



SOMMAIRE EXÉCUTIF

Au-delà de la crise de la COVID-19: tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique

Mars 2021

Une note de breffage de la SRC

La pandémie de grippe de 1918-1920, qui a tué 50 000 Canadiens, a conduit à la création d'un ministère fédéral de la santé publique. Mais au cours du siècle qui a suivi, la santé publique est demeurée, à tous les niveaux de l'intervention gouvernementale, « le parent pauvre » du système de santé pour reprendre les mots de Marc Lalonde prononcés en 1988 (Lalonde 1988, p. 77). Marquée par des investissements à la pièce, lors de différentes crises liées aux maladies infectieuses, comme celle de la poliomyélite au début des années 1950, la santé publique a paradoxalement reculé dans l'ordre des priorités à mesure que le coût des soins de santé tertiaires a augmenté. Bien que le champ relève d'un large éventail d'interventions, la présente note de breffage examinera plus particulièrement l'histoire des celles qui ont été menées par des organismes et des institutions de santé pour lutter contre les maladies infectieuses et contagieuses.

La COVID-19 nous a forcés à réapprendre l'importance de maintenir une capacité minimale de contrôle des maladies contagieuses; elle a révélé que de ne pas le faire peut coûter très cher. Elle a également attiré notre attention sur les rapports qui existent entre les inégalités sociales, le racisme, le colonialisme et certaines vulnérabilités face aux maladies. En plus d'investir dans notre capacité à maîtriser les éclosions de maladies infectieuses à mesure qu'elles surviennent, nous devons planifier dès maintenant comment atteindre à l'avenir une plus grande équité en matière de santé, en nous attaquant aux conditions économiques et sociales qui empêchent cette équité et en assurant à tous un accès éclairé à la prévention. Voilà comment nous pourrions bâtir une société véritablement résiliente.

A tous les niveaux, les gouvernements qui se sont succédé au Canada et ailleurs ont reconnu dans les dernières décennies l'impact que les facteurs sociaux ont eu sur la santé et sur le cours des maladies. Mais une plus grande équité en santé ne pourra être atteinte que si nous donnons suite à ce constat. Un tel passage à l'acte exigera un vigoureux plaidoyer public en faveur de la prévention et un engagement fort, fait de collaborations soutenues entre individus et communautés touchées, experts en santé publique et gouvernements.

Recommandations

1. Investir dans la prévention dans le cadre d'une double approche :

- Accorder plus de ressources à tous les échelons de gouvernement pour améliorer l'accès aux services de prévention;
- Accroître l'efficacité de la santé publique en habilitant les infirmières et les professionnels de la santé autres que les médecins à jouer un rôle important dans sa mise en œuvre;
- Réduire les inégalités sociales afin d'améliorer l'état de santé et la résilience des personnes plus particulièrement touchées par la maladie.

2. Accroître l'équité en santé et la reddition de comptes relative aux déterminants sociaux :

- Évaluer les domaines pertinents en matière de politiques publiques à tous les échelons de gouvernement (logement, soutien du revenu, système de justice, services de soins de santé, etc.) sous l'angle de l'équité en santé;
- Établir un bureau de vérificateur de l'équité en santé, qui serait financé par le gouvernement fédéral, présenterait des rapports au Parlement et encouragerait les autres instances gouvernementales à faire de même.

3. Faire participer la société civile afin d'atténuer les iniquités historiques et les lacunes en matière de santé publique :

- Financer des organisations de classe mondiale susceptibles de se porter à la défense active et effective de la santé publique. Celles-ci fourniraient des données pouvant éclairer la prise de décision en matière de santé publique; feraient valoir les droits des malades et des patients; documenteraient et proposeraient des solutions pour atténuer les inégalités intersectionnelles et le racisme; et plaideraient en faveur d'interventions importantes en santé publique et d'un financement plus équilibré;
- Recueillir de meilleures données et les rendre accessibles au public. Nous avons besoin de meilleures informations sur les différentiels sociaux de vulnérabilité aux maladies ainsi que de données recueillies systématiquement pour mieux suivre les tendances liées à la race, au revenu, aux lieux de vie, etc. Lorsque nous disposerons de ces informations, les responsables de la santé publique devront reconnaître les iniquités et les différentiels sociaux et élaborer des plans pour soutenir les plus vulnérables.

4. Créer une culture de santé publique équitable par l'éducation :

- Encourager l'utilisation d'une approche de santé publique horizontale, non verticale (de bas en haut, une maladie à la fois). Reconnaître que les « solutions technologiques » ne protégeront jamais complètement la société et que le travail humain dans les divers aspects des soins, les mesures non médicales et l'éducation seront toujours essentiels à un bon niveau de résilience et de préparation;
- Sensibiliser davantage les professionnels de santé et le grand public à ce qu'est la santé publique. Cela devrait se faire de manière régulière et non pas seulement en période de crise;
- Établir des programmes multidisciplinaires de formation du personnel de santé publique susceptibles d'intéresser les étudiants des communautés marginalisées et racialisées. Il ne sera pas possible de faire tomber les barrières et de bâtir la confiance sans éliminer un certain nombre de présupposés, tant dans les représentations que dans les pratiques. L'histoire de l'attention accordée aux communautés mal desservies et la reconnaissance des iniquités du système capitaliste démontrée par les générations précédentes d'activistes professionnels et défenseurs de la santé publique peuvent servir de fondement;
- Promouvoir une santé publique inclusive et viable qui s'appuierait sur diverses formes d'activisme et de défense de la santé, et faire participer aux débats et aux décisions sur la santé publique les communautés et les acteurs qui ne font pas partie des cercles de la médecine et des soins de santé en général.