

RENFORCER LES LIENS COMMUNAUTAIRES

l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers

REMERCIEMENTS

Nos plus vifs remerciements s'adressent à toutes les personnes suivantes : Kira Kastner, pour son aide avec la recherche; Jean Lederer (révision anglaise), Marie Picard (traduction) et Dianne Oickle (CCNDS), pour sa préparation du document pour publication; l'équipe de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, pour leur soutien à l'élaboration du présent rapport; ainsi qu'à toutes les personnes qui ont éclairé notre démarche de leurs commentaires, conseils et révisions : Ayham Alomari, Claire Betker, Sané Dube, Monika Dutt, Antonio Gómez-Palacio, Zayna Khayat, Anita Kothari, Sume Ndumbe-Eyoh, Michael Rachlis, Anjum Sultana, Scott Wolfe, Sabrina Wong et Anne Wotjak.

Le présent rapport fait état des constatations découlant d'une revue critique pratique commandée par l'administratrice en chef de la santé publique du Canada afin d'étayer son rapport annuel 2021. L'objectif général de la revue consistait à déterminer, à l'intention des acteurs de la santé publique, les principales mesures à prendre pour renforcer la capacité d'agir des collectivités et l'orientation à donner afin de concrétiser une vision audacieuse du système de santé publique au Canada.

Les Centres de collaboration nationale en santé publique, en partenariat avec les auteurs et l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, publient le présent rapport afin de faciliter la diffusion de ces constatations.

Pour lire le rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, cliquez <https://ccnsp.ca/projects/reports-to-accompany-the-chief-public-health-officer-of-canadas-report-2021>.

Pour lire les trois autres rapports commandés pour éclairer le contenu du rapport annuel 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, cliquez <https://ccnsp.ca/projects/reports-to-accompany-the-chief-public-health-officer-of-canadas-report-2021>.

Veillez citer le document comme suit :

Mulligan K. Renforcer les liens communautaires : l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers [En ligne]. Toronto (ON) : Université de Toronto, Dalla Lana School of Public Health; 2022 [cité le jour, mois, année]. 35 p. Disponible : <https://ccnsp.ca/projects/reports-to-accompany-the-chief-public-health-officer-of-canadas-report-2021/strengthening-community-connections-the-future-of-public-health>.

Renseignements : Kate Mulligan, au [kate.mulligan\(a\)utoronto.ca](mailto:kate.mulligan@utoronto.ca)

Le présent rapport a d'abord été rédigé pour le compte de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, et soumis au printemps 2021.

ISBN: 978-1-989241-73-8

Date de publication : janvier 2022

RÉSUMÉ

Les initiatives prises par les collectivités à l'échelle des quartiers ont joué un rôle capital dans l'atténuation des multiples iniquités de santé qui sont ressorties durant la pandémie de COVID-19 au Canada. Elles ont mené à des solutions adaptatives novatrices, y compris les cliniques de vaccination mobiles et éphémères, le porte-à-porte par des ambassadeurs de confiance dans le milieu, de petits suivis informels quant à l'isolement des personnes vivant seules et des démarches officielles faites pour pousser les gouvernements à prendre des décisions fondées sur les données en matière d'équité. Les organismes communautaires, ayant établi des partenariats avec les milieux de la santé publique, des soins de santé et d'autres services publics, ont montré la façon de répondre aux besoins d'équité dans le cadre d'une approche *universelle ciblée* en santé publique. Celle-ci consiste à établir des objectifs pour une population donnée et les mesures ciblées à mettre en place pour atteindre ces objectifs, en adaptant la démarche de manière à ce que les interventions destinées aux collectivités se heurtant à des obstacles à leur santé et leur mieux-être soient efficaces, appropriées et sûres.

Le fait de se concentrer sur le rôle des collectivités et les quartiers peut aider à mieux comprendre ce qu'il faut pour soutenir une démarche universelle ciblée et bâtir des systèmes de santé et de mieux-être résilients, équitables et responsables. En santé publique, cela peut permettre de soutenir la justice épistémique, selon laquelle les divers types de savoirs et de modes de connaissances sont entendus, compris et respectés. Cela peut aussi aider à réorienter le centre du pouvoir et des connaissances, et les structures du colonialisme et de la médecine qui continuent à façonner nos systèmes.

Le présent rapport traite de quatre grands champs d'action où les acteurs de la santé publique du Canada pourront intégrer et soutenir pleinement la capacité d'agir des collectivités au-delà de la pandémie de COVID-19. Ces quatre champs d'action sont les suivants :

CHAMP D'ACTION N° 1

Renforcer les efforts déployés en matière de santé et de mieux-être communautaires à l'échelle des quartiers en investissant dans le modèle global proposé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour remédier aux iniquités. Il faut s'assurer que les organismes de santé publique et communautaires travaillent en véritable partenariat à établir des réseaux de services sociaux et de santé dirigés localement, remplacer le système contraignant de subventions par projet par des subventions récurrentes pour les organismes communautaires et resserrer les liens structurels entre les organismes communautaires et la santé publique.

CHAMP D'ACTION N° 2

Tenir responsable de l'engagement communautaire dans les processus de gouvernance et de prise de décision en établissant des indicateurs de rendement, des exigences en matière de subvention et de reddition de comptes, et des programmes d'études et des compétences essentielles dans lesquelles sont incorporées les responsabilités en matière d'engagement communautaire, de coproduction et de coconception, et les principes de gouvernance en santé publique.

CHAMP D'ACTION N° 3

Intégrer les notions de collectivité et d'équité dans les nouvelles architectures de données en aidant les organismes communautaires à répondre à leurs besoins en matière de technologie et de données, en prenant en compte et en respectant les connaissances de la collectivité, en soutenant la collecte et l'utilisation des données sur l'équité, et en mettant en rapport les organismes communautaires et les systèmes de santé publique apprenants.

CHAMP D'ACTION N° 4

S'attaquer aux barrières structurelles et perpétuelles empêchant la transformation des systèmes. Reconnaître les vecteurs structurels et perpétuels des iniquités observées et remédier aux déséquilibres du pouvoir dans les systèmes de santé et de santé publique du Canada, dans l'objectif de renforcer la confiance, la collaboration et l'impact collectif.



La rédaction du rapport s'est effectuée selon une méthode d'examen critique pratique (1,2), qui offre de la souplesse dans la façon d'aborder la difficulté de comprendre les défis du monde réel et qui tient compte des nombreuses formes de données probantes, attire l'attention sur les structures du pouvoir sous-jacentes et traduit une limpidité de raisonnement qu'il est possible d'évaluer d'après les sources d'information citées. Les démarches et les perspectives de la collectivité en matière d'équité en santé ne sont pas toujours bien représentées dans la littérature didactique, en particulier si les travaux de recherche sont aussi émergents que ceux entrepris durant la pandémie de COVID-19. Le présent rapport repose donc sur un éventail de sources traitant de façon générale de

« communauté/collectivité », « d'équité en santé » et de « santé publique », en mettant en évidence les sources des travaux produits au Canada au cours des cinq dernières années. Les sources sont des textes publiés en français et en anglais dans les littératures didactique et grise; des rapports de recherche, des commentaires et des opinions d'experts; des entretiens informels avec des sommités de partout au pays; et les commentaires recueillis d'un groupe consultatif. Les consultations effectuées en direct auprès d'un éventail de groupes de population et d'organismes communautaires – essentiels à la réussite d'une démarche dirigée par la collectivité pour transformer le système de santé – dépassaient la portée de cette étape du travail.

GROUPE DE POPULATION, ÉQUITÉ ET « RÉSILIENCE »

L'engagement des groupes de population

et des organismes communautaires dans leur propre quartier joue un rôle de premier plan dans l'équité en santé comme dans la résilience des systèmes. Dans une revue rapide réalisée en 2021, une équipe de Santé publique Ontario a constaté que les démarches des gouvernements pour assurer l'équité durant la pandémie de COVID-19 reposaient principalement sur la mobilisation des ressources, y compris en termes de ressources financières et d'investissements ciblés; l'instauration de pratiques axées sur l'équité; le renforcement des compétences et la formation; la collecte de données sur l'équité; et l'application systématique d'approches d'engagement communautaire axées sur la confiance pour toute prise de décision (3). Une analyse de la résilience des systèmes de santé dans le monde durant la pandémie de COVID-19 a aussi montré que la combinaison de l'engagement communautaire et de la coordination de l'équité en santé et intersectorielle jouait un rôle essentiel dans la capacité des systèmes à voir venir, à passer à travers et à absorber les chocs (4 p.964).

La question de la résilience des systèmes offre un point de vue intéressant sur le rôle que la santé publique joue actuellement et qu'elle jouera à l'avenir dans la gestion non seulement des maladies infectieuses, mais aussi d'autres grands enjeux intergouvernementaux comme la crise des opioïdes et les effets du changement climatique sur la santé des populations (5). Un système de santé publique résilient, équitable et multisectoriel exige une approche cohérente et authentique à la participation communautaire; intègre les collectivités touchées à la

gouvernance citoyenne et hiérarchique à tous les échelons; s'appuie sur les connaissances hyperlocales et les données désagrégées dans un système de santé publique apprenant; et puise dans les particularités, les capacités et l'autodétermination des groupes de population concernés.

On entend par système de santé publique résilient un système prêt à affronter de multiples défis en partenariat avec des acteurs d'autres secteurs en appliquant la vision de l'ensemble de la société. Un tel système tranche avec un système essentiellement centré sur la résilience individuelle ou communautaire, ou avec l'attente structurelle que les individus ou les collectivités méritant l'équité fassent preuve d'une endurance extraordinaire devant l'injustice. Dans la littérature sur la promotion de la santé, on associe la terminologie se rapportant à la résilience au discours raciste au sujet de la capacité physique et psychologique surhumaine qu'ont les groupes de population racisés et marginalisés de survivre aux situations oppressives et nocives pour la santé – pensons par exemple à l'archétype « de la femme noire forte » en Nouvelle-Écosse (6) — et à la vie intérieure de l'individu aux dépens des facteurs contextuels modifiables (7). Dans le présent rapport, l'expression « résilience » fait référence aux systèmes de santé dans leur contexte socioécologique global en reconnaissance du fait que, dans son sens le plus large, la résilience d'un système n'est généralement possible qu'aux dépens de celle d'un autre et que, de façon générale, ce sont ceux possédant le moins de pouvoir social qui se trouvent à en payer le prix (8).

CHAMP D'ACTION N° 1

Renforcer les efforts déployés en matière de santé et de mieux-être communautaires à l'échelle des quartiers

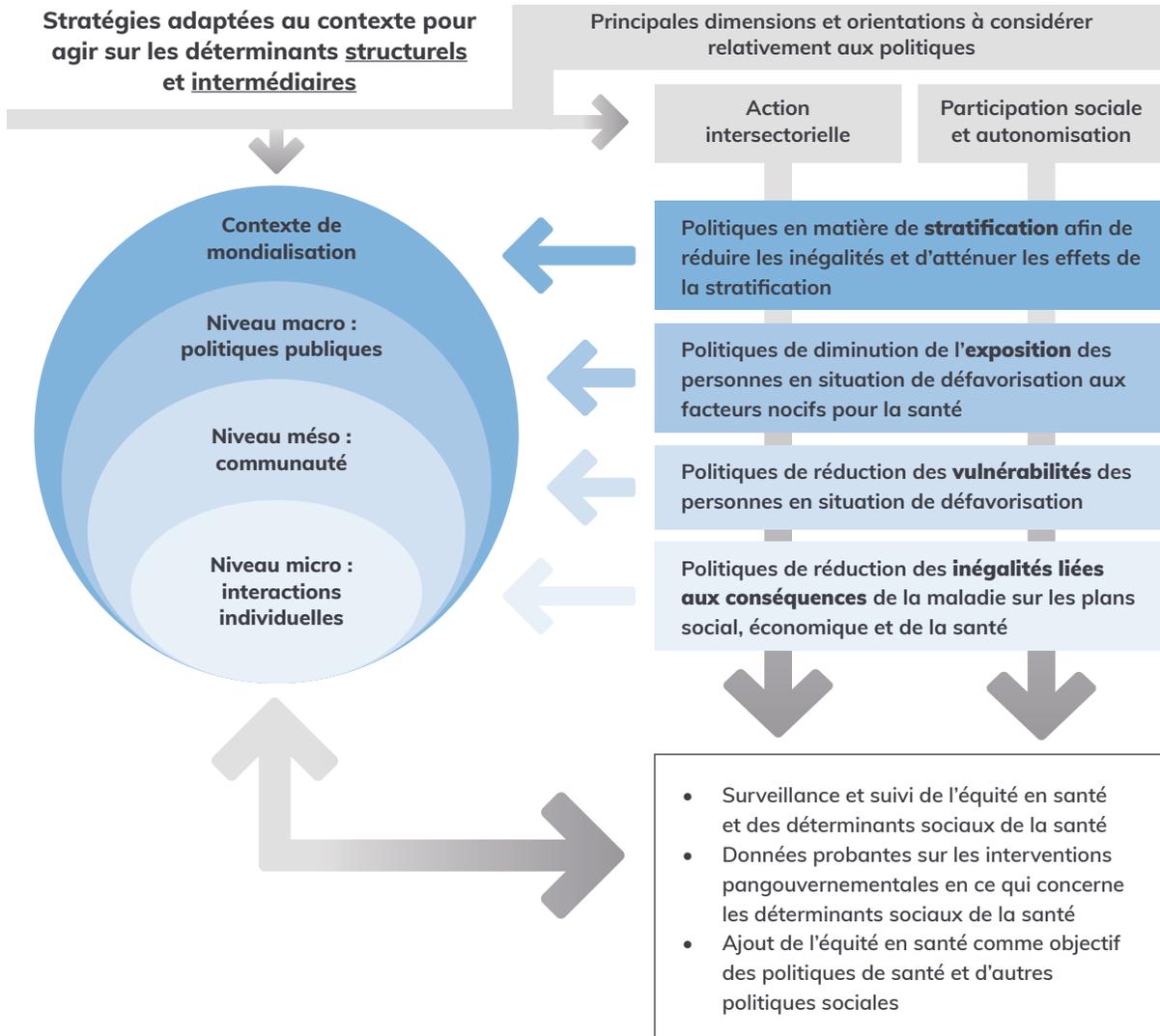
Les effets inévitables de la pandémie de COVID-19 sur les populations vivant déjà l'exclusion, la discrimination et les disparités sociales et de santé sont bien documentés (5) comme étant caractéristique d'une syndémie. Dans ce genre d'épidémie synergique, la maladie infectieuse exacerbe les problèmes de santé et les conditions sociales et environnementales, et elle interagit et s'entremêle avec ces problèmes et conditions, en produisant des effets sur les groupes de population en fonction d'indicateurs prédictifs de l'équité en santé (9,10). Bien qu'il soit moins bien documenté, le rôle joué par l'infrastructure axée sur la collectivité et prise en main par la collectivité à l'échelle des quartiers pour adosser la santé publique et soutenir la survie et le bien-être des populations comme celles méritant l'équité et les autres tout au long de la crise sanitaire et par la suite est de plus en plus reconnu (11,12). Au Canada, l'infrastructure axée sur la collectivité et prise en main par la collectivité, dans bien des cas subventionnée par les bureaux de santé publique locaux ou fédéraux, a servi à soutenir la santé des populations de diverses façons, par exemple :

- Des coalitions et des organisations bénévoles, telles que le South Asian Health Network (13), le Black Scientists Task Force on Vaccine Equity (14) et le Indigenous Primary Health Care Council (15), sont intervenues pour élaborer et mettre sur pied des programmes de sensibilisation appropriés et sécurisants du point de vue culturel afin de favoriser la confiance envers la vaccination.
- L'organisation bénévole Vaccine Hunters Canada a joué un rôle crucial dans la communication des sites de vaccination et de la disponibilité des vaccins partout au pays (16).
- Subventionnée par l'Agence de la santé publique du Canada, la Croix-Rouge canadienne a mobilisé des diplômés et des professionnels en médecine ailleurs dans le monde afin de leur demander d'accomplir des tâches non médicales aux urgences et des tâches supervisées lors d'éclosions dans des établissements de soins de longue durée, des pénitenciers et des établissements locaux d'un bout à l'autre du pays. La plupart avaient travaillé dans des domaines autres que les soins de santé et avaient de la difficulté à se trouver du travail dans leur domaine au Canada (17,18).
- Les partenariats entre des organismes communautaires et les acteurs de la santé publique et des soins primaires ont donné lieu à des collaborations inédites afin de soutenir les travailleurs immigrants touchés par l'importante éclosion survenue dans l'usine de transformation de viande Cargill, à High River (19).

- L'équipe Santé Ontario du East Toronto Health Partners a créé son propre processus de suivi et de vaccination qui consistait à mettre en relation les partenaires communautaires et les ressources hospitalières, en planifiant d'assumer plus de responsabilités relevant traditionnellement de la santé publique (20,21).
- Des réseaux informels ont fourni de l'aide de base sous la gouverne et à l'intention des groupes de population touchés, depuis l'incitation à l'altruisme jusqu'à l'entraide dans les communautés noires (23).
- Des organismes de soins à domicile, de soins communautaires et de services sociaux sont venus en aide aux personnes isolées chez elles en distribuant des repas et des articles essentiels, en offrant des soins virtuels, en effectuant des appels téléphoniques et en transmettant du courrier (24).
- Des centres de santé communautaire ont fourni des services de dépistage et de vaccination et d'aide intégrante dans les quartiers les plus à risque et les plus touchés (25).

Ces démonstrations de capacité communautaire vont dans le sens des propos formulés par Trevor Hancock devant le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations : « Les communautés – même les plus défavorisées et qui ont à relever les plus gros défis [...] ont des forces, des capacités et des actifs importants, parfois étonnants, que la communauté peut mettre à profit pour aborder ses problèmes et pour améliorer sa santé, son bien-être et son niveau de développement humain » (26 p.B -9). Voilà le travail de protection et de promotion de la santé de ce qu'appelle l'Organisation mondiale de la Santé appelle le « niveau méso » entre les politiques publiques et l'interaction individuelle [Figure 1], qui vise à réduire l'incidence des iniquités de santé sur certaines populations, à se mobiliser pour agir à d'autres niveaux et agir sur plus de 75 pour cent des déterminants de la santé qui « influent sur la population canadienne dans le contexte communautaire, à savoir dans nos maisons, dans nos écoles, dans nos quartiers, dans nos lieux de travail, dans nos villes et dans nos cités » (26 p.B -12).

FIGURE 1 : CADRE D'ATTÉNUATION DES INIQUITÉS LIÉES AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, OMS (27 P.8)



Les relations entre les organismes de santé publique et les organismes communautaires varient d'un endroit à l'autre au Canada. La santé publique alloue des fonds pour le fonctionnement et des projets. En est un exemple le Fonds de partenariat d'immunisation de l'Agence de la santé publique du Canada (28), qui vise à appuyer la mise en place d'activités de formation, de promotion et de sensibilisation liées à la COVID-19. Dans bien des régions, de solides relations interpersonnelles ont favorisé l'établissement de partenariats efficaces entre la santé publique et les soins primaires et autres partenaires locaux (29). Toutefois, sauf pour le Québec où la santé publique fait partie intégrante des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (30), il n'existe dans la plupart des provinces et des territoires aucune structure de santé publique officielle en matière de santé et de bien-être communautaires à l'échelle des quartiers.

Les organismes communautaires ne disposent pas souvent du temps, du mandat et des ressources nécessaires pour publier sur leurs activités. Les traces de leurs approches sont ainsi pratiquement absentes de la littérature spécialisée et grise. Les chercheurs universitaires qualifient la situation de conséquence naturelle de la prise en charge de la responsabilité gouvernementale, dans une tentative par les organismes communautaires locaux de « compenser les limites des pouvoirs

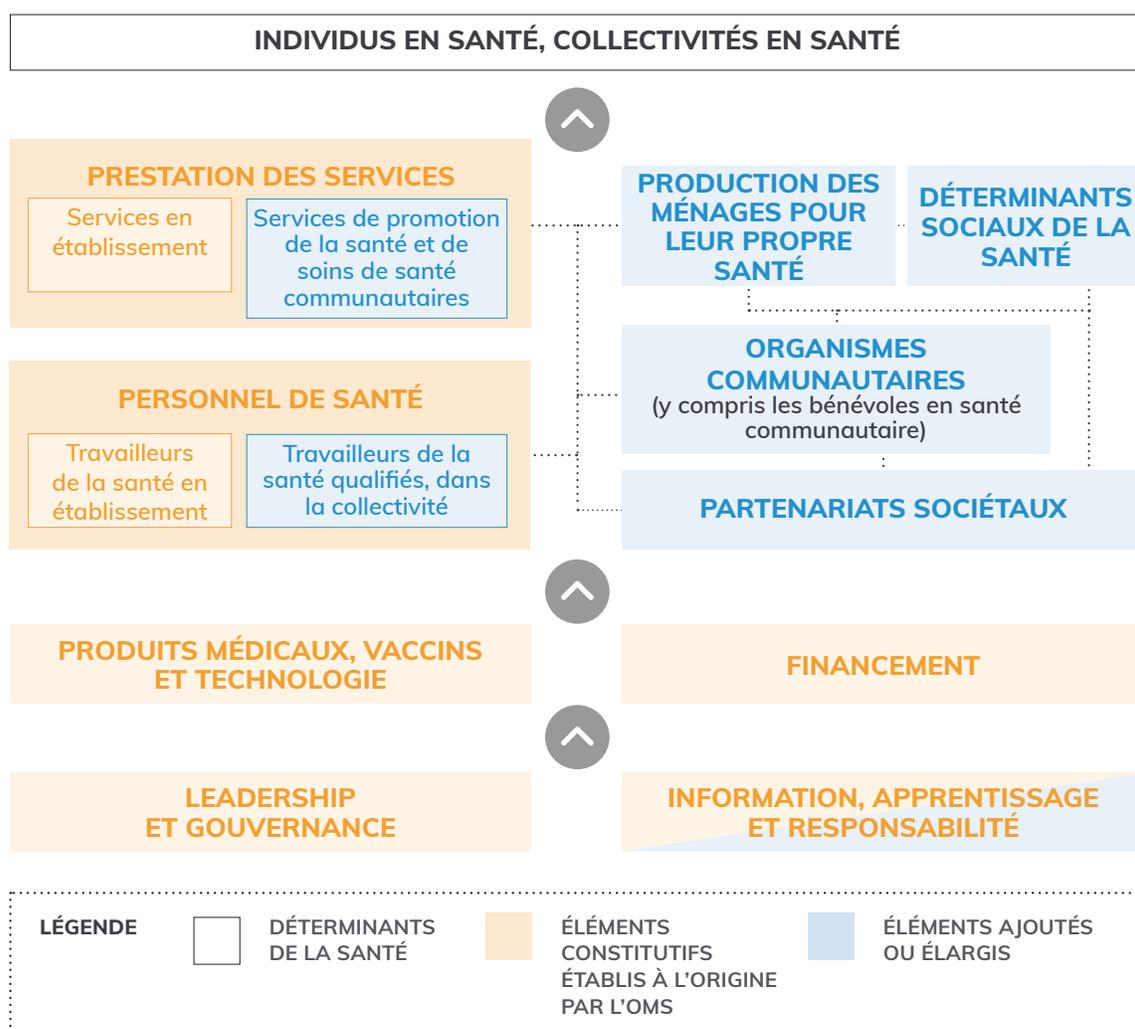
publics en répondant aux besoins des groupes vulnérables dans la communauté » (32 p.4) tout en étant bloqués par de grandes limites quant à la capacité, à l'efficacité, à l'organisation et à la volonté des groupes de population en situation de marginalisation (33). Ou encore, elles ne sont pas perçues du tout comme faisant partie du système de santé, même si la réalité veut que, partout dans le monde, les approches en matière de prestation des services et de personnel de santé reposent généralement sur le personnel et les stratégies de santé communautaire, sans injection de fonds ni reconnaissance suffisantes sur le plan des politiques (34 p.1). Dotées des ressources utiles, les démarches prises en main par la collectivité peuvent avoir pour effet d'améliorer la santé grâce à des mesures et à des structures participatives locales qui font en sorte de répartir le pouvoir à l'échelle locale : « un nouveau partage du pouvoir qui permettrait à la collectivité d'avoir voix au chapitre dans les processus de prise de décision et d'élaboration des politiques ayant une influence sur son propre bien-être et sa propre qualité de vie » (27 p.43) [traduction libre].

Un financement de base récurrent et des relations officielles avec les acteurs des services de santé pourraient améliorer l'efficacité en réduisant le temps passé au financement et à la gestion de chaque projet et à l'établissement de partenariats ad hoc. Ils seraient en plus susceptibles d'améliorer la responsabilité et la capacité en établissant des liens et des responsabilités claires en ce

qui a trait à d'autres formes de financement, de politiques et de démarches en santé publique. Une démarche énergique au niveau méso pourrait aussi servir de point de départ à la participation de la collectivité à d'autres échelons de la santé publique. Une attention

explicite aux contributions parfois implicites des services, des acteurs et des partenariats à l'échelle locale présente le potentiel d'améliorer notre compréhension des éléments constitutifs des systèmes de santé [voir la figure 2] (34).

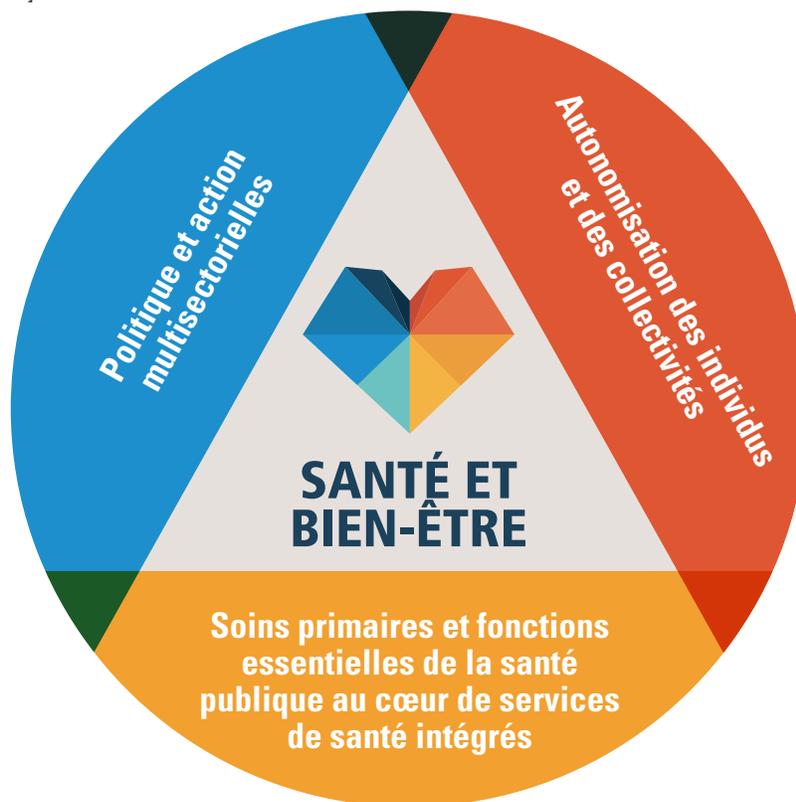
FIGURE 2 : ÉLARGISSEMENT DU CADRE DES SYSTÈMES DE SANTÉ PRÉSENTÉ DANS « BEYOND THE BUILDING BLOCKS » (34 P.3) [ADAPTATION POUR LA VERSION FRANÇAISE]



L'une des façons de reconnaître et de doter en ressources la démarche à l'échelle des quartiers consiste à investir dans ce que l'OMS considère comme des soins de santé primaires complets [voir la figure 3]. Les soins de santé primaires ne réfèrent pas à une simple prestation de services de soins primaires cliniques. Ils consistent en une approche globale de la santé et du bien-être communautaires par laquelle la santé publique et les soins de santé

primaire se trouvent au cœur des systèmes de santé intégrés et favorisent l'autonomisation des individus et des collectivités grâce à des politiques et à des démarches multisectorielles. L'OMS a endossé cette approche dans sa Déclaration d'Alma-Ata en 1978 (35) et celle d'Astana en 2018 (36), y voyant le moyen d'atteindre les objectifs d'une stratégie mondiale de la santé pour tous.

.....
FIGURE 3 : MODÈLE DE L'OMS EN
MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ
PRIMAIRES (37 P.2) [ADAPTATION
POUR LA VERSION FRANÇAISE]



Investir dans les soins de santé primaires ne veut pas dire forcer la fusion des fonctions de la santé publique et des soins primaires comme ceux prodigués dans la clinique d'un médecin ou d'un infirmier praticien donné – une approche ayant fait surgir des préoccupations au sujet « d'une possible désaffectation pour les approches de santé publique et d'une focalisation sur les solutions individuelles plutôt que collectives » (38 p.5). Les soins de santé primaires se veulent plutôt un modèle d'encadrement pour que les services de santé et sociaux soient organisés de manière efficiente, efficace et équitable et qu'ils favorisent ainsi l'atteinte d'une santé optimale dans les populations (39 p.2). Les soins de santé primaires à l'échelle des quartiers ne remplacent pas tout l'éventail des fonctions de la santé publique. Ils servent plutôt de soutien structurel afin d'organiser les membres et les organismes de la collectivité et de mieux les mettre en relation avec d'autres champs d'action et domaines associés à la santé publique. L'approche correspond en grande partie à celle de la santé publique, et comporte trois grandes composantes : fournir de manière équitable et sûre des services qui répondent aux besoins essentiels des gens en matière de santé tout au long de leur parcours de vie; autonomiser les individus, les familles et les collectivités de manière à ce qu'elles s'épanouissent dans des milieux sains et soutenir les politiques et l'action multisectorielles associées aux grands déterminants de la santé (35,36).

Certaines personnes ne reconnaissent pas le rôle de la santé publique pour ce qui est de prodiguer des « soins » à proprement dits. Il appert pourtant que la santé publique s'est toujours occupée d'une certaine partie des soins de santé primaires, en comblant au besoin les lacunes des services cliniques –

depuis les services de santé sexuelle ou d'aide familiale jusqu'à l'hygiène bucco-dentaire et en passant par la gestion des maladies chroniques – particulièrement auprès des populations méritant l'équité. Durant la crise sanitaire provoquée par la COVID-19, les pays dotés d'une démarche éprouvée en matière de soins de santé primaires ont fait montre de résilience à l'échelle locale devant les obstacles liés à la santé publique aux échelles nationales et régionales. Aux États-Unis, par exemple, les centres de santé communautaire ont réussi à tirer profit de six milliards de dollars en investissements du gouvernement américain afin de se joindre à la santé publique pour offrir rapidement aux groupes de population en situation de grande marginalisation des programmes de vaccination de proximité auxquels ces groupes pouvaient faire confiance (40).

Au Canada, des soins de santé primaires sont offerts dans des collectivités méritant l'équité et mal desservies par un petit nombre de prestataires de soins primaires relevant de structures à l'échelle communautaire ou d'équipes, comme les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres de santé communautaire, les équipes personnelles de santé au Manitoba et autres équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires axées sur l'équité (41,42). Les données de recherche montrent que les soins de santé primaires au Canada visent les besoins des populations ayant des problèmes sociaux et de santé multiples, suivent une approche globale qui est axée sur la personne ou la collectivité et qui réduit les préjugés et l'iniquité, sont concentrés sur la prévention, se rapprochent géographiquement des endroits où les besoins se font le plus ressentir et génèrent des économies d'échelle en écartant les personnes ayant des problèmes sociaux et de santé

multiples des soins de courte durée (43,44). Le modèle d'intervention fondé sur les données probantes prend appui sur l'équité, et ses meilleures pratiques reposent notamment sur la gouvernance communautaire, l'opposition à l'oppression, le développement communautaire, le travail d'équipe, l'accent mis sur la personne et la collectivité et la responsabilité (44).

Les soins de santé primaires peuvent en outre offrir un éclairage à un système de santé apprenant grâce à la collecte et à l'analyse structurées des données désagrégées concernant les soins de santé, ce qui peut aussi servir à déceler les urgences médicales et à intervenir au besoin (45 p.3), et grâce aussi à l'accès à l'information, ce qui peut donner aux collectivités le pouvoir de prendre des décisions éclairées au sujet de leur propre santé. Toutefois, les collectivités du Canada n'ont pas toutes accès à ce genre de soins complets, car nombreuses sont celles qui méritent l'équité, mais qui continuent d'être des déserts médicaux parce que le financement des systèmes de santé classiques décourage les prestataires de services à fournir des soins aux personnes ayant des problèmes sociaux et de santé multiples (46,47).

Heureusement, les organismes de services sociaux communautaires municipaux et à but non lucratif se trouvent souvent dans ces quartiers mal desservis. Une autre façon d'élargir les soins de santé primaires en incluant les collectivités méritant l'équité consiste ainsi à établir des liens officiels entre les acteurs des soins de santé primaires, de la santé publique et de la collectivité qui ne travaillent pas en santé, mais dans des domaines comme les organismes de services sociaux, les bibliothèques, les centres communautaires,

les centres d'hébergement et les écoles. Les bibliothèques, par exemple, sont devenues des endroits par excellence pour favoriser l'équité en santé, et ce, grâce au travail des travailleurs sociaux en bibliothèque, aux programmes d'équité numérique et d'accès au matériel informatique, aux programmes d'alphabétisation et de connexion et de prêt sans frais (48,49). De telles organisations sont habituellement installées dans des endroits où habitent les collectivités méritant l'équité, savent lutter contre l'oppression et assurer la sécurité culturelle, ont établi de solides liens de confiance avec les membres de la collectivité et les influenceurs et retiennent les services de membres de la collectivité même.

Sous l'influence d'une vague de diplômés de la maîtrise en santé publique arrivant tout de suite après le SRAS dans le personnel de santé communautaire et des services sociaux, les organismes communautaires articulent de plus en plus leur propre travail autour d'une approche axée sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé, comme celle appliquée par le YWCA Canada (50). Au Canada, les bons exemples d'une collaboration à saveur locale sont nombreux. Dans une revue réalisée en 2014, les auteurs ont intégré leurs constatations concernant de nombreux partenariats dans un modèle écologique destiné à la mise sur pied de collaborations réussies (51). Durant la syndémie de COVID-19, par exemple, bien des initiatives menées localement ont servi à mobiliser des bénévoles et des acteurs des services sociaux autour d'une action citoyenne et de mesures liées aux déterminants de la santé de façons diverses qu'il serait possible d'associer aussi à la santé publique et aux soins primaires :

- À Saint John (Nouveau-Brunswick), le réseau d'inclusion communautaire Living SJ a mobilisé des ressources locales afin de guider le gouvernement provincial dans la cocréation du programme alimentaire d'urgence pour la grande région de Saint John.
- À Lethbridge (Alberta), des responsables de la Ville ont regroupé les bénévoles, les besoins et les ressources des services communautaires dans des bases de données collectives qui ont permis de faciliter l'entraide à l'échelle locale.
- À Whitehorse (Yukon), des organismes voués à l'aide alimentaire ont uni leurs forces afin de répondre aux besoins d'urgence et ont acquis des connaissances en matière de collaboration et d'aide alimentaire qu'ils ont l'intention de mettre à profit après la pandémie (12).



À l'échelle mondiale, on note dans les pays à revenu élevé une tendance à privilégier la gestion de la santé des populations, les soins axés sur les valeurs, les soins intégrés et la prescription sociale dans les systèmes de santé – reliant tous les prestataires de services de santé et sociaux qui sont à proximité géographique à la responsabilité des résultats par rapport à l'état de santé d'une population donnée. La tendance a engendré en plus de nouvelles occasions de mener une action intersectorielle et collaborative localement. Il importe de noter que les études ont montré que l'intégration, la consolidation, les coupes budgétaires et la normalisation du haut vers le bas avaient mené à l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique d'un bout à l'autre du Canada, allant parfois jusqu'à éliminer ou à centraliser les fonctions communautaires et locales au sein des soins de courte durée, fragilisant du coup l'équité en santé. (52). Or, de nouvelles approches en matière de soins intégrés n'impliquent pas une intégration forcée et pourraient aussi ne pas impliquer du tout une intégration structurelle ou de la gouvernance (53). Cette approche puise dans de nombreuses façons de faire traditionnellement axées sur les populations et ayant des points en commun avec la santé publique et l'objectif dans ce domaine de réduire les cas de maladie, le taux de mortalité prématurée, et les malaises et l'incapacité causés par la maladie dans une population donnée.

Une revue rapide des données probantes réalisée par le McMaster Health Forum durant la pandémie de COVID-19 a fait ressortir l'importance d'inclure la santé publique dans les interventions de santé intégrées (54). En Alberta, par exemple, la santé publique relève de l'Alberta Health Services, une structure que les informateurs clés de la province jugent absolument essentielle, ayant déclaré qu'elle avait facilité une communication homogène (54 p.6). Dans les endroits où la santé publique restait en dehors des structures de services provinciales ou régionales, les chercheurs ont constaté que le leadership et la gouvernance s'étaient exercés grâce à des triades locales représentant la santé publique, les soins primaires et les soins de courte durée (54 p.9) et à l'intégration des services de soins à domicile et communautaires. La revue a également mis en évidence l'utilité de s'attaquer à la nécessité de concentrer la planification des situations d'urgence sur la réponse aux besoins sociaux et de santé des populations méritant l'équité plutôt que sur les pics dans les soins de courte durée. Il serait possible d'y arriver si les acteurs de la santé publique, des soins de santé, des services sociaux, et des services de soins à domicile et communautaires établissaient des partenariats afin de tirer avantage des relations de confiance et de concentrer les processus de planification sur les déterminants sociaux de la santé influant le plus sur la population.

En voici quelques exemples :

- L'équipe d'Ottawa qui fait partie des équipes Santé Ontario mises en place suivant un modèle collaboratif s'est appuyée sur les pratiques collaboratives déjà en place entre les services de santé communautaire, de soins de courte durée et de santé publique pour les mobiliser rapidement afin de répondre aux besoins de la collectivité durant la pandémie de COVID-19 (55).
- Le programme Connexion Nouveau-Brunswick mis sur pied par la Croix-Rouge canadienne (56) et les programmes de prescription sociale de Centraide en Colombie-Britannique (57) sont des exemples de la collaboration assurée en matière de santé par des organismes communautaires offrant des services sociaux.
- Un partenariat entre la Ville de Toronto, Centraide, et les hôpitaux du Réseau universitaire de santé vise à injecter des fonds dans une initiative de logement avec services de soutien destinée aux personnes vivant des iniquités de santé (58).
- Aux États-Unis, le financement des systèmes de santé lié aux résultats dans l'état de santé des populations a encouragé les Accountable Care Organizations (organisations de soins responsables) à agir sur les déterminants sociaux de la santé, en s'attaquant au logement et à l'alimentation, en passant par l'isolement social, en partenariat avec la santé publique (59).



APPROCHES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DES POPULATIONS AUTRES QUE CELLES DES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'approche de la **santé communautaire** désigne une approche collective axée sur un endroit précis et ayant pour objet la promotion de la santé et l'action sur ses déterminants par, avec et pour un groupe défini géographiquement et culturellement. Dans ce contexte, la collectivité et ses caractéristiques forment un important déterminant de la santé (60 p.2) de chaque personne. Au Canada, le travail des centres de santé communautaire est un exemple de l'application de cette approche (43).

La notion de **santé des populations**, ou de gestion de la santé des populations, réfère à une démarche axée sur les résultats afin de « gérer » la santé et les déterminants d'un groupe d'individus précis en fonction de la responsabilité d'une équipe de soins de santé d'améliorer les indicateurs de santé. Lorsque les compensations financières dépendent des résultats dans l'état de santé, le concept s'appelle plutôt soins responsables ou soins axés sur leur valeur (59,61). Les équipes Santé Ontario sont un exemple de ce qui pointe à l'horizon sur le plan de la santé des populations au Canada (62).

Le concept de **médecine sociale** a fait son apparition sur la scène mondiale dans le contexte d'une critique sociale au sujet de l'accent mis par la santé publique sur des modèles institutionnels en matière d'hygiène et d'assainissement et de soins de santé axés sur le marché et la technologie. La médecine sociale repose essentiellement sur ce que font les prestataires de soins de santé pour remédier aux conditions sociales à l'origine d'une mauvaise santé (27p,6) — l'iniquité de santé et les déterminants de la santé. Le programme de médecine sociale du Réseau universitaire de santé (Toronto, Ontario) est un exemple de médecine sociale au Canada. Le partage des ressources s'effectue en fonction des directives des organismes communautaires et le travail collaboratif vise à agir sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé (63).

La **prescription sociale** consiste à dévier les soins de santé axés sur la personne et les soins de santé intégrés vers les services de santé publique. L'aiguillage met en relation les services de santé et les services sociaux afin de répondre aux besoins liés aux déterminants sociaux de la santé et donne aux individus et aux collectivités le pouvoir d'acquérir les compétences et de s'autodéterminer (64). Au Canada, les initiatives prises par la Fraser Health (régie de la santé de la vallée du Fraser) et Centraide du Lower Mainland (Basses-terres continentales), en Colombie-Britannique, et aussi celles mises en œuvre par les centres de santé communautaire en Ontario en sont des exemples (66).

CHAMP D'ACTION N° 2

Tenir responsable de l'engagement communautaire dans les processus de gouvernance et de prise de décision

Les démarches pour assurer l'engagement communautaire dans les processus décisionnels font partie intégrante des stratégies d'équité en santé partout dans le monde. Une synthèse des connaissances produite par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) (67) a fait ressortir cinq grandes pratiques exemplaires associées au travail avec un groupe de population. Ces pratiques sont : valoriser l'engagement comme principe fondamental en santé publique, partager le pouvoir avec les communautés, commencer par bâtir la confiance, établir la structure et les attentes en concertation et utiliser un langage qui valorise les communautés. La responsabilité envers les communautés et des processus et résultats équitables se révèle aussi essentielle à la participation citoyenne, que ce soit en termes d'approches d'engagement, de coproduction ou de gouvernance.

Partout dans le monde, le milieu scientifique et les organisations non gouvernementales comme l'OMS, l'Unicef et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont demandé d'injecter des fonds et de porter attention aux approches du bas vers le haut et participatives pour travailler avec la collectivité durant la pandémie de COVID-19 (68). Les éthiciens du milieu de la santé publique du Canada directement impliqués dans les interventions pour stopper la pandémie ont fait écho à cet appel (69). Or, malgré les recommandations claires formulées par l'OMS concernant la COVID-19 et l'utilité

de la participation citoyenne, aucune véritable donnée à cet effet ne confirme un engagement officiel ou dans l'ensemble du système canadien en ce qui concerne le processus décisionnel utilisé en santé publique dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (70).

Il se présente à l'heure actuelle bien des occasions d'intégrer le principe d'engagement communautaire de manière délibérée et équitable. Il s'agirait par exemple de prévoir des indicateurs de rendement, des exigences en matière de financement et de reddition de comptes et des programmes d'études et des compétences essentielles où l'engagement communautaire, la coproduction et la coconception et aussi la gouvernance sont présentés parmi les responsabilités. Bien que la participation citoyenne fasse déjà partie d'indicateurs de rendement, des compétences essentielles et des normes de fonctionnement liés aux plans d'intervention en cas d'urgence en place dans les systèmes de santé publique du Canada (71-73), l'articulation en demeure assez limitée. Il serait possible d'améliorer les indicateurs en y clarifiant les responsabilités liées aux forces de la collectivité et à la capacité de résister aux chocs (résilience), les particularités de chaque groupe de population et la marginalisation structurelle (équité), l'inclusion des membres de la collectivité dans les structures décisionnelles (gouvernance), la mobilisation des acteurs communautaires et l'organisation communautaire et la santé Autochtone (74,75).

I. ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

L'engagement communautaire est une expression parfois utilisée pour désigner de manière générale la participation citoyenne. Il renvoie habituellement aux activités menées par les gouvernements et les institutions pour bâtir une relation de confiance avec la population et plaçant le respect de l'expérience vécue, des priorités individuelles et collectives et de la diversité au sein de la population au cœur du mandat et des préoccupations de toute personne détenant un poste au gouvernement (76 p.328). L'engagement communautaire donne lieu à des interventions plus efficaces, plus durables et plus éprouvées, parce que les membres de la collectivité sont les mieux placés pour déterminer les politiques, les ressources et les soins les mieux adaptés à leur propre situation (77). Les gens des communautés possèdent en outre des connaissances très utiles au sujet des réalités locales et des liens de confiance de même que des connaissances écologiques locales et traditionnelles étrangères à d'autres pans des systèmes de santé publique (78).

À l'échelle internationale, les pays aux structures d'engagement communautaire très solides se révèlent plus efficaces dans la prise en compte des commentaires émis localement dans les plans d'intervention à l'échelle nationale, particulièrement lors de situations difficiles (68). Il en va de même pour les quartiers et les collectivités d'un pays :

Un thème qui revient constamment dans les données probantes est l'importance cruciale des interventions dirigées par la collectivité et fondées sur les connaissances et les ressources locales, renforçant les compétences et les voies d'interconnexion entre le gouvernement, les organismes communautaires et la population. Les données probantes montrent hors de tout doute que les collectivités ayant amorcé la pandémie en ayant déjà une telle infrastructure se sont révélées mieux capables de réagir (11, p.7) [traduction libre].

La responsabilité envers les collectivités fait partie intégrante du principe d'engagement communautaire. Dans son soutien pour freiner la pandémie au Canada, la Croix-Rouge canadienne s'est appuyée sur son modèle « d'engagement communautaire et de redevabilité » (CEA) qui sert dans des contextes de catastrophes ou de développement international (79). La réflexion se situe au centre de l'approche en huit étapes présentée tel un microcosme d'un système de santé apprenant axé sur la collectivité. Les étapes sont les suivantes : consulter les communautés avant de procéder aux évaluations des besoins; connaître le système d'information local et les structures communautaires; faire participer les communautés à la planification des programmes; intégrer les activités de CEA dans les plans et les budgets; fournir des informations utiles et écouter les communautés



en utilisant les moyens les plus appropriés; prendre en compte les retours d'information des communautés et les utiliser pour améliorer les activités; déterminer si les populations ont le sentiment d'être informées, associées et écoutées et, enfin, associer les communautés au processus d'évaluation et partager les conclusions avec elles et vos collègues.

Un autre exemple d'engagement communautaire est le « Cadre du bien-être des collectivités » élaboré par DIALOG et

le Conference Board du Canada en étroite collaboration avec les décideurs de la santé publique (80). Une mise à jour est en cours afin d'intégrer au modèle des indicateurs d'équité. Il a tout de même servi d'un bout à l'autre du Canada pour faciliter le dialogue entre les acteurs des groupes de population, des gouvernements et du secteur privé, par exemple les promoteurs immobiliers qui façonnent l'environnement bâti dans les quartiers.

II. COPRODUCTION ET COCONCEPTION

La coproduction et la coconception sont des techniques participatives qui aident les multiples parties prenantes à partager le pouvoir de manière plus équitable et à créer et à adapter les services et les systèmes de manière à répondre aux besoins des utilisateurs des services et des collectivités concernées. Les approches reposent sur le respect de l'autodétermination de la collectivité et l'atténuation des préjudices non intentionnels causés par des acteurs de l'extérieur travaillant au sein des collectivités (81). Devant la crise des surdoses d'opioïdes au Canada, elles se révèlent par exemple aujourd'hui des pierres angulaires des programmes de réduction des méfaits qui font appel à la collectivité, qui inscrivent le leadership des pairs au cœur du principe « rien sur nous sans nous » (82). La coproduction et la coconception se situent en outre au cœur du principe de prescription sociale. Celui-ci regroupe les soins de santé et les soins sociaux suivant des parcours délibérés de significations et d'intentions communes pour les individus et les collectivités (83).

Une revue rapide de la littérature sur les risques que présente la COVID-19 pour la santé mentale des personnes ayant des antécédents médicaux de maladie chronique et se heurtant à des barrières sociales et financières révèle le rôle essentiel que jouent les forces de la

collectivité dans la réussite des interventions en matière de santé (39). Les chercheurs ont en outre dégagé les principaux mécanismes qui entrent en ligne de compte pour assurer l'efficacité de la coproduction, y compris la confiance et les réactions (relations fondées sur l'ouverture d'esprit et l'honnêteté entre les personnes et les organismes) ancrées dans la reconnaissance du passé et du contexte; le partage des responsabilités, y compris pour la coproduction des protocoles énonçant les rôles et responsabilités et assurant la responsabilité collective et la prise en compte des besoins de la collectivité en entier; le partage du pouvoir, c'est-à-dire réparti équitablement entre les partenaires sur différents points, par exemple l'assurance que les points de vue et l'expérience vécue de l'ensemble des parties prenantes ont le même poids lors de la conception des programmes; les initiatives pour bâtir la résilience, par exemple les demandes de subventions simplifiées pour assurer la rapidité de la prestation des services communautaires en situation de crise; et les initiatives de connexion sociale qui favorisent le sentiment d'avoir de l'importance et jettent des ponts entre les personnes de toutes les couches socioécologiques, comme la prescription sociale et les coordonnateurs communautaires qui font le pont entre les services de santé et les services sociaux.

III. GOUVERNANCE PARTICIPATIVE ET COMMUNAUTAIRE

La gouvernance participative et communautaire s'articule autour d'approches fondées sur les atouts de la collectivité visant à décentraliser les processus d'établissement des politiques et à confier le pouvoir décisionnel aux communautés locales – en passant de « rien sur nous sans nous » à « par nous, pour nous » (81). Pour la majorité des autorités de santé publique au Canada, à de rares exceptions près, aucun représentant du public ne siège aux conseils de gouvernance. Le Conseil de santé de Toronto est l'une de ces rares exceptions. La plupart des six représentants de diverses communautés y ont contribué à faire avancer le dossier de l'équité (84). Certains groupes de population qui vivent des iniquités ont commencé à s'organiser eux-mêmes pour accroître leur présence et leur pouvoir dans les prises de décision de la santé publique. Des Noirs qui sont cadres dans le réseau de santé et d'autres organismes communautaires dirigent encore aujourd'hui une campagne pour que leur conseil de santé soit restructuré de manière à assurer la représentation et l'écoute du savoir des communautés concernées (85).

De nombreux organismes d'envergure locale et la plupart des centres de santé communautaire sont gouvernés par les membres de leur propre collectivité. Cet élément a joué en faveur de la promotion de la résilience organisationnelle et communautaire (54,86). En Colombie-

Britannique, par exemple, les centres de santé communautaire gouvernés par les membres de la collectivité sont restés ouverts pour leur clientèle, résistant aux coupes budgétaires et à la régionalisation en 2014 en se dotant de nouvelles sources de financement. Ceux sans gouvernance communautaire n'ont pu être à l'écoute de la voix de la collectivité et ont fermé leurs portes (87).

Les auteurs d'une revue des processus de prise de décision et de gouvernance participatives dans les municipalités du Canada durant la pandémie de COVID-19 ont formulé des recommandations pour que les prises de décision officielles soient confiées aux collectivités (88). Certaines des recommandations visaient à cet effet l'élaboration de nouvelles méthodes de participation des membres des communautés méritant l'équité, comme les consultations dirigées, la compensation et l'accessibilité; la création de comités consultatifs ou le renforcement en assurant la représentation des communautés concernées et en veillant à ce que la participation à ces comités, et la structure de reddition de comptes de ceux-ci, puissent entraîner de bons résultats; donner la priorité à la consultation publique et en assurer la continuité lors de situations d'urgence et, enfin, élargir le rôle des organismes communautaires centrés sur les pratiques administratives collaboratives et novatrices.

CHAMP D'ACTION N° 3

Intégrer les notions de collectivité et d'équité dans les nouvelles architectures de données

Durant la pandémie de COVID-19, l'importance de la collecte et de l'application des données sociodémographiques désagrégées et axées sur la race s'est fait ressentir au plus haut point, les régions sanitaires cherchant à comprendre la meilleure façon d'appliquer les mesures en matière de ressources et de santé publique aux endroits où les besoins s'avéraient les plus criants (89). De telles données – lorsqu'elles sont prises en charge en respectant les approches établies par la collectivité, comme les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP®) (90-92) – fournissent une information cruciale pour étayer la prise de décision et l'allocation des ressources fondées sur des données probantes dans une démarche d'universalisme ciblé. Avec l'avènement des approches par mégadonnées en santé publique, il devient possible pour les systèmes d'inclure des données générées à et sur l'échelle la plus petite qui soit, depuis les données cliniques et sociales générées au point d'intervention (comme les cliniques de vaccination et de dépistage) jusqu'aux connaissances fiables et hyperlocales des personnes qui font autorité dans la collectivité au sujet des réalités socio-environnementales (93), au sein d'un système de santé publique apprenant.

Or, en cherchant à travailler ensemble dans des zones précises et de diverses envergures, les acteurs des organismes communautaires, de soins de santé et de santé publique se sont vite rendu compte qu'il leur était impossible, avec les systèmes de gestion de l'information et de bases de données existants et sous-financés, de générer les données nécessaires ou d'assurer la communication d'autres types de

données de santé publique d'un établissement ou d'un secteur à l'autre. Outre les obstacles technologiques et financiers, l'incertitude réglementaire ayant mené à prioriser le respect de la confidentialité des renseignements sur la santé de chaque individu au détriment de l'intérêt public et du besoin d'équité en santé dans toutes les régions du Canada se révèle un véritable défi (94). Quant aux approches novatrices comme la prescription sociale et les soins de santé intégrés dirigés localement, elles doivent absolument pouvoir compter sur un système qui soutient et facilite le partage des données au sein même des systèmes et aussi avec d'autres. En développant de nouveaux systèmes d'information durant et après la crise sanitaire, on pourrait disposer de l'infrastructure et de l'architecture nécessaires à l'élaboration d'approches fondées sur les connaissances locales et la collaboration au sein des systèmes de soins intégrés.

Les acteurs des soins de santé primaires et aussi des organismes communautaires peuvent jouer un rôle dans un système de santé publique apprenant, en établissant une structure autour de la collecte, de l'analyse et de la diffusion de données de santé désagrégées (45). Par exemple, le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (95) se compose de 12 réseaux de recherche et d'apprentissage œuvrant dans le domaine et conjuguant la santé publique et les soins primaires dans huit provinces et un territoire. Ayant une structure de gouvernance commune, le réseau soutient l'utilisation de données anonymisées du dossier médical électronique (DME) provenant du point d'intervention et d'outils de recherche, de surveillance des maladies et d'amélioration de



la qualité afférents en soins primaires. Il soutient aussi les liaisons de données entre le DME et les données administratives en matière de santé à l'échelle régionale pour les cas complexes impliquant de nombreuses variables. À l'échelle locale, les acteurs de la santé publique, des soins primaires et des organismes communautaires ne sauraient participer pleinement aux systèmes et au partage des données sans les ressources et la reconnaissance nécessaires pour accomplir leur travail indispensable. Plus particulièrement, il faut assurer aux petites organisations la possibilité de recevoir une formation continue sur l'utilisation des systèmes d'information ainsi que le soutien informatique et infrastructurel suffisant pour combler la fracture numérique entre les secteurs et les communautés qui en sont dotés et ceux qui ne le sont pas (96) — une fracture qui a fait de l'accès à l'Internet à haut débit et aux dispositifs numériques un important déterminant social de la santé (97).

Une gouvernance et une surveillance de qualité exigent aussi des données fiables à l'échelle locale. Les conseils de santé, les gouvernements et les autorités régionales de la santé devraient intégrer les progrès mesurables concernant la participation citoyenne et la réduction des iniquités de santé dans les mesures de rendement annuelles concernant les systèmes de santé publique et de santé. Comme il a été souligné précédemment, l'engagement communautaire (72,73) fait partie des indicateurs de rendement intégrés aux plans de préparation aux situations d'urgence des systèmes de santé publique du Canada, quoique souvent de manière restreinte. Il serait possible d'enrichir les indicateurs en y intégrant des responsabilités claires au sujet des données locales à utiliser dans le processus décisionnel — une approche sensible aux considérations relatives à l'équité, à la gouvernance inclusive, à la mobilisation citoyenne et à la santé Autochtone (74,75).

CHAMP D'ACTION N° 4

S'attaquer aux barrières structurelles et perpétuelles empêchant la transformation des systèmes

Investir dans des soins de santé primaires qui rattacheront la santé publique, les soins primaires et les services communautaires au niveau méso à l'aide des structures et des réseaux de santé publique en place exigerait que le Canada s'attaque aux déterminants structurels qui opposent des barrières aux efforts historiques et à la réforme de la santé publique et des systèmes de santé (98-100). L'une de ces barrières – et ce, malgré quelques rares exemples d'une solide collaboration entre la santé publique et les soins primaires au Canada et la définition des principaux facteurs de réussite quant à cette collaboration sur les plans systémiques, organisationnels, interpersonnels et intrapersonnels (51) — réside dans le fait que le financement des soins primaires en général tombe en dehors des champs de compétence et de responsabilité des autorités de santé régionales et de santé publique. Bon nombre ont réclamé une plus grande part de responsabilité, la réforme du système de financement et la collaboration avec les services de soins primaires plutôt que de maintenir le statu quo, c'est-à-dire l'épineux mode individualiste de la rémunération à l'acte, un héritage du régime d'assurance-maladie créé voilà plus de 60 ans (101,102).

Une autre barrière est celle des sempiternelles pratiques issues du colonialisme et du racisme structurel, y compris celles ancrées dans les systèmes et les services de santé, qui sont d'importants déterminants structurels de la

santé, des instruments des causes des causes des iniquités en matière d'accès aux services de santé et de résultats en matière de santé (103). Avec le temps, les structures de la santé et les dispositions législatives, depuis les omissions de la Confédération jusqu'aux compromis du régime d'assurance maladie, ont créé des dépendances au parcours qui freinent la créativité et entrave les efforts répétés pour opérer une transformation et un changement (104). Dans la littérature canadienne sur l'équité en santé, les auteurs ont eu tendance à éviter ces déterminants structurels de la santé, en se concentrant plutôt sur la détermination et l'explication des disparités raciales et ethniques, souvent sans en nommer les causes (105 p.2) découlant des forces en jeu comme le racisme, le capitalisme mondial et le colonialisme.

Les signes visibles d'une volonté de changer se multiplient toutefois pour la période ultérieure à la pandémie de COVID-19. Le leadership des communautés autochtones pour décoloniser la santé publique ouvre la voie à d'autres acteurs de la santé publique, qui peuvent à leur tour revoir les structures apparemment immuables du secteur de la santé, tout comme le leadership des communautés noires pour éradiquer le racisme envers les Noirs dans le secteur de la santé (106). La rapidité avec laquelle on s'est organisé dans les systèmes de santé pour offrir des soins de santé virtuels durant la crise sanitaire montre qu'il est possible d'apporter d'ambitieux

changements systémiques (107). S'inscrivent dans une tendance prometteuse l'intention de plus en plus grande chez les médecins en devenir d'adopter un modèle de travail en équipe en touchant un salaire (108); l'attention accrue portée au bien-être du personnel de la santé dans les limites des quintuples objectifs concernant la qualité des soins, les coûts, l'expérience des patients, l'équité et l'inclusion, et la prévention de l'épuisement professionnel (109,110) et, enfin, la volonté de

plus en plus marquée des médecins de prendre en compte l'équité et les déterminants de la santé dans leurs pratiques (111,112). Avant de redonner le pouvoir aux communautés, il faudra accomplir une étape importante, c'est-à-dire reconnaître, nommer et collectivement corriger les déséquilibres du pouvoir observés actuellement dans les systèmes de santé et de santé publique du Canada, en cherchant à renforcer la confiance, la collaboration et l'impact collectif.



UNE APPROCHE AXÉE SUR LES SYSTÈMES À TORONTO : DONNÉES SUR L'ÉQUITÉ, ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET PLAN PANGOUVERNEMENTAL EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Collectivité et gouvernance : À la demande de son conseil de santé, dont fait partie une mixité de conseillers municipaux et de membres de la population, Santé publique Toronto a entrepris la collecte et l'utilisation des données sociodémographiques et fondées sur la race en lien avec la pandémie de COVID-19, une première parmi les administrations de santé publique locale au Canada (113). Les données ont été converties en information transparente et publique qui a alimenté le processus décisionnel en temps réel. Il demeure tout de même de grandes questions au sujet de la gouvernance communautaire à exercer sur les données d'équité en santé afin d'assurer le respect des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP®) et le chapeautage par les groupes de population concernés, y compris les communautés noires et autochtones (114). Le processus a éclairé la première démarche pangouvernementale ou de santé dans toutes les politiques axée sur l'équité en santé, en l'occurrence TO Supports (115).

Collectivité et système de santé publique apprenant : Le tableau de bord et le mappage des données en résultant (116) ont fait ressortir de profondes disparités, sont venus réorienter les efforts sur les vecteurs des iniquités de la santé et ont aidé à orienter les prises de décision au sujet des interventions de santé à l'échelle des quartiers, comme le dépistage mobile, les cliniques de vaccination et les « wraparound supports » (forme de soutien englobant). Une approche systémique a vu le jour. Des partenaires des milieux municipaux, de la santé publique et des soins de santé ont en effet uni leurs efforts à ceux des organismes de santé communautaire et conçu une approche de « détection des points chauds » axée sur les besoins des groupes de population à risque plutôt que sur les limites de capacité par rapport aux soins de courte durée (54,117).

Collectivité et autodétermination : Les approches dirigées par la collectivité ont vu le jour avant les interventions financées par le gouvernement, ou simultanément. Avec le temps, la Ville de Toronto et le gouvernement de l'Ontario (118) ont tiré des leçons des initiatives prises par la collectivité et fourni directement aux organismes communautaires les ressources nécessaires pour exercer leur leadership en fournissant des conseils et en pilotant des interventions auxquelles la population pouvait faire confiance. Règle générale, les ambassadeurs communautaires embauchés grâce à la nouvelle aide financière offerte pour lutter contre la pandémie de COVID-19 étaient de jeunes diplômés ou des professionnels de la santé diplômés d'autres pays qui possédaient des connaissances et des compétences approfondies de la situation locale (119). Les initiatives menées par les Autochtones ont permis d'assurer aux communautés ciblées dans divers quartiers de Toronto l'accès à des cliniques de dépistage et de vaccination culturellement adaptées (120).

RENOUVELLEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS ET AVEC LA COLLECTIVITÉ

À l'échelle mondiale, la crise sanitaire a mis en évidence la complexité et le caractère systémique des défis à surmonter par la santé publique à l'heure actuelle. Pensons par exemple aux conséquences inévitables de la COVID-19 sur les collectivités qui ont déjà à lutter contre les barrières à l'équité en santé. La syndémie a également attiré l'attention sur le pouvoir que peuvent exercer, dans les quartiers, les partenariats ciblés, financés et officiels en matière de santé et de bien-être des populations sur l'atteinte des objectifs d'universalisme ciblé. Le renouvellement de la santé publique une fois la pandémie de COVID-19 terminée se révélerait une occasion d'intégrer l'engagement communautaire dans les réseaux et les champs d'action des systèmes de santé publique. Le partage du pouvoir, l'énonciation de responsabilités

claires et l'accent sur l'autodétermination des collectivités pourraient devenir réalité en établissant des processus d'engagement, de coproduction et de gouvernance. En mandatant et en valorisant la participation citoyenne dans l'ensemble des structures et des processus de prise de décisions; en investissant dans une infrastructure et des systèmes de données pris en main par les groupes de population à l'échelle locale, reliés à un système de santé publique dynamique et apprenant, et, enfin, en s'attaquant aux barrières historiques et structurelles à une réforme équitable des systèmes, le Canada serait en mesure de créer un système de santé publique résilient et équitable, un système qui nous ferait relever avec brio n'importe quel défi, actuel ou à venir, et qui nous appartiendrait à nous.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Coleman PM. A critical realist review of practice learning experiences within pre-registration nursing programmes. *EAS J Nurs Midwifery*. Mai-juin 2020;2(3):202-12. doi: 10.36349/EASJNM.2020.v02i03.030.
2. Edgley A, Stickley T, Timmons S, Meal A. Critical realist review: exploring the real, beyond the empirical. *J Furth High Educ*. 2016;40(3):316-30. doi: 10.1080/0309877X.2014.953458.
3. Santé publique Ontario. Remédier aux iniquités en santé dans les interventions de santé publique contre la COVID-19 [En ligne]. Toronto (ON): SPO; 7 déc 2020 [cité le 26 nov 2021]. 21 p. Disponible: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncoov/he/2020/12/covid-19-environmental-scan-addressing-health-inequities.pdf?la=fr>
4. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med*. Juin 2021;27(6):964-80. doi: 10.1038/s41591-021-01381-y.
5. Agence de la santé publique du Canada. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 [En ligne]. Ottawa (ON): ASPC; oct 2020 [cité le 26 nov 2021]. 85 p. (Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020). Disponible: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>
6. Etowa JB, Beagan BL, Eghan F, Thomas Bernard W. "You feel you have to be made of steel": the strong Black woman, health, and well-being in Nova Scotia. *Health Care Women Int*. 2017;38(4):379-83. doi: 10.1080/07399332.2017.1290099.
7. Mahdiani H, Ungar M. The dark side of resilience. *Advers Resil Sci*. Sep 2021;2(3):147-55. doi: 10.1007/s42844-021-00031-z.
8. Brewington SD. The social costs of resilience: an example from the Faroe Islands. *Archeol Pap Am Anthropol Assoc*. Mai 2016;27(1):95-105. doi: 10.1111/apaa.12076.
9. Mendenhall E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *Lancet*. 28 nov 2020;396(10264):1731. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32218-2.
10. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 26 sep 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.
11. British Academy. The COVID decade: understanding the long-term societal impacts of COVID-19 [En ligne]. London (GB): British Academy; mars 2021 [cité le 26 nov 2021]. 172 p. Disponible: <https://www.thebritishacademy.ac.uk/documents/3238/COVID-decade-understanding-long-term-societal-impacts-COVID-19.pdf> (en anglais)
12. Attygalle L, Born P. Tamarack 10 – Guide pour une relance dans nos communautés après la COVID-19 [En ligne]. Waterloo (ON): Institut Tamarack; 2021 [cité le 26 nov 2021]. 43 p. Disponible: <https://www.tamarackcommunity.ca/hubfs/Resources/Publications/TEN/10-Le%20guide%20pour%20une%20relance%20dans%20nos%20communaute%CC%81s%20apre%CC%80s%20la%20COVID-19.pdf?hsCtaTracking=0b48f5a0-378d-4dff-bf86-49524841c03a%7C72030958-f1c4-420d-85b9-209f1bf0bf00>
13. South Asian Health Network [En ligne]. Toronto (ON): The Network [cité le 26 nov 2021]. Disponible: <https://southasianhealthnetwork.ca/> (en anglais)
14. Black Scientists' Task Force on Vaccine Equity [En ligne]. Toronto (ON): The Task Force [cité le 26 nov 2021]. Disponible: <https://www.torontoblackcovid.com/> (en anglais)
15. Indigenous Primary Health Care Council. COVID-19 [En ligne]. Toronto (ON): IPHCC [cité le 26 nov 2021]. [Environ 12 écrans]. Disponible: <https://www.iphcc.ca/covid-19/> (en anglais)
16. Vaccine Hunters [En ligne]. [Lieu inconnu]: Vaccine Hunters Canada [mis à jour le 25 nov 2021; cité le 26 nov 2021]. Disponible: <https://vaccinehunters.ca/> (en anglais)

17. Mueller K. Une médecin de l'Équateur participe aux opérations de la Croix-Rouge en réponse à la COVID-19. 16 fév 2021 [cité le 26 nov 2021]. Dans: Croix-Rouge canadienne. Blogue [En ligne]. Ottawa (ON): Croix-Rouge canadienne [19 avril 2010] - . [Environ 3 écrans]. Disponible: <https://www.croixrouge.ca/blogue/2021/2/une-medecin-de-l-equateur-participe-aux-operations-de-la-croix-rouge-en-reponse-a-la-covid-19>
18. Croix-Rouge canadienne – Actualité. Une bénévole du Nouveau-Brunswick prête mainforte dans un établissement de soins de longue durée du Manitoba. 19 fév 2021 [cité le 26 nov 2021]. Dans: Croix-Rouge canadienne. Blogue [En ligne]. Ottawa (ON): Croix-Rouge canadienne [19 avril 2010] - . [Environ 2 écrans]. Disponible: <https://www.croixrouge.ca/blogue/2021/3/une-benevole-du-nouveau-brunswick-prete-mainforte-dans-un-etablissement-de-soins-de-longue-duree-du>
19. CBC News. COVID-19 outbreak led to 'unprecedented' health-care response in High River, officials say [En ligne]. Calgary (AB): CBC News; 24 avril 2020 [cité le 26 nov 2021]; [environ 5 écrans]. Disponible: <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/covid-high-river-stop-spread-isolation-calgary-meat-plant-cargill-1.5543597> (en anglais)
20. Wojtak A, Altenberg J, Annett C, Babcock A, Chung K, Downey S, et al. Mobilizing a whole community: policy and strategy implications of an integrated local system response to a global health crisis. *Healthc Q*. Oct 2020;23(3):15-23. doi: 10.12927/hcq.2020.26338.
21. Pham TN, Powis J, Fam M, Fraser I, Wojtak A. Early lessons: tackling a global crisis with a community response. *Insights (Essays)* [En ligne]. Mars 2020 [cité le 26 nov 2021]; [environ 6 écrans]. Disponible: <https://www.longwoods.com/content/26167/essays/early-lessons-tackling-a-global-crisis-with-a-community-response> (en anglais)
22. Seow H, McMillan K, Civak M, Bainbridge D, van der Wal A, Haanstra C, et al. #Caremongering: a community-led social movement to address health and social needs during COVID-19. *PLoS One*. 14 jan 2021;16(1):e0245483 [11 p.]. doi: 10.1371/journal.pone.0245483.
23. Mochama V. Black communities have known about mutual aid all along. *The Walrus* [En ligne]. Sep-oct 2020 [mise à jour le 2020 Sep 15; cité le 26 nov 2021]; [environ 15 écrans]. Disponible: <https://thewalrus.ca/black-communities-have-known-about-mutual-aid-all-along/> (en anglais)
24. Steinman MA, Perry L, Perissinotto CM. Meeting the care needs of older adults isolated at home during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med*. Juin 2020;180(6):819-20. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.1661.
25. Zafar A. COVID-19 exposes need for more collaborative, community-based health care [En ligne]. Toronto (ON): CBC News; 11 mars 2021 [cité le 26 nov 2021]; [environ 10 écrans]. Disponible: <https://www.cbc.ca/news/health/community-covid-1.5943004> (en anglais)
26. Hancock T. Agir localement : Promotion de la santé de la population (annexe B). Dans: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé* [En ligne]. Ottawa (ON): Sénat du Canada; juin 2009 [cité le 26 nov 2021]. p. B1p81. Disponible: <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/402/popu/rep/appendixBjun09-f.pdf>
27. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [En ligne]. Genève (CHE): Organisation mondiale de la Santé; 2010 [cité le 26 nov 2021]. 75 p. Disponible: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52952/retrieve> (en anglais)
28. Agence de la santé publique du Canada. Fonds de partenariat d'immunisation [En ligne]. Ottawa (ON): ASPC [modifié le 17 août 2021; cité le 26 nov 2021]. [Environ 15 écrans]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/fonds-partenariat-immunisation.html>
29. Valaitis RK, Wong ST, MacDonald M, Martin-Misener R, O'Mara L, Meagher-Stewart D, et al. Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: ten Canadian case studies. *BMC Public Health*. 2020;20:article 507 [16 p.]. doi: 10.1186/s12889-020-08610-y.

30. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Santé publique [En ligne]. Montréal (QC): CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; [mis à jour le 16 nov 2021; cité le 26 nov 2021]; [environ 3 écrans]. Disponible: <https://www.ciussscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-publique/>
31. Landry MD, Deber RB, Jaglal S, Laporte A, Holyoke P, Devitt R, et al. Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study. *Int J Rehabil Res.* Déc 2006;29(4):303-7. doi: 10.1097/MRR.0b013e328010badc.
32. Morrison V, Mantoura P. Approches politiques de réduction des inégalités de santé : exercice pratique s'appuyant sur l'exemple de l'insécurité alimentaire [En ligne]. Montréal (QC): Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; mai 2020 [cité le 26 nov 2021]. 11 p. Disponible: <http://www.ccnpps.ca/docs/2020-inegalites-approches-politiques-exemple-insecurite-alimentaire.pdf>
33. Watt F, Tissington P. The utility of perceived community efficacy in emergency preparedness. In: Evans TR, Steptoe-Warren G, rédacteurs. *Applying occupational psychology to the Fire Service: emotion, risk and decision-making.* Cham (CHE): Palgrave Macmillan; 2019. p. 169-204.
34. Sacks E, Morrow M, Story WT, Shelley KD, Shanklin D, Rahimtoola M, et al. Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all. *BMJ Glob Health.* Mai 2018;3(suppl 3):e001384 [12 p.]. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001384.
35. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata [En ligne]. Genève (CHE): OMS; 1978 [cité le 26 nov 2021]. 3 p. Disponible: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf
36. Jungo KT, Anker D, Wildisen L. Astana declaration: a new pathway for primary health care. *Int J Public Health.* Juin 2020;65(5):511-2. doi: 10.1007/s00038-020-01368-5.
37. Organisation mondiale de la Santé; Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* [En ligne]. Genève (CHE): OMS; 2018 [cité le 26 nov 2021]. 46 p. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065> (en anglais)
38. Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. *Des systèmes de santé publique conçus pour l'avenir* [En ligne]. Toronto (ON): ISPP; avril 2021 [cité le 26 nov 2021]. 10 p. Disponible: <https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/building-public-health-systems-for-the-future-fr.pdf>
39. Davison K, Carroll S, Chen J, Cheung R, Collins B, Colautti J, et al. COVID-19 and mental health for all: a framework for moving forward [En ligne]. Surrey (BC): Kwantlen Open Resource Access; 21 fév 2021 [cité le 26 nov 2021]. 3 p. Disponible: <https://kora.kpu.ca/islandora/object/kora:629>
40. The White House. Fact sheet: Biden Administration announces historic \$10 billion investment to expand access to COVID-19 vaccines and build vaccine confidence in hardest-hit and highest-risk communities [En ligne]. Washington (DC): The White House; 25 mars 2021 [cité le 26 nov 2021]; [environ 8 écrans]. Disponible: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2021/03/25/fact-sheet-biden-administration-announces-historic-10-billion-investment-to-expand-access-to-covid-19-vaccines-and-build-vaccine-confidence-in-hardest-hit-and-highest-risk-communities/> (en anglais)
41. Gaumer B, Fleury MJ. CLSCs in Quebec: thirty years of community action. *Soc Work Public Health.* 2008;23(4):89-106. doi: 10.1080/19371910802162413.
42. Peckham A, Ho J, Marchildon GP. *Innovations en matière de politiques sur les soins primaires au Canada* [En ligne]. Toronto (ON): North American Observatory on Health Systems and Policies; mars 2018 [cité le 26 nov 2021]. 69 p. Disponible: https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/04/NAO-Rapid-Review-1_FR.pdf

43. Bhuiya AR, Scallan E, Alam S, Sharma K, Wilson MG. Rapid synthesis: identifying the features and impacts of community health centres [En ligne]. Hamilton (ON): McMaster Health Forum; 23 oct 2020 [cité le 26 nov 2021]. 42 p. Disponible: https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/identifying-the-features-and-impacts-of-community-health-centres.pdf?sfvrsn=234559d5_3 (en anglais)
44. Rayner J, Muldoon L, Bayoumi I, McMurchy D, Mulligan K, Tharao W. Delivering primary health care as envisioned: a model of health and well-being guiding community-governed primary care organizations. *J Integr Care* (Brighton). 2018;26(3):231–41. doi: 10.1108/JICA-02-2018-0014.
45. Kraef C, Kallestrup P. After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Glob Health*. Nov 2019;4(6):e001871 [7 p.]. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001871.
46. Dosen KM, Karasiuk AA, Marcaccio AC, Miljak S, Nair MH, Radauskas VJ. Code grey: mapping healthcare service deserts in Hamilton, Ontario and the impact on senior populations. *Cartographica*. Été 2017;52(2):125–31. doi: 10.3138/cart.52.2.5103.
47. Glauser W. Why aren't the doctors where the sick people are? *The Local* [En ligne]. Printemps 2019 [cité le 26 nov 2021];(1):[environ 14 écrans]. Disponible: <https://thelocal.to/why-arent-the-doctors-where-the-sick-people-are/> (en anglais)
48. Flaherty MG. Promoting individual and community health at the library. Chicago (IL): American Library Association; 2018. 144 p.
49. Schweizer E. Social workers within Canadian public libraries: a multicase study [Mémoire de maîtrise en ligne]. Calgary (AB): Université de Calgary; avril 2018 [cité le 26 nov 2021]. 212 p. Disponible: <http://dx.doi.org/10.11575/PRISM/31913> (en anglais)
50. Sultana A, Ravanera C. Un plan de relance économique féministe pour le Canada: Faire fonctionner l'économie pour tout le monde [En ligne]. Toronto (ON): The Institute for Gender and the Economy (GATE) et YWCA Canada; 28 juillet 2020 [cité le 26 nov 2021]. 35 p. Disponible: <https://static1.squarespace.com/static/5f0cd2090f50a31a91b37ff7/t/5f858a512bdf833c41c07538/1602587239024/Un-plan-de-relance-e%CC%81conomique-fe%CC%81ministe-pour-le-Canada.pdf>
51. Valaitis R, MacDonald M, Wong S, Martin-Misener R, O'Mara L, Meagher-Stewart D. Development of an ecological framework for building successful collaboration between primary care and public health. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(Suppl 2):article P133 [1 p.]. doi: 10.1186/1472-6963-14-S2-P133.
52. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Instaurer une culture d'équité dans le secteur de la santé publique au Canada : Une analyse du contexte 2018 [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St Francis Xavier; 2018 [cité le 26 nov 2021]. 67 p. Disponible: https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Building_a_culture_of_equity_in_Canadian_public_health_-_An_environmental_scan_FR_Final.pdf
53. Institut Tamarack. Building collaboration capacity for Ontario Health Teams [En ligne]. Waterloo (ON): Institut Tamarack [cité le 26 nov 2021]; [environ 7 écrans]. Disponible: <https://www.tamarackcommunity.ca/building-collaboration-capacity-for-ontario-health-teams> (en anglais)
54. Evans C, Waddell K, Dion A, Bullock HL, Lavis JN. Lessons from COVID-19: leveraging integrated care during Ontario's COVID-19 response [En ligne]. Hamilton (ON): McMaster Health Forum; 26 mars 2021 [cité le 26 nov 2021]. 27 p. Disponible: https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/lessons-from-covid-19--leveraging-integrated-care-during-ontario-s-covid-19-response.pdf?sfvrsn=3ea91109_6 (en anglais)
55. Miller J. When an Ottawa family of five all contracted COVID-19, emergency service sprang into action. *Ottawa Citizen* [En ligne]. 4 fév 2021 [mis à jour le 9 fév 2021; cité le 26 nov 2021];[environ 11 écrans]. Disponible: <https://ottawacitizen.com/news/local-news/when-an-ottawa-family-of-five-all-contracted-covid-19-emergency-service-sprang-into-action> (en anglais)
56. Croix-Rouge canadienne. Connexion Nouveau-Brunswick [En ligne]. [Lieu inconnu]: Croix-Rouge canadienne [cité le 26 nov 2021]. Disponible: <https://connectionnb.redcross.ca/fr-ca>
57. United Way British Columbia, Lower Mainland Region. Healthy aging programs [En ligne]. Burnaby (BC): UWBC [cité le 26 nov 2021]. [Environ 4 écrans]. Disponible: <https://www.uwlm.ca/your-impact/healthyaging/haprograms/> (en anglais)

58. Réseau universitaire de santé. UHN part of first-in-Canada social medicine modular housing in Parkdale [En ligne]. Toronto (ON): RUS; 7 juin 2021 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 4 écrans]. Disponible: https://www.uhn.ca/corporate/News/Pages/UHN_part_of_first_in_Canada_Social_Medicine_Modular_Housing_in_Parkdale.aspx (en anglais)
59. NEJM Catalyst. What Is value-based healthcare? [En ligne] Waltham (MA): NEJM Catalyst; 1 jan 2017 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 9 écrans]. Disponible: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558> (en anglais)
60. National Association of County and City Health Officials. Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP) glossary [En ligne]. Washington (DC): NACCHO [cité le 26 nov 2021]. 12 p. Disponible: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/MAPP-Glossary.pdf> (en anglais)
61. Maraccini AM, Galiatsatos P, Harper M, Slonim AD. Creating clarity: distinguishing between community and population health. *Am J Accountable Care* [En ligne]. Juin 2017 [cité le 26 nov 2021];5(2):27-32. Disponible: <https://www.ajmc.com/view/creating-clarity-distinguishing-between-community-and-population-health> (en anglais)
62. Pilon M, Brouard F. Description and observations of the transition to a model of Ontario Health Teams [En ligne]. Rochester (NY): SSRN; 31 mars 2020 [cité le 26 nov 2021]. 12 p. Disponible: <https://ssrn.com/abstract=3765535> (en anglais)
63. Réseau universitaire de santé. Social Medicine Program [En ligne]. Toronto (ON): RUS [cité le 26 nov 2021]. [Environ 2 écrans]. Disponible: <https://www.uhn.ca/social-medicine#about> (en anglais)
64. Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. *BMJ*. 28 mars 2019;364:l1285. doi: 10.1136/bmj.l1285.
65. Smith K. Identifying barriers to accessing community-based services for clients of Fraser Health's social prescribing program [projet de maîtrise en ligne]. Victoria (BC): Université de Victoria; 2021 [cité le 26 nov 2021]. 89 p. Disponible: <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/12767> (en anglais)
66. Mulligan K, Hsiung S, Bhatti S, Rehel J, Rayner J. Rx: Communauté – La prescription sociale en Ontario, rapport final [En ligne]. Toronto (ON): Alliance pour des communautés en santé; mars 2020 [cité le 26 nov 2021]. 79 p. Disponible: https://cdn.ymaws.com/aohc.site-ym.com/resource/group/e0802d2e-298a-4d86-8af5-21156f9c057f/rxcommunity_final_report_fr_.pdf
67. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'engagement communautaire axé sur l'équité en santé : Parlons-en [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St Francis Xavier; 2021 [cité le 26 nov 2021]. 13 p. Disponible: <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Community-Engagement-FR.pdf>
68. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health*. Oct 2020;5(10):e003188 [11 p.]. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003188.
69. Smith MJ, Upshur REG. Learning lessons from COVID-19 requires recognizing moral failures. *J Bioethical Inq*. Déc 2020;17(4):563–6. doi: 10.1007/s11673-020-10019-6.
70. Cresswell K, Dhami S, Sheikh A. National COVID-19 lockdown exit strategies need to pay more attention to community engagement and workplace safety. *J Glob Health*. Déc 2020;10(2):article 020323 [4 p.]. doi: 10.7189/jogh.10.020323.
71. Agence de la santé publique du Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 1.0 [En ligne]. Ottawa (ON): ASPC; 2008 [cité le 26 nov 2021]. 27 p. Disponible: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/public-health-practice/skills-online/core-competencies-public-health-canada/cc-manual-fra090407.pdf>
72. Khan Y, Brown AD, Gagliardi AR, O'Sullivan T, Lacarte S, Henry B, et al. Are we prepared? The development of performance indicators for public health emergency preparedness using a modified Delphi approach. *PLoS One*. 23 déc 2019;14(12):e0226489 [19 p.]. doi: 10.1371/journal.pone.0226489.
73. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Cadre et indicateurs de la préparation aux situations d'urgence en santé publique : Manuel de soutien aux pratiques de santé publique [En ligne]. Toronto (ON): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; mai 2020 [cité le 26 nov 2021]. 43 p. Disponible: <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/w/2020/workbook-emergency-preparedness.pdf?la=fr>

74. Hunt S. Revue des compétences essentielles pour la santé publique : Une perspective de santé publique autochtone [En ligne]. Prince George (BC): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2015 [cité le 26 nov 2021]. 27 p. Disponible: <https://www.cnsa.ca/docs/context/RPT-CoreCompentenciesHealth-Hunt-FR.pdf>
75. Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses; Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Mesurer ce qui compte en plein cœur de la pandémie de COVID-19 : Indicateurs d'équité pour la santé publique [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St Francis Xavier; sep 2020 [cité le 26 nov 2021]. 29 p. Disponible: https://ccnmi.ca/wp-content/uploads/sites/3/2020/10/Measuring-What-Counts-in-the-Midst-of-the-COVID-19_FR.pdf
76. Jewett RL, Mah SM, Howell N, Larsen MM. Social cohesion and community resilience during COVID-19 and pandemics: a rapid scoping review to inform the United Nations Research Roadmap for COVID-19 Recovery. *Int J Health Serv.* Jul 2021;51(3):325-36. doi: 10.1177/00207314211997092.
77. McMahon M, Nadigel J, Thompson E, Glazier RH. Informing Canada's health system response to COVID-19: priorities for health services and policy research. *Healthc Policy.* Août 2020;16(1):112-4. doi: 10.12927/hcpol.2020.26249.
78. Unuigbo NF. Traditional ecological knowledge and global pandemics: biodiversity and planetary health beyond Covid-19. London (UK): Routledge; 2021. 94 p.
79. Comité international de la Croix-Rouge; Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Guide de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur l'engagement communautaire et la redevabilité (CEA) [Internet]. Genève (Suisse): CICR; 2017 [cité le 4 jan. 2022]. 104 p. Disponible: <https://oldmedia.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/2018/01/IFRC-CEA-GUIDE-FR-1101.pdf>
80. DIALOG. Community Wellbeing Framework [En ligne]. San Francisco (CA): DIALOG; [cité le 26 nov 2021]. [Environ 18 écrans]. Disponible: <https://www.dialogdesign.ca/community-wellbeing-framework/>.
81. Russell C. Getting to authentic co-production: an asset-based community development perspective on co-production. Dans: Loeffler E, Bovaird T, rédacteurs. *The Palgrave handbook of co-production of public services and outcomes.* Cham (CHE): Palgrave Macmillan; 2021. p. 173-92.
82. Greer AM, Luchenski SA, Amlani AA, Lacroix K, Burmeister C, Buxton JA. Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *BMC Public Health.* 2016;16:article 452 [9 p.]. doi: 10.1186/s12889-016-3136-4.
83. Bhatti S, Rayner J, Pinto AD, Mulligan K, Cole DC. Using self-determination theory to understand the social prescribing process: a qualitative study. *BJGP Open.* Avril 2021;5(2):article BJGPO.2020.0153 [10 p.]. doi: 10.3399/BJGPO.2020.0153.
84. Ville de Toronto. Board of Health [En ligne]. Toronto (ON): Ville de Toronto [cité le 26 nov 2021]. [Environ 4 écrans]. Disponible: <https://secure.toronto.ca/pa/decisionBody/44.do> (en anglais)
85. Ville de Hamilton. Board of Health addendum [En ligne]. Hamilton (ON): Ville de Hamilton; 22 mars 2021 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 2 écrans]. Disponible: <https://pub-hamilton.escribemeetings.com/Meeting.aspx?id=e3034a95-a787-4b40-a5e3-0d07d4cfeb91&Agenda=Addendum&lang=English> (en anglais)
86. Church J, Triska O, Rondeau K, Wilson D, Wagner PS, McKim B, et al. Citizen Participation Partnership Project [En ligne]. Edmonton (AB): Université de l'Alberta, École de santé publique, Centre d'études sur la promotion de la santé; mai 2006 [cité le 26 nov 2021]. 46 p. Disponible: <https://www.deslibris.ca/ID/231108> (en anglais)
87. Herriot R, Persaud S, Tao R, Stacey S. Changes to community health centres will hurt primary care in B.C. [En ligne]. Toronto (ON): Healthy Debate; 9 juil 2014 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 5 écrans]. Disponible: <https://healthydebate.ca/2014/07/topic/community-health-centres/> (en anglais)
88. Smit A, Syed H, Stewart A, Duchene T, Fazzari M. States of emergency: decision-making and participatory governance in Canadian municipalities during COVID-19 [En ligne]. Windsor (ON): Windsor Law Centre for Cities; sep 2020 [cité le 26 nov 2021]. 48 p. Disponible: <https://windsorlawcities.ca/wp-content/uploads/2020/11/Windsor-Law-Centre-for-Cities-States-of-Emergency-Report.pdf> (en anglais)
89. Blair A, Warsame K, Naik H, Byrne W, Parnia A, Siddiqi A. Identifying gaps in COVID-19 health equity data reporting in Canada using a scorecard approach. *Can J Public Health.* Juin 2021;112(3):352-62. doi: 10.17269/s41997-021-00496-6.

90. Ismail SJ, Tunis MC, Zhao L, Quach C. Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic. *BMJ Glob Health*. Jan 2021;6(1):e004087 [9 p.]. doi: 10.1136/bmjgh-2020-004087.
91. Glazier R. The lessons of COVID-19 for Canadian learning health systems [En ligne]. Toronto (ON): Longwoods; 21 oct 2020 [cité le 26 nov 2021]. 39 p. Disponible: https://www.longwoods.com/articles/images/Longwoods_Breakfast_slides_Oct_21_Glazier.pdf (en anglais)
92. Mecredy G, Sutherland R, Jones C. First Nations data governance, privacy, and the importance of the OCAP® principles. *Int J Popul Data Sci*. 2018;3(4):320. doi: 10.23889/ijpds.v3i4.911.
93. Bertagnolli MM, Anderson B, Norsworthy K, Piantadosi S, Quina A, Schilsky RL, et al. Status update on data required to build a learning health system. *J Clin Oncol*. 10 mai 2020;38(14):1602–7. doi: 10.1200/JCO.19.03094.
94. Bernier A, Knoppers BM. Pandemics, privacy, and public health research. *Can J Public Health*. Août 2020;111(4):454–7. doi: 10.17269/s41997-020-00368-5.
95. Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) [En ligne]. [Lieu inconnu]: RCSSSP [cité le 26 nov 2021]. Disponible: <https://cpcssn.ca/> (en anglais)
96. Koch K. Infrastructure policy trends: the digital divide and the lack of broadband access during COVID-19. School of Public Policy Publications. 2020;13:[2 p.]. doi: 10.11575/sppp.v13i0.70382.
97. Clare CA. Telehealth and the digital divide as a social determinant of health during the COVID-19 pandemic. *Netw Model Anal Health Inform Bioinform*. 2021;10(1):article 26 [3 p.]. doi: 10.1007/s13721-021-00300-y.
98. Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. Leçons de la crise du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada [En ligne]. Ottawa (ON): Santé Canada; oct 2003 [cité le 26 nov 2021]. 232 p. Disponible: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/learning-sars-renewal-public-health-canada/lecons-crise-sras-f.pdf>
99. Santé Canada. Le rapport Kirby [En ligne]. Ottawa (ON): Santé Canada [modifié le 13 jan 2005; cité le 26 nov 2021]. [Environ 2 écrans]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/strategie/rapport-kirby.html>
100. Santé Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada: La Commission Romanow [En ligne]. Ottawa (ON): Santé Canada [modifié le 30 avril 2009; cité le 26 nov 2021]. [Environ 3 écrans]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/strategie/commission-romanow.html>
101. Marchildon G. The integration challenge in Canadian regionalization. *Cad Saude Publica*. 2019;35(suppl 2):e00084418 [8 p.]. doi: 10.1590/0102-311X00084418.
102. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Réflexions sur la relation entre les services de santé publique et de soins primaires [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St Francis Xavier University; 2021 [cité le 26 nov 2021]. 4 p. Disponible: https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Reflections-on-the-relationship-between-public-health-and-primary-care_FR_2021.pdf
103. Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités de santé dans les Amériques. Justes sociétés : Équité en santé et vie digne [En ligne]. Washington (DC): OPS; 2019 [cité le 26 nov 2021]. 314 p. Disponible: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51614>
104. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. Juin 2011;89(2):256-88. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x.
105. Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):article 2993 [15 p.]. doi: 10.3390/ijerph18062993.
106. Leitch S, Corbin JH, Boston-Fisher N, Ayele C, Delobelle P, Gwanzura Ottemoller F, et al. Black Lives Matter in health promotion: moving from unspoken to outspoken. *Health Promot Int*. Août 2021;36(4):1160-9. doi: 10.1093/heapro/daaa121.
107. Glazier RH, Green ME, Wu FC, Frymire E, Kopp A, Kiran T. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *CMAJ*. 8 fév 2021;193(6):E200–10. doi: 10.1503/cmaj.202303.

108. Médecins résidents du Canada. Sondage national de novembre 2020 auprès des résidents : Sommaire des résultats [En ligne]. Ottawa (ON): MRC; 2021 [cité le 26 nov 2021]. 6 p. Disponible: <https://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2021/04/MRC-Sommaire-des-re%CC%81sultats-2020-1.pdf>
109. Shekelle PG, Begashaw M. What are the effects of different team-based primary care structures on the quadruple aim of care? A rapid review [En ligne]. Washington (DC): United States, Department of Veterans Affairs; fév 2021 [cité le 26 nov 2021]. 54 p. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/vaespteamcare/pdf/> (en anglais)
110. Srinivasan M, Phadke AJ, Zulman D, Israni ST, Madill ES, Savage TR, et al. Enhancing patient engagement during virtual care: a conceptual model and rapid implementation at an academic medical center. *NEJM Catal Innov Care Deliv*. 10 juil 2020:[10 p.]. doi: 10.1056/CAT.20.0262.
111. Nowak DA, Mulligan K. La prescription sociale. Appel à l'action. *Can Fam Physician*. Fév 2021;67(2):96-99. doi: 10.46747/cfp.670296.
112. Pinto AD, Bloch G. Framework for building primary care capacity to address the social determinants of health. *Can Fam Physician* [En ligne]. Nov 2017 [cité le 26 nov 2021];63(11):e476-82. Disponible: <https://www.cfp.ca/content/63/11/e476> (avec résumé en français sous le titre Plan d'action pour renforcer les capacités des établissements de soins primaires afin de tenir compte des déterminants sociaux de la santé)
113. Toronto City Council. City Council consideration on May 28, 2020: HL16.2 COVID-19 update [En ligne]. Toronto (ON): City Council; 28 mai 2020 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 6 écrans]. Disponible: <http://app.toronto.ca/tmmis/viewAgendaItemHistory.do?item=2020.HL16.2> (en anglais)
114. McKenzie K. Socio-demographic data collection and equity in covid-19 in Toronto. *EClinicalMedicine*. Avril 2021;34:article 100812 [2 p.]. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100812.
115. City of Toronto, Community and Social Services, Deputy City Manager. TO Supports: COVID-19 Equity Action Plan [En ligne]. Toronto (ON): City of Toronto; 30 nov 2020 [cité le 26 nov 2021]. 11 p. Disponible: <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2020/hl/bgrd/backgroundfile-159097.pdf> (en anglais)
116. City of Toronto. COVID-19: pandemic data [En ligne]. Toronto (ON): City of Toronto [mis à jour le 1 juin 2021; cité le 26 nov 2021]. [Environ 2 écrans]. Disponible: <https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-pandemic-data/> (en anglais)
117. Béland F. Pandémie, iniquités, santé publique, information, interventions : l'échec canadien? *Can J Public Health*. Juin 2021;112(3):349-51. doi: 10.17269/s41997-021-00511-w.
118. Ontario, Cabinet du premier ministre. L'Ontario offre du soutien aux collectivités prioritaires [En ligne]. Toronto (ON): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 21 déc 2020 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 5 écrans]. Disponible: <https://news.ontario.ca/fr/backgrounder/59793/ontario-offre-du-soutien-aux-collectivites-prioritaires>
119. Shephard T. Community ambassadors in north Etobicoke are helping people get vaccinated [En ligne]. Toronto (ON): thestar.com; 5 mai 2021 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 6 écrans]. Disponible: <https://www.thestar.com/local-toronto-etobicoke/news/2021/05/05/community-ambassadors-in-north-etobicoke-are-helping-people-get-vaccinated.html> (en anglais)
120. Ireland N. Here's how community groups are getting COVID-19 vaccinations to Indigenous people in Canada's largest city [En ligne]. Toronto (ON): CBC News; 14 mars 2021 [cité le 26 nov 2021]. [Environ 10 écrans]. Disponible: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-vaccination-outreach-indigenous-people-1.5949046> (en anglais)