



---

**ENJEUX ET DÉFIS DE L'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE  
AUPRÈS DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES EN  
CONTEXTE DE PANDÉMIE : PISTES D' ACTIONS**



**Rapport de recherche présenté au FRQ dans le  
cadre de l'appel à projets « Solution COVID19 »  
du Fonds de Recherche du Québec (FRQ).**

Décembre 2022

## CRÉDITS ET REMERCIEMENTS

Ce projet est réalisé par l'Université du Québec en Outaouais et financé par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIIFI) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre de l'appel à projets « Solution COVID19 » du Fonds de Recherche du Québec (FRQ). Il a été approuvé par le Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Projet n° 2021-1364).

### DIRECTION DE RECHERCHE

Josée Grenier, Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme (UQO)  
Kheira Belhadj-ziane, Université de Lorraine, Metz

### CHERCHEURS ET CHERCHEUSES :

**GRENIER, Josée** : professeure, Travail social, Université du Québec en Outaouais (UQO) ; chercheuse à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**BELHADJ-ZIANE, Kheira** : professeure, Sociologie, Université de Lorraine – Metz ; chercheuse régulière au Laboratoire Lorrain de Sciences sociales – Metz ; chercheuse associée à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**CHAMMAS, Grace** : professeure, Travail social, UQO ; chercheuse régulière au SHERPA – Recherche. Immigration – Société, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal

**DIOH, Marie-Laure** : professeure, Sciences administratives, UQO ; chercheuse régulière à l'Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec (ÉDIQ)

**GUEYE, Serigne Toubia Mbacké** : professeur, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), Travail social ; chercheur régulier à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**BARBE, Mylène** : professionnelle de recherche, chargée de cours et doctorante en travail social (Université de Montréal)

**TREVISAN, Marina** : professionnelle de recherche, chargée de cours

**CLENDON, Roxana** : praticienne-chercheuse à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS ; organisatrice communautaire, Direction de la santé publique, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie-CHUS

**DORÉ, Chantal** : professeure, Sciences infirmières, Université de Sherbrooke ; chercheuse régulière à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**MORIN, Paul** : professeur, Travail social, Université de Sherbrooke ; chercheur régulier à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**CHÉNARD, Josée** : professeure, Travail social, UQO ; chercheuse régulière au Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL)

**LENOIR, Annick** : professeure, Travail social, Université de Sherbrooke ; chercheuse régulière à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**THIBAUT, Sylvie** : professeure, Travail social, UQO ; chercheuse régulière au Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes

**BOURQUE, Mélanie** : professeure, Travail social, UQO ; chercheuse régulière au Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ)

**CHARPENTIER, Claude** : professeure, Psychologie, Université Bishop's ; chercheuse régulière à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS

#### **COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES**

**UNGUREANU, Adina** : coordonnatrice, Observatoire Famille Immigration, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux [ACCÉSSS]

**DI GIOVANNI, Jérôme** : Directeur général, ACCÉSSS

**ALLAIRE, Jean-François** : coordonnateur de l'axe « développement des communautés », Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – CIUSSS de l'Estrie – CHUS ; membre du comité consultatif « communautés issues de l'immigration » du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**CHALOUX, Line** : directrice générale, Centre d'orientation et de formation pour favoriser les relations ethniques traditionnelles [COFFRET, Laurentides]

#### **REMERCIEMENTS**

Remerciements à l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACESSS) et plus spécialement à Adina Ungureanu pour le travail de recrutement.

Remerciements tout spéciaux à Mariana Trévisan et Mylène Barbe pour leur travail et leur précieuse collaboration.

Remerciements gracieux à toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens de recherche : gestionnaires, intervenants et intervenantes, leaders communautaires et bénévoles des organismes communautaires et des associations.

## **Droit de reproduction**

© UQO 2022

Dépôt légal

ISBN 978-2-89251-646-3 (Imprimé)

ISBN 978-2-89251-645-6 (PDF)

## **Pour citer ce rapport**

Grenier, J., Belhadj-ziane, K., Chammas, G., Dioh, M. L., Gueye, S. T. M., Barbe, M., Trévisan, M., Clendon, R., Doré, C., Morin, P., Chénard, J., Lenoir, A., Thibault, S., Charpentier, C. et Bourque, M. (2022). *Enjeux et défis de l'intervention auprès des communautés ethnoculturelles en contexte de pandémie : pistes d'action*. Québec, Canada : Université du Québec en Outaouais.

## **REPRODUCTION**

Il est permis de reproduire à des fins informatives et non commerciales tout extrait du présent document à condition qu'aucune modification n'y soit apportée et que le nom des auteurs et autrices ainsi que la source soient clairement identifiés.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>CRÉDITS ET REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>Synthèse.....</b>	<b>8</b>
<b>MISE EN CONTEXTE DU GUIDE .....</b>	<b>10</b>
<b>L'armature théorique du guide .....</b>	<b>12</b>
Prévention, préparation, intervention, rétablissement-résilience : définitions.....	12
<b>Cadre méthodologique de la recherche .....</b>	<b>13</b>
<b>Usage du guide.....</b>	<b>16</b>
<b>Prévention.....</b>	<b>16</b>
Renforcer et rationaliser les programmes d'intégration et d'information.....	17
Faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux .....	17
Consolider et reconnaître le réseau communautaire à titre de partenaire expert.....	18
Concerter et créer des partenariats avec les acteurs clés .....	19
Associer les leaders des communautés .....	21
Former des bénévoles et des professionnels aux réalités interculturelles .....	22
Connaître les ressources du territoire et développer un réseau d'informations.....	22
Briser l'isolement des personnes par le réseautage et le maillage.....	23
Prévenir la violence conjugale .....	24
Prévenir la charge mentale chez les femmes .....	25
Implanter des services spécialisés destinés aux CE .....	25
Lutter contre la discrimination et le profilage racial .....	26
Améliorer les conditions de vie.....	26
Initier les communautés aux nouvelles technologies.....	27
<b>Préparation.....</b>	<b>27</b>

Communiquer.....	27
Rendre accessible le matériel de protection et faciliter l'application des mesures sanitaires .....	29
Accéder à l'information.....	29
Concerter et mobiliser des acteurs sur le territoire.....	30
Prévoir des mesures d'accès et d'information pour les personnes en situation de vulnérabilité .....	31
<b><i>Intervention</i></b> .....	<b>31</b>
Activer les différents canaux de communication pour la mise en place des mesures d'urgence .....	33
Informer et aller à la rencontre des groupes et des personnes issues des CE .....	34
Adapter les services, demeurer créatif et sensible à la détresse d'autrui.....	36
<b><i>Rétablissement</i></b> .....	<b>37</b>
Racisme et crimes haineux : déstigmatiser les communautés et les minorités ethnoculturelles .....	38
Recréer du lien social et orienter vers des services culturellement adaptés pour briser l'isolement social et préserver la santé mentale .....	39
Reconnaître la spiritualité et la religion comme des leviers de résilience .....	42
Rétablir le lien de confiance entre les CE et la Santé publique .....	42
Prendre soin des travailleuses et travailleurs essentiels .....	44
<b><i>Recommandations</i></b> .....	<b>44</b>
<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>48</b>
<b><i>Annexe</i></b> .....	<b>50</b>
<b><i>Prévention</i></b> .....	<b>51</b>
<b><i>Préparation</i></b> .....	<b>53</b>
Communiquer.....	54
Rendre accessible le matériel de protection et faciliter l'application des mesures sanitaires .....	54
Accéder à l'information.....	54

Concierter et mobiliser des acteurs sur le territoire.....	54
Prévoir des mesures d'accès et d'information pour les personnes en situation de vulnérabilité .....	55
<b><i>Intervention</i></b> .....	<b>55</b>
Activer les différents canaux de communication pour la mise en place des mesures d'urgence .....	56
Informier et aller à la rencontre des groupes et des personnes issues des CE .....	57
Adapter les services, demeurer créatif et sensible à la détresse d'autrui.....	59
<b><i>Rétablissement</i></b> .....	<b>60</b>
<b><i>Recommandations</i></b> .....	<b>61</b>
<b><i>Références bibliographiques</i></b> .....	<b>64</b>

## SYNTHÈSE

Le présent guide suggère des pistes d'action aux organismes communautaires en santé et services sociaux pour intervenir auprès des communautés ethnoculturelles en situation de pandémie.

Ce guide a été bâti à partir des résultats d'une recherche traitant, d'une part, des impacts de la COVID-19 sur les communautés ethnoculturelles (CE), et d'autre part, des interventions réalisées par les organismes communautaires en santé et services sociaux œuvrant auprès des CE (OCSSS) et des leaders de communautés ethnoculturelles dans le contexte de cette crise sanitaire. L'objectif principal de cette recherche visait à outiller les OCSSS œuvrant auprès des CE en élaborant un guide d'action spécifique à une situation de pandémie, fondé sur des données probantes.

Les résultats montrent des enjeux et des défis importants en contexte de pandémie en ce qui concerne les CE, lourdement affectées par la crise de la COVID-19, notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité (les personnes âgées, les femmes, les populations à statut précaire et les personnes minorisées). Les OCSSS ont joué un rôle de premier plan auprès de ces populations, mais non sans défis. Leur contribution a permis à des milliers de personnes d'obtenir un soutien effectif.

La crise a démontré l'importance de la concertation et de la collaboration face à l'ampleur des défis. Pour être plus efficaces, les OCSSS œuvrant auprès des CE ont développé des collaborations interorganismes. Ces liens de collaboration doivent s'étendre au-delà du milieu communautaire pour rejoindre les partenaires du milieu institutionnel et de la Santé publique. Il est important de mettre en place un plan d'action structurée afin d'éviter le chaos et la désorganisation qu'entraîne une pandémie. Certaines actions doivent être mises en œuvre sans tarder, en référence au rétablissement, mais également en prévention pour lutter contre la précarité sociale et économique.

De manière plus spécifique, ce guide propose des pistes d'actions et d'interventions à partir de quatre dimensions appelées *piliers* : *prévention, préparation, intervention et rétablissement*. À partir de ces quatre dimensions, des mesures, voire des actions, ont été élaborées afin : d'agir en amont, c.-à-d. en prévention d'une autre pandémie (1) pour limiter les risques et les conséquences ; de s'organiser pour mieux se préparer à agir (préparation) suivant les leçons apprises (2) ; d'intervenir au sein des organismes ou en collaboration avec elles, pour mieux répondre aux besoins et situations (intervention) ; et enfin de se rétablir (rétablissement) des impacts relatifs aux situations vécues durant une crise par la mise en place d'un dialogue et par des services spécifiques.

Ces niveaux d'action ont pour but d'agir, tel que signifié plus haut, en amont de la crise, soit de travailler à améliorer les conditions de vie objectives des personnes, à mieux préparer les institutions et organisations à réagir devant une nouvelle crise sanitaire, à passer à l'action, à intervenir avec efficacité par des mesures structurantes et enfin à se rebâtir et à se rétablir par des mesures de rétablissements, en offrant des réponses à la crise par des pratiques favorisant la résilience.

À partir des résultats de la recherche, des recommandations ont été produites afin d'éviter que certaines catégories de la population soient encore plus affectées durant une crise sanitaire. Celles-ci relèvent du domaine politique, des partenariats et collaborations intersectoriels, de la formation, des services de santé et services sociaux et des pratiques.

Les mesures de confinement et la crise liée à la pandémie ont engendré et exacerbé de nombreuses problématiques, dont la pauvreté, l'isolement social et des problèmes de santé mentale. Il serait pertinent de développer davantage de recherches ciblées au sujet de l'accès aux soins de santé et services sociaux, plus particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité et pour les personnes sans statut d'immigration. Rejoindre ces populations pour leur faciliter l'accès aux soins de santé et aux services sociaux demeure un enjeu majeur.

Les femmes ont été au premier plan de la lutte contre la COVID-19. Un grand nombre d'entre elles compte parmi les travailleuses du *care*. Parce qu'elles ont été très sollicitées dans le contexte de la pandémie, leur charge mentale a été accentuée. Il serait nécessaire de réaliser des

recherches pour évaluer les impacts de la pandémie sur la charge et la santé mentale des femmes issues des CE et pour réfléchir à des ressources de soutien adaptées.

De plus, une table de concertation interreligieuse a été mise sur pied pendant la pandémie. Il y a intérêt à mieux comprendre le rôle des leaders religieux, leurs stratégies pour soutenir les communautés et à proposer des formes de collaborations avec le gouvernement.

Enfin, des études participatives et inclusives pourraient être menées sur la question des mécanismes qui favoriseraient les collaborations entre l'État, les OCSSES, les institutions de santé et de services sociaux et les leaders des communautés en contexte de pandémie.

## MISE EN CONTEXTE DU GUIDE

Les messages transmis par les autorités de la Santé publique en contexte de pandémie sont de première importance. Or, ceux-ci ne sont pas toujours parvenus aux personnes et familles issues de CE, notamment celles en situation de grande vulnérabilité. Dans le contexte de la COVID-19, leur premier réflexe a été de se tourner vers les OCSSES. La majorité des organismes n'est toutefois pas suffisamment outillée pour intervenir auprès des CE en contexte de pandémie. C'est pour pallier cette situation que cette recherche a été réalisée. Ce guide découle des résultats d'une recherche-action<sup>1</sup> (mars 2021 – juillet 2022) menée en collaboration avec l'*Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux*<sup>2</sup> [ACCÉSSS], un OBNL de regroupement provincial d'organismes communautaires créé en 1987, œuvrant pour favoriser le développement et le partage de connaissances en matière d'accessibilité aux services de santé et sociaux. L'Alliance s'implique notamment dans la réalisation d'outils multilingues, de programmes de formations pour augmenter le niveau de littératie en santé et des projets de recherche par le biais d'enquêtes afin d'identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles. Rassemblant 136 organismes membres, son

---

<sup>1</sup> Cette recherche a été financée par le Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIIFI) et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), dans le cadre de l'appel à projet « Solution COVID19 » du Fonds de Recherche du Québec (FRQ).

<sup>2</sup> Site de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux <https://accesss.net/>

approche tient compte des différentes cultures et visions par rapport à la prévention et la maladie, ce qui inclut une notion de risque très différente d'une communauté à une autre.

Cette recherche a été guidée par les questions de recherche suivantes :

En contexte de pandémie :

1. Comment s'assurer que les communautés ethnoculturelles (CE) les plus vulnérables reçoivent l'information claire et accessible de la part des autorités publiques ?
2. Quels outils, pratiques, ressources et mécanismes de collaboration permettent aux organismes communautaires en santé et services sociaux (OCSSS) d'intervenir efficacement auprès des CE ?

L'objectif principal de cette recherche visait à outiller les OCSSS œuvrant auprès des CE, en élaborant un guide d'action spécifique à une situation de pandémie, fondé sur des données probantes. Afin de formuler des recommandations basées sur des données probantes, un examen des recherches scientifiques et des études systématiques disponibles au sujet de l'intervention communautaire auprès des CE en contexte de pandémie a été réalisé.

La pandémie a entraîné de nombreux enjeux pour l'ensemble de la population, que ce soit ici, au Québec, ou ailleurs dans le monde. Les personnes en situation de précarité ont été les plus affectées par la pandémie. Il existe un gradient social de risque, fondé sur des vulnérabilités sociales présentes avant la situation pandémique (O'Sullivan et Bourgoin, 2010). Lorsque plongé dans un contexte de pandémie, ces vulnérabilités sont susceptibles d'accroître le risque que les besoins de bases ne soient pas satisfaits, d'entraîner l'exposition accrue à la maladie, d'effriter le soutien social ou l'accès à un traitement adéquat. Le nombre élevé de perte de vies humaines à l'échelle nationale et internationale indique à quel point les collectivités sont insuffisamment préparées et organisées à faire face à des catastrophes et à venir en aide aux personnes en situation de vulnérabilité –statut socio-économique et juridique précaire, conditions familiales précaires, groupes minorisés, personnes en situation de handicap, etc. (Agence de la santé publique du Canada, 2018 ; Maltais, Caillouette et Grenier, 2022). Ainsi, la pandémie a mis en évidence et exacerbé les enjeux d'inégalités sociales existantes, venant du coup renforcer les vulnérabilités et atteindre « la capacité des personnes à se protéger et à composer avec les

conséquences de la pandémie » (Beaunoyer, Dupéré et Guitton, 2020 ; Gauthier *et al.*, 2020 ; Heck, 2020 ; Van Dorn, Cooney et Sabin, 2020, cités dans Heck, Ruelland, Lefèvre, Autin, Gilbert et Cariès, 2022, p.24). De nombreux acteurs d’horizons variés – gestionnaires, intervenantes et intervenants, bénévoles, leaders des communautés et leaders religieux – des milieux communautaires et institutionnels ont contribué à partir de leur réseau respectif à mettre en place des mesures spécifiques pour offrir une aide selon les besoins identifiés. Conséquemment à la crise, tous les milieux, peu importe leur mission, ont modifié leurs façons de faire, leurs pratiques, voire innover, afin de rejoindre, répondre aux nouveaux besoins découlant de la pandémie.

## L’ARMATURE THÉORIQUE DU GUIDE

L’armature théorique du guide s’inspire du cadre *Comprehensive emergency management* (CEM), reconnu par l’Organisation de sécurité civile (MSP, 2008) repris dans plusieurs plans d’action institutionnels et gouvernementaux. Il se construit autour de quatre temps, prévention, préparation, intervention, rétablissement (PPIR), adaptés au contexte et au niveau de responsabilité des OCSSS.

### ***Prévention, préparation, intervention, rétablissement-résilience : définitions***

Chacune de ces quatre dimensions [PPIR] se combine aux autres, sachant que le renforcement des déterminants structurels de la santé protège et atténue les impacts lors d’une pandémie (Agence de la santé publique du Canada (2020).

***Prévention*** : les stratégies de prévention visent à mieux faire face à une pandémie, car elles permettent de limiter ou de réduire les besoins des populations lorsque survient une pandémie.

***Préparation*** : les effets d’une pandémie sur les populations peuvent être anticipés en préparant la population, les milieux et les institutions. Des mesures de préparation bien menées permettent de réduire l’improvisation lorsque survient une pandémie.

***Intervention*** : les mesures d’intervention constituent la mise en application des mesures de préparation. Mises en œuvre dès le début d’une pandémie, elles permettent de répondre aux besoins essentiels des populations et de les soutenir pour faire face à ses conséquences inhérentes;

**Rétablissement** : les mesures de rétablissement sont également anticipées au moment de la phase de préparation. Elles permettent d'apporter des réponses aux conséquences effectives de la pandémie vécues par les populations.

## CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

La perspective du cadre CEM (PPIR) nécessite de collecter des données de nature subjective (vécu des acteurs) et objective (sources documentaires). Afin de doter les OCSSS œuvrant auprès des CE d'un guide d'action fondée sur des données probantes répondant spécifiquement à une situation de pandémie, nous avons examiné trois sources de données complémentaires [ce qui permettra de trianguler l'information dans la construction du guide PPIR] : **a)** connaissances issues du vécu des CE (leaders), **b)** connaissances issues de l'expérience professionnelle des praticiens, et **c)** connaissances issues des données de recherche existantes. Nous avons collecté les données à l'aide d'entrevues et de focus group, exclusivement par visioconférence, à la suite du contexte lié aux mesures sanitaires de distanciation. Deux grands chantiers ont permis l'atteinte des objectifs.

### Chantier 1 : le vécu des CE

**Objectifs** : identifier et analyser **1)** les perceptions des CE vis-à-vis de la pandémie et des autorités de santé publique, **2)** les difficultés, les forces (individuelles, communautaires et environnementales) et les besoins spécifiques des personnes et familles issues des CE, et **3)** les facteurs sociaux qui contribuent à alimenter leurs perceptions, à favoriser leurs forces et à exacerber leurs difficultés. **Méthodologie** : **a) Entrevues individuelles** avec des leaders de CE<sup>3</sup> [= informateurs-clés] (n=15) [visioconférence ou téléphone, 60 min]. **b) Focus group** avec les leaders de CE ayant participé aux entrevues [visioconférence, 90 min]. Nous avons réalisé 4 focus groups composés [n=13]. Les entretiens ont été réalisés d'avril à juillet 2021, dans les régions de Montréal, l'Estrie, Québec et l'Outaouais.

### Chantier 2 : les pratiques des OCSSS

---

<sup>3</sup> Leaders de CE = personnes impliquées auprès des CE en tant que représentantes d'organismes/d'associations ethnoculturelles ou en tant que porte-parole des CE

**Objectifs** : décrire et analyser **1)** les pratiques d'intervention mises en œuvre par les OCSSS auprès des CE dans le contexte de la COVID-19 [identifier et décrire les pratiques prometteuses et celles qui peuvent au contraire compromettre, sans le vouloir, les objectifs d'intervention], et **2)** les facteurs facilitants et freinant la réalisation d'interventions efficaces auprès des CE (incluant les mécanismes de collaboration). **Méthodologie** : **a) Focus group** [visioconférences, 90 min] : *i)* 1 focus group avec des gestionnaires d'OCSSS (n=4), et *ii)* 1 focus group des intervenants d'OCSSS (n=4) ; **b) Entrevues individuelles** avec des intervenants d'OCSSS (n=5), des gestionnaires d'OCSSS (n=7) et des organisatrices communautaires du réseau de la santé et des services sociaux (n=4) [visioconférence., 60 min]. Le tableau 1 plus bas indique les catégories d'acteurs et les types d'entretiens réalisés.

Les entrevues et focus groups ont été enregistrés et synthétisés [compte-rendu analytique structuré autour du cadre PPIR] et analysé de manière itérative à l'aide d'une méthode d'analyse thématique. Les participant-es ont été sélectionné-e-s de manière à obtenir la plus grande diversification possible de profils et d'expériences [hommes, femmes, statut d'immigration, tranche d'âge, lieu de vie, etc.], afin de dégager des vues variées et contextualiser les résultats. Grâce à leur réseau d'organismes-membres, ACCÉSSS s'est chargé de faciliter le recrutement des participant-es volontaires. Les données ont été récoltées de mars à juillet 2021, dans la région montréalaise, la région de Québec et en Estrie.

Tableau 1.

Catégorie d'acteurs	Entretiens individuels	Focus groups (FG)
Leaders des CE (L)	N= 15	4 FG (N=13)
Intervenantes d'OCSSS (I)	N = 5	1 FG (N = 4)
Gestionnaires d'OCSSS (G)	N = 7	1 FG (N = 4)
Organisatrices communautaires du réseau de la santé et des services sociaux (OC)	N = 4	S/O

TOTAL	31	21
-------	----	----

### **Chantier 3 : données probantes**

Objectifs: 1) réaliser un examen des recherches scientifiques et des études systématiques disponibles au sujet des pratiques d'intervention menées auprès des CE en contexte de pandémie. 2) construire la vision « données probantes » propre à cette recherche qualitative. Méthodologie: la démarche consistera à « (...) récolter des renseignements essentiels au sujet de l'efficacité des interventions et des circonstances contextuelles dans lesquelles ces interventions ont été réalisées ou dans lesquelles elles pourraient réussir » (Ciliska, Thomas et Buffett, 2010, p.14, traduction libre). Cette stratégie est parfaitement adaptée à la mise en œuvre du processus interactif visant à transférer les connaissances vers la pratique, grâce à la mobilisation de données de qualité.

#### **La vision « données probantes » de cette recherche : une perspective qualitative**

Les phénomènes sociaux sont empreints d'une grande complexité et d'une multitude de facteurs à prendre en compte tant en recherche que dans la pratique. L'approche de l'*Evidence based practice* (EBP) ou de la pratique fondée sur des données probantes en recherche qualitative s'avère pertinente pour développer des connaissances approfondies sur ces phénomènes sociaux et offrir plus d'espace à la participation des acteurs dans la production de données probantes (Maunier, 2019; Weinstock, 2010). Cette démarche permet de guider les relations entre la recherche, le politique et les pratiques, ainsi qu'un meilleur partage entre les différents types de savoirs dans une visée de co-construction (Bon, 2013). Une certaine réserve est parfois observée dans le champ social face à l'approche de l'EBP soulevant un risque de dérive néopositiviste, cependant en introduisant les dimensions sociales, relationnelles ou pragmatiques, les données probantes dans la recherche qualitative sont envisagées comme étant un outil supplémentaire agissant en soutien à la pratique (Turcotte, 2009; Couturier et Gagné, 2003). Ainsi, dans le cadre de cette recherche, plutôt que de considérer les données probantes en termes de « ce qui marche », nous les définissons davantage comme étant « ce qui est

approprié à un moment donné » en considérant les enjeux éthiques et moraux face aux complexités des problèmes sociaux du contexte (Maunier, 2019; Drisko et Grady, 2015).

## **USAGE DU GUIDE**

Ce guide est une base de travail pour les organismes et acteurs communautaires en santé et services sociaux œuvrant auprès des CE. Il peut être aménagé et complété. Il vise à disposer d'un outil d'action pour intervenir auprès de ces communautés en cas de pandémie, en apportant des pistes sur comment agir et avec qui. Il est suggéré aux organismes de s'approprier ce guide, de le tenir à jour et de le mettre à disposition du personnel et des bénévoles. « Une pratique fondée sur les données probantes inclusive reconnaît que la qualité des interventions dépend non seulement des données scientifiques issues de la recherche, mais aussi d'un examen attentif des besoins du milieu » (La Roche, 2008, p.7).

## **PRÉVENTION**

La prévention suppose la mise en place de programmes et d'actions afin de prévenir l'exclusion et la prévalence des besoins et les problèmes liées aux inégalités principalement sociales et économiques. Indispensablement, elle se construit, entre autres, à partir de programmes d'intégration sous toutes ses formes (sociale, économique, culturelle, institutionnelle, linguistique, politique, etc.). C'est pourquoi, ici, le pilier Prévention se rapporte principalement aux politiques sociales, aux programmes et aux services d'intégration visant les CE et mis en place par les instances gouvernementales, les décideurs politiques et les gestionnaires en santé et services sociaux. Avant toute chose, la consolidation de programmes d'intégration (prévention) pour les nouveaux arrivants constitue une mesure de protection, favorisant un meilleur ancrage au sein de la communauté par l'accès aux services de santé et aux services sociaux, à l'éducation, à l'emploi et aux autres ressources. Ces mesures favorisent la participation à la vie sociale, économique, politique et culturelle, et par conséquent permettent le développement de liens sociaux qui assurent protection et reconnaissance.

Dans la partie suivante, différentes mesures de prévention sont proposées :

*« Il faudra impliquer les gens de la communauté. Et pour que ça soit vraiment adapté, la réponse doit venir d'eux-mêmes. Par prévention pour la prochaine pandémie, il faut identifier des groupes, des personnes, des secteurs, des leaders dans des communautés et toute de suite travailler à les intégrer dans les décisions, dans les plans d'intervention, intégrer les personnes qui ont le savoir expérientiel dans les processus de décision. Il faut tenir compte des besoins culturels, de langues, de compréhension. Il est évident que nous ne pouvons pas faire des interventions adaptées à chaque communauté particulière, mais il y a quand même des couleurs, une sensibilité qu'on n'a pas » (G2).*

### **Renforcer et rationaliser les programmes d'intégration et d'information**

Un des enjeux majeurs de la prévention repose sur la nécessité de renforcer certains programmes d'intégration pour les nouveaux arrivants : des activités d'accueil (i.e. premières démarches d'intégration sociale, économique, culturelle); cours de francisation ; ateliers sur l'employabilité ; services de traduction et d'interprétariat ; activités pour briser l'isolement ; des ateliers éducatifs pour les parents (préparation des parents aux programmes préscolaires; bienfaits de la garderie; informations sur les services de santé et de services sociaux, etc.). Le développement et la consolidation de programmes d'intégration et un accès amélioré aux services publics permettront d'éviter certains problèmes vécus en amont et en aval de la crise. Des personnes immigrantes adéquatement accueillies et informées peuvent réduire les enjeux lors d'un évènement majeur comme la pandémie, car ils savent par la suite vers qui s'adresser.

### **Faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux**

De manière plus générale, une complexité d'accès aux services publics a été rapportée, en partie en raison d'un manque d'information et de la barrière de la langue. Or, faciliter l'accès aux services de santé et services sociaux pour les personnes issues des CE, surtout les personnes nouvellement arrivées ou les personnes qui ont un statut d'immigration précaire, permettrait d'agir en amont, car *« En situation normale, où il n'y a pas de pandémie, les services de santé ne sont pas adéquats, les services sociaux ne sont pas adéquats pour les populations multiethniques [...], maintenant à l'intérieur d'une catastrophe comme celle de la pandémie, c'est pire encore ! ? (L1). « Il y a du travail à faire » (LP6H) pour adapter les services.*

Par ailleurs, certaines communautés sont plus difficiles à rejoindre. Il y a une iniquité d'accès aux services chez les CE; ce qui les rend d'autant plus vulnérable en temps de pandémie. Par ailleurs, *« le fait de ne plus pouvoir se rendre à domicile [...] ceci a contribué à rendre plus*

*vulnérables les personnes. Le confinement a certainement contribué à isoler les familles issues de CE » (G6).*

### ***Consolider et reconnaître le réseau communautaire à titre de partenaire expert***

La pandémie nous a montré à quel point le réseau communautaire constitue une ressource déterminante, voire vitale, pour bon nombre de CE qui ont eu pour premier réflexe de se tourner vers leurs organismes communautaires dès le début de la mise en place des mesures de confinement. Plusieurs organismes communautaires ont joué un rôle central durant la pandémie, au niveau de leur présence et de leur disponibilité auprès des CE et des services offerts malgré les contextes d'incertitude que la pandémie a créés. Dans cette optique, il est indispensable de prendre conscience et de reconnaître la pertinence de l'action communautaire et de l'expertise de ses acteurs sur le terrain. Le titre de partenaire-expert gagnerait à être valorisé. Pour cela, il est nécessaire d'augmenter les services et les ressources matérielles et humaines surtout dans les quartiers multiethniques : *« [pour les organismes communautaires], il faut absolument augmenter les ressources matérielles et humaines pour que l'on puisse aider les nouveaux arrivants, réfugiés ou autres qui arrivent au pays sans aucune information, aucune orientation » (L1).*

Il appert que les interventions de proximité s'appuient sur les forces déjà présentes, les liens tissés entre les individus, mais aussi la confiance entre les populations et les organisations communautaires présentes sur leur territoire. Templeton et ses collègues (2020) réfèrent à une identité sociale commune entre les organismes ancrés dans les communautés et les populations desservies. Une confiance mutuelle sous-tend cette identité partagée. En ce sens, les organisations communautaires devraient faire partie intégrale des plans d'actions gouvernementaux, non seulement dans une visée de mieux comprendre les mesures de mesures de santé publique, mais surtout pour réduire le risque de relation antagoniste et hostile entre les communautés ethnoculturelles et les gouvernements (Templeton et al., 2020). En effet, ces organisations communautaires entretiennent des liens avec des individus vulnérables et ont su développer des stratégies pour les soutenir efficacement. Plusieurs exemples tirés des propos des participants montrent les effets dévastateurs de la fermeture des organismes communautaires et des lieux de culte à la suite des mesures de confinement:

*« À l'hiver 2021, le ministère de la famille nous a demandé de garder nos installations fermées pendant un mois et demi à peu près. Donc travailler à distance, c'était très difficile pour les familles; qu'elles ne puissent pas venir nous voir sur place. Par défaut, elles étaient confinées à la maison parce qu'elles n'avaient pas d'endroit où aller [...]. Mais les activités en personne demeurent essentielles pour créer des liens et pouvoir sortir les familles de leur isolement [...]. Nos familles qui sont dans l'urgence, je ne comprends pas pourquoi on ne peut pas leur offrir des services. J'ai l'impression que c'est un manquement à leurs droits, de ne pas avoir accès à quelque chose de base » (G11).*

En début de pandémie, les organisations communautaires et religieuses ont été exclues des tables gouvernementales décisionnelles:

*« Au début de la pandémie en 2020 : [il y avait] un refus de rencontrer l'ACCÉSSS par la Direction de santé publique nationale, [il n'y avait] pas de retour de courriel de la part du ministre de la Santé, [il y avait] un refus de travailler avec ACCÉSSS au niveau de l'approche spécifique à développer pour rejoindre les communautés ethnoculturelles » (G1).*

Selon Templeton et al. (2020), les instances gouvernementales ont intérêt à travailler avec des organismes communautaires et appuyer des initiatives communautaires déjà établies (p. ex., des cliniques communautaires) en qui les communautés ont confiance et vers qui elles se tournent pour obtenir du soutien.

### ***Concerter et créer des partenariats avec les acteurs clés***

La concertation entre le ministère de la Santé et des Services Sociaux, la Direction de la Santé publique (DSP) nationale, la DSP régionale et le secteur communautaire, est indispensable pour une meilleure connaissance des besoins spécifiques des CE et des populations marginalisées ou à statut précaire, et ce, afin de réfléchir à des interventions ciblées et adaptées, et éviter des interventions standardisées en cas de crise future. Compte tenu de l'expertise des acteurs des organismes communautaires, la santé publique devrait davantage poser des actions de collaboration et de concertation avec eux plutôt que de se concentrer à développer seulement des relations avec les CE. Elle gagnerait à investir davantage au niveau de l'information et la sensibilisation à des problèmes et enjeux de l'ordre de la santé publique dans certains quartiers multiethniques.

La prévention appelle à développer des partenariats entre la Santé publique et les organismes communautaires, ainsi qu'entre les organismes communautaires et le réseau de

santé et des services sociaux. Cela assurera une meilleure reconnaissance des besoins et une intervention pour tous, de surcroît pour les CE :

*« On doit établir les tâches des associations culturelles et les tâches de la santé publique et on doit voir à la coordination entre ces deux directions. À cet égard, je pense qu'il faut aider les associations à être unies, connectées pour avoir plus rapidement accès aux membres de la communauté. De l'autre côté, Santé publique doit avoir tous les outils pour donner l'information : des sites, des alertes, des lettres aux associations. On peut avoir ici un agenda d'information entre les institutions d'État et les communautés culturelles. Et à ce moment-là, si on [a] une formule de communication efficace, on peut toujours travailler sur la prévention » (FGL4).*

Cette pratique partenariale pourrait se concrétiser par la formation d'un comité au sein du CIUSSS regroupant des membres de la direction et des gestionnaires, des professionnel.e.s de la santé et des services sociaux, des intervenants d'organismes communautaires, de gestionnaires d'établissements scolaires et des fonctionnaires travaillant dans des ministères. Il est également particulièrement pertinent de se reconnaître mutuellement et de développer des mécanismes de collaboration entre les intervenants des organismes communautaires et les intervenants des CISSS et CIUSSS. Améliorer et consolider les mécanismes de référence aux services psychosociaux et à divers services communautaires selon les besoins identifiés est une autre pratique à initier :

*« Le CIUSSS veut beaucoup aller chercher le soutien des organismes communautaires, il va référer beaucoup au milieu communautaire et en contrepartie c'est difficile pour le réseau de donner aux organismes communautaires, que ce soit du temps ou des facteurs facilitants, des trajectoires facilitantes pour accéder aux services, je vois, il y a pas tant à mon sens de collaborations, il devrait y en avoir plus, il devrait avoir des mécanismes qui font que c'est facilitant parce que dans le fond on travaille tous pour le même objectif ; tu sais la famille qui se promène du CLSC à l'organisme communautaire, c'est la même famille » (OC1).*

Dans plusieurs villes, certains partenariats, tel qu'une consultation de la Santé publique avec un regroupement d'organismes communautaires, ont été réalisés durant la COVID-19, mais de façon inégale et non structurée. Leurs efforts ont cependant donné des résultats efficaces, tels que des affiches explicatives sur les mesures préventives en plusieurs langues et la mise sur pieds de cliniques mobiles de dépistage et de vaccination.

Ces enjeux de concertation et de partenariat sont par ailleurs contenus dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986, s.p.), à travers le principe de « médiation » :

« Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques. »

L'approche populationnelle constitue donc une nécessité en regard des objectifs identifiés par la Charte pour adapter les stratégies de promotion de la santé aux besoins locaux. Par ailleurs, toujours selon cette Charte, la promotion de la santé passe par le renforcement de l'action communautaire :

« La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. » (s.p.).

### ***Associer les leaders des communautés***

Il est important d'impliquer davantage les leaders (formels et informels) des différentes communautés et de cibler de nouveaux lieux d'intervention avec lesquels il n'y avait pas de lien auparavant, notamment les lieux de culte (églises, mosquées, synagogues, etc.) et les associations religieuses ou autres organismes communautaires ethnoculturelles. Il est important d'adopter des mesures déjà utilisées par les communautés elles-mêmes : passer par les radios communautaires, recourir à des endroits fréquentés, faire référence aux personnes connues par les communautés et aux leaders. En effet, la communication d'information peut aussi s'effectuer par le biais d'autres plateformes que les médias traditionnels. Les résultats recueillis dans le cadre

de cette recherche montrent que les acteurs de la diaspora, avec un bagage médical ou non, bénéficient d'une forte crédibilité auprès de leur communauté pour faire passer les messages de la Santé Publique. Le médium radiophonique serait préféré aux médias télévisuels parce qu'accessible dans plus de milieux, par exemple en voiture ou au travail, en plus d'être moins sensationnaliste, donc plus crédible (Cassady et al., 2012).

### ***Former des bénévoles et des professionnels aux réalités interculturelles***

Une pratique de prévention à instaurer serait de sensibiliser les professionnel.e.s et les bénévoles aux différentes réalités des CE en les formant aux enjeux interculturels pour une meilleure compréhension des situations des populations minoritaires et marginalisées. Ceci implique également la formation des bénévoles aux principes de la confidentialité et du respect de la vie privée, en plus d'une formation sur l'intervention en situation de crise. Par ailleurs, plusieurs idées préconçues ou un manque de connaissances peuvent parfois faire obstacle aux collaborations avec les leaders des communautés et les leaders spirituels ou religieux. Cela concerne autant les équipes des organismes communautaires que les intervenants du CIUSSS ou de la santé publique. La collaboration avec les leaders des CE, les églises, les mosquées, les synagogues n'est en effet pas très répandue. Les intervenants connaissent peu sur les facteurs de protection reliés à ces groupes. Des formations devraient leur être offertes dans une perspective inclusive (résilience par la spiritualité et la religion, laïcité, etc.), comme suggère un participant « *Former les futurs professionnels pour qu'ils soient alertes, pour qu'ils comprennent la situation des populations marginalisées. La connaissance quand elle n'est pas là, enlève une capacité d'ouverture à des réalités différentes* » (G2).

### ***Connaître les ressources du territoire et développer un réseau d'informations***

Un répertoire des ressources existantes est essentiel à développer et à distribuer à tout organisme ou instance en contact avec les CE et les citoyen.ne.s. Il s'agit de répertorier qui et où sont les ressources existantes et les points de service les plus importants.

Développer des réseaux d'information entre les organismes du milieu pour savoir ce que chaque organisme fait, est aussi une pratique de prévention à privilégier. Une carte géographique de l'arrondissement (diffusée sur les sites Web des OCSSS et imprimée sur grands cartons à

afficher dans les OC) sur laquelle tous les organismes sont répertoriés en plusieurs langues serait un outil efficace, car elle pourrait servir de boussole pour suivre les actions de mobilisation et de solidarité déployées par les uns et les autres et pour partager des pratiques, des défis, etc.

*« L'exercice que nous a imposé la pandémie, nous a permis de réaliser qu'il faut mieux nous connaître davantage, pour savoir qui on est et qui fait quoi et à qui il faut se référer pour telle ou telle situation. Mieux développer les liens de communications. De savoir qu'est-ce que fait chaque organisme [...] Nous découvrir davantage. Qui fait quoi? Qui on est? » (G10).*

### ***Briser l'isolement des personnes par le réseautage et le maillage***

L'isolement s'est révélé un enjeu important durant la pandémie pour les personnes issues des CE, surtout les personnes et les familles nouvellement arrivées au pays, ainsi que celles détenant un statut d'immigration précaire, en mettant l'emphase sur la construction d'un réseau social. Or, toute pratique susceptible de briser l'isolement, de favoriser la création de liens est en soi un filet de sécurité social. Différentes formulées ont été utilisées par les organismes durant la pandémie en introduisant fréquemment deux volets : un volet échange et soutien entre les participant.e.s et un volet d'informatif/éducatif : information sur les organismes du quartier, leur mission, leurs modalités de fonctionnement et les démarches requises pour avoir accès aux services.

La pandémie a également exacerbé l'isolement des personnes âgées. Différentes suggestions ont été formulées pour favoriser l'interactions des personnes âgées, dont des programmes de soutien communautaire. Différentes actions ont été proposées pour briser l'isolement, soit, comme l'indique l'Institut national de la santé publique (2020, p.1), « Multiplier les efforts pour rejoindre les aînés par des stratégies de repérage [...] ; Transformer et rendre accessibles les interventions individuelles [...] en fonction des contraintes liées à la pandémie. [...] ; Mettre en place des interventions misant sur la résilience communautaire et la cohésion sociale. » La pandémie a suscité un isolement considérable des personnes âgées qui se sont vues stigmatisées et discriminées à certains moments (Action communautaire automne, 2022). Cet aspect a été soulevé par plusieurs participants de cette étude qui ont également insisté sur les difficultés de communication avec certaines personnes âgées dues aux barrières linguistiques et à l'utilisation des moyens technologiques visuels auxquels plusieurs ne sont pas familières.

Certains centres d'action bénévole ont recruté des bénévoles capables d'offrir du soutien à l'apprentissage et l'utilisation d'outils technologiques. Les OCSSS gagneraient à établir des collaborations avec eux pour soutenir les membres des CE qui en ont besoin.

### ***Prévenir la violence conjugale***

Une recrudescence des violences faites aux femmes au cours de la période pandémique est soulevée par les intervenantes qui ont participé au focus group. Selon un rapport émis par l'Association pour la Santé Publique du Québec (2022) « comme dans l'ensemble de la population québécoise, différents organismes du terrain rapportent plus de violence conjugale dans les communautés immigrantes qu'elles desservent depuis la pandémie » (p.32). Les personnes immigrantes violentées sont particulièrement vulnérables lors de ces situations. Ceci s'explique entre autres, par l'isolement généré par les barrières linguistiques, la méconnaissance des droits et lois du pays d'accueil, les barrières associées aux politiques d'immigration, les difficultés à se constituer de nouveaux réseaux sociaux le manque de connaissances des ressources (INSPQ, 2021).

En effet, les résultats de la recherche montrent que la pandémie a eu des effets négatifs sur les couples, pouvant mener à de la violence conjugale dont la femme est victime. Lorsque contextualisé, l'ordre de confinement a pu accroître l'exposition à la violence conjugale en réduisant considérablement les opportunités d'être visible et d'aller chercher l'aide appropriée (Action communautaire automne, 2022; Timmermann, 2020). Cela est d'autant plus préoccupant que nous savons à quel point il peut être difficile pour une femme victime de violence conjugale de trouver un refuge lorsqu'elles souhaitent quitter leur partenaire, car elles n'ont souvent nulle part où aller. «*[Un des enjeux observés durant la pandémie] est qu'il y a beaucoup plus de violence faite aux femmes – les hommes restent à la maison* » (I-FG8), tel que rapporté par une intervenante. Il s'agit de développer des programmes de sensibilisation en matière de violence conjugale auprès des populations. L'objectif est aussi de renforcer les mécanismes de référence à des ressources spécialisées en violence conjugale.

### ***Prévenir la charge mentale chez les femmes***

La charge mentale des femmes demeure un enjeu de préoccupation. Le confinement est venu ajouter à la charge déjà assumée par elles. Certains auteurs le confirment également (Meek-Bouchard, 2021 ; Action communautaire automne, 2022). L'ampleur des responsabilités qu'elles assument, la difficile conciliation travail-famille, ont été à maintes reprises rapportées. La charge devient lourde à gérer, comme le souligne une participante à cette étude « *On remarque la détresse psychologique chez les femmes – conciliation travail-famille, les incertitudes, les écoles vont-elles fermer demain, appartement trop petit à l'approche des fêtes (devenu anxiogène) ; (elles) s'inquiètent beaucoup, ont des tâches supplémentaires* » (FGI4). Ces femmes ont accompli les tâches d'enseignantes auprès des enfants lors de la fermeture des écoles ou des protocoles sanitaires, des tâches de soignantes auprès des membres de la famille, elles occupent des emplois souvent précaires, dits essentiels ou en santé, et ont donc davantage été exposées au virus. Meek-Bouchard (2021, p. 387), rapportent également cet état de fait : « il y a une surreprésentation des femmes issues de l'immigration dans les professions de préposées aux bénéficiaires, d'aide-infirmières et d'aides-soignantes, ce qui accentue leur exposition au virus.

Templeton et ses collègues (2020) remettent en question l'efficacité des mesures de santé publique lorsqu'une grande partie de la population n'a pas les moyens d'adapter ses comportements. Dans le même sens, des populations déjà marginalisées ont dû faire des sacrifices disproportionnés au service du bien commun (Alberti, Lantz et Wilkins, 2020).

La mise en place d'actions de sensibilisation permettra de prévenir la détresse et l'épuisement psychologique, surtout en ce qui concerne la conciliation travail-famille.

### ***Implanter des services spécialisés destinés aux CE***

Il s'avère nécessaire d'implanter des services d'information, de sensibilisation et de conscientisation qui tiennent compte des particularités ethnoculturelles et de l'orientation sexuelle. Ces services s'adresseraient notamment à des personnes LGBTQ+ confrontées à des situations de discrimination et d'oppression au sein des communautés ethnoculturelles.

Mettre en place des suivis psychosociaux pour les personnes confrontées à des problèmes des statuts d'immigration précaires permettrait de mieux écouter, de baisser l'inquiétude et

d'orienter le cas échéant les personnes vers certaines ressources susceptibles de répondre à leurs besoins.

### ***Lutter contre la discrimination et le profilage racial***

Réfléchir et mettre en place des politiques de lutte contre le racisme, la discrimination et le profilage racial, dont sont victimes certaines communautés, représente une autre pratique de prévention à privilégier. De plus, il faudrait favoriser des programmes de sensibilisation dans les quartiers et inviter tout.e.s les citoyen.ne.s à y participer, et améliorer la communication et la connaissance mutuelle entre les groupes. Le but étant de favoriser le respect des droits des personnes : « *On est tous citoyens du pays ! Et je vais aller plus loin, [...] l'article 10 de la Charte [...] quand on parle des droits des personnes au Québec ne mentionne pas le statut des immigrants [...], c'est le droit à toutes personnes qui se trouvent sur le territoire du Québec [...]* » (L1).

La sensibilisation de tous les publics, constitue également un des meilleurs moyens pour lutter contre les préjugés, modifier les attitudes, les comportements et instaurer des rapports respectueux entre les citoyens.

### ***Améliorer les conditions de vie***

Assurer l'accès aux ressources de dépannage (alimentaire, vestimentaire, fournitures, etc.) pour certaines populations issues des CE, surtout les personnes nouvellement arrivées ou les personnes qui ont un statut d'immigration précaire est une pratique à consolider.

Par exemple, en agissant davantage de manière concertée entre les différents acteurs du territoire ou en présentant les ressources aux populations les plus défavorisées. Cependant, il est nécessaire d'opérer un changement au niveau systémique en instaurant ou en révisant en profondeur les pratiques et actions au niveau politique, en faveur de l'amélioration des conditions de vie des CE, de manière durable. Une consultation inclusive et participative des CE et des acteurs impliqués auprès de ces communautés (professionnelles, société civile, etc.) permettrait de mieux connaître les besoins et d'agir en conséquence.

Le développement et l'accès à des logements abordables et salubres comprenant des logements sociaux et des logements locatifs privés doit être revu et assuré prioritairement et efficacement.

### ***Initier les communautés aux nouvelles technologies***

L'utilisation des technologies par les CE est soulevée comme un enjeu majeur et s'est grandement complexifié durant la pandémie, avec les alternatives de communication offertes (courriels, école en ligne) que la plupart ne savent pas utiliser. Les situations d'analphabétisme, les coûts d'accès à Internet et les difficultés financières rencontrés par plusieurs et le fait de n'avoir jamais utilisé ces technologies auparavant expliquent, en grande partie ces difficultés. Il est nécessaire de favoriser davantage leur accès, tant du point de vue des moyens pratiques que financiers, afin de familiariser les populations aux nouvelles technologies informatiques, tel que l'utilisation de plateformes de visioconférence (Zoom, Teams, etc.), des médias sociaux, l'information par courriel, textos ou toutes autres applications disponibles et gratuites par cellulaires. Ces dispositifs permettraient de rejoindre plus facilement certaines personnes. Toutefois, les rencontres en présence rejoignent un plus grand auditoire et sont davantage susceptibles de rencontrer les besoins des nouveaux arrivants.

### **PRÉPARATION**

Des mesures et des actions de préparation à une pandémie sont suggérées considérant différents enjeux vécus et rapportés par les participants à la recherche durant la pandémie. Il ne s'agit pas de détailler à la lettre ces mesures et actions, mais d'énumérer quelques-unes d'entre-elles ayant eu des retombées positives.

#### ***Communiquer***

La communication entre les différentes instances – Santé publique et OCSSS – s'est révélée un enjeu notoire durant la pandémie. Cet aspect a été documenté dans la partie prévention. Ajoutons que pour mieux se préparer à une pandémie, il est impératif de construire des canaux de communication bidirectionnels entre les décideurs et les acteurs de terrain, en l'occurrence la Santé publique et les OCSSS. La communication – façon, méthodes et contenu devrait viser non seulement la transmission de l'information, mais aussi « *une bonne compréhension, pour qu'il y ait, surtout, une bonne intégration [...] et aussi que les gens [des CE] y participent* » (G1). Cette réciprocité implique que chacune des parties reconnaisse l'apport de

l'autre. La mise en place de stratégies de communication et de collaboration entre les CI[U]SSS, la Santé publique et les OCSSS est nécessaire à une préparation adéquate.

Tout d'abord, il appert y avoir un consensus scientifique à l'effet que la communication de l'information officielle doit être transmise en toute transparence. En effet, en temps de crise sanitaire, l'information fiable et à jour joue un rôle d'influence dans la perception et la réponse d'une personne vivant au sein d'un environnement d'accueil (Park et Lee, 2016). Cette information doit être transmise par une source crédible aux yeux de la communauté. Ces personnes ressources doivent être en mesure d'adapter leur discours au niveau de compréhension de la littératie médicale de leur interlocuteur (Vaughan et Tinker, 2009).

Dans cette perspective, l'implication des partenaires communautaires dans la mise en place des différents plans d'action gouvernementaux est recommandée pour assurer une gestion participative durant la crise, tout en permettant une prise de décision plus adaptée aux réalités des CE. Dans certaines villes, des interventions adaptées ont été mises sur pied : porte à porte auprès des communautés isolées, affiches en plusieurs langues, mobilisation pour transport d'aide alimentaire pour familles confinées. La présence de représentants des organismes communautaires travaillant avec les CE aux tables décisionnelles avec le gouvernement et les instances de Santé publique est fortement suggérée, notamment afin que l'information et les interventions soient adaptées aux particularités des CE, et donc mieux compris, intégrés et appliqués par l'ensemble des membres de la société : « *Il faut tenir compte des besoins culturels, de langues, de compréhension. Il est évident que nous ne pouvons pas faire des interventions adaptées à chaque communauté particulière, mais il y a quand même des couleurs, une sensibilité qu'on n'a pas* » (G2) et qui demande à être développée. La mise en place d'un réseau de communication respectant la diversité des acteurs permettrait que le message global soit intégré, compris par l'ensemble des membres de la société.

Le mouvement associatif s'inscrit comme un acteur incontournable dans cette phase de préparation, tel que mentionné plus haut. Leur participation est essentielle pour de multiples raisons : les organisations communautaires possèdent un réseau de communication bâti et fonctionnel ; les liens permettent le réseautage non seulement entre organisations, mais aussi directement avec les communautés ; ces réseaux sont fiables, car édifiés sur la confiance et

méritent d’être exploités en situation de crise. Cette structure de communication permettrait un travail en complémentarité avec les actions gouvernementales.

### ***Rendre accessible le matériel de protection et faciliter l’application des mesures sanitaires***

Des enjeux importants ont découlé du manque de matériel de protection contre la COVID-19. Le matériel de protection doit être commandé en amont d’une pandémie, en nombre suffisant, être de bonne qualité et accessible en tout temps, pour tous les employés de première ligne et les personnes qui fréquentent les organismes ou établissements de santé et services sociaux. Certaines incohérences et contradictions ont par ailleurs été rapportées dans l’application des mesures dans certains milieux de travail. Les organismes comme la CNESST, la SHQ ou la Santé publique devraient être mandatés pour s’assurer de la cohérence des mesures sanitaires dans l’ensemble des milieux ; les infolettres de la CNESST et de la Santé publique expliquant le fonctionnement, les mesures se sont avérées pertinentes et utiles.

Il est également indispensable d’assurer l’entretien des espaces et du matériel afin d’éviter les contaminations. La population doit également être informée des modalités et des lieux où se procurer le matériel de protection et le rendre disponible.

### ***Accéder à l’information***

L’information doit être accessible aux principales langues parlées sur les territoires et aux personnes analphabètes – dans cette optique, certains organismes ont fait des illustrations par des pictogrammes pour expliquer les mesures sanitaires, d’autres ont traduit dans différentes langues, et d’autres encore ont directement identifié des traducteurs pour favoriser les communications avec les CE. Plusieurs chercheurs identifient en effet la traduction des messages de la Santé Publique en plusieurs langues et dialectes comme faisant partie des bonnes pratiques pour communiquer efficacement l’information aux populations issues des communautés ethnoculturelles (Carter-Pokras, Zambrana, Mora et Aaby, 2007; Vaughan et Tinker, 2009; Park et Lee, 2016; Réseau pancanadien de santé publique, 2018; Cleveland et al., 2020).

Les personnes doivent être en mesure de comprendre de manière autonome les consignes en vigueur pour leur propre sécurité et celle de la collectivité. Faute de quoi, l’interprétariat devient nécessaire. À cet effet, des intervenantes ont été confrontées au manque de ressources d’interprétariat pour transmettre les informations nécessaires. Il est essentiel de

travailler en complémentarité et en concertation, afin d'éviter le dédoublement des services sur un même territoire. Le maintien des liens entre tous les partenaires de la communauté est gage de réussite, comme le rapporte ce participant : « *Il faut en période de non-pandémie, tisser des liens, mailler les choses, le travail soit bien mis ensemble, en amont* » (G4).

Par ailleurs, bien que des affiches explicatives ont été traduites en plusieurs langues, l'analphabétisme demeure un enjeu majeur à la communication. L'autonomie des personnes analphabètes était limitée puisqu'elles ne possèdent pas l'information (autonomie limitée). Les personnes sont ainsi à risque d'être vulnérables face à la désinformation aux fausses informations et aux manques d'informations d'où l'importance d'impliquer les milieux communautaires des CE pour la diffusion des informations.

Les leaders communautaires et religieux ont été les principaux relais d'une information juste. Pour s'assurer de transmettre une information juste et à jour, il est recommandé que des personnes ressources ciblées au sein des communautés transmettent, dans la langue maternelle, les messages de santé publique. Cassidy et al. (2012) font également cette proposition.

### ***Concerter et mobiliser des acteurs sur le territoire***

La concertation sur un territoire constitue un enjeu central pour mobiliser les forces vives et les déployer lors d'une crise. La phase de prévention aura permis de consolider les liens au sein de la communauté. Les personnes et les groupes possédant un savoir expérientiel dans les processus de décision et voulant prendre part aux opérations doivent être réunis pour qu'un plan (préparation) soit orchestré, tel que le propose un participant (GP4) de cette étude.

Certains OCSSS ont fermé, mais d'autres ont pu faire preuve de créativité pour offrir leurs services tout en respectant les mesures sanitaires. À titre d'exemple, un comité de veille existant a été mis sur pied dans un quartier de la ville de Montréal. Il s'agit d'un sous-comité de la table de quartier créé quelques années avant la pandémie. Ce comité a été très actif durant la pandémie. Il réunit tous les acteurs du quartier : organismes communautaires, institutions publiques et résidents, afin de discuter des enjeux du quartier. Il s'agit d'un rassemblement très couru, car les gens viennent non seulement chercher de l'information, mais peuvent aussi s'exprimer et débattre. Il s'agit d'une instance de concertation et d'échange libre et ouvert. Le comité de veille est un lieu non décisionnel, mais qui peut mener à des collaborations. Certains

acteurs clés sont incontournables : les OCSSS, les organisatrices communautaires des milieux institutionnels, les leaders et membres des CE, la table de concertation interreligieuse, les agents de police et les agents municipaux, les centres de services scolaires, les enseignant.e.s, les médecins et toutes personnes ayant des initiatives citoyennes. L'embauche de personnes représentatives des diverses communautés et s'exprimant en différentes langues est un atout pour ces secteurs d'intervention. Une formation sur la diversité culturelle dans les différents milieux professionnels est également à privilégier pour que l'information transmise à l'ensemble de la population soit comprise et les mesures adoptées correctement.

### ***Prévoir des mesures d'accès et d'information pour les personnes en situation de vulnérabilité***

Certaines personnes sont en situation de vulnérabilité et ne peuvent se déplacer pour recevoir des services. Il est, par conséquent, essentiel de prévoir des modalités pour assurer la continuité des soins et des services et éviter une rupture de ceux-ci. Des personnes en situation de précarité, en marge ou en situation d'itinérance, par leur statut peuvent craindre les autorités et ne pas réclamer les services. Or, afin que tous puissent bénéficier des mêmes protections, il importe de penser à des modalités pour faciliter l'octroi des services, comme souligné ici par un leader de communauté : « *Les soins, les services sont limités dépendamment de là où on est rendu dans son statut d'immigration. C'est un grand problème* » (L9).

Les intervenants de terrain qui dispensent des services auprès des personnes en situation de vulnérabilité doivent leur assurer une information claire et précise.

Néanmoins, malgré une organisation et une planification bien orchestrées, des éléments imprévisibles peuvent surgir, comme le laisse entendre un participant : « *Sometimes we run the risk of overlearning from history, of learning too much. The truth is, in life, the worsts things that happen to us are complete surprises, aren't the things we planned for or worried about. The things we plan for or worry about don't seem to happen* » (FGL4).

## **INTERVENTION**

Dans cette section, il ne s'agit pas d'identifier les mesures à mettre en place de façon détaillée, comme mentionnée plus haut, puisque les milieux ont été largement créatifs durant la pandémie, mais de rapporter certains aspects incontournables à considérer.

En guise de préalable au volet intervention, il est important de rappeler que l'approche « *'one size fits all', ça n'existe pas. Il faut que toutes les pratiques prennent cela en considération* » (G4) et « *parce que ce modèle-là : les grands centres de vaccination, information pour tous, ça ne fonctionne pas pour les personnes à statut précaire* » (G2). Par ailleurs, dans la mise en place de mesures « *le gouvernement devrait toujours, quand il fait une mesure ou une loi, penser à cette population marginalisée. Ces populations sont souvent oubliées* » (L9), incluant les CE. De fait, les populations déjà vulnérables, dont plusieurs personnes sont issues des communautés ethnoculturelles, risquent d'être marginalisées davantage si l'on fait fi de leurs contextes de vie et d'existence en les assujettissant aux mesures de santé publique s'adressant à l'ensemble de la population. En ce sens, le Réseau pancanadien de santé publique recommande dans son guide préparation du Canada en cas de grippe pandémique (2018) « (...) d'accorder suffisamment de souplesse au niveau local pour permettre aux planificateurs de répondre aux besoins uniques de leurs populations vulnérables » (p. 16). Cette recommandation trouve écho chez les participants rencontrés pour qui les services de proximité sont essentiels dans la réponse pandémique. Or, plusieurs d'entre eux font état de la complexité des structures décisionnelles du système québécois qui nuit à la prise de décisions au niveau local.

Autrement dit, la situation en temps de crise est en mouvance : la communication entre les décideurs et les acteurs de terrain doit être constante pour adapter, modifier, revoir les interventions prescrites au départ pour éviter le manque de concertation entre « *le sommet et la base* » (L10). Les canaux de communication établis et consolidés dans les phases de prévention et de préparation, doivent donc être fluides avec une représentativité des CE pour les prises de décisions, « *[...] pour expliquer voilà ce qu'on vit [les CE], voilà nos freins et nos faiblesses par rapport à ce que vous voulez mettre en place* » (L10). La communication durant la phase d'intervention s'inscrit dans une démarche continue, soit un aller-retour constant entre le « *sommet et la base* » (L10) en regard de ce qui est pensé, prescrit, mis en œuvre et ses retombées sur le terrain. Nous savons maintenant que dans les mesures prescrites, tel que le confinement, « *le filet social a été durement atteint* » (OC2). Pour les CE, les effets de ces mesures sur les filets sociaux ont été dévastatrices.

### ***Activer les différents canaux de communication pour la mise en place des mesures d'urgence***

Dès le début d'une crise, les réseaux de communication entre les décideurs et les acteurs de terrain doivent être activés. Il s'agit de mobiliser tous les acteurs clés pour transmettre les informations relatives aux mesures d'urgence établies en préparation et déployer les actions nécessaires pour répondre aux défis de la crise. Les organisateurs communautaires des CI[U]SSS, comme rapporté plus haut, doivent demeurer présents sur le terrain. Dans le contexte de la COVID-19, ces professionnel-le-s ont été délesté.es vers d'autres services, alors qu'elles sont en interface direct avec les OC et les groupes communautaires. Les directions concernées aux CISSS et CIUSSS devraient être davantage sensibilisées à ces enjeux. De plus, des défis de communication ont été observés entre le gouvernement et les CISSS et CIUSSS sur le plan des directives ; notamment au niveau de la directive du MSSS concernant l'accès gratuit au dépistage et aux soins à toute la population peu importe le statut migratoire qui n'a pas été suffisamment diffusée au sein du RSSS et de la population en général. Certains services et soins étaient mis de l'avant par le gouvernement, mais les organismes n'en savaient rien, ce qui a pu désorienter la population. Cleveland et *al.*, 2020, établissent le même constat concernant le manque de circulation relative à l'information.

Les organismes communautaires doivent également demeurer ouverts ; ils constituent des ressources de premier ordre auprès de la population, que ce soit pour des services directs ou du référencement. Le gouvernement aurait d'ailleurs avantage à utiliser toutes les portes d'entrée possibles, « *toutes les pratiques* » (OC2), « *Any influencer should be used* » (FGL4), pour atteindre la population.

Pour plusieurs personnes issues des CE, l'une des portes d'entrée pour les rejoindre est leur lieu de culte : l'église, la mosquée, la synagogue, etc. De plus, les lieux de cultes jouent plusieurs rôles, « [...] *étant des relais d'infos* » et « [ils] *permettent d'apaiser les gens sur le plan moral et spirituel* ». Comme mentionne ce participant : « *pour eux la religion c'est quelque chose de vital, sans laquelle on ne peut pas vraiment combattre la pandémie* » (L1).

De plus, les bénévoles dans les lieux de culte sont des personnes ressources agissant comme filet de sécurité sociale à différents niveaux auprès des CE – soutien psychologique et émotionnel, de l'information, de l'aide alimentaire, comme le rapporte ce leader :

*«The government] doesn't get it. [They] think we're just another building where people come for prayers. We help [them] by staying open, we help by being able to engage with people, provide for them psychologically, emotionally and also in terms of delivering food and information about health care» (L11).*

Les médias communautaires sont aussi des canaux d'information de premier ordre en temps de pandémie, parce qu'ils sont très écoutés par la plupart des CE.

### ***Informers et aller à la rencontre des groupes et des personnes issues des CE***

L'information doit être accessible à tous pour permettre une compréhension autonome des mesures en vigueur pour leur propre sécurité et celle de la collectivité. Il est donc essentiel d'adapter les communications importantes : vulgariser l'information pour déjouer les enjeux de littératie, traduire en plusieurs langues, utiliser des affiches d'informations schématisées. Les publics cibles sont également différents, il faut donc sensibiliser et relayer le message selon le groupe d'âge et selon l'appartenance ethnoculturelle. Pour les personnes analphabètes l'usage d'illustrations par des pictogrammes pour expliquer les mesures sanitaires est recommandées.

Certains OCSST ont réalisé des vidéoconférences en direct sur les réseaux sociaux, à la suite des conférences de presse gouvernementales pour informer les gens de la communauté. Les messages informatifs doivent être traduits, diffusés de manière continue et portés par des personnes crédibles aux yeux des communautés ethnoculturelles. Cette stratégie est un puissant moteur pour contrer la désinformation (Vaughan et Tinker, 2009).

Les personnes doivent comprendre également l'utilité des consignes, s'il y a lieu, pour qu'elles puissent prendre leurs dispositions face à une pandémie, ce qui a parfois fait défaut durant la pandémie : *« c'étaient des règles 'faites ceci, faites ceci', mais les gens ne savaient pas pourquoi faire ça »* (L7). Certaines recherches scientifiques soulignent le fait que la fausse information circulant de manière informelle en période pandémique a pour effet d'exacerber la peur ou la méfiance (Cassady et al., 2012 ; Park et Lee, 2016). Le vaccin demeure un exemple de ce phénomène. À ce titre, il est essentiel de communiquer, non seulement les consignes de prévention et de protection contre le virus, mais aussi d'informer les populations sur le virus ; le lien de causalité entre les mesures sanitaires imposées et l'éradication du virus (Carter-Pokras,

Zambrana, Mora et Aaby, 2007; Vaughan et Tinker, 2009; Cassady et al., 2012; Timmermann, 2020).

Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent que pour certaines personnes, le rôle de la santé publique est mal compris ou craint par certaines communautés et pour différents motifs. Or, la Santé publique a intérêt à relayer des messages informatifs, traduits, diffusés de manière continue et portés par des personnes crédibles aux yeux des communautés ethnoculturelles. Cette stratégie permettrait de lutter contre la désinformation (Vaughan et Tinker, 2009; Truman et al., 2009).

Les autorités gouvernementales auraient également avantage à exploiter l'avenue des médias sociaux pour informer l'ensemble de la population. De plus, une stratégie consiste à maintenir les liens durant la pandémie avec les groupes et dans les lieux de fréquentation quotidienne : les lieux de culte, les associations religieuses, les épiceries de quartier, etc. Le mot d'ordre pour transmettre l'information et éviter l'isolement des personnes : « *Garder le contact avec les communautés* » (IP1) et « aller vers les usagers » (IP1).

Les stratégies de protection individuelle non pharmaceutiques (lavage des mains, distanciation sociale, port du masque, etc.) devraient être diffusées même lorsqu'aucun virus ne semble menacer la santé publique (Hickey, Gagnon et Jitthai, 2014).

En milieu scolaire, les courriels et les vidéoconférences ont été utilisés pour communiquer avec les parents, mais avec peu de succès auprès des personnes issues des CE. Les interventions d'information suivantes ont eu davantage de succès : affiches, porte à porte et appels, activités se déroulant à l'extérieur. Les services téléphoniques d'information ont également été peu utilisés, en raison de la barrière de la langue.

Comme discuté dans la phase de préparation, il est primordial d'une part, de maintenir les services déjà en place pour les personnes en situation de vulnérabilité, afin d'éviter les bris de services et l'isolement, et d'autre part, de déployer de nouveaux services pour répondre aux besoins émergents générés par l'événement. Le contexte en mouvance demande une évaluation constante de l'intervention, afin d'adapter les services.

### ***Adapter les services, demeurer créatif et sensible à la détresse d'autrui***

Les interventions de proximité, c'est-à-dire celle étant ancrées au sein des communautés et adaptées à celles-ci, sont reconnues comme faisant partie des meilleures pratiques en contexte de pandémie (Carter-Pokras, Zambrana, Mora et Aaby, 2007; Vaughan et Tinker, 2008; O'Sullivan et Bourgoïn, 2010; Réseau pancanadien de santé publique, 2018; Alberti, Lantz et Wikins, 2020; Timmermann, 2020). Ces interventions de proximité impliquent une certaine souplesse des mesures de santé publique, afin qu'elles soient adaptées aux conditions de vie et d'existence des personnes à qui elles s'adressent. Dans cette idée, plusieurs OCSSS ont développé des services, ont élargi les heures d'ouverture et les interventions ont été adaptées pour répondre aux besoins et aux particularités de la population, tout en gardant un sens avec la mission de l'organisme. Avec les heures prolongées et le stress engendré par la situation de crise, il est nécessaire de garder un œil sur le personnel pour éviter l'épuisement. Les fonds d'urgences du gouvernement offerts à certains organismes ont, entre autres, soutenu le déploiement d'activités. L'ajustement du financement est donc nécessaire pour répondre aux besoins émergents du contexte. Les OCSSS ont fait preuve d'une grande créativité pour rejoindre la population de leur territoire durant le confinement. Le maintien du lien est essentiel et de surcroît avec les nouveaux arrivants et les personnes à statut d'immigration précaire pour faciliter l'intégration et informer sur la pandémie et les consignes. D'ailleurs, certains OCSSS ont créé des vidéos ludiques sous-titrés (en français et multilingues) pour expliquer les mesures sanitaires.

Différentes formes d'aide et d'accompagnement ont été offertes par les OCSSS durant la pandémie. Voici en rafale quelques-unes d'entre-elles pour donner une idée de l'éventail des activités recensées, même si le répertoire des activités offertes est beaucoup plus exhaustif :

- Offrir des interventions individuelles, familiales, à distance ou en présence, souvent par du porte-à-porte pour informer sur les effets du virus, les mesures de protection et former sur l'usage du matériel de protection pour une protection adéquate,
- accompagner les personnes pour les inscriptions en ligne pour le vaccin,
- référer vers les ressources disponibles,
- distribuer des paniers alimentaires,

- se rendre dans les lieux fréquentés par les CE pour communiquer de l'information sur le virus et les ressources du secteur,
- assurer une ligne d'urgence, faire des appels téléphoniques de suivi,
- souligner les anniversaires dans les OSBL d'habitation.
- Créer des groupes d'entraide via des applications Messenger, WhatsApp, etc. – et organiser des rencontres virtuelles.

Bien que l'apport des communications virtuelles ou téléphoniques ait été fort utile, l'importance de maintenir les communications directes en différentes circonstances est unanime, comme en témoignent ces deux participantes : « *Ce qui compte le plus dans la communication, c'est la relation directe* » (FG1), notamment en ce qui concerne les nouveaux arrivants : « *On nous disait qu'on pouvait s'adapter au virtuel. De par notre expérience, c'était très difficile de s'adapter. Ce n'est pas ce dont nos familles ont besoin. Le virtuel n'est pas adapté aux besoins des familles qu'on rencontre. On a essayé.* » (G11).

Pour les personnes plus isolées, dont les personnes âgées, quelle que soit leur origine ethnique, le porte-à-porte a été très utile, surtout pour les personnes qui ne participent à aucun groupe ou qui n'ont pas de réseau : « *Parce que nous, au début, ça passait par les gens qui avaient déjà utilisé un service communautaire. Donc, l'ainée isolée, qui ne sort pas de chez elle, on avait beaucoup de mal à la rejoindre* » (G4).

C'est pourquoi, comme le souligne une organisatrice communautaire : « *Toutes les pratiques qui vont avoir comme objectif de garder les liens entre les gens ou s'il y a brisure à quelque part, (il faut) vite l'identifier pour la rebâtir* » (OC2).

Aller vers les CE pour échanger et entrer en dialogue s'avère un principe essentiel, puisque ces échanges demeurent un socle pour le maintien des liens sociaux, de la solidarité et de la cohésion sociale, et ce même lorsque les opinions sont divisées et que les mesures ne sont pas unanimes. Les valeurs d'entraide doivent demeurer.

## RÉTABLISSEMENT

Et, pour l'après-pandémie ? Il est absolument nécessaire d'évaluer les effets dans le contexte post-pandémique et d'agir en conséquence, comme l'indique une répondante : « *Très*

*important cet après » (I1). Un travail de rétablissement collectif est nécessaire par une lecture a postériori de ce qui a été expérimenté :*

*« Lorsqu'on dit rétablissement, c'est parce que les deux actions font du sens. Elles sont cohérentes avec l'idée qu'on se reconstruit, on a passé par la crise, maintenant on est en train de se rebâtir, de retrouver nos forces, voir ce qu'on a fait de bon, ce qui n'a pas fonctionné. Comment on s'est fait du bien. C'est pour ça que je dis rétablissement. Comment écrire ou inscrire l'histoire de ce qu'on a vécu. Et vers où on s'en va à présent. Et ce qu'on a fait au milieu et qu'elle place ça occupe » (OC1).*

Les filets sociaux ont été durement atteints durant la pandémie et les incidences sur la santé mentale de la population le démontre comme l'indique cette organisatrice communautaire: *« On voit clairement de la détresse, l'augmentation de la dépression, de l'anxiété, le suicide, la violence. On a vu ce qui a été fait en peu de temps au filet social. Tu laisses les personnes toutes seule, ça tombe. S'il y a une petite fragilité, ils n'ont pas de place pour se tenir » (OC2).*

### ***Racisme et crimes haineux : déstigmatiser les communautés et les minorités ethnoculturelles***

Certaines communautés ont été accusées d'être à l'origine du virus ou de sa propagation, engendrant des stigmatisations et un climat de méfiance envers ces populations. D'autres chercheurs ont fait le même constat (ACA, 2022; Cleveland, Hanley, Jaimes et Wolofsky, 2020). Au Québec, dès le début de la pandémie, les communautés asiatiques ont été particulièrement exposées à des intimidations, des insultes, des menaces, des actes de vandalisme, des agressions et des crimes haineux. Il est avéré qu'au début de la pandémie, les agressions et les comportements discriminatoires à l'endroit des populations asiatiques ont augmenté au Canada ; cela signifie « (qu') outre la crainte d'une pandémie mondiale, certains groupes de population subissent des pressions accrues en raison de leurs origines ethnoculturelles (Heidinger et Cotter, 2020, parag. 2) :

*« À l'école, les enfants se font dire « c'est toi qui a apporté le virus », et aussi nous avons des clients à l'éché dernier qui cueillaient des fraises au champ et quand ils arrivaient, les autres disaient, « oh le virus est arrivé ». Et aussi la semaine passée, devant notre maison d'hébergement pour personnes âgées, c'était une vieille dame, elle a été frappée par on ne sait pas qui, elle est tombée et a perdu connaissance. La personne âgée ne parle ni français, ni anglais, on lui a dit « vous pouvez faire le 911 et parler à la police », mais la dame a dit « non, j'ai peur » (L13).*

Ce climat a fait apparaître des peurs et un sentiment d’insécurité personnelle et communautaire au sein des communautés asiatiques ; la présence policière, perçue comme insuffisante, n’a vraisemblablement pas permis de rassurer ces populations :

*« La présence de la police à Chinatown, parce qu’il y a plusieurs commerces, même si on appelle la police, on a demandé qu’on augmente leur présence, mais ce n’est toujours pas suffisant, surtout le soir (...) maintenant les gens, les commerçants ont très peur dans le quartier chinois, on encourage les gens à appeler la police, la police fait des vérifications, mais après rien, il n’y a pas de résultats. On est très déçus » (L13).*

Or, le sentiment d’insécurité peut non seulement contribuer à réduire la cohésion sociale, mais il peut aussi entraîner des conséquences sur la santé physique et mentale des personnes qui l’éprouvent (Jenson, 2019).

Dans une visée préventive, il y a lieu d’élaborer une politique de lutte contre le racisme et les discriminations, à partir d’actions structurantes, et de développer et mettre en œuvre des stratégies d’éducation des populations. La perspective d’un rétablissement exige une déstigmatisation des communautés jugées, à tort, responsables d’un virus (en l’occurrence dans le contexte de la COVID-19, les communautés asiatiques), par exemple en initiant un débat dans l’espace public au sujet des effets de la stigmatisation vécue par ces communautés durant la pandémie de COVID-19. Ce débat pourrait passer par des campagnes nationales (affichages, publicités) et des rencontres locales inclusives et participatives (rassemblant les communautés, citoyens, acteurs politiques, communautaires et chercheurs), orchestrées par une collaboration tripartite gouvernement – milieu communautaire – réseau institutionnel.

### ***Recréer du lien social et orienter vers des services culturellement adaptés pour briser l’isolement social et préserver la santé mentale***

Les mesures exceptionnelles de confinement et de distanciation physique prises par les gouvernements pour endiguer la propagation du virus ont exposé un grand nombre de personnes issues des CE à vivre de l’isolement social ou à l’amplifier, comme pour l’ensemble de la population québécoise. Le propos de l’un des leaders rencontrés illustre ce que plusieurs intervenants, gestionnaires, organisatrices communautaires et autres leaders ont exprimé à

propos des effets pervers de ces mesures restrictives « *L'isolement social a été un plus grand mal que celui lié à la COVID-19* » (L2).

Les personnes âgées ont non seulement été coupées de leurs principaux canaux de socialisation (famille, amis, réseau social), mais elles ont aussi parfois été privées d'accompagnement social et psychosocial, au moment où elles en avaient assurément le plus besoin. Plus ces personnes étaient isolées (limitation des déplacements dans les lieux qu'elles avaient l'habitude de fréquenter) et moins elles avaient l'opportunité d'accéder à l'information sanitaire quotidienne locale et dans leur langue maternelle :

*« Pour les aînés, l'application des consignes était plus difficile parce que cela brisait leur routine de socialisation et accentuait leur isolement »* (L6).

*« Nous avons interrompu nos rencontres mensuelles à cause de la pandémie pour protéger nos personnes âgées [...]. En même temps, je crois que [...] nous avons perdu beaucoup de liens à cause de la pandémie. [...] Parmi les personnes âgées, elles sont restées à la maison toutes seules, leur problème est l'isolement, même plus grave que la pandémie elle-même »* (L2).

Leur rétablissement « *doit être entrepris dans une visée de prévention de la détérioration accélérée des [personnes] âgées plus spécifiquement en raison de leur isolement [...]* » (OC1).

L'isolement a également été vécu au sein de différents groupes sociaux. Il importe cependant de tenir compte des spécificités vécues par les personnes âgées issues des CE dans les programmes de rétablissement postpandémique, car leurs parcours migratoires, leurs expériences de vie ainsi que leurs réalités culturelles peuvent parfois jouer un rôle d'influence sur les perceptions autour de la santé, de la maladie et de la mort ; considérant toutefois que les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène (Belhadj-ziane, Jovelin et Galloro, 2022).

Les femmes, en particulier les mères de famille monoparentale ont également été touchées par l'isolement social et le manque de soutien, en plus de vivre une augmentation de leur charge mentale. Pour celles qui assument des responsabilités de proche aidante, la situation a été d'autant plus accablante. Les femmes sont en effet plus souvent sollicitées dans leur rôle d'aidante naturelle. Selon le concept du *care* élaboré par Carol Gilligan et Joan Tronto (Gilligan, 2008 ; Tronto, 2009), le travail de souci et de soin des autres tant sur le plan domestique, familial que professionnel est encore tenu majoritairement par les femmes et tend à être invisibilisé en raison notamment de la tendance à le naturaliser en l'associant aux femmes entraînant du même coup une division sexuelle du travail (Meek-Bouchard, 2021).

L'isolement dû à la pandémie a diminué leur possibilité d'accès à des activités de ressourcement ou de répit. Le travail invisible qu'elles réalisent, en contexte d'isolement social, devient plus rapidement une source d'épuisement : « *La majorité des gens rencontrés (par les intervenantes dans l'organisme communautaire) sont des femmes qui aident dans leur famille, qui sont fatiguées et qui sont en état de relâchement. Elles n'ont plus d'énergie* » (L9).

La pandémie a entraîné une fragilité voire une brisure des liens sociaux. Il est indispensable de réfléchir à des stratégies pour recréer du lien social ; « [...] *aujourd'hui, il faut rebâtir des ponts* » (OC3), comme le souligne une organisatrice communautaire.

Des interventions visant la solidification des liens sociaux sont donc recommandées pour permettre aux personnes de communiquer entre elles, de se rencontrer à nouveau. Cela pourrait se concrétiser par la création d'espaces publics où il serait possible de discuter, d'échanger, de dialoguer à propos de stratégies de porte-à-porte pour rejoindre les plus isolées, des ateliers permettant d'apporter du soutien, une présence sur le terrain pour assurer un suivi régulier (par exemple des visites à domicile).

Ces situations d'isolement social ont eu pour conséquences de fragiliser les liens familiaux, d'accroître les violences familiales et conjugales et ont contribué à la dégradation sur le plan de la santé mentale (anxiété, stress, dépression, pensées suicidaires, etc.) : « *Les gens sont à bout de nerfs : des cas de divorce, des violences même dans notre communauté, on les voit. Les couples sont fragilisés, les familles sont fragilisées, les personnes [aînées] sont très fragilisées* » (L14).

Or, un bon nombre de personnes issues des CE, notamment les personnes âgées, ne se rendent pas systématiquement vers les services de santé et encore moins vers les services en santé mentale, car, d'une part, elles tiennent pour acquis qu'elles sont exclues de ces services, et d'autre part, les conceptions reliées à la santé mentale peuvent différer selon les cadres de référence culturelle. C'est pourquoi il est nécessaire d'orienter ces personnes vers des services et des ressources en santé mentale culturellement adaptés (ethno-cliniques). Les leaders des communautés connaissent très bien les subtilités ethnoculturelles liées aux enjeux de la santé mentale. Ils sont des partenaires majeurs à associer aux services en santé mentale.

### ***Reconnaître la spiritualité et la religion comme des leviers de résilience***

Les pratiques spirituelles et religieuses peuvent constituer une source de résilience importante pour les populations : « L[']a spiritualité, définie autour de la notion de sens à l'activité humaine, est considérée comme un important facteur de résilience » (Chouinard, 2009, p. 90). En plein cœur de la pandémie, plusieurs personnes ont trouvé du réconfort dans leur culture, la religion et la spiritualité. Les pratiques de rétablissement peuvent s'appuyer sur ces leviers, à partir du moment où ils font sens pour les personnes. Des concertations entre la Santé publique et les associations culturelles et les organisations religieuses pourraient soutenir la réflexion sur des pistes de rétablissement. Une collaboration pourrait par exemple être envisagée entre le gouvernement, la Santé publique et la Table Interreligieuse de concertation du Québec. Créée durant la pandémie, cette Table regroupe des leaders des communautés musulmanes, chrétiennes et juives, rassemblées pour entrer en contact avec le gouvernement afin de proposer des solutions de réouverture des lieux de culte (protocole strict) ainsi que des stratégies de collaboration pour soutenir les populations (écoute, paniers de nourriture, rejoindre les plus vulnérables, etc.). Cette forme de regroupement religieux, inédite au Québec, est devenue pérenne : « *La religion est une partie de la solution et non le problème* » (L12).

### ***Rétablir le lien de confiance entre les CE et la Santé publique***

L'inaccessibilité de l'information sanitaire (manque d'informations multilingues), la désinformation et les fausses informations, les consignes de la Santé publique perçues comme contradictoires ou inadaptées, ou bien encore les difficultés à entrer en contact avec les services publics et de soutien au moment où les personnes en avaient besoin (dématérialisation des démarches, rencontres virtuelles non adaptées aux personnes ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les outils informatiques, etc.), ont provoqué un bris de lien de confiance de certaines CE vis-à-vis du CIUSSS et de la Santé publique. Quelques études portant sur les perceptions des CE envers leur gouvernement en situation de crise ont montré un faible sentiment de confiance, celui-ci étant accentué en contexte migratoire précaire (Carter-Pokras, Zambrana, Mora et Aaby, 2007).

Or, les concepts de confiance et de gouvernance entre les populations et les gouvernements sont essentiels pour rendre crédibles les informations sanitaires (Réseau

pancanadien de santé publique, 2018 ; Rubin et al., 2009). De plus, les mesures sanitaires doivent être prises de manière à éviter « tout préjudice prévisible [et] bénéficier de mesures de contrepois, de façon à atténuer le fardeau des personnes éprouvées » (Réseau pancanadien de santé publique, 2018, p. 17).

Il est indispensable d'identifier des stratégies pour favoriser les liens de collaboration entre le secteur institutionnel, les organismes communautaires et les leaders des communautés pour travailler sur les perceptions des CE au sujet de la santé publique et réfléchir à des moyens de rétablir un lien de confiance. Selon un participant, la santé publique le sait, mais ne fait rien pour les citoyens du quartier : « *Ce n'est pas au niveau des relation que la santé publique doit agir, mais au niveau des gestes à poser. On a une crise du logement, des logements insalubres, la moisissure* » (L4).

Pour rétablir cette confiance, selon un répondant, il doit y avoir une reconnaissance de la composition de la société québécoise. De plus, la classe politique doit comprendre les comportements des nouveaux arrivants. Pour y arriver, l'administration publique doit reconnaître davantage la contribution des organismes de première ligne (FG-G1). Ceux-ci mettent en lumière que ce gouvernement a toujours accordé une plus grande importance au développement de l'économie plutôt qu'au conditions de vie ou aux aspects structureaux de la vie des gens « *et ça, c'est quelque chose qui est déplorable* » (FG-G1). Effectivement, tel que mentionné par plusieurs participants, le vécu pandémique diffère grandement en fonction des conditions de vie et d'existence des personnes. Les interventions et les mesures sanitaires visant à éradiquer la COVID-19 doivent tenir compte des manifestations non physiologiques de la maladie à travers le prisme des nombreuses vulnérabilités déjà présentes au sein des contextes de vie (Al Munajed et Eken, 2020).

De plus, certaines difficultés identifiées indiquent que les informations ne sont pas passés par les meilleurs canaux. On assiste ici au constat d'une nécessité d'arrimage et d'adaptation de l'information en direction du récepteur. La santé publique, pour éventuellement pallier ce problème, ne saurait faire l'économie d'une réelle collaboration avec les milieux, et par ricochet, avec les leaders des communautés. Les communautés constituent des mondes hétéroclites dans un monde imaginaire homogène pensé voire conçu par les autorités politico-sanitaires (G1).

Cette collaboration interorganisme légitimerait les démarches autour de la phase de rétablissement et d'anticiper la préparation à une potentielle pandémie.

### ***Prendre soin des travailleuses et travailleurs essentiels***

Sollicité.e.s de manière extrêmement soutenue durant la pandémie, les professionnel.le.s de la santé et des services sociaux, qu'il s'agissent du milieu institutionnel ou communautaire, ont été mis.es à rude épreuve dans un contexte inédit de crise socio-sanitaire. Ces professionnel.l.es se sont épuisé.e.s. Plusieurs tirent la sonnette d'alarme quant à leur état d'épuisement et la dégradation de leur santé mentale. Leur situation doit conséquemment être prise en compte dans les perspectives de rétablissement. D'autres travailleurs essentiels dans certaines catégories d'emplois où sont surreprésentées les CE (épiceries, restauration, livraison, transports, ménage, santé, etc.), sont également à considérer. Leur charge de travail a été considérablement augmentée durant la pandémie. Un grand nombre de ces professionnel.l.es et employé.e.s sont des femmes. Comme mentionné, durant la pandémie, elles ont eu à concilier la gestion quotidienne de leur foyer et leur vie professionnelle, augmentant leur charge mentale. Identifier les besoins de ces travailleurs et travailleuses essentiel.le.s et agir en conséquence favoriserait un meilleur rétablissement.

### **RECOMMANDATIONS**

Plusieurs recommandations ont été proposées par les différents participants (gestionnaires des organismes communautaires, intervenants et intervenantes, organisateurs et organisatrices communautaires et leaders des CE). Ces recommandations ont pour but de reconnaître le travail indispensable qui devrait s'effectuer en amont pour éviter que se reproduisent les enjeux identifiés durant la pandémie. Elles visent également à éviter que certaines catégories de populations issues des CE soient encore plus affectées durant une crise sanitaire qu'elles ne le sont en général, telles que les femmes racisées, les personnes âgées isolées, les personnes LGBTQ+ et les personnes à statut d'immigration précaire.

Tout au long de la pandémie, les organismes communautaires ont joué un rôle majeur auprès des populations issues des CE. La reconnaissance de leur expertise et l'apport de leurs

pratiques auprès des CE, notamment et surtout en période de crise sanitaire, doit absolument être révélée et rappelée aux décideurs politiques.

Il est également important de définir les rôles et responsabilités entre les milieux institutionnels et les organismes communautaires, en période de crise sanitaire. La clarification des rôles aiderait à développer des passerelles de collaboration entre les différents organismes pour un meilleur arrimage des pratiques et des stratégies d'intervention.

Les principales recommandations formulées à partir de cette recherche-action se situent à différents niveaux : politique, développement de partenariat, développement de services et arrimage intersectoriel, pratique durant la pandémie et formation.

### ***Concerter les acteurs de terrain et intégrer les CE dans les prises de décision***

Œuvrer plus étroitement avec les CE (du moins avec un ou des organismes représentants) et les intégrer dans les espaces décisionnels) pour mieux comprendre leurs enjeux, adapter les messages transmis et viser l'efficacité des actions.

- Les organismes communautaires ont démontré un grand savoir expérientiel et savoir-faire pendant la période de pandémie. Il est indispensable de reconnaître ces savoirs propres aux organismes communautaires et d'adapter leur financement en regard des leurs activités.

### ***Développer des partenariats***

Tous les organismes en santé et services sociaux devraient se doter de plans d'actions clairs – sectoriel/interne, sectoriel/externe, intersectoriel/interne et intersectoriel/externe (Morin et al. 2012) – pour éviter le chaos qui a été vécu lors de la dernière pandémie en agissant en prévention d'une prochaine pandémie et en réclamant des actions concrètes et pérennes pour améliorer le contexte social et économique des personnes.

- Développer une étroite collaboration entre la Santé publique, les CIUSSS et les organismes communautaires, ainsi qu'entre le CIUSSS et les organismes communautaires sur les territoires. Cette collaboration inclurait des échanges sur les plans d'action respectifs des

différents acteurs pendant une crise sanitaire et une planification de l'action globale qui devrait être soutenue et portée par l'ensemble des acteurs.

- Développer une connaissance mutuelle entre les organismes concernant leurs rôles et leurs responsabilités (réaliser un répertoire d'experts pour chacune des communautés) et déployer des liens inter-organismes pour agir en complémentarité.
- Renforcer les collaborations entre la Santé publique et les tables de concertation.
- Les enjeux majeurs de l'arrimage des services intersectoriels sont essentiellement liés au manque de connaissance et à l'accès difficile aux services sociaux et de santé. Il serait bénéfique de construire un arrimage intersectoriel ayant comme priorité d'offrir des services directement dans la communauté, en reconnaissant l'expertise des organismes œuvrant déjà auprès de cette clientèle.

#### ***Développer des services en visant un arrimage intersectoriel***

Privilégier un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles, surtout celles nouvellement arrivées et celles qui détiennent un statut d'immigration précaire.

- Développer des stratégies pour une meilleure connaissance des populations vulnérables sur le territoire afin de soutenir les services existants et de les adapter pour maintenir le continuum de services.
- Démontrer une meilleure considération des associations culturelles et religieuses autant que pour les organismes communautaires, étant entendu que les lieux de culte peuvent constituer une source d'apaisement pour les croyants, tant sur le plan moral que spirituel, et, dans cette perspective, œuvrer et s'associer aux leaders des communautés ethnoculturelles.

#### ***Recommandations pour la pratique***

- Maintenir les organisatrices et les organisateurs communautaires sur le terrain dès le début d'une pandémie et durant toute sa durée, car ces professionnel-l-es représentent l'interface avec le milieu communautaire et institutionnel.
- Développer des modes d'intervention diversifiés et élaborer des outils et moyens de communication avec les personnes issues des communautés ethnoculturelles adaptés à une

crise sanitaire et à leurs réalités (les CE sont difficilement rejointes par les alternatives technologiques, tels que les courriels ou les réseaux sociaux).

- Adapter les messages de la Santé publique aux caractéristiques et spécificités des diverses CE.
- Assurer une mobilisation de toutes les ressources déjà présentes sur le terrain pendant une crise sanitaire pour rejoindre les populations, partager avec elles une information claire et accessible, car ces ressources ont une connaissance fine de la situation et peuvent offrir des solutions adaptées
- Accentuer l'intervention, notamment par des stratégies de reaching-out (aller vers) en personne pour rejoindre les personnes vulnérables avec qui le contact virtuel n'est pas possible ou pertinent. Le porte-à-porte est indispensable pour rejoindre les usagers difficilement joignables par téléphone, pour garder un contact personnalisé avec certaines personnes et pour briser l'isolement d'autres.
- Mettre en place des stratégies de soutien à l'intégration socio-économique des personnes issues des CE surtout celles nouvellement installées au pays ou celles détenant un statut d'immigration précaire.
- Créer des espaces de dialogue pour les CE au sein des organismes, afin que les personnes qui en ressentent le besoin puissent s'exprimer et soient référées si nécessaire vers des services adaptés et appropriés.

### **Former**

- Soutenir les organismes qui sont en contact avec les CE pour uniformiser, diversifier ou adapter, au besoin, les services offerts
- Développer des formations sur les enjeux et réalités des CE qui peuvent être offertes à tout le personnel des organismes et CISSS-CUISSS susceptibles d'intervenir avec les CE. Les professionnel.le.s du réseau de la santé et des services sociaux ont très peu de formation concernant l'intervention interculturelle, ainsi que les organismes communautaires. Les apprentissages se font par expérimentation. Une formation de base offerte à tous les intervenants et intervenantes appelés à œuvrer auprès des communautés serait une pratique pertinente à adopter.

- Mettre en place des veilles scientifiques au sujet des pratiques à favoriser en temps de crises sanitaires.

## CONCLUSION

La pandémie a eu des effets majeurs sur la vie sociale et économique sur de nombreuses personnes issues des CE. Les femmes, les personnes âgées et les personnes minorisées et à statut précaire, ont été plus durement touchées par la pandémie. Les inégalités sociales et économiques ont progressé au sein de la population. Ainsi, les témoignages des participants soulignent l'importance de poser des actions concrètes pour améliorer le contexte social et économique des CE, et ce dès à présent.

Globalement, les témoignages des participants soulignent l'importance de mettre en place un plan d'action structurée et partagée, afin d'éviter le chaos et la désorganisation qu'entraîne une pandémie.

La crise a aussi démontré sans ambiguïté qu'il faut travailler ensemble et de manière concertée. Cet aspect constitue une force au sein du milieu communautaire, où des acteurs de première ligne, ont adapté et développé des services auprès des CE dans ce contexte de crise inédite. Les savoirs expérientiels des OC doivent être reconnus à leur juste valeur, de manière équivalente au milieu institutionnel. Leur contribution durant la pandémie a permis à des milliers de personnes d'obtenir un soutien effectif – moral, alimentaire, technologique, d'information et de références, etc. Dans une optique d'être plus efficaces, des OC ont développé des collaborations inter-organismes. Ces liens de collaboration doivent s'étendre davantage au sein du milieu communautaire – et entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel. Une évaluation continue, tout au long de la crise, permettrait une compréhension mutuelle des enjeux vécus autant par les CE que les défis auxquels se butent les autorités de santé publique dans leurs efforts de rétablir la santé populationnelle (Rousseau, Jaimes et El-Majzoub, 2020).

Les organismes sur un même territoire doivent apprendre à mieux se (re)connaître, départager les responsabilités – éviter de dupliquer – et s'arrimer. La concertation inter-organismes passe par des canaux de communication établis pour agir en intelligence collective – ces canaux doivent être mis en place et consolidés. L'information en période de crise doit circuler

rapidement vers les acteurs concernés – la crise demande souvent de revoir les processus. Pour ce faire, les organisations doivent être flexibles et posséder une autonomie d’actions, car la réalité, les enjeux et les défis, se présentent différemment d’un secteur et d’un quartier à l’autre.

Dans certaines CE, les leaders communautaires et religieux jouent un rôle important pour rejoindre la population au sein d’un quartier. Toutes les personnes susceptibles de jouer un rôle durant la pandémie doivent être réunies pour s’arrimer au sein d’un territoire. C’est pourquoi la connaissance du territoire, de la population en situation de précarité est essentielle, afin de prévenir toute détérioration ou dégradation des conditions de vie. Dans cette perspective, il est crucial d’aller sur le terrain, à la rencontre des gens pour offrir de l’aide, présenter les services, référencer, etc. De plus, considérant la diversité des réalités, les autorités ont tout avantage, avant d’entériner une mesure, d’analyser les conséquences sur les populations les plus à risque en se fiant aux connaissances fines des territoires, développées par les organismes communautaires depuis plusieurs décennies.

En effet, certaines mesures prises par les autorités, telles que le confinement, ont été préjudiciables pour certain.e.s. Les personnes en situation déjà précaire le deviennent davantage. Les impacts se prolongeant dans la longue durée, il est important de mieux penser les interventions pour soutenir les personnes atteintes d’une manière ou d’une autre par la pandémie.

## ABRÉGÉ

### Enjeux et défis de l'intervention communautaire auprès des communautés ethnoculturelles en contexte de pandémie : pistes d'actions

#### PRÉVENTION, PRÉPARATION, INTERVENTION, RÉTABLISSEMENT : FAITS SAILLANTS

Cet abrégé reprend les éléments clés des pistes d'action suggérées aux organismes communautaires en santé et services sociaux pour intervenir auprès des communautés ethnoculturelles en situation de pandémie. Ces pistes d'action ont été élaborées à partir des résultats d'une recherche intitulée *Enjeux et défis de l'intervention communautaire auprès des communautés ethnoculturelles en contexte de pandémie : pistes d'actions*<sup>4</sup>, durant laquelle des intervenants et intervenantes, des gestionnaires, des leaders de communautés ethnoculturelles et des organisatrices communautaires ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels (N=31) et de focus groups (N=21) dans les régions de Montréal, Estrie, Québec et Outaouais. Réalisée durant la période de pandémie de COVID-19 en collaboration avec l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux<sup>5</sup>, cette recherche a été guidée par les questions suivantes :

1. Comment s'assurer que les communautés ethnoculturelles (CE) les plus vulnérables reçoivent l'information claire et accessible de la part des autorités publiques ?

---

<sup>4</sup> Cette recherche a été financée par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIIFI) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre de l'appel à projet « Solution COVID19 » du Fonds de recherche du Québec (FRQ).

<sup>5</sup> Site de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux : <https://accesss.net/>

2. Quels outils, pratiques, ressources et mécanismes de collaboration permettent aux organismes communautaires en santé et services sociaux (OCSSS) d'intervenir efficacement auprès des CE ?

L'objectif principal de cette recherche visait à outiller les OCSSS œuvrant auprès des CE en élaborant un guide d'action spécifique à une situation de pandémie, fondé sur des données probantes<sup>6</sup>.

Les pistes d'action proposées visent à agir en amont et en aval d'une crise. Quatre (4) dimensions sont discutées et des actions sont proposées pour prévenir en amont d'une pandémie (prévention), pour se préparer à agir (préparation), et, le cas échéant, à répondre aux situations (intervenir) et enfin atténuer et rétablir (rétablissement) les impacts relatifs aux situations vécues durant la crise.

## PRÉVENTION

La prévention se construit à partir de programmes d'intégration sous toutes ses formes (sociale, économique, culturelle, institutionnelle, linguistique, etc.). Plusieurs mesures sont proposées :

**Renforcer et rationaliser les programmes d'intégration et d'information** par la mise en place : d'activités d'accueil ; d'ateliers sur

*En prévention de la prochaine pandémie, il faut identifier des groupes, des personnes, des secteurs, des leaders dans des communautés et tout de suite travailler à les intégrer dans les décisions, dans les plans d'intervention ; intégrer les personnes qui ont le savoir expérientiel dans les processus de décision. Il faut tenir compte des besoins culturels, de langues, de compréhension. Il est évident que nous ne pouvons pas faire des interventions adaptées à chaque communauté particulière, mais il y a quand même des couleurs, une sensibilité qu'on n'a pas » (G2).*

---

<sup>6</sup> Grenier, J., Belhadj-ziane, K., Chammas, G., Dioh, M. L., Gueye, S. T. M., Barbe, M., Trévisan, M., Clendon, R., Doré, C., Morin, P., Chénard, J., Lenoir, A., Thibault, S., Charpentier, C. et Bourque, M. (2022). (2022). *Enjeux et défis de l'intervention auprès des communautés ethnoculturelles en contexte de pandémie : pistes d'action*. Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme, département de travail social.

l'employabilité ; de services de traduction et d'interprétariat ; d'activités pour briser l'isolement ; et d'ateliers éducatifs pour les parents.

**Faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux**, surtout aux personnes nouvellement arrivées ou aux personnes qui ont un statut d'immigration précaire.

**Consolider et reconnaître le réseau communautaire à titre de partenaire expert** et l'expertise de ses acteurs sur le terrain et augmenter les services et les ressources matérielles et humaines, surtout dans les quartiers multiethniques.

**Concerter et créer des partenariats avec les acteurs clés** en développant une meilleure connaissance des besoins spécifiques des CE et des populations marginalisées ou à statut précaire, en réfléchissant à des interventions ciblées et adaptées et en améliorant les mécanismes de référence dans les services psychosociaux et dans divers services communautaires.

**Associer les leaders des communautés** en les impliquant davantage dans les différentes actions et en ciblant de nouveaux lieux d'intervention, notamment les lieux de culte (églises, mosquées, synagogues, etc.) et les associations religieuses ou autres organismes communautaires ethnoculturels.

**Former des bénévoles et des professionnels aux réalités interculturelles** en les formant aux enjeux interculturels, aux principes de la confidentialité et du respect de la vie privée et à l'intervention en situation de crise.

**Connaître les ressources du territoire et développer un réseau d'information** par la production et la distribution d'un répertoire des ressources et des points de service à tout organisme ou instance en contact avec les CE et la population.

**Briser l'isolement des personnes par le réseautage et le maillage**, surtout les personnes et les familles nouvellement arrivées au pays, ainsi que celles détenant un statut d'immigration précaire, en mettant l'emphase sur la construction d'un réseau social et la mise en place de programmes de soutien communautaire.

**Prévenir la violence conjugale** par le développement des programmes de sensibilisation auprès des populations et le renforcement des mécanismes de référence à des ressources spécialisées en violence conjugale.

**Prévenir la charge mentale chez les femmes** par la mise en place d'actions de sensibilisation, surtout en ce qui concerne la conciliation travail-famille.

**Implanter des services spécialisés destinés aux CE** qui tiennent compte des particularités ethnoculturelles et de l'orientation sexuelle.

**Lutter contre la discrimination et le profilage racial** par la mise en œuvre de politiques de lutte contre le racisme, la discrimination et le profilage racial par le soutien des programmes de sensibilisation et par l'amélioration de la communication et de la connaissance mutuelle entre les groupes.

**Améliorer les conditions de vie** par l'opérationnalisation d'un changement au niveau systémique en instaurant des pratiques et actions au niveau politique en faveur de l'amélioration des conditions de vie des CE, notamment le développement et l'accès à des logements abordables et salubres.

**Initier les communautés aux nouvelles technologies**, en favorisant l'accès et la familiarisation à l'utilisation de plateformes de vidéoconférence (Zoom, Teams, etc.), des médias sociaux, de l'information par courriel ou par textos ou de toutes autres applications disponibles et gratuites par cellulaires.

## PRÉPARATION

Les effets d'une pandémie sur les populations peuvent être anticipés en préparant la population, les milieux et les institutions. Des mesures de préparation bien menées permettent de réduire l'improvisation lorsque survient une pandémie.

« Il faut, en période de non-pandémie, tisser des liens, mailler les choses, [que] le travail soit bien mis ensemble, en amont » (G4).

## ***Communiquer***

Pour mieux se préparer à une pandémie, il est impératif de construire des canaux de communication entre les décideurs et les acteurs de terrain, en l'occurrence la Santé publique et les OCSSS, en privilégiant la notion de diversité et d'*hétérogénéité*. La présence de représentants des organismes communautaires travaillant avec les CE aux tables décisionnelles avec le gouvernement et les instances de santé publique est donc fortement suggérée, notamment pour que l'information et les interventions soient adaptées aux particularités des CE et que les mesures soient mieux comprises par l'ensemble des membres de la société.

L'information officielle doit être transmise en toute transparence, et les discours, adaptés selon les différentes catégories de population.

## ***Rendre accessible le matériel de protection et faciliter l'application des mesures sanitaires***

Le matériel de protection doit être commandé en amont d'une pandémie, en quantité suffisante, être de bonne qualité et accessible en tout temps, pour tous les employés de premières lignes et les personnes fréquentant les organismes ou établissements de santé et services sociaux. Les organismes, comme la CNESST, la SHQ ou la Santé publique, devraient être mandatés pour s'assurer de la cohérence des mesures sanitaires dans l'ensemble des milieux. Il est également indispensable d'assurer l'entretien des espaces et du matériel afin d'éviter les contaminations. La population doit également être informée des modalités et des lieux où se procurer le matériel de protection, de même que de sa disponibilité.

## ***Accéder à l'information***

Lors d'une crise, l'information doit être accessible dans les principales langues parlées sur les territoires et aux personnes analphabètes. On doit donc s'assurer que des traducteurs et personnes-ressources sont identifiés pour expliquer les mesures sanitaires.

## ***Concerter et mobiliser des acteurs sur le territoire***

La concertation sur un territoire constitue un enjeu central pour mobiliser les forces vives et les déployer lors d'une crise. Les personnes et les groupes possédant un savoir expérientiel dans les processus de décision et voulant prendre part aux opérations doivent être identifiés et réunis pour qu'un plan (préparation) soit orchestré. La contribution commune de certains acteurs

clé est incontournable pour la réalisation de ce plan : les CI[U]SSS, les OCSSS, les organisateurs et organisatrices communautaires des milieux institutionnels, les leaders et membres des CE, la table de concertation interreligieuse, les agents de police et les agents municipaux, les centres de services scolaires, les enseignants et enseignantes, les médecins et toute autre personne ayant des initiatives citoyennes.

L'embauche de personnes représentatives des diverses communautés et s'exprimant en différentes langues est un atout pour ces secteurs d'intervention.

Une formation sur la diversité culturelle dans les différents milieux professionnels est également à privilégier pour que l'information transmise à l'ensemble de la population soit comprise et les mesures adoptées correctement.

### ***Prévoir des mesures d'accès et d'information pour les personnes en situation de vulnérabilité***

Il est essentiel de prévoir des modalités pour assurer la continuité des soins et des services et en éviter une rupture. Afin que tous et toutes puissent bénéficier des mêmes protections, il importe de penser à des modalités pour faciliter l'octroi des services pour l'ensemble de la population et surtout pour les personnes en situation de vulnérabilité et de précarité.

## **INTERVENTION**

Les mesures d'intervention constituent la mise en application des mesures de préparation. Mises en œuvre dès le début d'une pandémie, elles permettent de répondre aux besoins essentiels des populations et de les soutenir pour faire face à ses conséquences inhérentes.

Les interventions doivent être adaptées aux différents publics pour mieux les rejoindre. À ce titre, le niveau local doit avoir la souplesse nécessaire pour adapter les interventions aux besoins des populations du territoire.

Les services de proximité sont également essentiels dans

la réponse pandémique pour intervenir rapidement, en prévention d'une détérioration.

*L'approche « "one size fits all", ça n'existe pas. Il faut que toutes les pratiques prennent cela en considération » (G4) et « parce que ce modèle-là : les grands centres de vaccination, information pour tous, ça ne fonctionne pas pour les personnes à statut précaire » (G2). Par ailleurs, dans la mise en place de mesures, « le gouvernement devrait toujours, quand il fait une mesure ou une loi, penser à cette population marginalisée. Ces populations sont souvent oubliées » (L9), incluant les CE.*

La communication entre les décideurs et les acteurs de terrain doit être constante pour adapter, modifier et revoir les interventions prescrites au départ afin d'éviter le manque de concertation entre les différents paliers. Les canaux de communication établis et consolidés dans les phases de prévention et de préparation doivent donc être fluides, avec une représentativité des CE pour les prises de décisions. La population est hétérogène, l'information doit donc être modulée en regard des publics cibles.

***Activer les différents canaux de communication pour la mise en place des mesures d'urgence***

Dès le début d'une crise, les réseaux de communication entre les décideurs et les acteurs de terrain doivent être activés. Il s'agit de mobiliser tous les acteurs clés pour transmettre les informations relatives aux mesures d'urgence établies lors de la préparation et de déployer les actions nécessaires pour répondre aux défis de la crise.

Les organisateurs et organisatrices communautaires des CI[U]SSS, comme rapporté plus haut, doivent demeurer sur le terrain. Le plan des directives, notamment celle du MSSS concernant l'accès aux services – dépistage, soins, matériel, etc. – doit être disponible, et l'information doit circuler avec fluidité au sein des différentes organisations.

Les organismes communautaires doivent également demeurer ouverts – ils constituent des ressources de première ligne pour la population, que ce soit pour des services directs ou du référencement. Le gouvernement aurait d'ailleurs avantage à utiliser toutes les portes d'entrée possibles pour atteindre la population.

Pour plusieurs personnes issues des CE, l'une des portes d'entrée pour les rejoindre est leur lieu de culte – l'église, la mosquée, la synagogue, etc. Ces milieux jouent également plusieurs rôles : ils sont des relais d'information, offrent du soutien sur le plan moral et spirituel, font du référencement et de l'accompagnement. Ces milieux doivent donc demeurer également ouverts. Les bénévoles sont des personnes-ressources qui agissent comme filet de sécurité sociale.

Les médias communautaires doivent être mis à contribution. Ils demeurent des canaux d'information de premier ordre ; ils sont écoutés par la plupart des CE.

Les interventions de proximité sont nécessaires, car elles s'appuient sur les forces déjà présentes, les liens tissés entre les individus, mais aussi la confiance entre les populations et les organisations communautaires présentes sur leur territoire.

Les organisations communautaires devraient faire partie intégrante des plans d'action gouvernementaux afin de mieux comprendre les mesures de santé publique. De plus, les réponses données par la Santé publique lors d'une crise doivent avant tout s'assurer de mesurer les risques sur les différentes populations pour éviter d'accroître les inégalités (Templeton *et al.*, 2020<sup>7</sup>).

### ***Informier et aller à la rencontre des groupes et des personnes issues des CE***

L'information doit être accessible à tous pour permettre une compréhension autonome. Il est donc essentiel d'adapter les communications : vulgariser l'information pour déjouer les enjeux de littératie, traduire en plusieurs langues, utiliser des affiches d'informations schématisées. Il faut sensibiliser et relayer le message selon le groupe d'âge et selon l'appartenance ethnoculturelle. Au-delà de la transmission de l'information, il faut s'assurer que les messages transmis sont compris. Pour les personnes analphabètes, l'usage d'illustrations par des pictogrammes pour expliquer les mesures sanitaires est recommandé. En somme, l'ensemble des personnes doivent être en mesure de comprendre de manière autonome les consignes en vigueur pour leur propre sécurité et celle de la collectivité.

Des vidéoconférences en direct sur les réseaux sociaux à la suite des conférences de presse gouvernementales sont susceptibles d'informer rapidement les gens de la communauté. Les messages informatifs doivent être traduits, diffusés de manière continue et portés par des

---

<sup>7</sup> Templeton, A., Tekin Guven, S., Hoerst, C., Vestergren, S., Davidson, L., Ballentyne, S., Madsen, H. et Choudhury, S. (2020). Inégalités et processus identitaires dans les crises : recommandations pour faciliter une réponse sûre à la pandémie de COVID-19. *British Journal of Social Psychology*, 59, 674-685.

personnes crédibles aux yeux des communautés ethnoculturelles. Cette stratégie est un puissant moteur pour contrer la désinformation (Vaughan et Tinker, 2009<sup>8</sup>).

Les personnes doivent également comprendre l'utilité des consignes pour qu'elles puissent prendre leurs dispositions face à une pandémie. Il est donc essentiel non seulement de communiquer les consignes de prévention et de protection contre le virus, mais aussi d'informer les populations sur le virus et sur le lien de causalité entre les mesures sanitaires et l'éradication du virus (Timmermann, 2020<sup>9</sup>).

Les autorités gouvernementales auraient également avantage à exploiter l'avenue des médias sociaux pour informer l'ensemble de la population.

Différentes interventions d'information et de maintien des liens sont recommandées, car elles ont des retombées positives : affiches, porte à porte pour les personnes plus isolées et appels, activités se déroulant à l'extérieur.

Il est primordial, d'une part, de maintenir les services déjà en place pour les personnes en situation de vulnérabilité afin d'éviter les bris de services et l'isolement, et d'autre part, de déployer de nouveaux services pour répondre aux besoins émergents générés par l'événement. Le contexte en mouvance demande une évaluation constante de la situation – contexte, retombées des interventions, etc. – afin d'adapter les services.

Garder le contact avec les communautés constitue une clé préventive, il faut donc aller à la rencontre des personnes en provenance des CE. Échanger et entrer en dialogue s'avère un principe essentiel puisque ces échanges demeurent un socle pour le maintien des liens sociaux, de la solidarité et de la cohésion sociale, et ce, même lorsque les opinions sont divisées et que les mesures ne font pas l'unanimité. Les valeurs d'entraide et de dialogue doivent demeurer vivantes.

---

<sup>8</sup> Vaughan, E. et Tinker, T. (2009). Influenza Preparedness and Response. *American Journal of Public Health*, 99(2), S324-S332.

<sup>9</sup> Timmermann, C. (2020). Pandemic Preparedness and Cooperative Justice. *Developing World Bioethics*, 00, 1-10.

Les stratégies de protection individuelle non pharmaceutiques (lavage des mains, distanciation sociale, port du masque, etc.) devraient être diffusées même lorsqu'aucun virus ne semble menacer la santé publique (Hickey, Gagnon et Jitthai, 2014<sup>10</sup>).

### ***Adapter les services, demeurer créatif et sensible à la détresse d'autrui***

Les interventions de proximité, donc ancrées au sein des communautés et adaptées à celles-ci, sont reconnues comme faisant partie des meilleures pratiques (Réseau pancanadien de santé publique, 2018<sup>11</sup> ; Alberti, Lantz et Wikins, 2020<sup>12</sup>).

Les services, les heures d'ouverture et les interventions doivent être adaptés pour répondre aux besoins et aux particularités de la population, tout en gardant un sens avec la mission de l'organisme. Dans l'urgence, il est également nécessaire de vérifier l'état de fatigue du personnel pour éviter l'épuisement.

Le déploiement d'activités supplémentaires par les organismes exige l'ajout de fonds d'urgence du gouvernement. Ces fonds sont indispensables pour l'ajustement du financement et essentiels afin de répondre aux besoins émergents du contexte.

Le maintien du lien avec la population est essentiel et de surcroît avec les nouveaux arrivants et les personnes à statut d'immigration précaire pour faciliter l'intégration et informer sur la pandémie et les consignes. Les formules sont multiples pour venir en aide aux personnes – référencement, soutien dans certaines démarches, vidéos d'information, formation à distance, distribution et livraison de paniers alimentaires, mise en place d'une ligne d'urgence, etc.

---

<sup>10</sup> Hickey, J., Gagnon, A. J. et Jitthai, N. (2014). Pandemic preparedness: perceptions of vulnerable migrants in Thailand toward WHO-recommended non-pharmaceutical interventions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 665.

<sup>11</sup> Réseau pancanadien de santé publique. (2018). *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique. Guide de préparation pour le secteur de la santé*. Gouvernement du Canada: ministère de la Santé.

<sup>12</sup> Alberti, P. M., Lantz, M. P. et Wilkins, C. H. (2020). Equitable Pandemic Preparedness and Rapid Response: Lessons from COVID-19 for Pandemic Health Equity. *Journal of Health Politics, policy and law*, 45(6), 921-935.

Les communications virtuelles ou téléphoniques sont fort utiles, toutefois le maintien de communications directes est aussi essentiel dans certaines circonstances.

## RÉTABLISSEMENT

Les mesures de rétablissement sont également anticipées au moment de la phase de préparation et d'intervention. Elles permettent d'apporter des réponses aux conséquences effectives de la pandémie vécues par les populations.

La pandémie a engendré un climat de suspicion et de méfiance à l'égard de certaines communautés culturelles accusées d'être à l'origine du virus. La phase de rétablissement demande de déstigmatiser certaines communautés méjugées à tort, par des campagnes nationales de lutte contre le racisme et les effets de la stigmatisation.

*« Lorsqu'on dit rétablissement, c'est parce que les deux actions ont du sens. Elles sont cohérentes avec l'idée qu'on se reconstruit, on a passé par la crise, maintenant on est en train de se rebâtir, de retrouver nos forces, voir ce qu'on a fait de bon, ce qui n'a pas fonctionné. Comment on s'est fait du bien. C'est pour ça que je dis rétablissement. Comment écrire ou inscrire l'histoire de ce qu'on a vécu. Et vers où on s'en va à présent. Et ce qu'on a fait au milieu et qu'elle place ça occupe » (OC1).*

Les mesures restrictives pendant la pandémie ont eu pour effet d'isoler un grand nombre de personnes ; des liens ont été fragilisés, voire perdus. L'isolement a aussi eu des impacts sur la santé mentale de la population. À ce titre, des interventions visant la création de liens sociaux sont donc recommandées pour permettre aux personnes de communiquer entre elles, de se rencontrer à nouveau et de recevoir des services adaptés selon l'état de santé mentale ou du diagnostic établi.

Pour plusieurs personnes des CE, les pratiques spirituelles et religieuses sont une source de résilience. Or, dans les activités de rétablissements, ces pratiques ne doivent pas être négligées, mais plutôt reconnues et intégrées même durant une pandémie ou autre forme de crise sociale.

Les difficultés vécues par les CE durant la pandémie ont entraîné une perte de confiance à l'égard du gouvernement, de la Santé publique et des CI[U]SSS. Le lien de confiance doit être rétabli. Un travail de collaboration entre les organismes communautaires, le secteur institutionnel et les leaders des communautés gagnerait à être engagé pour rétablir la confiance et pour établir les bases d'un travail de concertation plus organisé et concerté. Et cette confiance passe, entre autres, par la reconnaissance de la composition hétérogène de la société québécoise.

Les organismes communautaires doivent également être reconnus à la juste valeur du travail accompli par un financement décent et à la mission ; il permettrait aussi la stabilité du personnel.

Les intervenantes et les intervenants ont été aussi durement affectés par et durant la pandémie : fatigue, épuisement et impacts sur la santé mentale. Identifier les besoins de ces travailleuses et travailleurs essentiels et agir en conséquence favoriserait un meilleur rétablissement.

## RECOMMANDATIONS

Plusieurs recommandations ont été proposées par les différents participants (gestionnaires des organismes communautaires, intervenants et intervenantes, organisateurs et organisatrices communautaires et leaders des CE). Ces recommandations ont pour but de reconnaître le travail indispensable qui devrait s'effectuer en amont pour éviter que se reproduisent les enjeux identifiés durant la pandémie. Elles

*« Le CIUSSS veut beaucoup aller chercher le soutien des organismes communautaires, il va référer beaucoup au milieu communautaire et en contrepartie, c'est difficile pour le réseau de donner aux organismes communautaires, que ce soit du temps ou des facteurs facilitants, des trajectoires facilitantes pour accéder aux services. Je vois, il n'y a pas tant à mon sens de collaborations, il devrait y en avoir plus, il devrait avoir des mécanismes qui font que c'est facilitant parce que dans le fond, on travaille tous pour le même objectif; tu sais la famille qui se promène du CLSC à l'organisme communautaire, c'est la même famille » (OC1).*

visent également à éviter que certaines catégories de populations issues des CE soient encore plus affectées durant une crise sanitaire qu'elles ne le sont en général, telles que les femmes

racisées, les personnes âgées isolées, les personnes LGBTQ+ et les personnes à statut d'immigration précaire.

Les principales recommandations formulées à partir de cette recherche-action se situent à différents niveaux : politique, de développement de partenariat, de développement de services et d'arrimage intersectoriel, pour la pratique et la formation.

### ***Concerter les acteurs de terrain et intégrer les CE dans les prises de décision***

Œuvrer plus étroitement avec les CE (du moins avec un ou des organismes représentants) et les intégrer dans les espaces décisionnels pour mieux comprendre leurs enjeux, adapter les messages transmis et viser l'efficacité des actions.

### ***Développer des partenariats***

Tous les organismes en santé et services sociaux devraient se doter de plans d'action clairs – sectoriel/interne, sectoriel/externe, intersectoriel/interne et intersectoriel/externe (Morin *et al.* 2012) – pour éviter le chaos qui a été vécu lors de la dernière pandémie, en agissant en prévention d'une prochaine pandémie et en réclamant des actions concrètes et pérennes pour améliorer le contexte social et économique des personnes.

### ***Développer des services en visant un arrimage intersectoriel***

Privilégier un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles, surtout celles nouvellement arrivées et celles qui détiennent un statut d'immigration précaire.

### ***Recommandations pour la pratique***

Maintenir les organisatrices et les organisateurs communautaires sur le terrain dès le début d'une pandémie et durant toute sa durée, car ces professionnels représentent l'interface avec le milieu communautaire et institutionnel.

Développer des modes d'intervention diversifiés et élaborer des outils et moyens de communication avec les personnes issues des communautés ethnoculturelles adaptés à une crise sanitaire et à leurs réalités (les CE sont difficilement rejointes par les options technologiques, tels les courriels ou les réseaux sociaux).

Adapter les messages de la Santé publique aux caractéristiques et spécificités des diverses CE.

Assurer une mobilisation de toutes les ressources déjà présentes sur le terrain pendant une crise sanitaire pour rejoindre les populations et partager avec elles une information claire et accessible, car ces ressources ont une connaissance fine de la situation et peuvent offrir des solutions adaptées.

Accentuer l'intervention, notamment par des stratégies de *reaching-out* (aller vers) en personne pour rejoindre les personnes vulnérables avec qui le contact virtuel n'est pas possible ou pertinent. Le porte-à-porte est indispensable pour rejoindre les usagers difficilement joignables par téléphone, pour garder un contact personnalisé avec certaines personnes et pour briser l'isolement d'autres.

Mettre en place des stratégies de soutien à l'intégration socio-économique des personnes issues des CE, surtout celles nouvellement installées au pays ou celles détenant un statut d'immigration précaire.

Créer des espaces de dialogue pour les CE au sein des organismes afin que les personnes qui en ressentent le besoin puissent s'exprimer et soient dirigées si nécessaire vers des services adaptés et appropriés.

### **Former**

Soutenir les organismes qui sont en contact avec les CE pour uniformiser, diversifier ou adapter, au besoin, les services offerts.

Développer des formations sur les enjeux et réalités des CE qui peuvent être offertes à tout le personnel des organismes et CISSS-CUISSS susceptibles d'intervenir avec les CE. Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les organismes communautaires ont très peu de formation concernant l'intervention interculturelle. Les apprentissages se font par expérimentation. Une formation de base offerte à tous les intervenants et intervenantes appelés à œuvrer auprès des communautés serait une pratique pertinente à adopter.

Mettre en place des veilles scientifiques au sujet des pratiques à favoriser en temps de crises sanitaires.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé publique du Canada (2020). Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020, Gouvernement du Canada, Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html#ref>

Agence de santé publique du Canada (2018). Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé, repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grippe-influenza/preparation-canada-cas-grippe-pandemique-guide-planification-secteur-sante/table-des-matieres.html#pre>

Al Munajed, D. & Ekren, E. (2020). *Exploring the Impact of Multidimensional Refugee Vulnerability on Distancing as a Protective Measure Against COVID-19: The Case of Syrian Refugees in Lebanon and Turkey*. *Journal of Migration and Health*, 1-2, 100023.

Alberti, P. M., Lantz, M. P. et Wilkins, C. H. (2020). *Equitable Pandemic Preparedness and Rapid Response: Lessons from COVID-19 for Pandemic Health Equity*. *Journal of Health Politics, policy and law*, 45(6), 921-935.

Bastien, T., Fournier, F., Morel, A.-M., (2022) *Inégalités sociales. Impact de la pandémie de covid-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes au Québec. Constats et recommandations*. Association pour la Santé Publique du Québec. [https://aspq.org/app/uploads/2022/03/2022\\_immigrants-et-covid.pdf](https://aspq.org/app/uploads/2022/03/2022_immigrants-et-covid.pdf)

Belhadj-ziane, K., Jovelin, E., Galloro, P. (2022). Impacts de la COVID-19 sur les personnes âgées immigrées non-européennes en France : difficultés, besoins et forces. *UNESCO – Les sciences sociales face à la pandémie de Covid-19 : état des connaissances et proposition d'actions*. Paris : UNESCO, Commission Nationale Française pour l'UNESCO

Bon, C. (2013). La co-production de connaissances comme forme d'intervention sociale : approche du concept d'*evidence-based social work*, le travail social basé sur des preuves scientifiques, dans Association française pour le développement de la recherche en travail social, *Quels modèles de recherche scientifique en travail social*, ch. 14, *Politiques et interventions sociales*, 223-232.

- Carter-Pokras, O., Zambrana, R. E., Mora, S. E. et Aaby, K. A. (2007). *Emergency Preparedness: Knowledge and Perception of Latin American Immigrants. Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(2), 465-481.
- Cassady, D., Castaneda, X., Ruiz Ruelas, M., Miller Vostrejs, M., Andrews, T. et Osorio, L. (2012). *Pandemics and vaccines: perceptions, reactions, and lessons learned from hard-to-reach latinos and the H1N1 campaign. Journal of health care for the poor and underserved*, 23(3), 1106-1122.
- Cleveland, J, Hanley, J., Jaimes, A. et Wolofsky, T. (2020). Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises, Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables, *Institut universitaire SHERPA*, 82 pages.
- Chouinard, J. (2009). Résilience, spiritualité et réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), 89–92. <https://doi.org/10.7202/045032ar>
- Ciliska, D., Thomas, H. et Buffett, C.S. (2010). *An Introduction to Evidence-Informed Public Health and A Compendium of Critical Appraisal Tools for Public Health Practice. National Collaborating Centre for Methods and Tools, McMaster University*, 1-27.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 68-79.
- Drisko, J. W. et Grady, M. D. (2015). *Evidence-based practice in social work: a contemporary perspective. Clinical social work journal*, 43, 274-282.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris, Champs Flammarion [1<sup>re</sup> éd. : Cambridge, Harvard University Press, 1982].
- Heck, I., Ruelland, I., Lefèvre, S. A., Autin, G., Gilbert, I. et Cariès, R. (2022). Effets de la pandémie COVID-19 sur les organismes communautaires de Montréal-Nord : constats et perspectives, Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), *Collection Études théoriques et méthodologiques* - no ET2202.
- Heidinger, L. et Cotter, A. (2020). Perceptions à l'égard de la sécurité personnelle parmi les groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada pendant la pandémie de COVID-19, Statistique Canada, repéré à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-42fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-42fra.pdf)

- Hickey, J., Gagnon, A. J. et Jitthai, N. (2014). *Pandemic preparedness: perceptions of vulnerable migrants in Thailand toward WHO-recommended non-pharmaceutical interventions: a cross-sectional study*. *BMC Public Health*, 14, 665.
- INSPQ (2021). Trousse média sur la violence conjugale. Contexte de vulnérabilité : femmes immigrantes. Repéré au <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite/femmes-immigrantes>
- INSPQ (2020). Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie. Québec, Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>
- Jenson (2019). *Intersections of Pluralism and Social Cohesion: Two Concepts for the Practice of Pluralism*, *Global Centre for Pluralism*, 1-25.
- La Roche, M. (2008). Vers une pratique fondée sur les données probantes. Document d'information. Ottawa, Canada : Université d'Ottawa.
- Maltais, D., Caillouette, J. et Grenier, J. (2022). Pandémie, intervention sociale et justice sociale, chapitre 1, dans Maltais, D., Caillouette, J., Grenier, J. et Fay, R. (dir.) *Pratiques d'intervention sociale et pandémie. Innovations, mobilisation et transformations*, *Les Presses de l'Université du Québec*, 7-34.
- Maunier, S. (2019). Données probantes: quel rôle pour la recherche qualitative? *Recherches qualitatives*, 38(1), 71-87.
- Meek-Bouchard, C. (2021). Les professions de soins en temps de COVID-19 : vers une valorisation du care ? *Nouvelles pratiques sociales*, 32 (1), 375–392. <https://doi.org/10.7202/1080886ar>
- Morin, M. (2008). Approche et principes en sécurité civile. Ministère de la sécurité civile, Québec. [https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/securite\\_civile/publications/approche\\_principes/approche\\_principes.pdf](https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/securite_civile/publications/approche_principes/approche_principes.pdf)
- Morin, P., Carrier, S., Clément, M., LeBlanc L'intervention intersectorielle en santé et services sociaux dans ses liens avec les dimensions de l'habitation et le logement social, Rapport de recherche, programme actions concertées *Le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)*.
- Observatoire de l'Action communautaire autonome - ACA (2022). Crise de la covid-19 : impacts sur les organismes d'action communautaire autonome du Québec, rapport de recherche, 193 pages.

- O'Sullivan, T. et Bourgoin, M. (2010). *Vulnerability in an Influenza Pandemic: Looking Beyond Medical Risk*. Ottawa: Agence de la Santé publique du Canada.
- Park, H. et Lee, B. J. (2016). *The role of social work for foreign residents in an epidemic: The MERS crisis in the republic of korea*. *Social work in public health*, 31(7), 656-664.
- Réseau pancanadien de santé publique. (2018). Préparation du Canada en cas de grippe pandémique. Guide de préparation pour le secteur de la santé. *Gouvernement du Canada: ministère de la Santé*.
- Rousseau, C., Jaimes, A. et El-Majzoub, S. (2020). Pandémie et communautés minoritaires marginalisées: vers une approche inclusive en santé publique? *Canadian Journal of Public Health*, 111, 963-966.
- Rubin, J., Almlôt, R., Page, L. et Wessely, S. (2009). *Public perception, anxiety and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey*. *British Medical Journal*, 330, b2651.
- Templeton, A., Tekin Guven, S., Hoerst, C., Vestergren, S., Davidson, L., Ballentyne, S., Madsen, H. & Choudhury, S. (2020). *Inequalities and identity processes in crises: Recommendations for facilitating safe response to the COVID-19 pandemic*. *British Journal of Social Psychology*, 59, 674-685.
- Timmermann, C. (2020). *Pandemic Preparedness and Cooperative Justice*. *Developing World Bioethics*, 00, 1-10.
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*, Paris : Éditions La Découverte
- Truman, B. I., Tinker, T., Vaughan, E., Kapella, B. K., Brenden, M., Woznica, C. V., Rios, E. et Lichtveld, M. (2009). *Pandemic Influenza Preparedness and Response Among Immigrants and Refugees*, *American Journal of Public Health*, 99 (2), 278-286.
- Turcotte, D. (2009). Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel. *Intervention*, 131, 54-64.
- Vaughan, E. et Tinker, T. (2009). *Influenza Preparedness and Response*. *American Journal of Public Health*, 99(2), S324-S332.
- Walter-McCabe, H. A. (2020). *Coronavirus pandemic calls for an immediate social work response*. *Social work in public health*, 35(3), 69-72.

Weinstock, D. (2010). Qu'est-ce qui constitue une donnée probante? Une perspective philosophique. Compte-rendu de conférence. *Centres nationaux de collaboration en santé publique*, 1-8.