



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses
National Collaborating Centre
for Infectious Diseases



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
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

Septembre 2020

Margaret Haworth-Brockman, M. Sc.
Claire Betker, inf. aut., Ph. D.



Mesurer ce qui compte en plein cœur de la pandémie de COVID-19 :

Indicateurs d'équité pour la santé publique

Septembre 2020

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

et

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Renseignements :

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses

Faculté des sciences de la santé

Université du Manitoba

Winnipeg (Manitoba)

Téléphone : 204-318-2591

Courriel : ccnmi@umanitoba.ca

<https://ccnmi.ca>

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Université St. Francis Xavier

Antigonish (Nouvelle-Écosse)

Téléphone : 902-867-6133

Courriel : ccnds@stfx.ca

<https://nccdh.ca/fr/>

Numéro de projet du CCNMI : 520.

ISBN 978-1-927988-66-4

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier Lesley Dyck pour sa contribution aux premières étapes du projet. Elles souhaitent également remercier Yoav Keynan, Yasmin Khan, Connie Clement, Samiya Abdi et Hannah Moffatt pour leurs commentaires avisés. Elles signalent en outre que le contenu du présent document se veut évolutif. Elles accueilleront donc avec plaisir les commentaires et les suggestions.

Page laissée en blanc intentionnellement.

Table des matières

Introduction.....	1
Partie 1. Prise en compte de l'équité en santé dans la préparation, l'intervention et le rétablissement en cas de pandémie.....	5
Partie 2. SRAS et H1N1 : préparation en cas de pandémie avec l'équité en tête?	7
Partie 3. Aide aux décisions axées sur l'équité durant la pandémie.....	12
Partie 4. Mesure de la performance : indicateurs de ce qui compte	15
Conclusion	30
Références bibliographiques	31

Page laissée en blanc intentionnellement.

Mesurer ce qui compte au cœur de la pandémie de COVID-19

Indicateurs d'équité pour la santé publique

Introduction

La préparation, l'intervention, l'atténuation et le rétablissement font partie des fonctions de base de la santé publique du Canada en cas de pandémie(1). Chapeautée par les agences, les services et les bureaux de santé publique du Canada, la gestion de la lutte contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) profite en 2020 d'une mobilisation sans précédent de ressources humaines, financières et matérielles. L'ensemble des collectivités et de nombreux ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux du pays sont mis à contribution.

La COVID-19 fait ressortir et amplifie les iniquités perpétuellement vécues au Canada, y compris celles associées aux systèmes de santé. L'accès inégal aux soins de santé, le racisme et la marginalisation en termes de possibilités d'emploi et de services essentiels, et l'incapacité à déterminer les iniquités à partir des données probantes font surface et retiennent l'attention du public. Pour rendre l'équité en santé explicite et inciter les acteurs de la santé publique à porter une attention éclairée aux problèmes d'équité, il faudrait situer les fonctions de préparation et d'intervention en réponse à la pandémie actuelle dans le contexte de systèmes plus larges. Les systèmes de santé publique peuvent contribuer à atténuer les iniquités de santé et à renforcer la résilience des populations. Une plus grande résilience peut influencer le cours de la pandémie au Canada. Pour comprendre les iniquités et la défavorisation qui s'ensuit, il importe au plus haut point de mesurer ce qui compte et d'examiner ce qui est mesuré et ce qui est omis du processus(2,3).

Au début de 2020, lorsque la propagation et les effets de la COVID-19 s'accéléraient au Canada, les équipes des Centres de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) et des déterminants de la santé (CCNDS) se sont penchées sur les leçons tirées et les recommandations entourant l'équité en santé à la suite de pandémies précédentes, en l'occurrence le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et le virus de la grippe A [anciennement connue sous le nom A(H1N1)pdm09]. L'étape de la préparation en cas de pandémie peut sembler relever du passé (6 mois). Cependant, le pays se prépare à affronter une deuxième vague et des vagues subséquentes tout en continuant de lutter contre la transmission et l'infection. Nous nous retrouvons dans un cycle de planification, d'intervention et de rétablissement. Il est encore temps d'atténuer les iniquités existantes et grandissantes et de prévenir des conséquences encore plus graves ou non intentionnelles des mesures prises en santé publique.

Les deux objectifs du présent document d'orientation sont les suivants :

1. Aux étapes de la préparation et de l'intervention dans le cycle de gestion de la pandémie, encourager la prise de décision et de mesures qui tiennent compte explicitement des déterminants structurels et sociaux de la santé et qui visent à atténuer les iniquités de santé.
2. Enrichir les indicateurs de résilience du système de santé publique de manière à mesurer l'efficacité des mesures prises pour atténuer les iniquités et soutenir et accroître les

approches équitables pour lutter contre la COVID-19 à l'heure actuelle, lors des prochaines vagues, durant le rétablissement et advenant d'autres éclosions.

Contexte

Il y a dix-sept ans, lorsque le SRAS a frappé le Canada, on s'est aperçu que le système de santé publique du pays présentait des lacunes. Il était en effet mal organisé, doté de ressources insuffisantes et mal préparé(4). Bon nombre de rapports et d'études parus par la suite traitent de ces faiblesses. On a donc subséquemment apporté des changements aux systèmes de santé publique d'un bout à l'autre du Canada (5,6). Parmi les recommandations formulées à la suite de la crise du SRAS, outre la création de l'Agence de la santé publique du Canada et du bureau de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, soulignons celles concernant les structures fédérales, provinciales et territoriales centrées sur la surveillance, la planification, la recherche, le transfert des connaissances de même que les systèmes stratégiques et de prise de décision(7).

Moins d'une décennie plus tard, la pandémie de grippe A (H1N1) est venue de nouveau mettre à l'épreuve la capacité et l'état de préparation de la santé publique. Les conclusions des analyses et des évaluations menées subséquemment s'apparentent à celles tirées de la crise du SRAS(8,9). Les autres recommandations formulées à la suite des deux pandémies concernent l'importance de porter plus d'attention aux populations à risque(10,11) et l'influence et l'incidence des pandémies sur les déterminants sociaux de la santé, ce qui correspond à l'approche du gouvernement du Canada en matière de santé des populations(4). Cependant, les autres recommandations ne traitent pas explicitement de l'importance des approches et des analyses qui intègrent une démarche pour promouvoir l'équité en santé ni des concepts connexes.

Près de 20 ans après la crise du SRAS, les valeurs et les priorités du Canada en ce qui a trait à se préparer à reconnaître et à répondre aux besoins des populations¹ « vulnérables » ou « prioritaires » sont sans doute mieux articulées(1,12,13). Certains rapports et exposés de principe évoquent explicitement la nécessité de mettre un terme à la colonisation et à la marginalisation des Premières Nations, des Métis et des Inuits(14) et au racisme systémique(15,16) qui entraînent les inégalités de santé. On y exhorte en outre les parties prenantes à améliorer les analyses fondées sur le sexe et le genre et à en considérer les recoupements avec d'autres déterminants de la santé(17). On y signale aussi les défis à surmonter pour répondre aux besoins des collectivités rurales et éloignées, où le personnel de santé se fait rare et où l'accès aux soins et aux services de santé demeure problématique(18,19). On constate cependant un désir général d'officialiser les processus et les mesures destinées à prévenir et à atténuer les iniquités afin d'améliorer la probabilité d'obtenir des résultats plus équitables en matière de santé au Canada(2). La COVID-19 touche de façon disproportionnée les populations racisées, à faible revenu et nouvellement arrivées au pays, et principalement les femmes de ces groupes de population(20). Dans des rapports du Wellesley Institute, par exemple, on mentionne que les personnes s'identifiant comme

¹ Nous soulignons que la terminologie employée – vulnérable, à risque, prioritaire, marginalisé et ainsi de suite – découlent de paradigmes de la discrimination systémique. Comme il est mentionné dans la section suivante, nous utilisons le terme proposé par les spécialistes, soit « défavorisé ».

étant d'origine arabe, moyen-orientale, latino-américaine ou du Sud-Est asiatique ou comme étant Noires présentent un risque de six à neuf fois plus élevé d'obtenir un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 que les populations blanches selon les données recueillies par Santé publique Toronto durant la période s'échelonnant de la mi-mai à juillet(21). Bien que l'on reconnait de plus en plus ce problème d'iniquités, il faut aussi se doter de moyens concrets pour passer à l'action et corriger la situation.

Phases du projet

Le projet a comporté plusieurs phases. Le présent document d'orientation fait la synthèse de l'information dégagée des premières phases du projet. Il vise à encourager les professionnels et les décisionnaires de la santé publique à considérer de manière explicite l'équité en santé aux étapes de préparation, d'intervention et de

rétablissement dans la lutte contre une pandémie. Pour la première phase, nous avons retenu les services d'une experte-conseil et l'avons chargée de passer en revue les principaux rapports d'analyse de l'état de préparation et des interventions lors de la crise du SRAS en 2003 et la grippe A(H1N1) en 2009-2010. Nous voulions connaître la mesure dans laquelle les rapports faisaient implicitement ou explicitement état de l'équité en santé. Pour la deuxième phase, nous avons puisé dans les derniers travaux de la Dre Yasmin Khan et de ses

collègues qui ont élaboré un cadre conceptuel et des indicateurs afin de mesurer la performance des organismes de santé publique par rapport à leur préparation aux situations d'urgence(22–24). Nous voulons étendre leurs travaux aux étapes des interventions et du rétablissement (voir la figure 1)(25), puisque la situation de la COVID-19 va durer encore un certain temps et que nos systèmes de santé publique suivent un cycle ininterrompu et itératif de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement. La Dre Khan et ses collègues s'intéressaient à la résilience des *systèmes* de santé publique. Pour notre part, nous voulons aussi examiner les indicateurs de performance des systèmes en ce qui a trait à la prise en compte de la résilience des *populations* lorsque l'on a cherché à réagir ou à mettre un terme aux iniquités de santé. La troisième phase consistera à obtenir les commentaires des professionnels et des décisionnaires de la santé publique au sujet de l'utilité de tels indicateurs et des formats qui pourraient le mieux servir les organismes et les agences de santé publique.

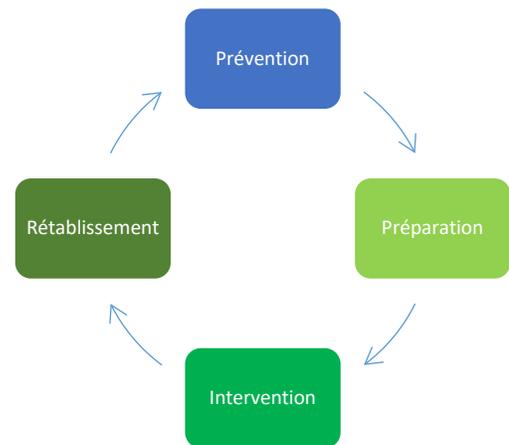


Figure 1 : Une version typique du cycle de gestion des urgences (25)

Structure du document

Le présent document d'orientation comporte quatre parties. Dans la première partie, nous faisons le tour des principaux documents et des principales mesures se rapportant à l'atténuation des iniquités de santé au Canada. Nous y soulignons l'importance d'intégrer les valeurs et les principes d'équité dans les processus de préparation et dans les plans de gestion en cas d'urgence de santé publique.

Dans la deuxième partie, nous résumons les constatations de la revue documentaire effectuée sur le traitement fait de l'équité en santé et des iniquités de santé dans les documents parus à la suite de la crise du SRAS et de la grippe A(H1N1) et portant sur les processus de planification et d'intervention lors de ces pandémies. Nous y mentionnons en outre les mesures à prendre à court et à long terme pour continuer de communiquer les iniquités et la défavorisation durant les éclosions actuelles et celles susceptibles de survenir à l'avenir.

Nous décrivons dans la troisième partie un processus de prise de décision que les organismes de santé publique et autres organismes concernés pourraient adapter. Nous y analysons plus en détail les travaux de la Dre Yasmin Khan et de ses collègues, qui ont élaboré un cadre de préparation aux situations d'urgence en santé publique afin de favoriser la résilience du système de santé publique(22).

La quatrième partie contient une série d'indicateurs créés par la Dre Khan et de ses collègues à la lumière d'un processus de recherche rigoureux(23) de même qu'une série de précisions liées à l'équité en santé qui ont émergé au cours du projet. Les indicateurs visent à encourager les organismes de santé publique à prendre des mesures explicites dans leur processus de planification et leur approche pour intégrer et faire participer les populations les plus défavorisées durant une pandémie au Canada. Les indicateurs et nos précisions montrent la nécessité de collecter des données sur l'état de santé des populations et les résultats en matière de santé et d'en faire rapport en les désagrégeant en fonction de facteurs comme le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le groupe ethnique et la race.

Le présent document porte principalement sur la capacité des organismes de santé publique d'intégrer les perspectives d'équité en santé de manière systématique et systémique dans les prises de décision entourant la préparation, l'intervention et le rétablissement en situation d'urgence.

Partie 1. Prise en compte de l'équité en santé dans la préparation, l'intervention et le rétablissement en cas de pandémie

D'aucuns savent que le Canada contribue positivement à ce qui se fait à l'échelle mondiale en matière de déterminants sociaux de la santé et d'atténuation des iniquités de santé. Pensons par exemple à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)(26), à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé(27) et à la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires(28). Soulignons aussi le soutien du Canada aux objectifs de développement durable de l'ONU(29).

Toutefois, au Canada, le gouvernement fédéral se concentre essentiellement sur les inégalités de santé, ou les différences observées dans l'état de santé d'un groupe de population à l'autre, et seulement accessoirement sur les systèmes, structures et politiques injustes qui perpétuent le problème des iniquités de santé. Il a par exemple élaboré des indicateurs d'inégalité de santé, mis en place des structures propres à renforcer le système de santé publique, facilité l'action intersectorielle en matière de déterminants sociaux de la santé et attribué des fonds pour l'atténuation des principales inégalités (p. ex. développement de la petite enfance, racisme, déterminants de la santé des Autochtones)(30,31).

Récemment, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada a déclaré vouloir mettre l'accent sur une approche d'équité en santé pour atténuer les inégalités de santé dans certains groupes de population clés et guider l'exercice du leadership en matière de prévention et de promotion à l'échelle nationale(32). Il se révèle capital d'affermir et de consolider cet engagement durant la pandémie de COVID-19. En effet, les flambées de maladies infectieuses – plus particulièrement de cette envergure – font ressortir et amplifier les iniquités sociales, matérielles et de santé, et elles risquent d'entraîner d'autres iniquités(33–35).

Le gouvernement du Canada a instauré une Politique en matière d'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre² (ACFSG) pour son portefeuille de la Santé dont font partie Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (36). L'analyse consiste en la prise en compte systématique de l'influence du sexe (biologique et physiologique) et du genre (normes et attentes sociales par rapport aux individus) sur l'expérience vécue et recoupe les pressions et les relations sociétales (37). Elle se veut à la fois un processus – l'analyse des similitudes et des différences parmi et entre des groupes d'hommes et de femmes – et un produit – l'information concernant les façons dont l'état de santé est influencé par les iniquités (37). Cette analyse s'avère un processus et un résultat nécessaires pour

Égalité : réfère au fait pour les individus et les groupes sociaux d'avoir les mêmes possibilités d'obtenir et de réguler les ressources sociales, économiques et politiques.

Équité : réfère à la justice et est relative, en fonction des besoins, des préférences et des intérêts différents des individus ou des groupes sociaux.

L'équité en santé est confirmée lorsque les différences systémiques évitables, systématiques et injustes n'existent plus.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé (3).

² Aussi surnommée l'ACS+ (analyse comparative entre les sexes plus) dans les ministères fédéraux.

comprendre toute la portée de la COVID-19 et pour mettre en lumière là où se manifestent les iniquités de genre et de sexe(38).

En 2015, la Commission de vérité et réconciliation du Canada a fait paraître son rapport final intitulé *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir*(39). Le gouvernement du pays documente depuis les mesures prises pour briser le cycle des générations de racisme, de négligence et de génocide culturel à l'endroit des Autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits)(40). Le Canada a réagi à la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* en ratifiant la déclaration en 2016 (quoique le Canada avait « appuyé » la déclaration en 2010). Des discussions sont en cours entre le fédéral et les provinces et territoires afin de concrétiser un projet de collaboration à l'élaboration d'une législation fédérale en la matière³.

En 2018, le gouvernement du Canada reconnaissait officiellement la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine(41), par laquelle « la communauté internationale distingue les personnes d'ascendance africaine comme groupe dont les droits humains doivent être promus et protégés(42) ».

Voilà des exemples de l'expression et de l'application des valeurs et des principes d'équité au Canada. Pour justifier les choix faits en situation d'urgence, il faut s'assurer que les décisions reflètent les valeurs et les principes de santé publique, incluant l'équité et la justice sociale(12). Pour ce faire, il faut résolument chercher à examiner les politiques, les programmes et les structures et à y apporter les changements voulus pour les harmoniser aux valeurs d'équité énoncées. Tout comme d'autres organismes de santé publique, le CCNDS a produit de nombreuses ressources expliquant la manière de mettre ces valeurs et ces concepts en pratique dans les organismes de santé publique (allez au www.ccnds.ca).

³ <https://www.thestar.com/news/canada/2020/03/11/undrip-covid-19-key-issues-for-talks-with-pm-and-premiers-say-indigenous-leaders.html> (en anglais)

Partie 2. SRAS et H1N1 : préparation en cas de pandémie avec l'équité en tête?

La revue documentaire effectuée lors de la première phase du projet portait sur les leçons tirées du SRAS et de la grippe A(H1N1). Nous avons dégagé des rapports le traitement et les commentaires en ce qui concerne les mesures prises pour remédier aux iniquités ou à la défavorisation, par exemple chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits; selon le sexe ou le genre; selon les populations vivant en milieu rural ou éloigné au Canada; et d'autres facteurs comme la race. Nous utilisons le terme « défavorisées » – bien que le terme employé ailleurs puisse être populations vulnérables, marginalisées, mal servies, à risque élevé ou prioritaires ou de populations à l'étude – parce que nous voulons reconnaître et admettre que les systèmes en place défavorisent largement certains individus et en privilégient d'autres en avantageant de manière injuste certaines personnes en raison de leur identité ou de leur position sociales(43,44).

Surnommé le rapport Naylor, le rapport élaboré par les médecins sentinelles à la suite de la pandémie de SRAS s'intitule *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada*(4). Cette étude exhaustive fait état des résultats d'évaluation à court terme des leçons tirées des interventions de la santé publique pour juguler la flambée épidémique de SRAS et des mesures à prévoir à long terme en ce qui concerne la préparation et l'intervention ainsi que le contrôle et la prévention des maladies infectieuses. Le rapport a jeté les bases du renouvellement de la santé publique au Canada.

Le rapport Naylor traite des problèmes liés à l'équité en santé et aux déterminants sociaux de la santé sous divers angles. Le premier concerne l'application de principes éthiques, principalement d'un point de vue clinique. Les auteurs signalent qu'en raison des nombreux « problèmes d'ordre déontologique posés par les effets secondaires des soins apportés aux patients du SRAS [...], les décideurs devaient établir un équilibre entre [...] contrôler la propagation de la maladie et [...] les droits des patients non infectés d'obtenir des soins médicaux [...]»(4) (p. 179) ». Ils concluent « qu'un cadre déontologique quelconque pourrait s'avérer utile à l'avenir aux décideurs(4) (p. 179) ».

L'une des questions d'éthique non mentionnée explicitement dans le rapport Naylor concerne l'importance de distinguer et d'appliquer l'éthique en santé publique (différente de l'éthique clinique). Soulignons que l'éthique en santé publique implique une préoccupation pour les déterminants sociaux de la santé et pour la prise des mesures voulues pour atténuer et non pas exacerber les iniquités de santé(45). Les jugements éthiques au sujet de la justice et de la transparence dans le travail d'équité en santé publique influent considérablement sur le processus décisionnel à tous les échelons(12).

Un autre point soulevé dans le rapport Naylor a trait aux moyens d'agir en santé publique et aux différences sur ce plan d'un endroit à l'autre au Canada. Les auteurs mettent en lumière les iniquités entre les provinces et les territoires du pays ainsi qu'entre les établissements hospitaliers, particulièrement en ce qui concerne la rémunération des travailleurs de la santé(4). Ils décrivent en outre dans une section du rapport les différences marquées dans les régions rurales et éloignées du pays. Les recommandations à cet effet portent principalement sur la responsabilité du gouvernement fédéral relativement au transfert de fonds aux provinces et territoires de tenir « [...] compte des différences potentielles dans le coût des prestations en raison d'une population géographiquement

dispersée ou de proportions différentes de la population présentant des besoins plus élevés (p. ex., l'état de santé, la pauvreté, la langue, l'éducation, etc.) [...] (4) (p 86) ». Le rapport fait spécifiquement mention de la nécessité d'allouer des fonds suffisants pour fournir des services de santé publique en « situations normales » afin de disposer de la capacité d'appoint voulue en cas d'urgence, c'est-à-dire pour la planification et l'intervention en cas de pandémie(4) (p. 104).

Le rapport Naylor traite en troisième lieu de la nécessité de considérer les déterminants sociaux de la santé relatifs aux populations canadiennes. Il s'agit d'assurer ainsi la souplesse et la durabilité du système de santé publique. Ce propos cadre avec l'approche axée sur la santé de la population par laquelle on :

[...] reconnaît que la santé de la collectivité et des particuliers repose sur un vaste éventail de facteurs qui touchent l'environnement social, économique et politique aussi bien que le milieu naturel et les écosystèmes bâtis. L'interaction de ces facteurs comporte des dimensions aussi multiples que complexes, qui dépendent de surcroît des traits innés de la personne, tels le sexe et la génétique. Une perspective aussi vaste sur la santé tient compte des effets potentiels de l'interdépendance sociale, des inégalités économiques, des normes sociales et des politiques publiques sur les habitudes de vie et l'état de santé(4) (p. 19).

Les stratégies de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement en cas d'éclotions doivent par conséquent évoquer l'excellence des pratiques de planification et de gestion de l'intervention, mais aussi « [des] approches globales en matière de promotion de la santé [qui] peuvent comprendre le développement communautaire ou la défense des politiques et les activités liées aux déterminants environnementaux et socioéconomiques de la santé et des maladies(4) (p. 49) ».

Enfin, le rapport Naylor fait spécifiquement état des iniquités de santé vécues par les peuples des Premières Nations et les Inuits. On y souligne « [qu'y] répondre exige une approche large des déterminants de la santé et du développement des collectivités devant clairement être soutenue et guidée par les communautés autochtones affectées(4) (p. 81) ». On n'y offre cependant aucun autre détail quant aux solutions possibles ou aux mesures recommandées.

Une autre analyse des leçons de la pandémie de SRAS a été effectuée 15 ans plus tard, cette fois par la Dre Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada(4,6). Dans ses propos, la Dre Tam retrace les principaux jalons des mécanismes d'intervention de la santé publique en cas d'urgence au Canada depuis la crise du SRAS. Elle note certains manques touchant l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé. Elle signale que les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada ne sont pas tous dotés de la même capacité dans le domaine de la santé publique et mentionne

Le rapport Naylor fait état de quatre champs d'action pour remédier à la défavorisation :

1. Il faut maintenir un équilibre éthique entre les besoins des individus et ceux des populations en ce qui a trait aux soins cliniques.
2. Il faut se pencher sur l'écart d'une province et d'un territoire à l'autre en ce qui concerne les fonds et la capacité dont est dotée la santé publique.
3. Il faut tenir compte des déterminants sociaux de la santé dans les démarches entreprises en santé publique.
4. Il faut mettre un terme à la défavorisation, à l'oppression historique et à la négligence vécues par les Premières Nations et les Inuits.

Source : *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada* (4).

les différences entre les pays du monde sur ce plan. Elle ne traite cependant pas explicitement de l'incidence de ces différences sur l'équité en santé.

Soulignons néanmoins une exception en ce que la Dre Tam reconnaît l'importance de tenir compte des Autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits) dans les processus de planification et d'intervention de la santé publique. Devant les effets délétères des épidémies sur les populations autochtones, la Dre Tam recommande de se « doter d'interventions et d'une planification [...] appropriées sur le plan socioculturel » pour assurer la préparation de la santé publique aux situations d'urgence⁽⁴⁶⁾ (p. 112).

Un certain nombre d'études et de rapports traitent de la manière d'y arriver de façon efficace en faisant participer la collectivité aux processus de préparation aux catastrophes naturelles et d'atténuation des effets de phénomènes naturels incontrôlables⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾. Il faudrait pour ce faire disposer et maintenir en poste du personnel compétent et suffisant dans les services de santé publique – administrations locales, régionales, provinciales et territoriales, fédérales – partout au Canada afin de fournir les services essentiels voulus et avoir la capacité de mobiliser ce personnel pour intervenir, quelle que soit la menace, quel que soit l'endroit au pays ou dans le monde^(4,51). Autrement dit, il faut du personnel adéquat capable de travailler main dans la main avec les collectivités en établissant avec elles des relations de confiance et de fournir les programmes et les services essentiels. Il faut aussi se doter de la capacité d'appoint, c'est-à-dire de professionnels hautement qualifiés, pour pouvoir intervenir en cas de situation d'urgence ou émergente, telle qu'une pandémie. Ce n'est pas le cas au Canada, où le personnel en santé publique s'est érodé au fil des dernières décennies^(52,53).

L'OMS a créé un cadre de référence en matière de gestion du risque en cas d'urgence sanitaire et de catastrophe naturelle et en fait la description dans son document *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*⁽⁵⁴⁾. Le document comporte des conseils sur la manière de tenir compte des questions d'équité et plus explicitement des besoins des populations les plus à risque :

Bien que les situations d'urgence touchent tout le monde, elles ont des répercussions disproportionnées sur les personnes les plus vulnérables. Nous devons axer notre travail sur les besoins et les droits des plus pauvres, de même que des femmes, des enfants, des personnes handicapées, des aînés, des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées, et des personnes ayant une maladie chronique⁽⁵⁴⁾ (p. v). [Traduction libre]

On veut assurer par cette vision que toutes les collectivités publiques (nations) disposent de la capacité et des systèmes voulus dans les secteurs de la santé et autres secteurs pour atténuer les risques et les conséquences des urgences de santé. Le cadre de référence de l'OMS met l'accent sur une réponse systémique globale qui comprend la prévention, la préparation et l'état de préparation et aussi l'intervention comme telle et le rétablissement. Le point crucial est la collaboration, parce qu'un plan d'intervention en cas d'urgence ne relève pas d'un seul secteur ou d'une seule agence⁽⁵⁴⁾. Cependant, devant le portrait qui se dessine concernant les effets disproportionnés sur certaines tranches de population⁴ avec lesquelles les ministères de la santé ou autres ministères gouvernementaux n'ont pas

⁴ <https://www.thestar.com/news/canada/2020/05/28/which-workers-are-being-hit-hardest-by-the-covid-19-lockdown-these-6-graphics-paint-a-stark-picture-of-canadian-inequality.html> (en anglais)

beaucoup de contacts, des efforts concertés pour la planification, l'intervention et le rétablissement se révèlent encore plus pressants. Il faut établir et entretenir de telles relations avant et durant la pandémie.

Pour ce faire, il faut une approche pangouvernementale (ou de manière plus précise, une approche multi-ministérielle et intergouvernementale) axée en amont. Il est tout aussi impératif de faire participer la population tout au long du processus (voir la figure 2).

Le concept de résilience revient de plus en plus souvent dans la documentation spécialisée en santé publique(55,56). Il est un élément clé de l'approche autochtone en matière de santé(57). Soulignons en passant que la résilience constitue un point important de la *Stratégie de sécurité civile pour le Canada* publiée en 2019 :

Le concept de résilience est défini dans le Cadre de SC comme étant « l'aptitude d'un système, d'une collectivité ou d'une société à s'adapter aux perturbations découlant d'aléas par la résistance, la capacité de récupération ou le changement en vue d'atteindre et de maintenir un niveau acceptable de fonctionnement ». Le développement de la résilience repose sur un partage des responsabilités entre les citoyens, les intervenants, les organisations, les collectivités, les gouvernements, les systèmes et la société en général en vue d'éviter que les aléas ne se transforment en catastrophe(25) (p. 5 et 6).

PASSER DE	➡	À
Fondé sur la situation	➡	Fondé sur le risque
Réactif	➡	Proactif
Ciblé sur une seule menace	➡	Ciblé sur toutes les menaces
Axé sur la menace	➡	Axé sur la vulnérabilité et la capacité
Un seul organisme	➡	L'ensemble de la société
Responsabilité exclusive	➡	Partage des responsabilités des systèmes de santé
Axé sur l'intervention	➡	Axé sur la gestion du risque
Planification pour les collectivités	➡	Planification avec les collectivités

Figure 2. Suggestions de changements au cadre de gestion du risque lié aux situations d'urgence de santé et aux catastrophes naturelles (54).

En gestion des urgences, y compris aux étapes d'intervention et de rétablissement, la résilience contribue au renforcement de la faculté d'agir socialement et physiquement⁵. La résilience renforce la capacité de faire face, et de réagir aux situations d'urgence telle une pandémie, puis de retomber sur ses pieds et d'en tirer des leçons.

La COVID-19 fait ressurgir des problèmes d'équité et de défavorisation et montre l'importance de savoir qui sont (ou pourraient être) les personnes les plus touchées parmi la population, l'endroit où vivent ces personnes et les raisons pour lesquelles ces personnes connaissent une telle situation(58,59).

À **long terme** (incluant les prochaines phases de la pandémie de COVID-19), il se révélera primordial pour les acteurs de la santé publique d'agir de manière intentionnelle et de prendre en note et de communiquer les leçons apprises relativement aux problèmes d'équité tout au long d'une intervention

⁵ En sciences sociales, la *faculté d'agir* se définit comme étant la capacité des individus d'agir librement en faisant leurs propres choix(66).

pour juguler une éclosion. Il faut en outre la participation de multiples sphères des divers systèmes – incluant les collectivités –, ce qui exige des partenariats, des outils et des processus solides et efficaces.

À **court terme**, les acteurs de la santé publique doivent élaborer un cadre de référence et des indicateurs afin de structurer la manière de communiquer les iniquités et les facteurs de défavorisation durant la pandémie de COVID-19, tout au long du cycle de prévention, de planification, d'intervention, de gestion et de rétablissement. À cet effet, l'Organisation panaméricaine de la Santé a produit une ressource utile intitulée *Promoting Health Equity, Gender and Ethnic Equality, and Human Rights in COVID-19 Responses: Key Considerations*(59). On y donne un aperçu des observations et des documents d'intérêt sur la question afin d'encourager les pays à reconnaître et à atténuer les iniquités de manière explicite et experte. Le document fait état des principales considérations à prendre en compte relativement à la COVID-19, et comporte à ce titre de brèves sections sur l'équité en santé (p. 3 à 5), le genre (p. 6 à 9), l'ethnicité⁶ (p. 10 et 11) et les droits de la personne, incluant les droits de l'enfant, le droit à un logement, les droits économiques et les droits liés au genre (p. 12 à 14). Ce document de référence et les travaux de la Dre Yasmin Khan et de ses collègues(22,23) constituent un bon point de départ dans une démarche pour intégrer l'équité en santé dans les mesures de résilience du système de santé et garantir que les populations défavorisées du Canada participent étroitement aux efforts de planification, d'intervention et de rétablissement. Il faut en outre veiller à ce que le personnel de l'ensemble des provinces et des territoires du Canada soit doté des connaissances et des ressources adéquates.

⁶ L'Organisation panaméricaine de la Santé emploie le terme « ethnicité », qu'il définit comme étant un concept purement social qui fait référence aux points en commun qu'a un groupe de personnes et qui distingue ce groupe d'un autre. Ces caractéristiques sont acquises dès l'enfance, et se rapportent habituellement aux pratiques culturelles, à la langue, à l'histoire ou à l'ascendance. Les membres d'un groupe ethnique donné se perçoivent comme étant culturellement différents des membres des autres groupes sociaux et, inversement, les autres les perçoivent ainsi aussi. Source : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34195/CE160-15-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (en anglais)

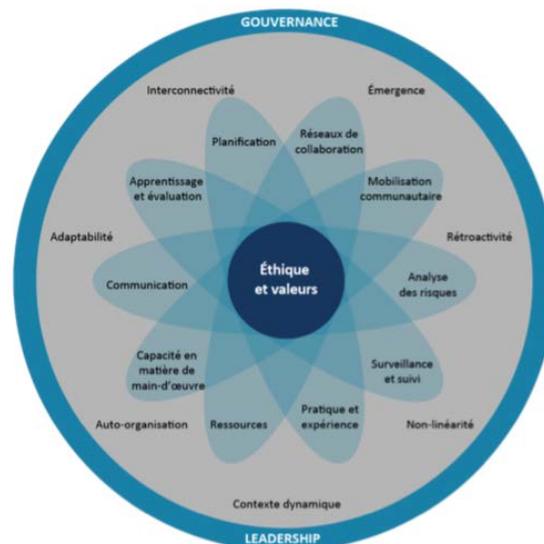
Partie 3. Aide aux décisions axées sur l'équité durant la pandémie

En santé publique au Canada, le cycle de préparation, d'intervention et de rétablissement lors de situations d'urgence tourne autour de la préparation des populations, à la différence de la préparation des établissements de soins cliniques et de soins santé. Il importe de souligner cependant que la communication et la cohérence des activités de préparation entre les secteurs (y compris au sein du système de santé), les gouvernements et les collectivités relèvent aussi des agences de la santé publique.

Les travaux de recherche menés au Canada par la Dre Yasmin Khan (22,23) et ses collègues visaient essentiellement à combler les lacunes des cadres de référence en matière de préparation aux situations d'urgence de santé publique quant à la nature des systèmes de santé publique. L'équipe considère le contexte en situation d'urgence comme étant un système adaptatif complexe. Elle a élaboré un cadre de préparation aux situations d'urgence en santé publique à l'intention des services de santé publique régionaux et locaux pour en aider les acteurs à promouvoir la résilience et à se concentrer sur les activités de préparation en amont.

La Dre Yasmin Khan et ses collègues en sont arrivés à définir 11 éléments essentiels à appliquer à la préparation aux situations d'urgence en santé publique. Ces éléments sont les suivants :

- gouvernance et leadership
- planification
- réseaux de collaboration
- mobilisation communautaire
- analyse des risques
- surveillance et suivi
- pratique et expérience
- ressources
- capacité en matière de main-d'œuvre
- communication
- apprentissage et évaluation



La schématisation du cadre conceptuel montre qu'il s'agit d'un processus « organique » (voir la figure 3), c'est-à-dire qu'il reflète « l'interconnexion des éléments qui se

Figure 3 : Cadre de résilience pour la préparation aux situations d'urgence en santé publique(22).

chevauchent au centre pour représenter une connexion symbolique au cœur du cadre conceptuel. Les éléments sont montrés comme faisant partie d'un tout, tout en indiquant qu'un élément – *gouvernance et leadership* – s'applique aux autres éléments distincts(22) (p. 12) » [traduction libre]. L'élément *gouvernance et leadership* placé dans un cercle renfermant les autres éléments vise à signifier les

moyens pris pour faciliter et gérer le système dynamique, complexe et adaptatif du cadre de préparation aux situations d'urgence en santé publique(22) (p. 12).

L'équipe reconnaît que, même si les éléments du cadre ont un lien avec le système plus global touchant la capacité et la résilience de la population – qu'elle appelle « infrastructure sociale » –, le cadre « n'est pas adapté aux approches typiques pour évaluer les interventions de la santé publique et qu'il faudrait y intégrer de nouvelles approches qui mettent l'accent sur la cartographie conceptuelle et une articulation plus détaillée des interconnexions(22) (p. 14) » [traduction libre]. Il importe toutefois de souligner que l'éthique et les valeurs se situent au cœur du système complexe représenté par le cadre conceptuel et que l'équité est l'une des valeurs adoptées comme principe de base des activités de préparation aux situations d'urgence en santé publique au Canada.

Pour assurer une prise en compte plus explicite de l'équité en santé et aider à encourager à porter une attention réfléchie aux préoccupations concernant l'équité, il est utile de situer le cadre de préparation aux situations d'urgence dans le contexte du système dans son ensemble. Il importe en outre de reconnaître qu'une plus grande équité en santé favorise une meilleure résilience de la population et qu'une meilleure résilience de la population favorise une plus grande résilience du système de préparation aux situations d'urgence.

L'approche de l'équité en santé implique de déterminer et de résoudre les problèmes d'équité se dégageant du cadre de préparation aux situations d'urgence en santé publique, tout en développant une culture d'équité au sein de la population locale. Une collectivité résiliente est une population capable de s'adapter à l'incertitude éventuelle et de s'investir positivement pour soutenir les groupes à la recherche d'équité.

Andrew Oxman et ses collègues(60) recommandent que les décideurs examinent quatre dimensions pour évaluer l'incidence que pourrait avoir sur l'équité en santé une certaine option en matière de politique ou de programme. La prise en compte explicite de la perspective d'équité et des considérations éthiques entourant une décision en matière de services ou de politiques aide les décideurs à mieux reconnaître les effets variables que pourraient entraîner leurs décisions sur certaines populations par rapport à d'autres. Nous nous sommes inspirées des travaux de cette équipe pour formuler les questions ci-dessous :

1. Quels groupes ou milieux sont les plus susceptibles d'être défavorisés advenant que l'option envisagée soit celle retenue?
2. Prévoit-on des différences dans l'efficacité relative d'une option pour les groupes ou milieux défavorisés? Le cas échéant, quelles seraient ces différences?
3. Y a-t-il des différences dans les conditions de vie de base d'un groupe ou d'un milieu à l'autre qui feraient en sorte que l'efficacité d'une option serait différente, ou que le problème se révélerait plus ou moins important, pour les groupes ou les milieux défavorisés? Le cas échéant, quelles seraient ces conditions?

4. Y a-t-il des facteurs à considérer au moment de mettre en place l'option retenue pour éviter d'exacerber les iniquités et, dans la mesure du possible, pour les atténuer? Le cas échéant, quels sont ces facteurs?

Dans le contexte d'une flambée épidémique qui a pris des proportions mondiales, il est impératif de poser ce genre de questions à toutes les étapes du cycle de gestion de la situation d'urgence. Les milieux ruraux et éloignés du Canada ne sont pas à l'abri des catastrophes naturelles ni des autres types de situations d'urgence. Il serait possible de décortiquer les quatre questions ci-dessus inspirées des travaux d'Andrew Oxman et de ses collègues de manière à étudier la défavorisation associée spécifiquement à l'accès aux services offerts à l'extérieur des zones urbaines. Durant la pandémie de COVID-19, l'accès aux tests pour le dépistage ou le diagnostic, à l'équipement de protection individuelle et aux fournitures médicales, de même que l'accès immédiat aux soins primaires et tertiaires ne sont que quelques-uns des exemples des autres préoccupations à prendre en compte par rapport à l'équité en santé.

Parmi les processus d'aide à la décision, mentionnons la synthétisation des données probantes et des particularités du contexte, en formulant des recommandations quant à la voie à prendre et en considérant les facteurs ayant un rapport avec la mise en œuvre du changement. Pour favoriser l'équité en santé, la prise de décision doit suivre une voie délibérative impliquant les principales parties prenantes et faisant appel à différents types et sources de données et à la mobilisation.

Le fait de mettre l'accent sur les facettes de l'équité – comme les besoins de la population, l'expérience vécue par les groupes défavorisés, l'accès aux déterminants de la santé, la dynamique du pouvoir, l'allocation des rares ressources – dans le cadre du processus décisionnel suivi pour chaque élément du cadre de préparation aux situations d'urgence en santé publique peut encourager le personnel à remettre en question le statu quo et donner lieu à des décisions plus novatrices et plus efficaces.

Partie 4. Mesure de la performance : indicateurs de ce qui compte

Les indicateurs de santé sont des caractéristiques mesurables qui décrivent un aspect ou plus de l'état de santé d'un individu ou d'une population, des conditions de vie, de la gouvernance et des structures politiques et économiques, ainsi que la performance des systèmes de santé. Ils « fournissent des données comparables et exploitables à différentes échelles (emplacement géographique, organisme ou entité administrative) et permettent de surveiller la progression au fil du temps(61) ». L'Institut canadien d'information sur la santé a élaboré un cadre de mesure de la performance du système de santé qui est utilisé entre autres dans les provinces et territoires du Canada(62).

Il faut redoubler de vigilance au moment de collecter, de faire rapport et de présenter des données stratifiées sur les points d'intersection des déterminants de la santé et les possibilités d'atténuer les iniquités. Pour comprendre les iniquités et la défavorisation en découlant, il faut absolument mesurer ce qui compte, étudier ce qui est compté et déterminer qui est omis(2,3).

La Dre Yasmin Khan et ses collègues ont entamé en 2016 une série de consultations méthodiques, parce qu'ils voulaient d'abord élaborer le cadre de résilience pour la préparation aux situations d'urgence en santé publique(22) décrit dans la partie 3 du présent document. Ensuite, à l'aide de la méthode Delphi, ils ont dressé une liste de 67 indicateurs permettant de mesurer l'état de préparation du système de santé publique par rapport à chaque élément du cadre(23) (voir le tableau 1). Pour les deux volets de leurs travaux, les auteurs soulignent que les systèmes de santé publique se caractérisent par un processus décisionnel et des fonctions relevant d'administrations locales et régionales, de même que (pour le Canada) provinciales, territoriales et fédérales. En juin 2020, Santé publique Ontario a publié le *Manuel de soutien aux pratiques de santé publique* afin d'aider les organismes de santé à opérationnaliser le cadre pour la préparation aux situations d'urgence en santé publique(24).

Les indicateurs de santé devraient être :

Pertinents : significatifs et familiers pour les producteurs et les utilisateurs.

Bien définis : clairs et cohérents quant à ce qu'ils sont censés mesurer et pourquoi.

Valides et fiables : précis dans ce qu'ils sont censés mesurer, d'un élément à l'autre.

Techniquement faisables : élaborés de manière à faciliter la collecte des données les concernant, soit à partir d'enquêtes ou de données administratives existantes ou, encore, à l'aide d'un nouvel instrument.

Utilisables : utiles pour prendre une décision et apporter des changements stratégiques au besoin.

Gérables : d'un nombre raisonnable pour éviter que la collecte, la communication et la présentation des indicateurs ne se révèlent onéreuses.

Source : von Schirnding(63).

Nous avons enrichi la liste des 67 indicateurs de performance du système de santé pour montrer la mesure dans laquelle il est possible de prendre en compte l'iniquité et la défavorisation à chaque étape du processus décisionnel entourant la préparation, l'intervention et le rétablissement lors de situations d'urgence. Pour chaque indicateur, nous avons ajouté une précision – un rappel ou un signe – qui sert d'indicateur additionnel pour faciliter l'articulation explicite des perspectives d'équité en santé qui se rapportent directement à l'indicateur d'origine. Les précisions varient. Dans certains cas, la précision se rapporte directement aux particularités de la population. Dans d'autres cas, nous encourageons le personnel de la santé publique à se demander qui a été pris en considération dans les documents, protocoles et processus et qui pourrait en avoir été omis.

Les détails que nous fournissons visent à encourager une articulation très précise des populations déjà défavorisées et qui pourraient se voir (encore plus) défavorisées par suite de l'action, ou de l'inaction, de la santé publique. Si l'indicateur fait référence à la collecte, à l'extraction ou à la présentation de données, les précisions viseront spécifiquement à encourager la stratification et les tableaux à double entrée. Par exemple, selon l'âge, le sexe, selon l'âge et le sexe, selon le lieu de résidence rural, la race, le groupe ethnique et ainsi de suite.

Les précisions incluses dans le présent document se veulent un point de départ. Elles ne se veulent aucunement prescriptives. Au contraire, elles visent à encourager une prise de décisions, de mesures et d'approches à l'élaboration de processus fondées sur l'équité de manière pertinente. Les précisions s'articulent autour d'un engagement, de partenariats et d'une participation avec les collectivités.

Comme le montre l'exemple A ci-dessous, l'indicateur n° 7 de l'élément sur la gouvernance et le leadership se rapporte à la préparation des organismes de santé publique (de toutes les sphères) parce qu'ils font partie de l'infrastructure mise en place pour atténuer les risques pour la population. Nous avons ajouté une précision pour encourager un organisme de santé publique à porter dans le contexte de cette infrastructure une attention explicite aux partenariats locaux.

Exemple A.

Indicateur d'origine (indicateur n° 7)	Précision pour encourager l'équité en santé
L'organisme de santé publique fait partie de la structure multidisciplinaire locale ou régionale qui vise à réduire les risques pour la population dans les situations d'urgence et les catastrophes. Parmi les partenaires sectoriels et intersectoriels faisant partie de cette structure peuvent figurer des représentants	Les parties prenantes représentant les populations défavorisées sont intégrées aux structures de leadership, de gouvernance et de prise de décision. Qui a-t-on omis?

Tableau 1. Nombre d'indicateurs pour chacun des éléments du cadre conceptuel créé par la Dre Yasmin Khan et ses collaborateurs en matière de préparation aux situations d'urgence en santé publique (23)

Élément du cadre conceptuel	Nombre d'indicateurs
Gouvernance et leadership	12
Planification	6
Analyse des risques	5
Ressources	6
Réseaux de collaboration	4
Mobilisation communautaire	4
Communications	11
Capacité en matière de main-d'œuvre	7
Surveillance et suivi	4
Apprentissage et évaluation	3
Pratique et expérience	5
Nombre total d'indicateurs :	67

officiels des transports, des planificateurs, de l'industrie et des élus locaux ou régionaux.	
---	--

Comme le montre l'exemple B ci-dessous, l'indicateur n° 24 de l'élément sur les ressources concerne les différentes façons de considérer les populations qui vivent des iniquités ou qui vivront des iniquités lors d'une situation d'urgence, comme étant plus défavorisées.

Exemple B.

Indicateur d'origine (indicateur n° 24)	Précision pour encourager l'équité en santé
L'organisme de santé publique a établi des procédures pour faciliter la distribution en temps opportun de ressources physiques à la population dans les situations d'urgence (il pourrait s'agir de prophylaxie ou de traitement médical).	Les plans de distribution des ressources en temps opportun font état de l'attention explicite à porter aux besoins des populations défavorisées et des occasions de faire participer ces populations, que ce soit selon le lieu géographique, le sexe, la race, l'âge, l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits). La sécurité culturelle fait partie des considérations au moment de décider à quoi et pour qui serviront les ressources consenties. Les considérations en matière de ressources humaines et matérielles comprennent la distance à parcourir pour avoir accès aux aliments durant un confinement, aux tests de dépistage, aux soins de santé primaires, aux établissements hospitaliers, aux soins aux malades en phase critique, de même que la disponibilité d'un réseau Internet et de transports fiables.

Sous l'élément de la mobilisation communautaire, certains indicateurs portent sur l'établissement des structures voulues pour intégrer des « considérations collectives ». Dans l'exemple C ci-dessous, nos précisions visent à encourager la description plus explicite des collectivités à mobiliser et des situations qui justifieraient une telle mobilisation. Elles visent en outre à inciter un organisme de santé publique à prendre en compte la dimension de la résilience des collectivités de même que la défavorisation structurelle et systémique à laquelle remédier.

Exemple C.

Indicateur d'origine (indicateur n° 34)	Précisions pour encourager l'équité en santé
L'organisme de santé publique offre ou approuve des programmes d'information qui ont pour but de sensibiliser le public à la préparation aux risques qui le concernent.	Les programmes d'information sont adaptés à divers auditoires (p. ex. format, exécution) en tenant compte des langues parlées, du niveau d'alphabétisation, de la sécurité culturelle, de la disponibilité d'un réseau Internet et d'autres particularités des populations. Les activités de sensibilisation peuvent prendre la forme

	d'actions communautaires propres à renforcer et à mettre à profit la résilience de la population.
--	---

Enfin, sous l'élément de surveillance et de suivi, un rôle fondamental en santé publique, les indicateurs concernent la collecte, la sauvegarde, l'analyse et la communication de l'information. Dans l'exemple D ci-dessous, nos précisions visent à spécifier les types de données à collecter de manière à en dégager les iniquités et à orienter le processus décisionnel. Il faut être en mesure de désagréger les données selon la race, par exemple, pour pouvoir prendre des décisions fondées sur les données probantes en matière de politiques, de programmes, de services et de répartition des ressources afin d'en garantir l'accès aux populations déjà défavorisées ou à risque d'être défavorisées.

Exemple D.

Indicateur d'origine (indicateur n° 56)	Précisions pour encourager l'équité en santé
L'organisme de santé publique dispose de systèmes de surveillance généraux ou spécifiques à un évènement et adaptés aux risques locaux ou régionaux, ou y a accès.	Le système de surveillance permet de collecter et de présenter des données selon l'âge, le sexe, la race, le groupe ethnique, le revenu et le degré d'exposition au risque en fonction du lieu géographique.

Un tel usage des indicateurs favorisera le renforcement des interventions de la santé publique, car il implique l'établissement de partenariats afin de connaître et de mettre à contribution les connaissances et la résilience de la population. Nous avons ajouté des précisions afin d'encourager et d'assurer la **participation** des populations en situation de défavorisation au processus décisionnel et la **prise en compte** de ces populations dans les évaluations de la démarche en cours. Toutes nos précisions ajoutées aux indicateurs afin d'encourager l'intégration de la perspective d'équité en santé dans le cadre de préparation aux situations d'urgence en santé publique figurent dans le tableau 2.

La question de la préparation peut sembler venir trop tard puisque la COVID-19 a été déclarée officiellement une pandémie depuis quelque temps déjà. Soulignons qu'une pandémie donne normalement lieu à plusieurs vagues, et que la COVID-19 ne fait pas exception après la première vague du printemps et de l'été 2020(64), en sachant que l'automne marque le retour de la saison de la grippe. En ce qui concerne les phases ultérieures de la pandémie, les organismes de la santé publique s'ajustent déjà, en adaptant continuellement leurs plans et leurs interventions et en surveillant ce que donnent les efforts déployés. Les indicateurs que nous venons d'examiner se révéleront certainement utiles pour cerner les lacunes et les problèmes qui entraînent ou qui pourraient entraîner des iniquités de santé qu'il serait possible d'atténuer et de corriger.

La liste des indicateurs est présentée sous forme de tableau à double entrée, ce qui facilite le repérage de renseignements importants sur la pandémie, y compris le risque d'exposition plus grand et les effets délétères d'une pandémie pour les hommes et les femmes et leurs sous-groupes, et entre ces groupes. Le revenu, par exemple, constitue un important facteur de défavorisation indirect. Il faudra en outre

décider du format pour présenter les données (p. ex. coefficients ou différences dans les taux). Ces décisions ne sont pas moralement neutres(65).

Il importe en outre de pouvoir compter sur d'autres sources de connaissances dans les travaux de recherche et auprès des populations pour analyser et présenter les données associées aux indicateurs. En situant celles-ci dans le contexte de la vie quotidienne des gens – y compris en établissant les liens entre les identités et les possibilités individuelles, les relations familiales et sociales et les structures politiques et économiques qui défavorisent certaines populations – il est possible de prendre des décisions stratégiques en vue d'atténuer cette défavorisation et d'améliorer les résultats en matière de santé lors d'une pandémie(2,3,59). Les données d'études de petite envergure ou ciblées peuvent se révéler la seule source d'information permettant de comprendre les différences sous-régionales ou les inégalités de santé associées aux populations minoritaires.

Tableau 2. Indicateurs de l'état de préparation aux situations d'urgence en santé publique élaborés par la Dre Yasmin Khan et ses collaborateurs(23) auxquels sont ajoutées les précisions pour tenir compte de l'équité.

On emploie pour les indicateurs d'origine le mot « organisme » de santé publique, ce qui peut être interprété comme étant un organisme de santé publique relevant de tous les ordres de gouvernement. Les relations entre les organismes de santé publique des provinces et des territoires du Canada requièrent de bonnes communications de même que les possibilités et les ressources voulues pour que les organismes relevant des premiers puissent faire participer les populations locales et répondre aux besoins observés dans ces mêmes populations.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
Gouvernance et leadership (12 indicateurs)	
1. L'organisme de santé publique fait partie de la structure locale ou régionale de gestion des situations d'urgence du secteur de la santé qui vise à coordonner la préparation du système de santé aux situations d'urgence. Les partenaires sectoriels et intersectoriels faisant partie de cette structure peuvent comprendre les services de soins aigus, les services de soins primaires ou les services médicaux d'urgence, selon l'administration concernée.	Les partenaires sectoriels et intersectoriels comprennent les services sociaux et de santé de même que les groupes communautaires représentant et travaillant pour le compte des populations défavorisées précises et reconnues comme tel.
2. Les politiques de l'organisme de santé publique précisent l' autorité à laquelle l'organisme doit se référer et les procédures à suivre lorsqu'il intervient en tant qu'organisme responsable dans les situations d'urgence.	L'autorité et les procédures reposent sur des valeurs et des principes liés explicitement à la participation des populations défavorisées et aux efforts d'atténuation et d'amélioration des résultats en matière de santé.
3. Les politiques de l'organisme de santé publique définissent les conditions et procédures de recours aux structures et aux processus de gestion des incidents en vue de coordonner ses activités dans les situations d'urgence.	Les conditions et les procédures reposent sur des valeurs et des principes de gestion liés explicitement à l'attention à porter aux populations et aux groupes de population prioritaires qui sont défavorisés.
4. L'organisme de santé publique harmonise ses plans ou ses protocoles d'urgence avec les politiques provinciales, territoriales ou fédérales sur la santé publique et la gestion des situations d'urgence.	Les plans et protocoles d'urgence harmonisés comportent des détails explicites au sujet des populations défavorisées, y compris selon le sexe, l'âge, le type de résidence, la proximité au risque, la race et le groupe ethnique. Qui a-t-on omis?
5. Les politiques de l'organisme de santé publique précisent l'autorité à laquelle l'organisme doit se référer et les procédures à suivre lorsqu'il intervient en tant que soutien d'un organisme responsable dans les situations d'urgence.	L'autorité et les procédures reposent sur des valeurs et des principes quant à l'attention explicite à apporter aux populations défavorisées sont communiquées à l'organisme responsable (de référence).
6. Les politiques de l'organisme de santé publique définissent les conditions et procédures d'accroissement des interventions dans une situation d'urgence, y compris le processus à suivre pour déclarer que la situation est un événement concernant les divers paliers d'administration.	L'autorité et les procédures pour faire intensifier l'intervention reposent sur des valeurs, des principes et des considérations concernant l'attention explicite à porter aux populations défavorisées.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
7. L'organisme de santé publique fait partie de la structure multidisciplinaire locale ou régionale qui vise à réduire les risques pour la population dans les situations d'urgence et les catastrophes. Parmi les partenaires sectoriels et intersectoriels faisant partie de cette structure peuvent figurer des représentants officiels des transports, des planificateurs, de l'industrie et des élus locaux ou régionaux.	Les parties prenantes représentant les populations défavorisées sont intégrées aux structures de leadership, de gouvernance et de prise de décision. Qui a-t-on omis?
8. Les politiques de l'organisme de santé publique respectent l'obligation de déclarer aux autorités de santé publique provinciales, territoriales ou fédérales les risques pour la santé de la population dans les situations d'urgence; par exemple, en cas d'incident nucléaire, chimique ou de biosécurité.	L'évaluation et la déclaration du risque comportent des détails explicites au sujet des populations défavorisées et des raisons pour lesquelles certains groupes de population courent un risque plus élevé, y compris en fonction du sexe, de l'âge, du lieu de résidence (p. ex. milieu rural), de la race, du groupe ethnique et du lieu et des conditions de travail.
9. L'organisme de santé publique communique avec les responsables des politiques publiques en vue de combler les lacunes dans les politiques ou la législation ayant trait à l'efficacité de ses plans ou de ses protocoles de gestion des situations d'urgence.	L'évaluation et la déclaration du risque comportent des détails explicites au sujet des populations défavorisées et des raisons pour lesquelles certains groupes de population courent un risque plus élevé, y compris en fonction du sexe, de l'âge, du lieu de résidence (p. ex. milieu rural), de la race, du groupe ethnique et du lieu et des conditions de travail.
10. Les politiques de l'organisme de santé publique définissent les processus permettant d'établir qui agit comme leader incontestable dans les situations d'urgence.	L'organisme responsable (de référence) dispose des ressources, des politiques et des lignes directrices voulues pour pouvoir porter une attention explicite aux populations défavorisées.
11. Les plans de l'organisme de santé publique sont liés au mandat de ses partenaires sectoriels et intersectoriels dans les interventions d'urgence plurigouvernementales de type horizontal ou vertical; ils sont notamment liés aux responsabilités des divers paliers d'administration.	Les partenaires sectoriels et intersectoriels sont au fait des responsabilités qui leur incombent en ce qui a trait à l'attention et aux efforts à concentrer sur les populations défavorisées. Celles-ci sont bien représentées au sein du réseau et participent pleinement au processus.
12. L'organisme de santé publique a défini les compétences en leadership requises des personnes susceptibles d'agir comme leaders en cas d'urgence. Il pourrait s'agir des relations efficaces établies, de la connaissance du milieu local, de la crédibilité, de la souplesse, de la fiabilité et du comportement éthique.	Les compétences énoncées font état des connaissances, des qualités et de l'attitude nécessaires pour comprendre, faire participer et servir les populations en situation de défavorisation ⁷ . Le processus d'énonciation des compétences procède suivant une approche d'équité, de diversité et d'inclusion et de stratégies de perfectionnement professionnel, d'encadrement et autres qui tiennent compte des besoins et des forces des populations en situation de défavorisation.
Planification (6 indicateurs)	
13. L'organisme de santé publique passe en revue ses plans ou ses protocoles d'urgence avec les responsables de ses départements ou de ses programmes concernés.	Les populations en situation de défavorisation participent au processus de révision des plans et des protocoles en cas de situation d'urgence et de pandémie. Les changements apportés doivent tenir explicitement compte des besoins et des forces des populations défavorisées.

⁷ Voir par exemple : <https://phabc.org/wp-content/uploads/2016/02/Final-Health-Equity-Competency-Statements-PHABC-Project-Oct-2011.pdf>

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
14. Les rôles et responsabilités de l'organisme de santé publique pour ce qui est d'intervenir dans tous les types de situations d'urgence sont définis dans ses plans ou ses protocoles.	Les plans et protocoles de l'organisme font état des responsabilités quant à l'attention explicite et continue à porter aux besoins et aux forces des populations défavorisées, y compris selon l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), la race, l'âge, le sexe, le genre, le lieu géographique (p. ex. milieu rural, milieu urbain, milieu éloigné), le statut de migrant, l'exposition au risque et les conditions d'emploi.
15. Les rôles et responsabilités de l'organisme de santé publique pour ce qui est de garantir la continuité de ses opérations dans les situations d'urgence sont établis dans ses plans ou ses protocoles.	Les rôles, les responsabilités et les considérations entourant la continuité des opérations prennent en compte et concernent explicitement les besoins (y compris ceux en matière d'obligations familiales) des travailleurs autonomes, ayant un emploi précaire ou devant travailler dans plusieurs milieux, y compris selon l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), le sexe et l'âge, le statut d'immigrant, la race, le groupe ethnique, de même que la dépendance à l'infrastructure publique pour conserver son emploi.
16. L'organisme de santé publique dispose d'un processus pour appuyer sa prise de décisions quant aux priorités dans l'affectation des ressources limitées en situation d'urgence.	Le processus décisionnel comporte des questions et des précisions à considérer afin de tenir compte explicitement des besoins et de la résilience des populations défavorisées.
17. Les plans ou les protocoles de gestion des situations d'urgence de l'organisme de santé publique s'appliquent à toutes les phases d'une catastrophe (à savoir, prévention/atténuation, préparation, intervention et rétablissement).	Les mesures à prendre pour atténuer les iniquités et favoriser la résilience de la population font partie intégrante des plans et des protocoles de gestion des situations d'urgence et s'inscrivent dans toutes les phases du cycle de gestion de l'organisme.
18. Les liens entre les plans ou les protocoles de l'organisme de santé publique et ceux de ses partenaires sectoriels et intersectoriels font l'objet de discussions avec les partenaires concernés.	Les parties prenantes représentant les groupes de population défavorisés font partie des partenaires sectoriels et intersectoriels et des discussions au sujet des plans d'urgence.
Analyse des risques (5 indicateurs)	
19. L'organisme de santé publique utilise les résultats de l'évaluation des risques pour guider ses plans ou ses protocoles en ce qui concerne la gestion des situations d'urgence, la continuité de ses opérations ou la réduction des risques.	Les plans et protocoles de gestion des situations d'urgence, de continuité des opérations et d'atténuation des risques font état de manière explicite des besoins et des forces des populations défavorisées. Par exemple, il y serait question des aînées, des collectivités des Premières Nations, des Métis et des Inuits et des familles vivant à proximité d'une zone à risque.
20. Le processus d'évaluation des risques de l'organisme de santé publique comporte une analyse de sa capacité organisationnelle à gérer les risques relevés.	L'évaluation de la capacité organisationnelle et des mesures d'intervention englobe la capacité d'appoint (personnel et mobilisation) lors d'éclousions. La formation et les processus tiennent explicitement compte des populations d'intérêt, y compris selon le sexe, le lieu géographique, la race, le groupe ethnique, les sources de revenus, l'âge, l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits).
21. L'organisme de santé publique utilise les données ayant trait à la situation locale pour guider son évaluation des risques. Il peut s'agir de données sur les maladies transmissibles et les maladies à transmission vectorielle, de résultats d'analyse d'aliments et de l'eau, de déterminants de la santé de la population ou encore de données sur des maladies non transmissibles comme les traumatismes.	Les données servant à l'évaluation du risque sont collectées, disponibles, communiquées et présentées en les désagrégant selon le sexe, l'âge, les facteurs de comorbidité, le lieu géographique (p. ex. milieu rural, éloigné ou urbain), l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits) et la race. Elles sont analysées et utilisées de manière à limiter les associations négatives éventuelles et la stigmatisation des populations défavorisées.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
22. L'organisme de santé publique mène à intervalles réguliers (p. ex., chaque année ou lorsqu'une nouvelle menace a été décelée) une évaluation exhaustive des risques pour tous les types de situations d'urgence possibles de sorte à s'adapter aux risques émergents.	L'organisme de santé publique veille à intégrer aux grilles et au matériel d'évaluation du risque la communication et l'information sur les besoins et les forces des populations défavorisées.
23. Le processus d'évaluation des risques de l'organisme de santé publique tient compte de la capacité de préparation des populations courant un risque accru dans des situations d'urgence.	Les parties prenantes représentant les groupes de population défavorisés comptent parmi les partenaires participant à l'évaluation du risque lié à l'état de préparation. Le processus et les documents connexes font explicitement état des besoins et des forces des populations de divers milieux, y compris selon l'âge, le sexe, la race, les facteurs de comorbidité, le lieu géographique et de résidence, l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits).
Ressources (6 indicateurs)	
24. L'organisme de santé publique a établi des procédures pour faciliter la distribution en temps opportun de ressources physiques à la population dans les situations d'urgence (il pourrait s'agir de prophylaxie ou de traitement médical).	Les plans de distribution des ressources en temps opportun font état de l'attention explicite à porter aux besoins des populations défavorisées et des occasions de faire participer ces populations, que ce soit selon le lieu géographique, le sexe, la race, l'âge, l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits). La sécurité culturelle fait partie des considérations au moment de décider à quoi et pour qui serviront les ressources consenties. Les considérations en matière de ressources humaines et matérielles comprennent la distance à parcourir pour avoir accès aux aliments durant un confinement, aux tests de dépistage, aux soins de santé primaires, aux établissements hospitaliers, aux soins aux malades en phase critique, de même que la disponibilité d'un réseau Internet et de transports fiables.
25. L'organisme de santé publique dispose d'un poste de coordonnateur des mesures d'urgence dédié ou d'un poste similaire occupé par une personne expérimentée en gestion de situations d'urgence, ou y a accès.	La personne embauchée à la coordination a suivi la formation en sécurité culturelle et a l'autorité de demander à ce que des initiatives soient mises sur pied pour répondre explicitement aux besoins, tout en tenant compte des forces, des populations défavorisées, et de prendre la tête de telles initiatives.
26. L'organisme de santé publique a des mécanismes pour obtenir ou pour réaffecter des ressources financières permettant de soutenir l'intervention et le rétablissement lors de situations d'urgence.	Les documents et les mécanismes liés à la réaffectation des fonds comportent des exigences explicites concernant la forme d'aide à apporter aux populations défavorisées.
27. L'organisme de santé publique possède ou peut utiliser un système pour appuyer la gestion des ressources physiques nécessaires dans les situations d'urgence, comme l'équipement, les fournitures ou encore une prophylaxie ou un traitement médical (cela pourrait inclure l'équipement nécessaire aux activités de suivi, de surveillance et de production de rapports).	Les systèmes de gestion des ressources matérielles reposent sur des protocoles d'approvisionnement et de distribution explicites concernant les populations défavorisées ciblées, y compris selon le lieu de résidence et le lieu géographique, particulièrement pour les milieux ruraux et éloignés.
28. L'organisme de santé publique connaît les procédures en vigueur pour l'approvisionnement exceptionnel en ressources physiques nécessaires dans les situations d'urgence, y compris en dehors des heures ouvrables; par exemple, l'obtention d'équipement, de fournitures, de prophylaxies ou de traitements médicaux auprès du gouvernement fédéral, provincial ou territorial.	L'organisme de santé publique connaît bien les procédures d'approvisionnement exceptionnel liées aux populations des milieux ruraux, éloignés et autrement difficiles d'accès.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
29. L'organisme de santé publique dispose de moyens budgétaires réservés à l'appui des activités de planification et de préparation liées aux situations d'urgence.	Les fonds dédiés sont suffisants pour permettre de soutenir les besoins des populations défavorisées.
Réseaux de collaboration (4 indicateurs)	
30. L'organisme de santé publique dispose de mécanismes pour communiquer avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels lorsqu'une situation d'urgence se présente.	Les représentants des groupes de population défavorisés font partie du réseau de partenaires. Les mécanismes prévus pour entrer en contact et communiquer reposent sur des considérations explicites relativement au contact et à la coordination continue en tenant compte des priorités collectives, des préférences culturelles et d'une possible mauvaise qualité du service Internet (p. ex. milieux ruraux et éloignés).
31. L'organisme de santé publique a établi sa capacité à réaliser des activités de coopération avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels. Cette capacité peut être établie durant des situations d'urgence réelles ou simulées.	Des protocoles sont en place pour permettre aux partenaires du réseau de soulever de nouvelles préoccupations par suite des exercices de simulations et pour veiller à ce qu'on y réponde dans les plans et simulations subséquents.
32. L'organisme de santé publique a des partenariats ou des mécanismes lui permettant d'accéder à des compétences et à des connaissances spécialisées correspondant aux risques locaux, qu'il s'agisse de santé environnementale, de biosécurité, de toxicologie, de compagnies de transport ou de conseils juridiques.	Les partenariats et les mécanismes intègrent explicitement la mobilisation et la prise en compte des connaissances des collectivités et des populations défavorisées. Les considérations sont vastes et incluent les données et les connaissances culturelles et collectives.
33. L'organisme de santé publique et ses partenaires sectoriels et intersectoriels disposent d'ententes d'entraide qui précisent la façon dont les ressources ou les services seront mis en commun dans une situation d'urgence, y compris pour répondre aux besoins liés à la capacité de pointe.	Les ententes comportent des dispositions et des processus explicites pour assurer de fournir un accès équitable, au sein d'un réseau de partenaires intersectoriels, pour des milieux, des populations et des lieux géographiques précis. Le réseau en question inclut les services sociaux et les organismes communautaires.
Mobilisation communautaire (4 indicateurs)	
34. L'organisme de santé publique offre ou approuve des programmes d'information qui ont pour but de sensibiliser le public à la préparation aux risques qui le concernent.	Les programmes d'information sont adaptés à divers auditoires (p. ex. format, exécution) en tenant compte des langues parlées, du niveau d'alphabetisation, de la sécurité culturelle, de la disponibilité d'un réseau Internet et d'autres particularités des populations. Les activités de sensibilisation peuvent prendre la forme d'actions communautaires propres à renforcer et à mettre à profit la résilience de la population.
35. L'organisme de santé publique consacre du temps au développement continu de relations avec les organismes communautaires en ce qui a trait à la préparation aux risques locaux relevant de sa compétence; par exemple, l'établissement de relations avec des membres du public ou des groupes de défense qui représentent le public.	Les relations incluent les parties prenantes représentant les personnes qui vivent ou qui ont vécu l'expérience et tiennent compte des considérations des services sociaux en matière de logement, d'aide sociale, de développement économique et de détention, par exemple.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
36. L'organisme de santé publique a ou joint une structure visant à faciliter l'intégration des considérations communautaires aux aspects pertinents de la gestion de situations d'urgence en santé publique. Il pourrait s'agir d'un comité consultatif communautaire ayant pour mission de guider l'atténuation des urgences, la planification ou le rétablissement et comprenant des membres du public ou des groupes de défense qui représentent le public.	La « structure établie » prévoit la représentation des populations défavorisées et repose sur des structures et des mécanismes facilitant l'expression de la perspective, des commentaires et de l'influence des gens en tous points. L'organisme de santé publique est capable de déterminer « qui a été omis » et les raisons de cette omission.
37. L'organisme de santé publique ou ses partenaires sectoriels et intersectoriels collaborent avec les communautés autochtones en ce qui a trait aux situations d'urgence et aux risques connexes. La collaboration peut porter sur l'évaluation des risques, les plans ou les protocoles propres à ces communautés et l'intégration des connaissances autochtones lorsque cela est possible et opportun.	La mention explicite de la représentation et du leadership des peuples des Premières Nations, des Métis et des Inuits – y compris les Autochtones vivant en milieu urbain – est intégrée aux plans et aux protocoles en matière de préparation, d'intervention, d'atténuation et de rétablissement.
Communication (11 indicateurs)	
38. L'organisme de santé publique dispose d'un mécanisme pour coordonner, en temps opportun, sous forme structurée ou non, l'envoi de messages conjoints avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels concernés.	Les messages diffusés en commun avec les partenaires du réseau comportent des éléments personnalisés et portent une attention explicite aux personnes défavorisées, y compris au besoin selon l'âge, le sexe, le genre, le lieu géographique et le milieu de vie et, selon le cas, les modes de savoir autochtones.
39. L'organisme de santé publique a une structure pour garantir la cohérence des messages avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels; il peut s'agir de l'organisation périodique de réunions de coordination ou de systèmes de gestion des incidents.	Les structures mises en place relativement à la diffusion des messages prennent en compte le temps et l'espace requis pour recevoir et présenter de l'information au sujet des personnes défavorisées qui fait état de manière explicite des aspects de cette défavorisation et des façons de les atténuer.
40. L'organisme de santé publique dispose de plateformes de communication complémentaires pour les situations d'urgence; il peut s'agir de plateformes de rechange en cas de panne d'électricité ou si les canaux de communication ordinaires ne fonctionnent plus.	La redondance de moyens inclut les protocoles de collecte et de présentation de l'information spécifique aux individus et aux groupes de population défavorisés et les mécanismes voulus pour communiquer avec eux (p. ex. sans dépendre uniquement de médias qui ne sont pas accessibles pour tout le monde en raison du lieu géographique ou du revenu).
41. La stratégie de communication de l'organisme de santé publique fait appel à de multiples plateformes de communication pour favoriser la diffusion en temps opportun de l'information dans les situations d'urgence; par exemple, assemblées publiques, sites Web, médias sociaux, porte-parole, lignes téléphoniques ou centres d'appel.	Les critères de sélection des plateformes de communication reposent sur la capacité de communiquer avec les individus et les groupes de population défavorisés du point de vue systémique et non pas sur la supposition gratuite voulant que tout le monde ait accès aux médias et à un réseau Internet de qualité.
42. L'organisme de santé publique a identifié un ou plusieurs porte-parole formés relativement aux risques pour la population et aux situations d'urgence.	Les porte-parole ont la capacité de comprendre et de s'adapter aux différentes cultures et de communiquer dans les différentes langues parlées par la population, y compris en langage des signes.
43. L'organisme de santé publique a accès à du personnel de communication affecté aux situations d'urgence et dûment formé aux communications en temps de crise.	Le personnel des services de communication fait montre de la compréhension et des compétences culturelles voulues et dispose d'un réseau de contacts assez large pour aider à la diffusion des messages auprès des populations défavorisées.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
44. L'organisme de santé publique dispose d'un processus pour surveiller les médias, y compris les médias sociaux, de sorte à détecter rapidement les rumeurs et à corriger les informations erronées.	Les mécanismes de surveillance des médias incluent des listes de vérification ou une façon similaire de connaître et de faire cesser l'information erronée destinée ou spécifique aux individus ou groupes de population défavorisés.
45. La stratégie de communication de l'organisme de santé publique comprend des plans ou des procédures pour garantir la prise en compte de la culture et la sensibilité à l'égard des populations concernées par les risques et les situations d'urgence, notamment des procédures de traduction des messages dans les langues pertinentes.	Les plans et processus mis en place pour garantir la sécurité culturelle prennent en compte l'assurance de disposer des compétences et des connaissances voulues en matière de défavorisation systémique et des possibilités d'atténuer la défavorisation.
46. L'organisme de santé publique a élaboré des stratégies de communication pour divers auditoires avant qu'une situation d'urgence se présente, selon l'évaluation des risques.	Les processus et rapports d'évaluation du risque font explicitement état des populations défavorisées et des raisons pour lesquelles les risques sont plus élevés pour certains groupes de population. Les stratégies de communication sont élaborées en partenariat avec les organismes et les leaders représentant les parties prenantes.
47. L'organisme de santé publique dispose d'un processus permettant au public et aux médias de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations : assemblées publiques, médias sociaux, lignes téléphoniques ou centres d'appel, etc.	Les processus pour connaître l'opinion publique ont été évalués et élaborés de manière à faire état du temps et des mécanismes nécessaires pour faciliter la participation des individus et des groupes de population défavorisés.
48. La stratégie de communication de l'organisme de santé publique comporte des procédures pour communiquer directement avec les citoyens durant une situation d'urgence au besoin. Par exemple, porte-à-porte, distribution de brochures, participation à des regroupements non structurés de rue ou de quartier.	Les procédures pour communiquer directement avec les citoyens et les autres membres de la population ont été élaborés en partenariat avec les organismes et les leaders représentant les parties prenantes. Elles comprennent aussi de l'information au sujet des forces de la collectivité et puisent dans les forces de la population locale.
Capacité en matière de main-d'œuvre (7 indicateurs)	
49. L'organisme de santé publique dispose d'une liste précisant les membres de son personnel disponibles ou éventuellement disponibles pour la gestion de situations d'urgence et ce, pour toute l'année, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.	La liste des personnes disponibles parmi le personnel de l'organisme de santé publique comprend des personnes ayant démontré la compréhension et les compétences voulues en matière de sécurité culturelle et des facteurs de défavorisation. Le personnel compte des individus des groupes de population défavorisés. La capacité d'appoint en cas d'éclousions est confirmée.
50. L'organisme de santé publique a établi des politiques et des procédures pour apporter un soutien au personnel durant une situation d'urgence relativement à sa santé et à son bien-être; par exemple, pour la sécurité personnelle, le bien-être mental ou les obligations familiales.	Les politiques et les procédures comportent des mentions explicites quant aux fonctions du personnel selon l'âge et le genre et aux formes d'aide professionnelle prévue. L'aide prévue doit concerner les soins ou la garde de jeunes enfants ou d'enfants d'âge scolaire et de proches frères et âgés, les besoins en transport et l'équipement de protection individuelle.
51. L'organisme de santé publique a une structure ou des mécanismes pour soutenir la gestion multidisciplinaire des situations d'urgence relativement aux risques communautaires; par exemple, une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé publique, d'épidémiologistes et de professionnels en santé environnementale.	L'équipe multidisciplinaire responsable de la gestion des situations d'urgence compte une représentation des populations défavorisées et établit des partenariats avec ces groupes.

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
52. L'organisme de santé publique dispose d'un plan de perfectionnement de la main-d'œuvre pour la formation de son personnel aux divers sujets relatifs à la gestion des situations d'urgence; par exemple, au contenu des plans ou des protocoles d'urgence, aux systèmes de gestion des incidents ou aux communications.	Le perfectionnement professionnel comporte des volets sur la compréhension et les habiletés en matière de compétences et de sécurité culturelles, d'équité raciale, d'établissement de partenariats avec des membres des populations défavorisées et des mécanismes d'atténuation des facteurs de défavorisation en lien et en collaboration avec ces populations.
53. L'ensemble du personnel de l'organisme de santé publique a établi sa capacité de réaliser les activités de coopération en tant qu'organisme dans le contexte des situations d'urgence. Cela peut être établi par exemple durant des exercices ou des activations.	Les activations et les exercices visant à vérifier la capacité de travailler en coopération s'effectuent en incluant explicitement des partenaires et des membres des populations défavorisées ciblées.
54. L'organisme de santé publique dispose d'un répertoire à jour du personnel formé aux divers sujets relatifs à la gestion des urgences; par exemple, au contenu des plans ou des protocoles d'urgence, aux systèmes de gestion des incidents ou aux communications.	La formation professionnelle compte une série de cours sur les compétences et la sécurité culturelles. La liste du personnel ayant suivi ces formations fait explicitement état des personnes ayant les connaissances et l'expérience voulues en fonction de l'âge, du sexe, du genre, de la capacité physique, de l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), selon la population relevant de l'autorité en question.
55. L'organisme de santé publique mène à intervalles réguliers des évaluations pour connaître les besoins de formation à la gestion des situations d'urgence de son personnel.	L'évaluation des besoins en matière de perfectionnement professionnel couvre explicitement la capacité du personnel de comprendre ce qu'implique d'établir des partenariats et avec les populations défavorisées et de travailler avec ces groupes pour en atténuer la défavorisation.
Surveillance et suivi (4 indicateurs)	
56. L'organisme de santé publique dispose de systèmes de surveillance généraux ou spécifiques à un évènement et adaptés aux risques locaux ou régionaux, ou y a accès.	Le système de surveillance permet de collecter et de présenter des données selon l'âge, le sexe, la race, le groupe ethnique, le revenu et le degré d'exposition au risque en fonction du lieu géographique.
57. L'organisme de santé publique a des protocoles ou des procédures de mise en commun de l'information avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels aux fins de surveillance des risques pertinents; par exemple en ce qui concerne les systèmes de surveillance agricole, vétérinaire ou environnementale.	Les protocoles et procédures de mise en commun énoncent de manière explicite la présentation de l'ensemble des données désagrégées aux collectivités en situation de défavorisation et en collaboration avec ces populations.
58. L'organisme de santé publique utilise un système de surveillance syndromique ou d'autres systèmes d'alerte précoce pour détecter en temps opportun les éventuelles situations d'urgence en santé publique.	Le processus de création et de mise en place de systèmes d'alerte précoce s'effectue en partenariat avec les populations défavorisées en tenant compte de leurs commentaires et vise entre autres à déceler les iniquités créées en raison des effets et des conséquences des situations d'urgence.
59. L'organisme de santé publique a la capacité de mener une évaluation rapide des besoins ou des risques pour la santé des populations récemment touchées par des situations d'urgence.	L'évaluation rapide du risque pour la santé ou des besoins en matière de santé s'effectue en partenariat avec les populations défavorisées en tenant compte des facteurs signalés par ces groupes, et vise à déterminer les iniquités créées en raison des effets et des conséquences des situations d'urgence.
Apprentissage et évaluation (3 indicateurs)	

Indicateurs d'origine (n = 67)	Précisions pour encourager l'équité en santé
60. L'organisme de santé publique applique un processus d'autoévaluation de la gestion des situations d'urgence. Il peut porter sur les tests, les exercices, les simulations ou encore sur l'activation de son plan et ses interventions d'urgence.	Le processus d'autoévaluation de l'organisme de santé publique comporte des volets explicites sur la capacité d'inclure et de prendre en compte les besoins et les risques des populations défavorisées et de puiser dans les forces de la population locale.
61. Le processus d'autoévaluation de l'organisme de santé publique sert à définir ses capacités, ses qualités ou ses atouts pour définir ses réussites en matière de gestion des situations d'urgence.	Le processus d'autoévaluation comporte un volet sur la capacité d'articuler et de décrire les forces et les réussites associées aux populations défavorisées, y compris selon le sexe ou le genre, la race, l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), le lieu géographique et l'exposition au risque.
62. Le processus d'autoévaluation de l'organisme de santé publique sert à étayer les mesures d'amélioration à apporter; il peut s'agir d'identifier les groupes responsables de la mise en œuvre de mesures correctives et d'établir un échéancier des changements à apporter.	Le processus d'autoévaluation comporte un volet sur la capacité d'énoncer les améliorations nécessaires et les mesures de correction à prendre rapidement par rapport aux populations défavorisées, y compris selon le sexe ou le genre, la race, l'identité autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuits), le lieu géographique et l'exposition au risque.
Pratique et expérience (5 indicateurs)	
63. L'organisme de santé publique s'entraîne à exécuter ses plans ou à suivre ses protocoles liés à la gestion des situations d'urgence, comme son plan d'intervention en cas d'urgence ou son plan de continuité des opérations. Les répétitions peuvent comprendre des mises en situation, des exercices, des simulations ou l'activation de plans d'urgence.	Des représentants du réseau de partenaires, y compris ceux des populations défavorisées, participent aussi bien à l'élaboration des plans d'entraînement qu'aux séances d'entraînement comme telles.
64. L'organisme de santé publique mène à intervalles réguliers une évaluation des besoins afin de déterminer la nécessité de la mise en pratique organisationnelle de ses plans ou protocoles d'urgence, comme celle de son plan d'intervention d'urgence ou de son plan de continuité des opérations. L'évaluation peut prendre en compte les mises en situation, les exercices et les simulations réalisés récemment ou les récentes activations de plans d'urgence.	L'évaluation en situation et l'évaluation des besoins s'effectuent en partenariat avec des membres des populations défavorisées et en réponse aux besoins exprimés par ceux-ci en matière d'entraînement.
65. Les gestionnaires et le personnel de l'organisme de santé publique ont établi leur capacité d'adapter les plans ou les protocoles à suivre en situation d'urgence dans le contexte de nouvelles connaissances, de données scientifiques incertaines ou de divergences d'opinions professionnelles. Cette capacité peut se constater pendant des situations d'urgence réelles ou simulées.	Les professionnels de la santé publique ont suivi la formation nécessaire en matière de systèmes adaptatifs complexes, de droits de la personne et d'analyse intersectorielle et multifactorielle, par exemple des facteurs tels le handicap, l'âge, la race et le groupe ethnique, le statut de migrant, le statut socioéconomique et le lieu géographique.
66. L'organisme de santé publique a suffisamment de ressources pour s'entraîner à exécuter les plans ou à suivre les protocoles ayant trait à la gestion de situations d'urgence, comme son plan d'intervention en cas d'urgence et son plan de continuité des opérations. Les répétitions peuvent comprendre des mises en situation, des exercices et des simulations.	Il y a suffisamment de ressources dédiées à l'entraînement pour faire participer des représentants des populations défavorisées aux processus de planification et de mise en œuvre.
67. Les répétitions de l'organisme de santé publique relatives aux activités de gestion de situations d'urgence (comme les mises en situation, les exercices, les simulations) requièrent la présence régulière de la direction et du personnel.	La direction et le personnel participent aux divers volets de l'entraînement, y compris ceux spécifiques aux populations défavorisées, incluant selon l'âge, le sexe, le genre, la race, le groupe ethnique, le lieu géographique, le statut de migrant et l'exposition au risque.

Conclusion

Près de deux décennies après la pandémie de SRAS et près d'une décennie après la pandémie de grippe A(H1N1), les valeurs et les priorités énoncées pour soutenir les besoins de l'ensemble des populations durant une pandémie sont sans doute mieux articulées et documentées que par le passé. Pourtant, les organismes de santé publique des quatre coins du pays continuent de devoir compter sur de l'aide et des conseils pour pouvoir explicitement considérer et intégrer les conditions de vie des populations défavorisées – c'est-à-dire les groupes de population ayant moins de privilèges économiques, sociaux et politiques que les autres.

Pour bien prendre en compte les perspectives d'équité dans le cycle de planification, d'intervention et de rétablissement en cas de pandémie – et pour que ces perspectives d'équité servent de base de décision lors des situations d'urgence –, il faut que ces perspectives d'équité fassent systématiquement partie des processus de planification dans le domaine de la santé publique. La prise en compte – l'opérationnalisation véritable – des perspectives d'équité n'est pas possible sans un système de santé publique résilient aux échelles locale, provinciale, territoriale, fédérale et mondiale. Les organismes de santé publique résilients sont ceux qui disposent d'une structure de gouvernance, de protocoles, de l'autorité, de la responsabilité et de relations de confiance qui leur permettent de faire participer les représentants et les membres de la population locale – y compris et plus particulièrement les représentants des groupes de population en situation de défavorisation – et tout au long du cycle de planification, d'intervention et de rétablissement en cas d'urgence. L'utilisation des indicateurs et des précisions énoncées dans le présent document aidera les organismes de santé publique à bâtir leur résilience et à déterminer et à mettre en place les ressources nécessaires à cet effet.

La mobilisation des représentants de la collectivité permet d'assurer que les bonnes questions sont soulevées, que les voix se font interpellées et entendues et que les décisions sont fondées sur des données probantes tout au long et à toutes les étapes de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie. Les quatre questions(60) ci-dessous demeurent fondamentales si l'on veut placer l'équité en santé au cœur des processus décisionnels en santé publique :

1. Quels groupes ou milieux sont les plus susceptibles d'être défavorisés advenant que l'option envisagée soit celle retenue?
2. Prévoit-on des différences dans l'efficacité relative d'une option pour les groupes ou milieux défavorisés? Le cas échéant, quelles seraient ces différences?
3. Y a-t-il des différences dans les conditions de vie de base d'un groupe ou d'un milieu à l'autre qui feraient en sorte que l'efficacité d'une option serait différente, ou que le problème se révélerait plus ou moins important, pour les groupes ou les milieux défavorisés? Le cas échéant, quelles seraient ces conditions?
4. Y a-t-il des facteurs à considérer au moment de mettre en place l'option retenue pour éviter d'exacerber les iniquités et, dans la mesure du possible, pour les atténuer? Le cas échéant, quels sont ces facteurs?

Références bibliographiques

1. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 1.0*. Ottawa (ON) : ASPC, 27 p.
2. Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada, 466 p.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. (2019). *A framework and indicators for monitoring gender equality and health in the Americas*. Washington (DC) : OPS, 85 p.
4. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. (2003). *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada*. Ottawa (ON) : Health Canada, 232 p.
5. Stachenko, S., B. Legowski et M. Geneau. (2009). Improving Canada's response to public health challenges: the creation of a new public health agency. Dans : Beaglehole, R. et R. Bonita, dir. *Global public health: a new era*. Oxford (R.-U.) : Oxford University Press, p. 123-137.
6. Regan, S., M. MacDonald, D.E. Allan, C. Martin et N. Peroff-Johnston. (Février 2014). Public health human resources: a comparative analysis of policy documents in two Canadian provinces. *Human Resources for Health*. Vol. 12, no 13 [11 p.].
7. Medlar, B., D. Mowat, E. Di Ruggiero et J. Frank. (29 août 2006). Introducing the National Collaborating Centres for Public Health. *CMAJ*. Vol. 175, no 5, p. 493-494.
8. Hodge, J. (2014). *Expériences des travailleurs de la santé canadiens relativement à la vaccination lors de la pandémie de grippe H1N1 : Revue de la littérature qualitative*. Winnipeg (MB) : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, 16 p.
9. Opondo, J., R. Findlater, K. Grauer et C. Ugolini. (2011). *Medical Health Officer's report on the Saskatoon Health Region's response to the global influenza pandemic 2009-2010*. Saskatoon (SK) : Saskatoon Health Region, 33 p.
10. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2016). *La pandémie de grippe H1N1 de 2009 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada : épidémiologie et lacunes dans les connaissances*. Prince George (BC) : CCNSA, 11 p.
11. Kaposy, C. et N. Bandrauk. (Nov. 2012). Prioritizing vaccine access for vulnerable but stigmatized groups. *Public Health Ethics*. Vol. 5, no 3, p. 283-295.
12. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Fondements éthiques de l'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier, 6 p.
13. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Fondements éthiques de l'équité en santé : liste de lecteurs essentielles*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier, 10 p.
14. Hunt, S. (2015). *Revue des compétences essentielles pour la santé publique : Une perspective de santé publique autochtone*. Prince George (BC) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 27 p.
15. Navaranjan, D., L.C. Rosella, J.C. Kwong, M. Campitelli et N. Crowcroft. (2014). Ethnic disparities

- in acquiring 2009 pandemic H1N1 influenza: a case-control study. *BMC Public Health*. Vol. 14, no 214, 10 p.
16. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Principales ressources en santé publique pour agir contre le racisme : une liste de lectures essentielles*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier, 8 p.
 17. Condition féminine Canada. Approche du gouvernement du Canada : ACS+ analyse comparative entre les sexes plus [Internet]. [Modifié le 3 octobre 2017, cité le 26 mai 2020]. Récupéré de <https://cfc-swc.gc.ca/gba-acs/approach-approche-fr.html>
 18. Wilson, C. R., J. Rourke, I.F. Oandasan et C. Bosco. (1 janvier 2020). Progress made on access to rural health care in Canada. *Le Médecin de famille canadien*. Vol. 66, no 1, p. 31-36 (avec résumé en français).
 19. Aalhus, M., B. Oke et R. Fumerton. (2018). *The social determinants of health impacts of resource extraction and development in rural and northern communities: A summary of impacts and promising practices for assessment and monitoring*. Prince George (BC) : Northern Health, 76 p.
 20. Bryant, T., S. Aquanno et D. Raphael. (Août 2020). Unequal impact of COVID-19: emergency neoliberalism, and welfare policy in Canada. *Critical Studies: An International & Interdisciplinary Journal*. Vol. 15, no 1, p. 22-32.
 21. McKenzie, K. (12 août 2020). Toronto and Peel have reported race-based and socio-demographic data – now we need action. [Cité le 1 sept. 2020]. Dans : Wellesley Institute Blog [Internet]. Récupéré de www.wellesleyinstitute.com/healthy-communities/toronto-and-peel-have-reported-race-based-and-socio-demographic-data-now-we-need-action/ (en anglais)
 22. Khan, Y., T. O'Sullivan, A. Brown, S. Tracey, J. Gibson, M. Généreux et al. (2018). Public health emergency preparedness: A framework to promote resilience. *BMC Public Health*. Vol. 18, no 1344, 16 p.
 23. Khan, Y., A.D. Brown, A.R. Gagliardi, T. O'Sullivan, S. Lacarte, B. Henry et al. (23 déc. 2019). Are we prepared? The development of performance indicators for public health emergency preparedness using a modified Delphi approach. *PLoS One*. Vol. 14, no 12, e0226489 [19 p.].
 24. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2020). *Cadre et indicateurs de la préparation aux situations d'urgence en santé publique : Manuel de soutien aux pratiques de santé publique*. Toronto (ON) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 48 p.
 25. Sécurité publique Canada. (2019). *Stratégie de sécurité civile pour le Canada : Vers un 2030 marqué par la résilience*. Ottawa (ON) : SPC, 32 p.
 26. Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève (Suisse) : OMS, 246 p.
 27. Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève (Suisse) : OMS, 8 p.
 28. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef). (2018). *Déclaration d'Astana - Conférence internationale sur les soins de santé primaires*. Genève (Suisse) :

OMS, 11 p.

29. Organisation des Nations Unies. (2015). Objectifs de développement durable [Internet]. [Cité le 5 août 2020]. Plateforme de connaissances sur le développement durable [Internet]. Récupéré de <https://sdgs.un.org/goals> (en anglais; pour renseignements en français, voir www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/)
30. Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [Internet]. [Modifié le 25 juillet 2019, cité le 19 mai 2020]. Récupéré de www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html
31. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé [Internet]. [Cité le 5 août 2020]. Récupéré de <http://ccsdh.ca/fr/>
32. Administratrice en chef de la santé publique du Canada. (2018). *Une approche de l'équité en santé* [Internet]. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada [cité le 19 mai 2020], 1 p. Récupéré de www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/images/corporate/canadas-chief-public-health-officer/CPHO-Priorities-Placemat-Tags-FR.pdf
33. Chiriboga, D., J. Garay, P. Buss, R.S. Madrigal et L.C. Rispel. (30 mai 2020). Health inequity during the COVID-19 pandemic: a cry for ethical global leadership. *The Lancet*. Vol. 395, no 10238, p. 1690-1691.
34. Farley, J.H., J. Hines, N.K. Lee, S.E. Brooks, N. Nair, C.L. Brown et al. (juillet 2020). Promoting health equity in the era of COVID-19. *Gynecologic Oncology*. Vol. 158, no 1, p. 25-31.
35. Herten-Crabb, A. et S.E. Davies. (28 mars 2020). Why WHO needs a feminist economic agenda. *The Lancet*. Vol. 395, no 10229, p. 1018–1020.
36. Gouvernement du Canada. Politique en matière d'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre [Internet]. [Modifié le 15 février 2018; cité le 26 mai 2020]. Récupéré de www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/portefeuille-sante-politique-matiere-d-analyse-comparative-fondee-sur-sexe-genre.html
37. Clow, B., A. Pederson, M. Haworth-Brockman et J. Bernier. (2009). *Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada*. Halifax (NS) : Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 199 p.
38. Wenham, C., J. Smith et R. Morgan. (14 mars 2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*. Vol. 395, no 10227, p. 846–848.
39. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. 584 p.
40. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. Réconciliation [Internet]. [Modifié le 9 avril 2019; cité le 22 mai 2020]. Récupéré de www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1400782178444/1529183710887
41. Gouvernement du Canada. Reconnaissance de la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine [Internet]. [Modifié le 25 juin 2019; cité le 1 sept. 2020]. Récupéré de www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/mobilisation-contre-racisme/strategie-contre-racisme/decennie-internationale-ascendance-africaine.html

42. Organisation des Nations Unies. Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine 2015–2024 [Internet]. [cité le 1 sept. 2020]. Récupéré de www.un.org/fr/observances/decade-people-african-descent
43. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Une table ronde pour l'application des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : Sommaire*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier, 2 p.
44. Estes, R. J. (2014). Disadvantaged populations. Dans : Michalos, A.C., dir. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht (Pays-Bas) : Springer, p. 1654–1658.
45. MacDonald, M. (2015). *Introduction à l'éthique en santé publique 3 : cadres d'éthique en santé publique*. Montréal (QC) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 32 p.
46. Tam, T. (3 mai 2018). Quinze ans après le SRAS : Principaux jalons de l'intervention en cas d'urgence touchant la santé publique du Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. Vol. 44, no 5, p. 109-112.
47. Scharbach, J. (2014). The sociocultural implications of emergency evacuation among members of the Hatchet Lake First Nation [thèse de maîtrise]. Saskatoon (SK) : Université de la Saskatchewan, 101 p.
48. Verhaeghe, C., E. Feltes et J. Stacey. (2019). *Nagwedizk'an gwaneê gangu ch'inidzêd ganexwilagh: the fires awakened us*. [Williams Lake (BC)] : Tsilhqot'in National Government, 118 p.
49. Parlement du Canada, Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord. (Juin 2018). *Naître des cendres : Réinventer la sécurité-incendie et la gestion des urgences dans les collectivités autochtones*. 42^e législature, 1^{re} session, 15^e rapport. Ottawa (ON) : Chambre des communes, 45 p.
50. Pearce, L., B. Murphy et A. Chrétien. (2017). *Du déplacement à l'espoir : Guide pour les communautés autochtones déplacées et les communautés d'accueil*. Waterloo (ON) : Université Wilfred Laurier, 54 p.
51. Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique. (2005). *Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^e siècle : Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique*. Ottawa (ON) : Agence de la santé publique du Canada, 29 p.
52. Cabaj, J. L., R. Musto et W.A. Ghali. (Juin 2019). Public health: who, what, and why? *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 110, no 3, p. 340-343 (avec résumé en français).
53. Hoffman, .S.J., M.I. Creatore, A. Klassen, A.M. Lay et P. Fafard. (Juin 2019). Building the political case for investing in public health and public health research. *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 110, no 3, p. 270-274.
54. Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Health emergency and disaster risk management framework*. Genève (Suisse) : OMS, 31 p.
55. Plough, A., J.E. Fielding, A. Chandra, M. Williams, D. Eisenman, K.B. Wells et al. (Juillet 2013). Building community disaster resilience: perspectives from a large urban county department of

- public health. *American Journal of Public Health*. Vol. 103, no 7, p. 1190–1197.
56. Wulff, K., D. Donato et N. Lurie. (Mars 2015). What is health resilience and how can we build it? *Annual Review of Public Health*. Vol. 36, p. 361–374.
 57. Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé. (2014). *Les racines de la résilience : aplanir les inégalités dans les communautés autochtones*. Ottawa (ON) : CCDSS, 33 p.
 58. Balkissoon, D. (8 juin 2020). Canada's dire need for better race-based data. *Maclean's* [Internet]. [Cité le 2 juillet 2020]. Récupéré de www.macleans.ca/opinion/canadas-dire-need-better-race-based-data/.
 59. Organisation panaméricaine de la Santé. (2020). *Promoting health equity, gender and ethnic equality, and human rights in COVID-19 responses: key considerations*. Washington (DC) : OPS, 15 p.
 60. Oxman, A.D., J.N. Lavis, S. Lewin et A. Fretheim. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Research Policy and Systems*. Vol. 7, suppl. no 1, p. S10 [9 p.].
 61. Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs de santé [Internet]. [Cité le 28 février 2019]. Récupéré de www.cihi.ca/fr/indicateurs-de-sante
 62. Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. Ottawa (ON) ICIS, 33 p.
 63. von Schirnding, Y. (2002). *Health in sustainable development planning: the role of indicators*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 156 p.
 64. Shoukat, A., C.R. Wells, J.M. Langley, B.H. Singer, A.P. Galvani et S.M. Moghadas. (11 mai 2020). Projecting demand for critical care beds during COVID-19 outbreaks in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 192, no 19, p. E489–E496.
 65. Harper, S., N.B. King, S.C. Meersman, M.E. Reichman, N. Breen et J. Lynch. (Mars 2010). Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *The Milbank Quarterly*. Vol. 88, no 1, p. 4–29.
 66. Emirbayer, M. et A. Mische. (Janvier 1998). What is agency? *American Journal of Sociology*. Vol. 103, no 4, p. 962–1023.