d'échanger de l'information quant à l'impact de la pandémie de COVID-19 et aux mesures d'urgence pour l'endiguer. L'équipe cherchait à répondre aux questions suivantes : est-ce que les interventions en matière de santé publique et de politiques reflètent l'interdépendance des déterminants sociaux de la santé? Quelle incidence la COVID-19 a-t-elle eue sur les iniquités sociales et de santé?

MÉTHODES

Les cinq conversations d'une heure ont eu lieu en ligne au cours du mois d'avril 2020. La première s'est tenue deux semaines après que la COVID-19 a été qualifiée de pandémie mondiale. Sachant l'étendue des connaissances et des données probantes acquises sur le terrain et dans les diverses disciplines, l'équipe du Centre a étendu itérativement les invitations à des personnalités qualifiées en ayant à l'esprit le vaste éventail de préoccupations liées aux déterminants sociaux et structurels de la santé et à l'équité. En tout, 13 éminentes personnalités professionnelles, politiques, universitaires et communautaires ont apporté aux conversations un point de vue pertinent pour un auditoire des milieux de la santé publique de partout au Canada. Les conversations accueillaient respectivement entre deux et quatre conférenciers, y compris des Aînés et des gardiens du savoir autochtones, des décisionnaires, des responsables des politiques, des professionnels et des chercheurs provenant de domaines de la santé et d'organismes à but non lucratif divers. Les thèmes abordés sont : 1) l'équité en santé, les déterminants de la santé et la COVID-19, 2) les répercussions de la COVID-19 et la lutte contre le nouveau coronavirus à l'échelle locale (accent mis sur le genre, le racisme et l'itinérance), 3) les perspectives des Autochtones par rapport à COVID-19, 4) les répercussions de la COVID-19 et la lutte contre le nouveau coronavirus à l'échelle locale (accent mis sur l'insécurité alimentaire des ménages, le handicap et l'éthique) et 5) des futurs équitables dans le « monde d'après » la COVID-19²². Plus de 1600 personnes provenant de diverses disciplines et occupant divers postes en santé publique ou d'autres domaines se sont inscrites à la série. Elles provenaient majoritairement du Canada et ont pris une part active aux conversations en posant des questions, en parlant de leurs expériences vécues et en proposant des ressources. Les conversations ont été enregistrées et l'enregistrement est disponible en ligne.

L'équipe du Centre a effectué l'analyse thématique^{23,24} des conversations en s'appuyant sur les trois questions de recherche suivantes :

- Quel est l'impact de la COVID-19 sur l'équité en santé et les déterminants sociaux et structurels de la santé?
- Quelles politiques, pratiques et interventions viennent favoriser ou bien compromettre l'équité et la justice sociale?
- Quelles sont les occasions à saisir pour améliorer les interventions?

Tous les auteurs du présent document ont pris part aux conversations ou ont écouté les enregistrements, en prenant immédiatement en note les thèmes abordés durant les échanges. Ils ont colligé les propos des participants après chaque webinaire et fait transcrire les conversations enregistrées. Les données des cinq conversations ont ensuite été codées à l'aide de balises créées à partir des thèmes de base (p. ex. « mobilisation collective », « collaboration »). Ils ont schématisé les données sous forme de tableaux, en y ajoutant des citations illustratives afin d'étayer leurs constatations. Ils ont présenté une série de thèmes préliminaires à un groupe de chefs de file de la santé publique ayant une expérience professionnelle de la pandémie de COVID-19 aux fins de validation et d'enrichissement. Enfin, ils ont incorporé les commentaires dans l'étape d'analyse subséquente.

Les conférenciers ont donné leur accord verbal pour que les conversations soient enregistrées et rendues publiques. L'équipe n'a donc pas cherché à obtenir une approbation éthique pour son activité de recherche. Elle ne peut en garantir la confidentialité ni l'anonymat parce que l'information relève du domaine public²⁵. Les citations verbatim ont été néanmoins rendues anonymes.

CONSTATIONS

Les quatre grands thèmes suivants sont ressortis de l'analyse :

1. systèmes oppressifs et injustes et iniquités observées sur les plans sociaux et de la santé;
2. réseaux sociaux et de santé sous pression et non réceptifs à l'équité;
3. effets disproportionnés de la COVID-19 en raison des iniquités structurelles et socioéconomiques sous-jacentes;
4. balle au bond à saisir en termes de mobilisation collective, d'innovations stratégiques et de transformation sociale.



1 SYSTÈMES OPPRESSIFS ET INJUSTES ET INIQUITÉS OBSERVÉES SUR LES PLANS SOCIAUX ET DE LA SANTÉ

Les conférenciers et les participants ont mentionné voir la pandémie comme un instrument polyvalent : parfois une source d'éclairage, parfois une massue et parfois une boule de cristal.

A. LA COVID-19 TELLE UNE SOURCE D'ÉCLAIRAGE CONCENTRANT LA LUMIÈRE SUR LES INIQUITÉS EXISTANTES

La pandémie a projeté la lumière sur l'interaction des structures et des systèmes engendrant les iniquités sur les plans sociaux et de la santé. Les conséquences directes et indirectes du nouveau coronavirus mettent au jour les sources structurelles des iniquités, comme le colonialisme, le suprémacisme blanc, le racisme, le patriarcat, le capitalisme, et la mollesse du filet de sécurité sociale (p. ex. santé, assurance-emploi, aide sociale) :

La COVID-19 est un exemple de ce genre de phénomènes biophysiques et de phénomènes sociaux qui se sont infiltrés dans des systèmes où les acteurs statuent sur la supériorité d'une vie par rapport à une autre. [S1]

De surcroît, la COVID-19 rend les iniquités systémiques plus visibles pour les personnes détenant des privilèges sociaux et financiers.

Nous commençons à voir émerger dans la conscience et l'espace des non-pauvres, ou des non-marginalisés, quelques-uns des problèmes motivant le combat que nous menons depuis très, très longtemps. [S2]

La prise de conscience collective relativement aux iniquités est l'occasion pour les acteurs de la santé publique de s'engager avec leurs partenaires intersectoriels et des groupes communautaires dans des activités de plaidoyer pour faire modifier les politiques sociales et économiques.

Ce qu'il y a de bon avec la COVID, c'est que nous avons maintenant conscience de certaines de ces réalités et de leurs effets sur nos vies... et c'est très douloureux. Cela peut nous sembler difficile, mais nous avons le devoir en santé publique de faire durer cette prise de conscience. [S14]

B. LA COVID-19 TELLE UNE MASSUE FRAPPANT DUREMENT SUR LE STRESS ET LES INIQUITÉS

Les participants et les conférenciers ont associé la pandémie à une massue cognant sur les points de concentration du stress et des iniquités.

[La COVID-19] amplifie les iniquités structurelles qu'une pandémie vient déjà aggraver... frappant plus durement les groupes de personnes marginalisées et défavorisées. On dirait qu'il y a deux réalités de la maladie. D'un côté, les personnes qui ne peuvent pas se placer en quarantaine, et qui servent le reste d'entre nous qui avons la possibilité de nous mettre en quarantaine... voilà le privilège de la quarantaine. [S13]

Les personnes présentes en ligne ont brossé le tableau des systèmes évitables et injustes qui ont entraîné des résultats encore pires chez les individus déjà marginalisés. Elles ont donné à cet effet l'exemple de l'augmentation du risque d'infection par le nouveau coronavirus, de l'inégalité du revenu, de l'insécurité alimentaire, de l'insécurité liée au logement et des défis auxquels se heurtent les personnes consommant des substances psychoactives.

Les statistiques révèlent un grand nombre de cas de maladies respiratoires et de cardiopathie chez les Autochtones. La situation est attribuable à divers problèmes vécus depuis longtemps par rapport aux déterminants de la santé en raison du colonialisme qui perdure encore. La situation rend la population particulièrement vulnérable à la COVID-19. [P1]

C. LA COVID-19 TELLE UNE BOULE DE CRISTAL DÉVOILANT LES PROCHAINES CRISES SANITAIRES MONDIALES

Les conférenciers ont associé les iniquités causées et exacerbées par la COVID-19 à une boule de cristal lançant une alerte, indiquant ce qui pourrait survenir par suite de bouleversements causés par des changements écologiques majeurs. Ils ont fait des rapprochements entre l'émergence du nouveau coronavirus, l'état des relations internationales et le besoin de justice, de solidarité et d'un avenir durable :

Et je pense que la situation se veut un test de notre solidarité mondiale. Je dirais même que nous en avons besoin, parce que c'est dans une perspective de santé mondiale ou de justice mondiale. En plus, ce que nous vivons à l'heure actuelle est aussi une répétition générale de ce qu'il va se passer avec le changement climatique. [S11]

En appelant à utiliser l'approche de l'intersectionnalité et en établissant des liens avec des mouvements connus, un conférencier a fait remarquer que la création d'un avenir durable passe nécessairement par l'annihilation du racisme et du sexisme :

Durable pour qui? Voilà ma première question... C'est comme pour le mouvement des femmes, vous savez. Nous comprenons vite que, bon... les «femmes de couleur» ne figurent nulle part dans ce mouvement soi-disant féministe... Alors voilà un élément fondamental de l'équité. Il y a le racisme à l'endroit des Noirs, le racisme à l'endroit des Autochtones... [si] nous ne les décrivons pas clairement et si nous ne nous assurons pas que cette réalité est prise en compte dans les autres parties du travail, alors nous finissons par une amplification et une augmentation des iniquités. [S12]



2 RÉSEAUX SOCIAUX ET DE SANTÉ SOUS PRESSION ET NON RÉCEPTIFS À L'ÉQUITÉ

Les interventions pour juguler la COVID-19 a fait prendre conscience que les systèmes sociaux et de santé subissaient des pressions et qu'ils étaient mal préparés :

... l'ancien système ne nous a jamais préparés à faire face à une pandémie mondiale. Nous savions que le vieux système accentuait les iniquités et que certaines personnes étaient abandonnées à leur sort. Nous savions aussi qu'il pouvait en être autrement à l'avenir. Nous voyons bien maintenant que l'ancien filet de sécurité sociale était trop mou pour être à la hauteur de la situation. [S13]

Le bon moment pour réfléchir aux questions d'éthique liées aux situations d'urgence aurait été avant de se retrouver dans ce genre de situation. Pour ce qui est de l'équité, la notion doit être intégrée antérieurement, pas sur le tas. [S11]

L'érosion des systèmes de santé publique et des systèmes sociaux a fait en sorte qu'il était impossible de remplir toutes les fonctions de base en santé publique. Le redéploiement des ressources de santé publique aux interventions pour lutter contre la COVID-19 ont eu pour résultat qu'il ne restait à peu près rien, et même rien du tout, pour s'attaquer à d'autres dossiers d'importance en matière de santé publique et d'équité en santé.

On ne s'est pas beaucoup attardé à l'équité dans les plans d'urgence, et les interventions ne reflétaient pas les leçons du passé au sujet des personnes les plus susceptibles de subir les conséquences :

Voyez qui contracte le virus, qui meurt, qui a reçu la formation et l'équipement de protection et quand. D'abord les centres de soins de longue durée, les foyers de groupe, les habitations collectives destinées aux personnes ayant un handicap intellectuel ou physique. Le personnel responsable des soins est venu après. Nous devrions nous concentrer sur les foyers d'éclosion. Tout le monde en santé publique à l'échelle locale savait après le SRAS et la grippe H1N1 que les milieux de soins étaient la priorité. Pourtant, ce n'est pas ce qui s'est passé. [S12]

Les mesures prises ne tenaient pas compte des personnes en situation de défavorisation structurelle. Par exemple, les consignes de distanciation sociale se sont révélées difficiles à suivre dans le réseau d'hébergements pour itinérants.

La fermeture des services et des programmes de soutien (p. ex. garderies, écoles, bibliothèques, espaces publics, entreprises) a eu des répercussions considérables sur les populations défavorisées qui dépendent de ces services pour diverses raisons (p. ex. accès à de la nourriture, refuge, connexion à Internet).

Les participants et les conférenciers ont noté que la pandémie a placé à l'avant-plan la santé publique et la santé du public. Ils ont énuméré quelques possibilités d'améliorer les lacunes des systèmes sociaux et de santé, par exemple :

- aborder le racisme, le colonialisme et les structures économiques injustes dans les processus de planification, d'intervention et de rétablissement en cas d'urgence;
- élaborer et mettre en œuvre des politiques publiques, des lignes directrices et des cadres d'orientation qui prennent en considération les effets des pandémies pour la santé et la société;
- assurer l'universalisme proportionné pour représenter les résultats de santé sur un gradient social;
- avant, durant et après une situation d'urgence, élaborer des stratégies avec les membres de la collectivité et des partenaires intersectoriels sur la manière d'en atténuer les conséquences pour les populations vivant de l'injustice sociale (p. ex., les individus en situation d'itinérance ou d'insécurité alimentaire, ayant un faible revenu et ainsi de suite);
- appliquer les principes éthiques comme la transparence et la responsabilisation dans les démarches avec les collectivités et les partenaires intersectoriels.

3 EFFETS DISPROPORTIONNÉS DE LA COVID-19 EN RAISON DES INIQUITÉS STRUCTURELLES ET SOCIOÉCONOMIQUES SOUS-JACENTES

La COVID-19 et les interventions des secteurs des politiques et de la santé pour lutter contre le nouveau coronavirus ont eu des répercussions disproportionnées sur de nombreux groupes de population. Puisque la situation par rapport aux déterminants sociaux et structurels de la santé diffère pour chaque groupe de population, les répercussions diffèrent aussi et se répartissent inégalement d'un groupe de population à l'autre, comme il est démontré ci-après.

A. POPULATIONS AUTOCHTONES

Les conflits liés aux revendications territoriales, les logements inadéquats et le manque d'accès à l'eau potable – l'héritage de la colonisation – entrent en ligne de compte dans ce que vivent les Autochtones durant la pandémie de COVID-19. Les Autochtones des collectivités éloignées ont été confrontés à des problèmes d'accès aux denrées alimentaires et de chaîne d'approvisionnement. Dans certaines régions, il n'était pas toujours facile de suivre les consignes de la santé publique, et les directives n'étaient pas adaptées aux peuples autochtones. En outre, les ressources prévues pour les Autochtones dans les établissements hospitaliers ont été transférées aux tests de dépistage et aux soins afférents du nouveau coronavirus.

B. COMMUNAUTÉS NOIRES ET RACISÉES

Les iniquités associées aux déterminants sociaux de la santé, notamment le logement, l'éducation, le revenu, l'emploi et l'accès aux soins de santé attestent du racisme systémique. Le système de santé n'a recueilli aucune information concernant l'incidence du racisme systémique sur les infections, les soins et les décès liés à la COVID-19. Il importe aussi de souligner l'insuffisance des données fondées sur la race. Les membres des communautés noires n'ont pas été appelés à aller se faire tester, n'ont pas pu recevoir les soins nécessaires, ont vu leurs symptômes minimisés et n'ont pas toujours eu accès aux outils informatiques voulus pour obtenir de l'information. Les personnes noires et racisées étaient surreprésentées dans les emplois considérés essentiels, ce qui augmentait leur exposition au nouveau coronavirus. Les gestes de racisme flagrants et les préjugés, généralement à l'endroit des membres des communautés chinoises, ont intensifié la violence

interpersonnelle. Les communautés noires et autochtones ont elles-mêmes fait face à de la violence sanctionnée par l'État en raison de l'application exagérée des mesures de santé publique à leur endroit.

C. GENRE

Les femmes et les personnes de diverses identités de genre ont été davantage exposées à la COVID-19 parce qu'elles sont surreprésentées dans les secteurs de la santé, des services sociaux et des services jugés essentiels. Les femmes racisées, y compris les nouvelles arrivantes surreprésentées dans les postes temporaires à bas salaire sans véritables avantages sociaux, s'exposaient encore plus au virus. La pandémie a eu pour effet d'accroître la violence sexiste, particulièrement celle faite par le ou la partenaire intime d'une femme durant le confinement. Les refuges bondés étaient incapables de fournir l'aide sollicitée pour soustraire ces femmes à plus de sévices encore.

D. TRAVAIL PRÉCAIRE

Le travail précaire et l'impossibilité de travailler à la maison ont entraîné la perte d'un emploi ou la perte d'un revenu pour bien des individus. Il s'est révélé plus difficile pour les personnes occupant un emploi atypique de maintenir la distanciation sociale en milieu de travail. Bon nombre n'ont pas eu droit à l'aide d'urgence. Les femmes et les personnes racisées sont les plus susceptibles de pourvoir les postes à temps partiel jugés essentiels, et n'ont pas droit au congé de maladie payé. En général, elles ne disposent pas des ressources voulues pour assumer le fardeau financier et émotionnel associé au télétravail, à la garde de leurs enfants et à l'auto-isollement.

E. PERSONNES EN SITUATION D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

L'aide sociale et le travail précaire à bas salaire ont mené certains ménages tout droit à l'insécurité alimentaire. Un accès limité à l'Internet ou au crédit a fait que certains groupes de population à faible revenu ne pouvaient pas toujours se prévaloir de solutions virtuelles pour respecter les mesures de santé publique (p. ex. commander un repas en ligne, paiement sans contact).

F. PERSONNES EN SITUATION D'INSÉCURITÉ PAR RAPPORT AU LOGEMENT

Les personnes en situation d'itinérance s'exposaient davantage à la COVID-19 dans les refuges. Les problèmes d'hébergement se sont multipliés avec la fermeture de certains refuges.

G. PERSONNES HANDICAPÉES

La grande probabilité d'être exposées à la COVID-19, l'insuffisance des prestations et des moyens de subsistance, la vulnérabilité accrue dans les milieux de soins institutionnels, l'inquiétude quant à la disponibilité de l'aide, le manque d'équipement de protection individuelle et de tests de dépistage et le ralentissement ou l'interruption des soins à domicile ont

frappé davantage les filles et les jeunes femmes handicapées. La distanciation sociale est venue exacerber le sentiment d'invisibilité, d'isolement, d'exclusion et la perception de n'avoir aucune valeur aux yeux du gouvernement et de la société. L'information n'a pas été adaptée aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un handicap physique. Les personnes handicapées ont dû composer avec les préjugés et la discrimination de la population et dans les milieux professionnels. Ce sont elles qui doivent le plus souvent faire face aux commentaires choquants, à la réaffectation des ressources, à la perte de revenu et au capacitisme associé aux protocoles de priorisation des ressources du système de santé en matière d'accès aux lits de soins intensifs et aux ventilateurs.

H. SANTÉ MENTALE

La COVID-19 a eu une incidence notable sur la santé mentale des professionnels de la santé, des travailleurs essentiels et de la population en général. L'anxiété, le stress et les traumatismes collectifs en sont quelques exemples.



4 BALLE AU BOND À SAISIR EN TERMES DE MOBILISATION COLLECTIVE, D'INNOVATIONS STRATÉGIQUES ET DE TRANSFORMATION SOCIALE

A. MOBILISATION COLLECTIVE ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Les interventions fondées sur l'intersectionnalité pour répondre à des besoins bien particuliers n'ont pas tardé à voir le jour malgré l'ampleur des contrecoups de la COVID-19. Les organismes communautaires étaient bien placés pour fournir l'aide et les services voulus grâce aux relations de confiance nouées avec les groupes visés, à la gouvernance exercée par les membres des groupes et à leurs solides réseaux :

Ainsi, la direction des organismes de première ligne s'effectue déjà par des membres de la population, c'est-à-dire par et pour les diverses communautés. Cela veut dire que nous pouvons puiser dans ces réseaux de personnel, de pairs, de membres de conseils d'administration et de bénévoles dans la communauté et chez les clients, afin de continuer à prodiguer des conseils en passant par les structures de réseautage déjà en place et de nous assurer de prendre des décisions qui reflètent les besoins et les désirs et aussi la réalité de la communauté. [S2]

La « convivialité » à l'échelle locale a certainement permis de combler des lacunes attribuables aux systèmes de santé et sociaux fracturés. Ces modèles de prise en main comme les groupes d'entraide se sont révélés surtout l'apanage de groupes de population marginalisés désireux de répondre aux besoins de base des membres de leurs propres communautés. Les Autochtones ont mis en place des mesures à leur image. Certaines communautés ont décidé, par exemple, de protéger leurs aînés en limitant l'entrée sur le territoire de leur Nation. On a vu aussi des démonstrations de danse traditionnelle se faire en ligne pour contrecarrer l'isolement créé par la distanciation sociale et pour garder les pratiques culturelles vivantes. Les pratiques alimentaires, les pratiques médicinales et autres pratiques traditionnelles ont favorisé le mieux-être des communautés autochtones.

B. INNOVATIONS STRATÉGIQUES EN MATIÈRE DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

La pandémie de COVID-19 a présenté une occasion inégalée d'apporter des changements et d'innover sur le plan des politiques. Les innovations qui ont eu cours équivalent à des années de recherches, de plaidoyers et de démarches pour modifier les politiques. Vu la vitesse à laquelle les politiques ont été mises en place, on se demande encore s'il faut vraiment qu'un changement soit graduel, un principe souvent évoqué par les milieux politiques. Devant l'urgence sanitaire et l'évidence des préjudices et des iniquités, les gouvernements ont fait bouger les choses plus rapidement que jamais :

Certains défenseurs des politiques publiques avec qui j'ai parlé m'ont fait remarquer que la vague de changements réalisés ces 20 derniers jours en matière de politiques publiques surpasse de loin la quantité de changements réalisés ces 20 dernières années... [S5]

Des politiques spécifiques à certains secteurs avaient pour objet d'atténuer les effets directs et indirects de la COVID-19. Les divers ordres de gouvernement ont innové dès avril 2020 afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Le gouvernement fédéral a par exemple promulgué la *Loi sur la prestation canadienne d'urgence* (PCU) afin de pallier toute perte de revenu attribuable à la COVID-19²⁵. En outre, certaines municipalités ont innové en matière de logement en utilisant des hôtels pour loger en toute sécurité les personnes en situation d'itinérance. En combinaison avec l'offre de denrées alimentaires, de soins médicaux, de soutien en matière de santé mentale et de drogues, les démarches ont donné de bons résultats :

... parce que les gens se savent en sécurité dans leur propre espace... avec leur propre salle de bains... leur propre serrure sur la porte... nous sommes à même de constater les effets bénéfiques sur les personnes installées dans une chambre d'hôtel ou de motel... une amélioration de l'état de santé... une amélioration positive aussi du point de vue social. [S7]

Certaines personnes critiquent les approches stratégiques, telles que la PCU et l'augmentation des fonds alloués aux banques alimentaires comme solution communautaire à l'insécurité alimentaire, parce qu'elles ne concernent pas et ne corrigent pas les relations de pouvoir qui ont mené aux appels à la transformation sociale au-delà de secteurs précis.

C. APPEL À UNE TRANSFORMATION SOCIALE POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ SOCIALE ET EN SANTÉ

Les conversations sur la transformation sociale avaient surtout des connotations spirituelles, politiques, sociales, économiques et culturelles. En évoquant les croyances et le savoir autochtones, l'un des conférenciers a déclaré :

On m'a souvent parlé de la prophétie des Sept Feux, c'est-à-dire les Sept Feux du réveil de l'identité. Nous y voilà, en plein milieu. Je croyais sincèrement que les enfants de mes enfants n'auraient pas à devoir faire face à tout ça. Aujourd'hui, nous avons le nez dedans, et on peut dire que ça me réveille. [S8]

Il appert donc que la transformation était inéluctable considérant les possibilités stratégiques et l'énorme fossé entre les filets de sécurité sociale d'avant la pandémie et les systèmes requis pour promouvoir la santé :

Je pense que, par rapport à cette idée de revenir au statu quo, c'est impossible. Dans sa forme actuelle, la PCU est bien plus élevée que les prestations d'aide sociale ou d'invalidité, ce qui illustre l'énorme écart ou fossé – selon l'expression que vous voulez employer – créé par le capacitisme associé à la façon de déterminer la valeur des gens et la manière de mener leur vie. Alors, revenir au statu quo n'est pas une option. [S9]

D. LE POUVOIR SE RÉAFFIRMANTE DE LUI-MÊME

Malgré le potentiel d'innovations stratégiques et de transformation sociale, certaines personnes présentes aux webinaires se sont montrées sceptiques à l'idée d'une « meilleure normalité ». Les motifs évoqués vont de la difficulté que pose la transformation sociale et du manque de confiance à l'égard des gouvernements en raison du passé jusqu'à la réaffirmation du pouvoir de lui-même.

... c'est une question de privilège et de pouvoir. Oui, je crois que l'on voudra à tout prix rétablir ce pouvoir. Par conséquent, les institutions et les individus et les groupes de population détenant des privilèges vont vouloir protéger leurs privilèges, et les institutions vont obtempérer. [S14]

L'antidote au retour au statu quo se compose d'un mélange de courage, d'organisation constante, de mobilisation des personnes d'influence, de conflit productif et de responsabilisation :

... travailler ensemble pour trouver les individus prêts à agir dès maintenant serait vraiment très utile. Déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Et essayer de connaître et de tirer parti des possibilités et des ouvertures, dès qu'elles commencent à apparaître, et ne pas ralentir lorsque les choses se calment. [S11]

Pour susciter une transformation sociale, conférenciers et participants ont proposé une vision audacieuse en ce qui a trait à la planification, au rétablissement et à l'avenir :

- reconnaître l'interdépendance de tout ce qui compose la planète;
- investir dans les déterminants écologiques et sociaux de la santé qui touchent tous les groupes de population dans les politiques publiques;
- appliquer les approches stratégiques intersectorielles en allouant les budgets pour le mieux-être;
- transformer les systèmes sociaux et de santé afin de mieux tenir compte de l'équité, par exemple en collectant des données sur la race et l'équité, et en mettant en place des programmes et des services pertinents;
- élaborer des approches et des systèmes sociaux, économiques et politiques différents et fondés sur l'éthique des soins, la compassion, la relation de confiance et la solidarité.

Ainsi, lorsque nous commencerons à étudier les pandémies comme celle de la COVID-19, nous commencerons à comprendre que la vie sur terre ne concerne pas seulement la personne humaine, mais aussi les plantes, les animaux, les oiseaux, les poissons, la terre, le sol, l'eau, pour former un tout. En commençant par guérir la Mère Terre, nous commencerons aussi à guérir les gens. [S1]

DISCUSSION

Il est ressorti des conversations que les effets de la pandémie et des interventions de la santé publique pour stopper la propagation de la COVID-19 ont suivi le même parcours que celui ayant entraîné les iniquités structurelles existantes. Les constatations faites à l'issue des conversations confirment que les gouvernements, c'est-à-dire les systèmes sociaux et de santé, n'avaient pas suffisamment prévu ni planifié ce qu'il fallait faire par rapport à l'équité, malgré les recommandations formulées par le passé concernant l'application des principes d'équité et de promotion de la santé dans les processus de planification et d'intervention en cas de pandémie¹⁷⁻¹⁹ et malgré les mises en garde contre d'éventuelles pandémies par suite des grands changements écologiques^{18,27}. Qui plus est, les premières interventions pour lutter contre la COVID-19 permettent de supposer que les gouvernements – et plus particulièrement leurs systèmes sociaux et de santé – ont fait abstraction des principes et des stratégies de base en matière de promotion de la santé. Les fois où la question de l'équité a fait surface, il semble que c'était après-coup, non pas pour en faire le fondement de la démarche de planification des mesures d'urgence.

La résultante n'est pas surprenante pour les chercheurs, les professionnels et les groupes de population qui s'intéressent à l'équité. Elle semble en effet témoigner de l'activisme, des recherches, des tentatives et du plaidoyer continuel de générations dédiées à la transformation des structures sociales inéquitables et oppressives. La précarité fait déjà partie intégrante du tissu social. Les systèmes sociaux et de santé en place étaient donc prédestinés à négliger de nombreux aspects de la société. C'est ainsi que les groupes de population en marge de la société ont dû porter plus souvent qu'à leur tour le poids de la COVID-19.

L'organisation et la mobilisation ont joué un rôle protecteur. La résilience inhérente à certains groupes de population a permis de combler les lacunes des systèmes sociaux et de santé, qui se sont montrés lents et même parfois indolents. La capacité à se mobiliser, bien que cruciale et louable, ne peut remplacer la protection ni l'aide sociales générales nécessaires et ne dispense pas les gouvernements de leur devoir d'assurer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population.

L'équité et la justice sociale sont l'expression des principes communautaristes²⁹ et de l'éthique des soins²⁸. Pour appliquer les valeurs et les principes d'éthique aux processus de planification et d'intervention en cas de pandémie, nous devons examiner les modalités de mise en place et la question des iniquités structurelles¹³. Cela exigera un engagement plus énergique entre les chercheurs, les professionnels du domaine de la promotion de la santé et les spécialistes des interventions en cas d'urgence³⁰.

Les conférenciers et les participants ont souvent répété leur désir d'avancer vers une société plus juste et plus équitable après la COVID-19, c'est-à-dire revenir « vers une meilleure normalité » et non pas « à la normale ». Il faut critiquer davantage les pratiques et les politiques publiques en matière de santé publique en attirant l'attention sur les grands principes de promotion de la santé. Il sera ainsi possible de faire en sorte que ces pratiques et ces politiques traduisent une meilleure normalité dans les mesures d'urgence en cas de pandémie. Les critiques devraient proposer des visions plus audacieuses quant à la manière de réorganiser la société pour améliorer la santé et le bien-être des gens. Conjuguer les principes de promotion de la santé à d'autres stratégies de changement social, politique et économique pourrait constituer une voie à suivre. Les principales questions à se poser sont : les mobilisations et les innovations stratégiques sont-elles des cas isolés ou bien peuvent-elles servir de fondement à la transformation sociale et devenir un mouvement permanent en faveur de la santé et de l'équité en santé? La mobilisation collective et la prise de conscience collective subsisteront-elles au-delà la pandémie?

Nous pensons que les concepts des théories des mouvements sociaux³¹⁻³⁴ et des systèmes³⁵⁻³⁷ pourraient s'avérer utiles aux recherches, aux pratiques et aux politiques dans le domaine de la promotion de la santé et à la progression vers une meilleure normalité. Les systèmes sont inextricablement interreliés et présentent de multiples champs d'action³⁵. Selon la théorie générale des systèmes, les croyances très ancrées^{35, p.2} dans un système, bien que difficiles à changer, se révèlent très prometteuses pour modifier les objectifs, les structures et les comportements d'un système. L'avènement de la COVID-19 vient ébranler les grands paradigmes de la santé qui demeurent très individualisés. Dans la foulée du vent d'innovation stratégique et de prise de conscience des iniquités dont il a été question durant les conversations de la série, les occasions ne manquent pas de travailler avec certains groupes de population afin de plaider pour des changements à long terme et de faire émerger ainsi de nouveaux paradigmes d'intervention en cas de pandémie. La COVID-19 présente aussi des occasions d'agir au chapitre des politiques qui pourraient mener, pour peu qu'elles soient saisies pleinement, à une profonde transformation sociale en termes de santé, au-delà des processus de planification et d'intervention en situation de crise sanitaire. L'action transformatrice se heurtera indubitablement à de la résistance – le désir du « pouvoir de se réaffirmer ». La théorie des mouvements sociaux rend explicitement compte du conflit et des appels à la mobilisation des structures et des cadres d'orientation et à la prise en main des occasions stratégiques.

Les deux modèles théoriques rappellent la pertinence des approches narratives qui permettent de faire bouger les hypothèses fondamentales. Ces discours narratifs arrimés à la mobilisation des structures pourraient être appliqués aux crises sanitaires mondiales et à la construction de systèmes socioéconomiques et politiques favorables à la santé^{5,38}.

Plus concrètement, cela veut dire :

- utiliser une approche axée sur « l'ensemble de la population » qui fait participer les individus et les organismes au processus de planification des mesures d'urgence afin de renforcer la capacité des gens localement³⁹ et fait en sorte de tenir compte des risques et de l'expérience vécue de groupes de population donnés⁴⁰;
- élaborer des stratégies avec des partenaires de secteurs autres que la santé afin de concevoir un avenir juste et durable;
- agir avec des partenaires de secteurs autres que la santé afin de démanteler les systèmes d'oppression et d'investir dans des collectivités en santé;
- participer à l'élaboration de messages et au plaidoyer médiatique afin que les questions et les solutions entourant l'équité demeurent dans la conscience collective.

CONCLUSION

L'histoire se répète. La pandémie de COVID-19 apparue en décembre 2019 a eu une incidence inéquitable sur les groupes de population structurellement marginalisés. Les systèmes sociaux et de santé n'étaient pas suffisamment prêts ou bien orientés pour répondre de manière à tenir compte de l'équité. Toutefois, la mobilisation collective et certaines interventions stratégiques présentent un potentiel transformateur à condition qu'elles soient encouragées et maintenues durant et après la pandémie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. The Wellesley Institute.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N.M. et Reading, C. (dir.). (2015). *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: beyond the social*. Canadian Scholars' Press.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N. ... et Pieterse, A. (2015, 23 sept.). Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(9), e0138511. Doi : 10.1371/journal.pone.0138511
- Navarro, V. et Shi, L. (2001, février). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, 52(3), 481-491. Doi : 10.1016/s0277-9536(00)00197-0.
- Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques. (2019). *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* [Internet]. L'Organisation [cité le 13 juillet 2020]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51614>
- Rutter, P.D., Mytton, O.T., Mak, M. et Donaldson, L.J. (2012, 2 février). Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England. *International Journal of Public Health*, 57, 4. Doi : 10.1007/s00038-012-0337-1
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2016). *La pandémie de grippe H1N1 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada : épidémiologie et lacunes dans les connaissances*. Le Centre.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009, 28 août). 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infections—Chicago, Illinois, April–July 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 58(33), 913-918.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009, 11 déc.). Deaths related to 2009 pandemic influenza A (H1N1) among American Indian/Alaska natives—12 states, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 58(48), 1341-1344.
- Klein, S.L., Passaretti, C., Anker, M., Olukoya, P. et Pekosz A. (2010, 4 nov.). The impact of sex, gender and pregnancy on 2009 H1N1 disease. *Biology of Sex Differences*, 1(1), 5. Doi : 10.1186/2042-6410-1-5
- Campbell, V.A., Gilyard, J.A., Sinclair, L., Sternberg, T. et Kailes, J.I. (2009, oct.). Preparing for and responding to pandemic influenza: implications for people with disabilities. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S294-S300. Doi : 10.2105/AJPH.2009.162677
- Organisation mondiale de la Santé, Santé et bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [Internet], [cité le 13 juillet 2020]. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- DeBruin, D., Liaschenko, J. et Marshall, M.F. (2012, 1er avril). Social justice in pandemic preparedness. *American Journal of Public Health*, 102(4). Doi : 10.2105/AJPH.2011.300483
- Kayman, H. et Ablorh-Odjidja, A. (2006, juillet/août). Revisiting public health preparedness: incorporating social justice principles into pandemic preparedness planning for influenza. *Journal of Public Health Management and Practice* [Internet], [cité le 11 juillet 2020], 12(4), 373-380. https://journals.lww.com/jphmp/fulltext/2006/07000/revisiting_public_health_preparedness_.11.aspx/ (en anglais)
- Plough, A., Bristow, B., Fielding, J., Caldwell, S. et Khan, S. (2011, janvier/février). Pandemics and health equity: lessons learned from the H1N1 response in Los Angeles County. *Journal of Public Health Management and Practice*, 17(1). Doi : 10.1097/PHH.0b013e3181ff2ad7
- Comité national consultatif sur le SRAS et la santé publique. (2003). *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada*. Santé Canada.
- Khan, Y., Fazli, G., Henry, B., de Villa, E., Tsamis, C.... Grant, M. (2015, 28 avril). The evidence base of primary research in public health emergency preparedness: a scoping review and stakeholder consultation. *BMC Public Health*. 15, 432. Doi : 10.1186/s12889-015-1750-1.
- Stephen, C. (2020, juillet). Rethinking pandemic preparedness in the Anthropocene. *Healthcare Management Forum*, 33(4), 153-157. SAGE CA et SAGE Publications.
- Tam, T. (2018, 3 mai). Fifteen years post-SARS: key milestones in *Canada's public health emergency response*. *Canada Communicable Disease Report*, 44(5), 98-101. Doi : 10.14745/ccdr.v44i05a01
- Réseau pancanadien de santé publique. (2018, août). *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : guide de planification pour le secteur de la santé* [Internet], [cité le 13 juillet 2020]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020, 28 mai). *Les populations vulnérables et la COVID-19* [Internet], [cité le 13 juillet 2020]. L'Agence. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/populations-vulnerables-covid-19.html>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020, avril). Série de conversations : l'équité en santé, les déterminants de la santé et la COVID-19 [webémission], [cité le 13 juillet 2020]. 5 vidéos. Le Centre. <https://nccdh.ca/fr/workshops-events/entry/COVID-19-webinar-conversation-series>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006, 1er janvier). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

24. Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. et Moules, N.J. (2017, 2 oct.). Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). Doi : 10.1177/1609406917733847
25. Stevens, G., O'Donnell, V.L. et Williams, L. (2015, 17 février). Public domain or private data? Developing an ethical approach to social media research in an inter-disciplinary project. *Educational Research and Evaluation*, 21(2), 154-67. Doi : 10.1080/13803611.2015.1024010
26. Gouvernement du Canada. (c2020). *Prestation canadienne d'urgence* (PCU) [Internet], [cité le 13 juillet 2020]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/pcusc-application.html> (programme fermé)
27. Association canadienne de santé publique. (2015). *Les changements globaux et la santé publique : qu'en est-il des déterminants écologiques de la santé?* [Internet]. L'Association [cité le 12 juillet 2020]. https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/edh-discussion_e.pdf/
28. Falk-Rafael, A. et Betker C. (2012, avril-juin). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: "the trombone slide" of nursing. *Advances in Nursing Science (ANS)*, 35(2), 98-112. Doi : 10.1097/ANS.0b013e31824fe70f
29. MacDonald, M. (2015). *Introduction à l'éthique en santé publique 3 : cadres d'éthique en santé publique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
30. Van den Broucke, S. (2020, 1er avril). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186. Doi : 10.1093/heapro/daaa042
31. Brown, P. et Zavestoski, S. (2004, 20 sept.). Social movements in health: an introduction. *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 679-694. Doi : 10.1111/j.0141-9889.2004.00413.x
32. Morris, A.D. et Mueller, C.M. (1992). *Frontiers in social movement theory*. Yale University Press.
33. Touraine, A. (1985, déc.). An introduction to the study of social movements [Internet]. *Social Research* (New York), [cité le 13 juillet 2020], 52(4), 749-787. <http://www.jstor.org/stable/40970397>
34. Roundtable on Population Health Improvement, Roundtable on the Promotion of Health Equity and the Elimination of Health Disparities, Board on Population Health and Public Health Practice et Institute of Medicine. (2014). *Supporting a movement for health and health equity: lessons from social movements: workshop summary*. National Academies Press.
35. Carey, G. et Crammond, B. (2015, 14 juillet). Systems change for the social determinants of health. *BMC Public Health*, 15(662). Doi : 10.1186/s12889-015-1979-8
36. Pauly, B, Shahram, S.Z., van Roode, T., Stroscher, H.W. et MacDonald, M. (2018). *Reorienting health systems towards health equity: the Systems Health Equity Lens (SHEL)*. Projet de recherche : The Equity Lens in Public Health (ELPH).
37. Xia S, Zhou X, Liu J. (2017, 11 sept.). Systems thinking in combating infectious diseases. *Infectious Disease of Poverty*, 6(144). Doi : 10.1186/s40249-017-0339-6
38. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*. Le Centre. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Common_Agenda_FR_May_15-Edited-May31.pdf
39. Ramsbottom, A., O'Brien, E., Ciotti, L. et Takacs, J. (2018, avril). Enablers and barriers to community engagement in public health emergency preparedness: a literature review. *Journal of Community Health*, 43, 412-420. ePub [2017, 24 août].
40. Khan, Y., O'Sullivan, T., Brown, A., Tracey, S., Gibson, J.... Généreux, M. (2018, 5 déc.). Public health emergency preparedness: a framework to promote resilience. *BMC Public Health*, 18(1344). Doi : 10.1186/s12889-018-6250-7

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
 Université St. Francis Xavier
 Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
 Téléphone : 902-867-6133
 Télécopieur : 902-867-6130
 ccnds@stfx.ca
 www.ccnds.ca
 Twitter : @NCCDH_CCNDS

Rédaction : Sume Ndumbe-Eyoh, Pemma Muzumdar, Claire Betker et Dianne Oickle. Nous tenons à remercier l'ensemble des conférenciers et des participants qui ont enrichi les conversations de leur savoir et de leur savoir-faire. Parmi les conférenciers à remercier, mentionnons Samiya Abdi, Nelly Bassily, Claire Betker, Trish Hennessy, Michael Keeling, Yoav Keynan, Angela Mashford-Pringle, Kate Mulligan, Camille Orridge, Abe Oudshoorn, Clay Shirt, Louis Sorin, Anjum Sultana et Valerie Tarasuk. Sume Ndumbe-Eyoh a animé les conversations. Des remerciements vont à Jaime Stief et à Danielle MacDonald, qui ont participé à l'organisation et à la bonne marche des conversations, ainsi qu'à Jean Lederer pour son aide relativement à certaines parties de l'analyse thématique.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St Francis Xavier. Nous reconnaissons que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Ndumbe-Eyoh, S., Muzumdar, P., Betker, C. et Oickle, D. (2021). *Revenir à une meilleure normalité : mettre l'accent sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé durant la pandémie de COVID-19*. *Global health promotion*, 17579759211000975. Prépublication. <https://doi.org/10.1177/1757975921100097>

ISBN : 978-1-989241-65-3

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de santé publique du Canada, qui finance le CCNDS. Les points de vue exprimés dans ce document ne représentent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title "Back to better": *Amplifying health equity, and determinants of health perspectives during the COVID-19 pandemic*.