



Améliorer la réponse à la pandémie  
de COVID-19 pour les **populations  
racisées et immigrantes** à Montréal :  
consultation des acteurs terrain.

## **Améliorer la réponse à la pandémie de COVID-19 pour les populations immigrantes et racisées à Montréal : consultation des acteurs terrain (rapport final)**

est une production de la Direction régionale de santé publique  
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
514 528-2400  
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

20 Avril 2021

### **Conception et coordination du projet**

Magalie Benoit, Alix Adrien

### **Analyse**

Magalie Benoit, Danielle Kouhio Depri

### **Rédaction**

Danielle Kouhio Depri, Magalie Benoit, Geneviève Grenier, Alix Adrien

### **Comité scientifique**

Lourdes Rodriguez del Barrio,  
Marie Jeanne Blain  
Janet Cleveland  
Jill Hanley

Avec la collaboration de  
Laila Mahmoudi, Lyne Chayer, Geneviève Grenier

### **Cartographie**

Marianne Turcotte-Plamondon

### **Graphisme**

Linda Daneau

### **En partenariat avec**

InterActions, Centre de recherche et de partage des savoirs, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Institut universitaire SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

### **Notes**

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.



# REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les organisations ayant répondu au questionnaire en ligne, tous les partenaires consultés qui ont apporté leur éclairage tout au long du projet ainsi que tous les participants aux ateliers délibératifs qui se sont tenus le 14 et 22 octobre 2020.

Nous tenons également à remercier les stagiaires de l'Institut universitaire SHERPA : Christina Opolko, Tamar Wolofsky, Nathaniel Mosseau pour tout le travail de suivi et de relances afin de favoriser la participation des organisations au questionnaire en ligne.

Pour finir nous remercions également les deux analystes, Isabelle Courcy et Nuria Jeanneret, qui ont permis de dégager les résultats par quartier à la demande des acteurs terrain consultés.



# FAITS SAILLANTS ET PRATIQUES INSPIRANTES

## Portrait de la situation

La Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal a effectué une consultation des acteurs terrain à l'initiative du milieu communautaire afin de mieux documenter, légitimer et améliorer la réponse communautaire à la COVID-19 pour les personnes immigrantes et racisées. Cet exercice a été réalisé en collaboration avec le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et l'Institut universitaire SHERPA : 397 réponses à un questionnaire en ligne pour les acteurs terrain ont été recueillies. Nous avons également mené des entrevues semi-dirigées auprès de huit experts issus du milieu de l'humanitaire afin de compléter et valoriser les initiatives locales montréalaises existantes, mais aussi de proposer des pistes d'action pour mieux appréhender la seconde vague. Finalement, nous avons validé les résultats avec presque 100 acteurs concernés (ex. groupes communautaires, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS], bailleurs de fond) lors des deux séances délibératives.

## Caractéristiques des organisations participantes avant la pandémie

Une variété d'organisations a répondu au questionnaire en ligne : organismes communautaires, CIUSSS, associations ethniques et religieuses, bailleurs de fonds, arrondissements (Ville de Montréal) entre autres.

Parmi elles :

- Près de 90 % offrent habituellement des services directs à la population
- 93 % participent aux instances de concertation
- 10 % desservent une communauté d'appartenance ethnique ou religieuse spécifique

## Impacts de la pandémie sur les activités courantes des organisations

- 91 % ont dû modifier ou interrompre leurs services
- Une baisse de 22 % de l'implication des organisations dans les instances de concertation

## Les principales activités directement liées à la pandémie

- Prévention/sensibilisation aux mesures de santé publique : 89 %
- Aide alimentaire : 70 %
- Mobilisation pour le dépistage : 52 %

## Une réponse communautaire qui a su faire preuve de résilience et d'adaptation malgré des ressources limitées (humaines et financières)

La majorité des organismes ont maintenu leurs activités tout en modifiant profondément leurs pratiques pour faire face à la crise. Les liens avec les populations desservies se sont maintenus par différents médiums et plateformes en ligne, par téléphone et parfois à domicile, notamment pour rejoindre les personnes les plus isolées et vulnérables.

Les organisations ont principalement répondu aux besoins primaires engendrés par les effets collatéraux liés au confinement et développé des activités de prévention :

- **Sécurité alimentaire à grande échelle** : distribution quotidienne de paniers-repas, une activité qui exige une logistique hors norme et des ressources humaines et financières non négligeables.
- **Création et renforcement de liens afin de briser l'isolement** (appels téléphoniques, activités en ligne et à domicile) : de nombreuses activités ont été développées afin de garder le lien avec les populations et d'assurer un soutien psychosocial, d'écouter leurs besoins et de les référer aux ressources adéquates.
- **Mobilisation pour la prévention et la sensibilisation** : des brigades de sensibilisation impliquant les organismes communautaires et des citoyens bénévoles ainsi que des ressources mobiles telles que les camions porte-voix ont été développées afin de sensibiliser la population à la COVID-19 y compris le dépistage.

## Un contexte d'urgence et d'incertitude qui a apporté son lot de défis pour intervenir auprès des populations

- Des ressources limitées : personnel et bénévoles
- Une mobilisation pour la recherche de financement énergivore et chronophage pour les organismes afin de maintenir leurs activités
- La fracture numérique
- Des communications difficiles avec les paliers régional (DRSP) et local (CIUSSS) :
  - Les informations concernant les consignes de santé publique changeantes et qui tardent à venir sur le terrain
  - Les services de santé semblent moins sensibilisés aux réalités des personnes immigrantes et racisées
- Demande qui augmente sans cesse et qui rend difficile la priorisation des besoins par les organismes.

## Pistes d'action et besoins formulés à intégrer dans le contexte de la 2<sup>e</sup> vague

### Des pratiques inspirantes

Les organismes ont identifié des pratiques à soutenir et à développer pour mieux répondre aux besoins des personnes immigrantes et racisées, mais également mieux soutenir le milieu communautaire.

L'expertise du milieu humanitaire international a permis également de mettre en lumière ces approches inspirantes notamment selon le modèle de Communication des risques et engagement communautaire (CREC) et expertise en Prévention et contrôle des infections (PCI) :

- Instances de coordination et de prise de décision (paliers local et régional) qui impliquent les citoyens concernés par les interventions ciblées (leaders reconnus comme *légitimes* par les communautés concernées et organismes communautaires)
- Travail de proximité ou d'« *outreach* » afin de rejoindre les groupes dits plus vulnérables directement dans leurs milieux de vie, notamment par le biais d'équipes mobiles multidisciplinaires et multilingues et pouvant impliquer les communautés (ex : agents multiplicateurs), formées aux premiers soins psychologiques et aux mesures PCI
- Développement de campagnes de sensibilisation qui engagent les communautés et qui répondent aux réalités locales.

Pour finir, voici une présentation des recommandations à prendre en compte pour améliorer la réponse dans le contexte de la 2<sup>e</sup> vague. Les recommandations sont issues de la synthèse émergeant de plusieurs types de questions (ouvertes et fermées) au sein du sondage, incluant les avis des experts et autres consultations conduites ainsi que des discussions issues des ateliers délibératifs réunissant différentes parties prenantes (intervenants et organisateurs communautaires, bailleurs de fonds et chercheurs).

# PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

## AXE 1 — CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU VIRUS (sous la responsabilité de la DRSP)

### Recommandation 1.1 :

**Assurer, selon les meilleurs standards, un processus d'enquête adapté aux réalités des personnes immigrantes et racisées, auprès des cas déclarés positifs à la COVID-19 et des contacts**

1. Collecte des données sur le pays d'origine, identité ethno-raciale, le statut migratoire, la langue et la religion de manière sensible (formation des enquêteurs) et en prenant toutes les précautions nécessaires pour respecter et protéger la confidentialité de tous y compris les personnes sans statut et n'étant pas couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

*Pratique inspirante : Toronto Public Health a mis en place une structure (bien avant la COVID-19), « We Ask Because We Care »<sup>1</sup> pour s'assurer de la pertinence des questions sur l'appartenance ethno-raciale dans une perspective d'équité en santé et développer les compétences adéquates de leur direction de santé publique.*

2. Ajout des ressources au niveau des enquêtes auprès des personnes atteintes de la COVID-19 : enquêteurs « représentatifs » de la diversité de Montréal tant au niveau des expertises (travail social, cliniciens par exemple) que des origines ethniques. Ceci peut être une réelle valeur ajoutée pour lever les barrières en contexte interculturel (langue, sensibilité culturelle, réalités socio-économiques) et de vulnérabilité.
3. Enquête à domicile multidisciplinaire par équipe mobile au besoin (personne isolée/en situation de vulnérabilité) et formée à l'approche interculturelle et aux premiers soins psychosociaux.

*Pratique inspirante : La ville de Toronto a mis en place un tel dispositif<sup>2</sup> ainsi que la ville de Paris avec l'initiative COVISAN<sup>3</sup> qui offre également des dépistages à domiciles pour les personnes plus isolées ou éloignées des centres de dépistage.*

---

<sup>1</sup> Toronto Public Health, We Ask Because We Care, vu en ligne : <http://www.stmichaelshospital.com/quality/equity-data-collection-report.pdf>

<sup>2</sup> City of Toronto presents COVID-19 Resurgence Plan, vu en ligne : <https://www.toronto.ca/news/city-of-toronto-presents-covid-19-resurgence-plan/>

<sup>3</sup> Déconfinement : COVISAN, dispositif de dépistage et d'accompagnement des personnes COVID+, vu en ligne : <https://www.aphp.fr/actualite/lancement-de-covisan-un-dispositif-de-suivi-renforce-des-personnes-covid>

**Recommandation 1.2 :**  
**Soutenir la vigie communautaire**

1. Développer des outils de surveillance communautaire « *community-based surveillance* » afin de prévenir les éclosions et prendre en charge les cas potentiellement atteints de la COVID-19 tels que ceux déployés par la Croix-Rouge<sup>4</sup>.
2. Reconnaître et favoriser « l'intelligence de terrain » notamment en arrimant des outils de surveillance avec les actions et les connaissances des acteurs terrain tels que les brigades de prévention et de sensibilisation, ou des travailleurs de rue.

**Recommandation 1.3 :**  
**Prévenir et soutenir la gestion d'éclosion dans les différents milieux de vie y compris dans le milieu communautaire**

1. Au sein des organismes : soutenir (notamment par la DRSP) la mise en place des protocoles de PCI, adaptés au milieu physique et aux types d'activité offerts par les organismes communautaires. Les milieux de vie collectifs (ex. refuges, hébergements communautaires) ont des défis particuliers.
2. Adaptation de ces protocoles aux nouvelles modalités de travail, notamment le travail de proximité : patrouille de rue, porte-à-porte, entre autres, particulièrement en contexte de froid.

 *Pratique inspirante : des intervenants de rue alternent le travail de proximité avec l'utilisation de la voiture équipée de plexiglas pour sensibiliser les populations qu'ils rejoignent, tout en offrant un espace sécuritaire et confortable, favorisant la protection des intervenants, mais aussi celles des populations.*

**Recommandation 1.4 :**  
**Élaborer une stratégie de test et de dépistage afin de favoriser l'accessibilité et l'acceptabilité du dépistage pour les personnes immigrantes et racisées (responsabilité partagée des CIUSSS et de la DRSP)**

1. Adapter et renforcer les communications, notamment en occupant d'autres médiums et supports pour sensibiliser les populations au dépistage. Les tables de concertation et de quartier représentent des espaces opportuns pour se renseigner sur les lieux les plus pertinents à « investir ».
2. Favoriser l'accès géographique et linguistique des centres de dépistage désignés (CDD) : notamment en offrant des ressources telles que les cliniques mobiles, centres de dépistage qui occupent les lieux de socialisation à l'échelle des quartiers, horaires plus flexibles et interprètes présents pour assurer la médiation entre le personnel médical et les populations ciblées.
  2. Les ressources humaines des centres de dépistage désignés pourraient également être formées et sensibilisées afin d'intervenir de manière plus adaptée auprès des personnes immigrantes (admissibilité pour tous les statuts migratoires, confidentialité des statuts migratoire, compréhension des enjeux d'emploi, dimensions culturelles et linguistiques).
- 3.

---

<sup>4</sup> [https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/03/IFRC\\_CBS\\_Protocol\\_FR\\_Web.pdf](https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/03/IFRC_CBS_Protocol_FR_Web.pdf)

### Recommandation 1.5 :

**Soutenir les personnes lors de la période d'isolement, notamment en offrant des hébergements alternatifs pour ceux et celles qui ne peuvent pas s'isoler à domicile en facilitant l'accès aux mesures de sécurité financière, notamment pour les travailleurs essentiels et de la santé (responsabilité de la DRSP et de la Ville de Montréal)**

1. Mobiliser les hôtels, motels, auberges, bureaux de travail non occupés afin de fournir des lieux d'isolement pour les personnes dans le besoin ; particulièrement les travailleurs plus précaires qui comptent une part non négligeable de personnes immigrantes et racisées.

 *Pratique inspirante : un partenariat avec la Croix-Rouge ou la Ville de Montréal permettrait une coordination de l'utilisation de ces lieux. Des services d'hébergements d'urgence ont été rendus accessibles pour les personnes migrantes dans huit pays européens (Belgique, République tchèque, Finlande, Malte, Pays-Bas, Norvège, Suisse et Royaume-Uni)<sup>5</sup>.*

*Notons également, l'initiative du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal qui met à la disposition de leur personnel en attente d'un résultat ou testé positif des chambres d'hôtels afin de faciliter leur isolement<sup>6</sup>.*

2. Développer un logigramme d'aide à la décision pour les enquêteurs, notamment à partir des renseignements sur les conditions de vie. Par ex. : logement, emploi afin de répondre au besoin (exprimé ou non exprimé) d'hébergement alternatif.

## **AXE 2 — ENGAGEMENT DES POPULATIONS ET COMMUNICATION DES RISQUES (Sous la responsabilité partagée de la DRSP et des CIUSSS)**

### Recommandation 2.1 :

**Favoriser la participation des communautés dans les instances de prises de décision et le développement des mesures sanitaires, mais aussi au-delà : ces liens doivent être maintenus sur le long terme afin de faciliter les collaborations locales/régionales et s'assurer d'une adéquation de la santé publique aux besoins locaux dans le cadre d'autres problématiques de santé publique**

1. Les acteurs des paliers régionaux dont la DRSP sont appelés à participer de manière plus soutenue aux différentes instances de concertation, telles que les tables de quartier afin de mieux cerner les actions déployées au niveau local et soutenir les besoins émergents (si nécessaire).
2. Favoriser l'implication du milieu communautaire et de la société civile (citoyens, associations ethniques, institutions religieuses) dans le déploiement de certaines initiatives régionales, notamment par des espaces de concertation inclusifs. Ceci, en tâchant de bien accompagner ces personnes dans ce processus et de les rémunérer. Le recrutement peut être multiple : par le milieu communautaire, prise de communication informelle avec certaines associations et institutions religieuses, etc.

---

<sup>5</sup> What's happening to undocumented people during COVID-19, vu en ligne : <https://picum.org/whats-happening-to-undocumented-people-during-the-covid-19-pandemic/>

<sup>6</sup> [https://cdn.ciussnordmtl.ca/Fichiers/03Zone\\_Professionnels/Accueil/COVID19\\_notes-de-service/2020-10-09\\_NdeS\\_Chambres\\_d\\_hotel.pdf?1602615121](https://cdn.ciussnordmtl.ca/Fichiers/03Zone_Professionnels/Accueil/COVID19_notes-de-service/2020-10-09_NdeS_Chambres_d_hotel.pdf?1602615121)

3. S'assurer de la légitimité des acteurs selon le point de vue des populations ciblées, notamment en passant par des canaux formels et informels tout en vérifiant d'avoir des objectifs communs.

**Recommandation 2.2 :**

**Soutenir le développement d'espaces d'échange et de mutualisation des pratiques sous la responsabilité de la DRSP afin de valoriser, maintenir et soutenir les initiatives locales. Ces espaces doivent être accessibles et ouverts à tous les organismes dans le besoin et qui souhaitent participer à ce type de démarche**

**Recommandation 2.3 :**

**Adapter les recommandations et consignes de santé publique en plusieurs langues et les communiquer de manière efficace par les canaux appropriés**

1. Trouver les porte-paroles et ambassadeurs crédibles et légitimes en s'appuyant sur des observations terrain et en les impliquant dans les campagnes de communication des risques, au-delà de la traduction des messages clés.
2. Occuper l'espace public, notamment les lieux de socialisation (commerces, écoles, institutions religieuses, rue, etc.) et réfléchir à des médiums appropriés, c'est-à-dire ceux utilisés par les populations ciblées : médias communautaires, camions porte-voix, réseaux sociaux. Ainsi qu'aux supports : affiches simplifiées et traduites en plusieurs langues, etc.

 *Pratique inspirante : Les camions porte-voix et les communications par le porte-à-porte dans certains quartiers tels que Montréal-Nord, Parc-Extension, Ahuntsic-Cartierville, et les travailleurs de proximité qui occupent l'espace public dans le territoire de l'est de Montréal.*

3. Communiquer en temps opportun et de manière efficace notamment par des instances de concertation locales afin que les consignes et les mesures se rendent rapidement aux populations immigrantes et racisées : les messages devraient être cohérents entre les différents paliers de communication (gouvernement, DRSP, paliers locaux et cliniques de dépistage).

## **AXE 3— ATTÉNUER LES IMPACTS COLLATÉRAUX DE LA PANDÉMIE**

**Recommandation 3.1 :**

**Repenser l'offre de services en santé mentale à Montréal (et au Québec) afin de les rendre plus accessibles : enjeu préoccupant pour les acteurs locaux et la population avant la pandémie qui se retrouve encore plus exacerbé désormais (ressources limitées actuellement dans le secteur public et communautaire) (Responsabilité du Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] et de la DRSP)**

### **Recommandation 3.2 :**

**Informer les intervenants et la population sur les ressources disponibles et accessibles en soutien psychosocial, notamment celles adaptées pour les personnes immigrantes et racisées (Responsabilité des CIUSSS et des organisations locales)**

1. Documenter les ressources et initiatives innovantes et existantes (avant et pendant la pandémie).
2. Former les intervenants sur le soutien psychosocial en contexte migratoire et interculturel afin de démystifier ce volet autant pour les intervenants que pour les personnes immigrantes et racisées.
3. Rendre ces services plus accessibles en créant des arrimages entre les organismes/établissements dédiés à la santé mentale/au soutien psychosocial et les organismes d'accueil et intégration pour les personnes immigrantes et entre les services publics et communautaires en santé mentale.
4. Déployer des services de proximité : ligne téléphonique, soutien à domicile, travail de rue.

### **Recommandation 3.3 :**

**Soutien des familles et des jeunes dans l'apprentissage, notamment pour les familles allophones (Responsabilité de la Ville de Montréal, des centres de services scolaires et des commissions scolaires, des écoles et des tables de quartier)**

1. Impliquer et soutenir les Intervenants communautaires scolaires et interculturels (ICSI) qui font la médiation entre les familles, les écoles et les ressources pertinentes (organismes d'accueil et d'intégration, services de santé, etc...).
2. Maintenir les liens de proximité avec les enfants et les jeunes lors d'activités de loisirs (internet, parcs, organismes communautaires, etc...), ce qui peut offrir du répit pour les parents, dont certains sont aussi des travailleurs essentiels.
3. Comblent la fracture numérique pour faciliter l'éducation à la maison.

### **Recommandation 3.4 :**

**Comblent la fracture numérique (responsabilité de la Ville et des bailleurs de fonds)**

1. Dons ou prêt de matériel informatique via le local (bibliothèques et écoles) et financements de la Ville et autres bailleurs de fonds pour offrir à moindre coût du matériel aux familles les plus défavorisées économiquement.
2. Accès au wifi dans les bibliothèques, écoles et centres communautaires.
3. Déploiement du réseau Montréal WiFi dans tous les arrondissements et quartiers ainsi que dans les immeubles notamment les HLM.
4. Littératie numérique : soutenir les familles dans l'apprentissage et l'appropriation du matériel informatique.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>FAITS SAILLANTS ET PRATIQUES INSPIRANTES .....</b>	<b>4</b>
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
<b>CONTEXTE ET OBJECTIFS .....</b>	<b>14</b>
<b>MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>16</b>
<b>SYNTHÈSE DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES .....</b>	<b>20</b>
<b>CONSULTATION D’EXPERTS ISSUS DU MILIEU HUMANITAIRE .....</b>	<b>24</b>
<b>RÉSULTATS DU SONDAGE : RÉPONDANTS COMMUNAUTAIRES.....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>VALIDATION ET MISE À JOUR DES RÉSULTATS.....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>48</b>

# INTRODUCTION

La pandémie liée à la COVID-19 met en lumière les inégalités sociales de santé. À l’instar de ce qui est observé ailleurs<sup>7</sup>, les données montréalaises disponibles suggèrent que les groupes racisés, particulièrement les populations noires, sont plus durement touchés par la COVID-19 et ses effets collatéraux<sup>8</sup>. En effet, les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel et économique et ceux présentant une proportion plus importante de personnes issues de groupes racisés/minorités visibles sont particulièrement affectés par la pandémie. Ces analyses écologiques font écho aux constats des acteurs terrain et des chercheurs quant à l’exacerbation des iniquités sociales de santé interterritoriales, mais aussi entre différents sous-groupes de la population. Et elles suggèrent une fois de plus que le statut et l’expérience migratoire en plus d’autres facteurs individuels tels que l’emploi et le revenu, l’âge, le sexe/genre/orientation sexuelle, les conditions de logement, la couverture de santé (RAMQ, assurance privée, sans couverture), la langue et littératie ainsi que des déterminants plus structurels tels que la stigmatisation, la discrimination et le racisme sont à prendre en compte dans la réponse de santé publique à la COVID-19 sur l’île de Montréal.

Dans le but de contenir la propagation du virus SARS-CoV-2 et de soutenir les groupes les plus marginalisés, les acteurs et actrices tels que les organismes communautaires, associations, institutions religieuses et les CIUSSS mettent en œuvre ou adaptent diverses actions innovantes, créatives et adaptées aux populations des différents quartiers de Montréal.

Des échanges ont eu lieu entre la cellule communautés ethnoculturelles de la DRSP, la coordonnatrice locale de santé publique du CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal et les organisateurs communautaires sur les difficultés rencontrées en particulier concernant les interventions auprès des personnes racisées et immigrantes et le besoin d’appui/de valorisation du travail terrain. À la demande de la DRSP, l’Unité de santé internationale (USI) a appuyé le début de cette démarche qui, par la suite, a été étendue à une vingtaine d’autres quartiers de Montréal qui partageaient les mêmes préoccupations et les mêmes besoins.

Suite à ces consultations, la DRSP a administré un questionnaire en ligne et mené des entrevues avec des experts ayant été impliqués dans la gestion d’épidémies/de pandémie au Québec comme à l’international. Ce projet a été réalisé en collaboration avec le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal et l’Institut universitaire SHERPA du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal.

---

<sup>7</sup> Du risque à la résilience : une approche axée sur l’équité concernant la COVID-19. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>

<sup>8</sup> Alix Adrien, Marie-Pierre Markon et Vicky Springmann. Populations racisées - Inégaux face à la pandémie : Populations racisées et la COVID-19. Direction régionale de santé publique de Montréal. 19 août 2020. Disponible à : <https://santemontréal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/point-sante/populations-racisees/Populations-Racisees-Covid-19.pdf>

## CONTEXTE ET OBJECTIFS

Les organismes communautaires représentent un point d'interface majeur entre les institutions et la population. Souvent considérés comme des organisations médiatrices et garantes de la protection des sous-groupes dits vulnérables tels que les personnes immigrantes et racisées : elles tiennent un rôle crucial dans l'offre de services de proximité et la consolidation du tissu social dans les territoires qu'elles desservent.

Lors de la crise liée à la pandémie de la COVID-19, le confinement et la distanciation physique imposés par les mesures sanitaires ont exacerbé les inégalités sociales et les iniquités de santé. Les populations défavorisées ou aux prises avec des facteurs de vulnérabilité spécifiques telles que les personnes immigrantes et racisées (statut et parcours migratoire, conditions de logement, langue et niveau de littératie, emploi et statut socio-économique, genre/orientation sexuelle entre autres) se sont vues davantage exposées au virus et touchées par les effets collatéraux des mesures restrictives. Si les populations ont été affectées par la pandémie, les organismes communautaires en ont également subi les effets et ont dû considérablement faire preuve de résilience et de réactivité, notamment en modifiant et en adaptant leurs interventions dans un contexte d'incertitude, de stress et de ressources humaines et financières limitées.

Alors que la demande était plus pressante et urgente, la fermeture des portes des organismes communautaires et la virtualisation des rapports sociaux par le télétravail ont rendu plus difficiles les liens de proximité avec les populations desservies et ont également chamboulé l'organisation de ces structures. De plus, la réponse aux nouveaux besoins émergents provoqués par les effets collatéraux du confinement a nécessité une mobilisation accrue de tous les intervenants ainsi que les citoyens bénévoles afin de renforcer des initiatives locales déjà existantes ou d'en créer des nouvelles.

La Direction régionale de santé publique de Montréal a joué un rôle crucial dans le contrôle de la transmission de la COVID-19 notamment à travers le processus d'enquêtes épidémiologiques auprès des cas et contacts et la gestion d'éclosions (secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses, [PCMI]), mais également par le soutien aux organismes communautaires (secteur Environnement urbain et saines habitudes de vie [EUSHV]). Les CIUSSS ont aussi contribué à l'appui des réponses adaptées selon les territoires desservis.

Néanmoins, la réponse communautaire et citoyenne à la COVID-19 n'était pas équivalente d'un territoire à un autre, et ce, pour plusieurs raisons :

- 1) Épidémiologie du virus variable selon le territoire
- 2) Iniquités territoriales quant aux ressources disponibles (humaines et financières)
- 3) Capacités mobilisatrices variables selon les territoires et ressources disponibles

Face à ces inégalités territoriales quant à la réponse communautaire à la COVID-19 pour les personnes immigrantes et racisées et suite à plusieurs consultations effectuées avec le milieu communautaire dont certains organismes de Montréal-Nord, la DRSP a administré un questionnaire en ligne et des entrevues avec des experts issus du milieu humanitaire international de différents secteurs d'intervention. Ces activités ont permis notamment de légitimer les pratiques en cours développées par les organismes communautaires et autres réseaux et de dégager les meilleures pratiques pouvant contribuer au renforcement des capacités des organismes communautaires en vue d'améliorer la réponse à la 2<sup>e</sup> vague selon plusieurs objectifs :

- 1) Mieux cerner les défis rencontrés lors de la 1<sup>re</sup> vague et les besoins en renforcement des capacités des organismes communautaires pour mieux soutenir les populations immigrantes et racisées ;
- 2) Faire un portrait des initiatives communautaires montréalaises novatrices et porteuses ;
- 3) Proposer des recommandations aux décideurs pour des actions et initiatives à déployer afin de mieux soutenir le milieu communautaire et ainsi, adapter la réponse de santé publique aux réalités et besoins des personnes immigrantes et racisées (2<sup>e</sup> phase).

Le cadre utilisé pour présenter les résultats issus du questionnaire en ligne et des entrevues ainsi que les recommandations sera celui proposé par le plan d'action DRSP « Plan de réponse à la pandémie COVID-19, Volet Santé publique, Région de Montréal »<sup>9</sup>. Lorsque pertinent, nous référerons également aux éléments de gouvernance proposés par la « coordination régionale COVID-19 du réseau »<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Plan de réponse à la pandémie COVID-19, Volet Santé publique, Région de Montréal. DRSP. 2020

<sup>10</sup> Structure de la gouvernance montréalaise dans le contexte de la COVID-19, Modalités de la Coordination régionale COVID-19 du réseau. CIUSSS Centre-Sud-de-l'île. 2020

# MÉTHODOLOGIE

## Synthèse des écrits scientifiques

Afin de mieux guider l'analyse des résultats et valoriser les savoirs et expertises développés par le milieu communautaire et les experts de l'humanitaire consultés, l'équipe a conduit une revue de littérature non exhaustive et exploratoire sur les leçons apprises de précédentes épidémies ou pandémies telles que le H5N1, SRAS ou Ebola en contexte interculturel et de vulnérabilité. Par ailleurs, au vu du contexte de crise humanitaire imposée par la COVID-19 et de vulnérabilisation des organismes communautaires (stress, incertitude, ressources limitées), il a été jugé pertinent d'explorer les meilleures pratiques issues de la santé mondiale et du domaine de l'humanitaire en temps de pandémie.

Plusieurs bases de données ont été également consultées pour la littérature scientifique : EMBASE, PubMed et Google Scholar. Les mots-clés suivants ont été employés selon plusieurs combinaisons :

- 1 = (*Ebola or SARS-or H5N1 or "avian influenza" or influenza or pandemic or covid-19*)
- 2 = (*marginalized or vulnerable(population) or immigrant*)
- 3 = (*participation or trust or "risk communication" or "community engagement"*)
- 4 = (*"health system resilience" OR "community resilience"*)

## Collecte de données

- **Sélection des quartiers**

Initialement, il a été convenu de faire le portrait des besoins et initiatives développées auprès des personnes immigrantes et racisées lors de la pandémie dans 5 arrondissements prioritaires : Montréal-Nord, Rivière-des-Prairies–Pointe-aux-Trembles, Ahuntsic-Cartierville, Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, Villeray-Saint-Michel–Parc-Extension. Ces arrondissements ont été identifiés comme « prioritaires » selon le taux de prévalence de la COVID-19 et la proportion de personnes immigrantes/racisées dans ces territoires (avril-mai 2020).

Cependant, d'autres organismes et CIUSSS ont fait part de leurs besoins actuels et de la pertinence d'une telle participation pour mieux intervenir lors de la deuxième vague dans d'autres territoires non identifiés comme prioritaires initialement. Ainsi, il a été jugé pertinent de les inclure pour la participation au questionnaire en ligne, ce qui nous a conduits à considérer les réponses pour **tous les arrondissements**.

- **Questionnaire en ligne**

Un questionnaire en ligne a été rendu disponible entre le 29 juin et le 31 juillet sur la plateforme Qualtrics en français et en anglais. Le recrutement s'est fait principalement par invitation par courriel aux organismes membres des différentes tables de quartiers. Cette invitation a également été envoyée directement par les organisateurs communautaires des CIUSSS et l'arrondissement dans les quartiers où de telles instances de concertation ne sont pas en place. La DRSP a sollicité des lieux de culte et certaines associations culturelles et ethniques. Nous avons envoyé un courriel de rappel dans la plupart des quartiers, 1 à 2 semaines après l'envoi initial. Nous avons également sollicité par téléphone les organisations les plus actives dans certains quartiers (identifiées avec l'aide des organisateurs communautaires des CIUSSS ou des listes de ressources disponibles durant la pandémie).

Afin d'avoir une diversité de points de vue sur les défis rencontrés, besoins en renforcement des capacités et initiatives porteuses, nous avons sollicité la participation de différents acteurs et actrices pour le

questionnaire en ligne : organismes communautaires, CIUSSS, bailleurs de fonds, tables de concertation/tables de quartier et arrondissements de la Ville de Montréal.

### **Les résultats du présent rapport portent sur N=397 répondants.**

#### • **Entrevues — Informateurs clés**

Nous avons consulté plusieurs experts issus du milieu de l'humanitaire (N=8) lors d'entrevues semi-dirigées d'une heure et demie par Zoom entre le 9 juin et le 31 juillet 2020. Ces entrevues ont permis de mieux cerner les savoirs et expertises issus de la pratique humanitaire en temps de pandémie et de jeter un premier éclairage pour améliorer la réponse auprès des personnes immigrantes et racisées dans le contexte de la 2<sup>e</sup> vague.

Les participants avaient des champs de compétences variés :

- Santé publique au Québec auprès des personnes immigrantes/groupes vulnérables (7 à 10 ans d'expérience) ;
- Humanitaire et développement international (7 à 25 ans d'expérience)

Et des expertises diverses :

- Prévention et contrôle des infections(PCI) (n=4)
- Santé mentale et soutien psychosocial (n=3)
- Genre et protection des femmes (n=1)

## **Analyse**

#### • **Cartographie**

Les cartes du présent rapport portent sur les organismes offrant des services directement à la population (N=273 sur 397) et une délimitation des territoires selon les arrondissements a été préconisée<sup>11</sup>. Six cartes ont été produites dans le but d'illustrer à l'échelle des arrondissements, les réponses à certaines questions du sondage. Les réponses des organismes participants qui offrent des services à l'ensemble de la population de l'île de Montréal n'ont pas été conservées puisqu'elles ne fournissent pas d'information permettant d'illustrer les disparités de services entre les arrondissements.

Les valeurs représentées sur les cartes illustrent le ratio du nombre d'organismes pour 10 000 habitants. Ces valeurs ont été calculées selon le nombre d'habitants présents dans chacun des arrondissements selon les données du recensement 2016 de Statistique Canada<sup>12</sup>. Le nombre réel d'organismes répondant desservant chaque arrondissement est présenté en Annexe. Dans les légendes des cartes, les limites des

---

<sup>11</sup> Les cartes représentent les données à l'échelle des arrondissements. Par contre, ceux de Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, d'Ahuntisc-Cartierville, de Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension, Rosemont-La Petite-Patrie et de Rivière-des-Prairies–Pointe-aux-Trembles sont représentés à l'échelle des quartiers afin de représenter plus adéquatement les réponses des participants. La majorité des organismes participants présents dans ces arrondissements ont fourni des réponses qui distinguaient Côte-des-Neiges de Notre-Dame-de-Grâce, Ahuntsic de Bordeaux-Cartierville, Villeray de Saint-Michel et de Parc-Extension, Rosemont de La Petite-Patrie ainsi que Rivière-des-Prairies de Pointe-aux-Trembles.

<sup>12</sup> Montréal en Statistique. (2017). Population et démographie. [http://ville.montreal.qc.ca/pls/por-tal/docs/PAGE/MTL\\_STATS\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/POPULATION%20ET%20D%C9MOGRAPHIE\\_8FEV2017\\_2.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/por-tal/docs/PAGE/MTL_STATS_FR/MEDIA/DOCUMENTS/POPULATION%20ET%20D%C9MOGRAPHIE_8FEV2017_2.PDF)

intervalles de valeurs ont été déterminées selon la méthode de Jenks<sup>13</sup> et arrondies pour favoriser la lecture.

- **Analyse quantitative descriptive**

Les analyses descriptives ont été dégagées principalement par l’outil de la plateforme en ligne du questionnaire *Qualtrics* et nous ont permis de jeter un éclairage sur les principaux défis et besoins rencontrés par les acteurs terrain.

- **Analyse qualitative descriptive – Initiatives porteuses**

Les réponses à une question ouverte à développement ont permis de relever des initiatives communautaires montréalaises qui ont été développées durant la première vague de la pandémie. Elles ont été sélectionnées selon les critères suivants :

- **Engagement des communautés** selon l’approche CREC
- Réponse exceptionnelle aux besoins primaires **liés aux effets collatéraux du confinement**

- **Entrevues — Informateurs clés (experts issus du milieu de l’humanitaire)**

Une analyse thématique a été effectuée et a permis de relever de nouveaux enjeux ou pistes d’action qui n’avaient pas été identifiés dans la synthèse des écrits scientifiques ou au contraire de souligner ou nuancer certains aspects.

## **Ateliers délibératifs**

Les ateliers délibératifs tenus le 14 octobre et le 22 octobre 2020, organisés par le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions en partenariat avec la DRSP et l’Institut Universitaire SHERPA, nous ont permis de :

- 1) Valider, nuancer et mettre à jour les résultats issus du questionnaire en ligne notamment en raison du caractère dynamique de la pandémie ;
- 2) Offrir un espace de mutualisation des connaissances pour les organismes et personnes participants afin d’enclencher une mise en action selon les paliers interpellés ; et
- 3) Formuler des recommandations à partir des besoins identifiés par les différentes activités de la consultation (questionnaire en ligne, consultation des experts issus du milieu humanitaire, revue de littérature).

## **Limites de la démarche**

**Les résultats issus du questionnaire en ligne, des entrevues avec les experts ainsi que les délibérations ne fournissent pas un portrait exhaustif des interventions** réalisées dans les quartiers considérés puisque la participation est variable. Un retour est nécessaire avec les différents quartiers afin de confirmer ou d’expliquer certains résultats. Pour le volet qualitatif, la principale limite concerne la disponibilité

---

<sup>13</sup> Lambert, N. et Zanin, C. (2016). *Manuel de cartographie*, p.66. Armand Colin. Il s’agit d’une méthode de discrétisation automatique basée sur le principe de ressemblance/dissembance entre les individus » d’une série statistique et disponible dans la majorité des logiciels de géomatique

d'acteurs clés pouvant faire état des meilleures pratiques pour la protection des femmes spécifiquement (une seule participante), et celle des enfants (aucun participant). Aussi, comme les initiatives réalisées et les ressources disponibles varient d'un quartier et d'un CIUSSS à l'autre, l'applicabilité des recommandations peut varier selon les contextes.

Enfin, il est également important de souligner que le questionnaire en ligne a été administré principalement par la DRSP en collaboration avec deux centres de recherche montréalais : l'Institut universitaire SHERPA et le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions. Ceci a pu conduire à des réponses influencées, liées au biais de désirabilité sociale étant donné que les répondants étaient sollicités par ces tiers.

# SYNTHÈSE DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

## Une communauté résiliente, partie intégrante d'un système de santé résilient

La pandémie liée à la COVID-19, comme toute crise sanitaire, a révélé les failles de nos systèmes de santé, le manque de préparation aussi bien à l'échelle mondiale que locale et une réponse qui aurait pu être renforcée, voire mieux adaptée pour certains groupes dits vulnérables tels que les personnes immigrantes et racisées.

Face à une menace telle qu'une pandémie, les systèmes de santé sont amenés à faire preuve de préparation, de réactivité et d'adaptation pour répondre le plus rapidement possible et protéger l'ensemble de la population<sup>14</sup>. Ceci renvoie à la notion ou au concept de *résilience* des systèmes de santé. Lors d'un choc ou d'un stress, un *système de santé* doit être en mesure de mobiliser ses institutions, ressources humaines et financières afin de répondre à ces impératifs tout en maintenant sa capacité à fournir des services courants de soins et de santé de qualité. Selon le cadre proposé par l'Observatoire Européen sur les systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2020), ces derniers sont composés de 4 piliers qui se répondent et qui présentent certaines caractéristiques<sup>15</sup> :

- Gouvernance : leadership efficace et participatif, coordination des activités avec le gouvernement et différentes parties prenantes, système d'information efficace capable de supporter plusieurs flux (communications et données)
- Financement : ressources allouées de manière efficace et flexible selon les besoins qui se présentent
- Ressources : augmentation et distribution des ressources humaines et physiques afin de renforcer la capacité du système à répondre à une crise. Il est également important d'instaurer les meilleures conditions possibles pour favoriser la capacité et la motivation du personnel
- Offre de services : proposer des alternatives efficaces et flexibles afin de repenser l'offre de services de soins et de santé.

Hormis l'adaptation et la réactivité du système de santé, les capacités transformatrices de ce dernier sont également garantes d'une riposte efficace et apte à gérer une crise ou un point de rupture, ce qui relève plus de *la gestion du changement*<sup>16</sup> : en effet selon la nature d'une crise, les décideurs sont amenés à repenser leur système de santé afin de mieux répondre aux besoins imposés par cette crise.

Il est également important de souligner que la résilience d'un système de santé ne doit pas être renforcée, réévaluée et réajustée uniquement en temps de crise, mais aussi dans le quotidien et sur le long terme afin d'être mieux préparée en vue de chocs ultérieurs, d'en assurer la pérennité et de répondre aux effets à long terme sur les populations.

Par ailleurs, même si la plupart des écrits scientifiques abordent la résilience du point de vue de la performance, les valeurs qui sous-tendent son opérationnalisation font également écho aux principes de

---

<sup>14</sup> Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015;385(9980):1910-1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3

<sup>15</sup> OMS, Strengthening health system resilience, keys concept and strategies. 2020

<sup>16</sup> Turenne CP, Gautier L, Degroote S, Guillard E, Chabrol F, Ridde V. Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Soc Sci Med*. 2019;232:168-180. doi:10.1016/j.socscimed.2019.04.020

la justice sociale et de l'équité. Dans l'article de Fridel et al. (2020), il est précisé qu'un système de santé résilient, particulièrement en temps de crise sanitaire, doit tenir compte et répondre aux besoins des plus vulnérables, groupes les plus affectés (impacts sanitaires et collatéraux).

S'il paraît évident qu'en contexte de crise sanitaire le leadership/la gouvernance, le personnel de santé, l'offre de soins et de service et le financement sont au cœur d'une réponse résiliente et réactive, il est tout aussi important de prendre en compte les communautés et leurs capacités de résilience<sup>17</sup>. En effet, ces dernières sont non seulement appelées à respecter les mesures sanitaires et de prévention, mais aussi à utiliser les services de santé en temps opportun afin de contribuer aux efforts de limitation de la transmission du virus. Par la reconnaissance et la mobilisation de leurs forces, les communautés peuvent aussi contribuer à identifier et répondre aux nouveaux besoins créés par la crise, notamment ceux des personnes en situation de vulnérabilité.

Les leçons apprises de la maladie à virus Ebola (MVE) ont montré la pertinence de soutenir et de favoriser la résilience communautaire afin de mieux engager les populations dans l'adoption des mesures sanitaires et préventives<sup>18</sup>.

Enfin, l'engagement des communautés, la gouvernance locale et la confiance sont des enjeux cruciaux à prendre en compte lors d'une riposte à une pandémie<sup>19</sup>.

Dans le contexte montréalais où les personnes immigrantes et racisées ont été particulièrement affectées par l'épidémie de la COVID-19, dans quelle mesure est-il possible de consolider l'engagement et la résilience communautaires chez ces populations alors que les interventions gouvernementales et régionales peinent à les rejoindre ?

## **Engagement des communautés et communications des risques pour un meilleur contrôle de la transmission du virus et une appropriation facilitée de la riposte selon les réalités et besoins locaux.**

### **1. Engagement des communautés**

La sémantique du terme « communauté » est large, diversifiée et bien souvent floue. Dans le champ de la santé publique et mondiale, sa définition pour concevoir et cibler des interventions repose généralement sur une caractérisation géographique/territoriale ou des ressemblances présumées entre membres d'un certain groupe ciblé par les interventions : pratiques culturelles et comportement, pratiques spirituelles et religieuses, et certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe/genre, le statut migratoire, le pays de naissance, origine ethnique et groupe racisé entre autres<sup>20</sup>. Ce type de définition est utilisée pour identifier la population à risque tend à homogénéiser ces derniers et à appliquer des interventions calquées sur des modèles préétablis sans tenir compte des réalités locales, des dynamiques de pouvoir au sein de ces mêmes groupes au prisme de l'intersection des facteurs

---

<sup>17</sup> Fridell M, Edwin S, von Schreeb J, Saulnier DD. Health System Resilience: What Are We Talking About? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords. *Int J Health Policy Manag.* 2020;9(1):6-16. Published 2020 Jan 1. doi:10.15171/ijhpm.2019.71

<sup>18</sup> Alonge O, Sonkarlay S, Gwaikolo W, Fahim C, Cooper JL, Peters DH. Understanding the role of community resilience in addressing the Ebola virus disease epidemic in Liberia: a qualitative study (community resilience in Liberia). *Glob Health Action.* 2019;12(1):1662682. doi:10.1080/16549716.2019.1662682

<sup>19</sup> Nuzzo JB, Meyer D, Snyder M, et al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1310. Published 2019 Oct 17. doi:10.1186/s12889-019-7707-z

<sup>20</sup> Massé R, Éthique et santé publique. 2003. *Les presses de l'Université Laval.* pp. 243-262

sociodémographiques, des représentations socioculturelles de la maladie et des interventions de santé publique et enfin du contexte sociopolitique<sup>21</sup>.

Par ailleurs, si l'engagement et la participation des premiers concernés demeurent un incontournable, ces approches en santé publique présentent des risques d'instrumentalisation<sup>22 - 23</sup>. Selon la revue systématique de Cyril et al. (2015), les activités de partage d'information et de consultations représentent des actions qui encouragent faiblement l'engagement des communautés et sont moins souvent associées à des résultats probants en promotion de la santé. Alors que l'établissement de partenariat, la collaboration et les activités plus orientées vers l'*empowerment* sont plus indiqués pour favoriser l'efficacité des interventions en santé publique notamment pour les personnes issues des minorités visibles et racisées<sup>24</sup>.

Ainsi, nous tenterons ici de dégager les principaux prérequis pour des interventions qui visent à renforcer et soutenir l'engagement, la participation des communautés et la communication des risques en contexte de pandémie ou d'épidémie (pratiques issues de la santé mondiale et de l'humanitaire). Nous ne proposerons pas un cadre « rigide », mais plutôt une série de « facteurs » à garantir pour mieux adapter la réponse à la pandémie chez les personnes immigrantes et racisées dans le cadre du plan proposé par la DRSP.

### **a. Dialogue et réciprocité**

Un travail terrain inspiré des approches en sciences sociales (sociologie, anthropologie et travail social) est nécessaire afin de mieux identifier et cerner les dynamiques sociales, les structures formelles et informelles de pouvoir ainsi que les perceptions et représentations socioculturelles de l'épidémie dans les territoires et groupes ciblés. Par ailleurs, ce travail terrain nécessite une cartographie des organisations et personnes garantes du tissu social et pouvant être impliquées et mobilisées dans la riposte<sup>25</sup>. Ceci doit également nourrir un dialogue réciproque avec les communautés concernées et permettre d'identifier les besoins et réalités locales afin de les inclure dans un éventuel plan d'intervention. Il se peut que ces besoins ne relèvent pas uniquement de la COVID-19, mais d'enjeux vécus au quotidien qui se trouvent désormais exacerbés, car oubliés par les efforts concentrés sur la riposte. Enfin, ce dialogue et cette écoute préliminaire représentent une étape cruciale, car elle permet d'instaurer des liens de confiance avec les communautés et de poser les premiers jalons pour une meilleure reconnaissance et inclusion de ces dernières dans la riposte<sup>26</sup>.

### **b. Reconnaissance et Inclusion**

---

<sup>21</sup> Wilkinson A, Parker M, Martineau F, Leach M. Engaging 'communities' : anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2017;372(1721):20160305. doi:10.1098/rstb.2016.0305

<sup>22</sup> Gendron S. La pratique participative en santé publique. (thèse), pp 25-26. 2001

<sup>23</sup> René, J.-F., Champagne, M. & Mongeau, S. (2013). Allier recherche et participation citoyenne : enjeux, défis et conditions de réalisation. *Nouvelles pratiques sociales*, 25 (2), 25–34. <https://doi.org/10.7202/1020819ar>

<sup>24</sup> Cyril, S., Smith, B. J., Possamai-Inesedy, A., & Renzaho, A. M. (2015). Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global health action*, 8, 29842. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.29842>

<sup>25</sup> OMS. Considérations relatives à la communication des risques et à l'engagement communautaire (CREC) : Réponse d'Ebola en République démocratique du Congo (2018)

<sup>26</sup> Ryan MJ, Giles-Vernick T, Graham JE. Technologies of trust in epidemic response: openness, reflexivity and accountability during the 2014–2016 Ebola outbreak in West Africa *BMJ Global Health* 2019;4:e001272.

Si les groupes cibles ou groupes dits vulnérables, tels que les personnes immigrantes et racisées, sont perçus comme des bénéficiaires des interventions en santé publique, il faut également souligner les capacités de résilience et créatrices dont peuvent faire preuve les communautés, et ce, surtout en contexte de stress ou de choc tel qu'une épidémie. Une des actions clés est de reconnaître et soutenir les forces locales et initiatives mises en place pour contrer le virus, mais également les expertises et savoirs développés par les milieux ou communautés (savoirs expérientiels)<sup>27</sup>. Ces forces vives sont bien souvent diverses et variées et ne peuvent être réduites uniquement aux organismes communautaires ou aux leaders religieux même s'ils sont cruciaux ; les milieux informels tels que les milieux associatif et culturel, le voisinage et la vie de quartier font eux aussi des contributions essentielles<sup>28</sup>.

Par ailleurs, la reconnaissance de ces expertises, bien que nécessaire, n'est pas suffisante. Il est crucial que ces savoirs soient également intégrés dans les plans d'action de santé publique via des instances de prise de décision inclusives<sup>29</sup> : les personnes et organisations identifiées lors du « travail terrain » d'évaluation des besoins doivent participer à ces instances afin que la pluralité des expériences et expertises soit prise en compte pour l'adaptation de la réponse à la pandémie pour les personnes immigrantes et racisées.

Cette approche inclusive et participative permet également d'alimenter des communications réciproques et transparentes en temps opportun, ce qui facilite en partie la diffusion des messages clés de santé publique et enjeux actuels au plus près des populations ciblées<sup>30</sup>. Enfin, l'intégration des populations et de leurs représentants dans la conception d'interventions de santé publique est particulièrement cruciale pour l'appropriation de la riposte par ces derniers et un renforcement de l'adoption et du respect des mesures préventives et sanitaires dans les milieux ciblés<sup>31</sup>.

Des exemples de pratiques facilitant l'engagement communautaire selon l'approche préconisée par l'OMS (2020) :

- i. élaborer une stratégie et un plan pour la réponse en matière de CREC ;
- ii. coordonner les partenaires et toutes les parties engagées ;
- iii. fournir des communications publiques efficaces (qui atteignent les publics cibles, qui suivent les préférences linguistiques et de communication [oral, écrit, etc.], et qui utilisent des canaux et des interlocuteurs de confiance) ;
- iv. s'engager avec les communautés et établir un dialogue bilatéral en écoutant les préoccupations de la communauté, en recevant leur retour d'expérience par rapport aux opérations de lutte contre la COVID-19 et en affinant continuellement l'intervention dans tous les piliers de la riposte en fonction des besoins de la communauté ; et
- v. surveiller les fausses informations et les rumeurs et y répondre de manière proactive.

Ces exemples de pratiques doivent également tenir compte des contextes et facteurs pouvant limiter l'application de l'approche de la CREC, notamment en ce qui a trait aux partenariats avec des organismes communautaires.

---

<sup>27</sup> From words to Action : Towards a community centred approach to preparedness and response in health emergencies, Red Cross. 2019

<sup>28</sup> SHERPA. Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises. 2020

<sup>29</sup> OMS. Preparedness, prevention and control of Coronavirus disease (Covid19) for refugees and migrants in non-camp settings. 2020

<sup>30</sup> Vaughan E, Tinker T. Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. Am J Public Health. 2009;99 Suppl 2(Suppl 2):S324-S332. doi:10.2105/AJPH.2009.162537

<sup>31</sup> Voir note de bas de page 20.

Des facteurs pouvant entraver l'engagement communautaire (Cyril et *al.*, 2015) :

3. des dynamiques de luttes de pouvoir entre les différentes parties prenantes
4. des ressources et des infrastructures insuffisantes
5. des objectifs et des priorités divergents

## 2. Communication des risques et engagement communautaire (CREC)

La communication en temps de pandémie ou d'épidémie est un enjeu critique, car c'est principalement par le biais des messages sanitaires et préventifs que la sensibilisation des populations à l'adoption des comportements de santé s'effectue. Cependant, plusieurs études ont montré la nécessité d'adapter les interventions y compris les messages aux groupes dits vulnérables notamment pour les personnes immigrantes et racisées<sup>32</sup>. Les campagnes de prévention contre l'influenza ou la grippe aviaire ne rejoignent pas de façon efficace ces derniers (niveau de littératie et canaux de diffusion) alors qu'ils sont considérés comme faisant partie des groupes les plus à risque d'être exposés au virus ou d'en subir les effets<sup>33 34</sup>.

Ceci témoigne des inégalités et des iniquités sociales de santé quant aux interventions de prévention et de sensibilisation et de l'effet de vulnérabilisation de ces dernières si elles ne sont pas adaptées pour les groupes ciblés.

Selon les pratiques issues des milieux de l'humanitaire et des expériences passées d'épidémies d'influenza, la communication des risques est plus efficace, ou en d'autres termes, est plus en mesure de rejoindre les groupes ciblés et de favoriser l'adoption des comportements « sains », si elle est développée en engageant les communautés concernées<sup>35</sup>.

Dans le contexte des personnes immigrantes et racisées et de la pandémie liée à la COVID-19, un plan de communication adapté serait conçu et développé avec les représentants de ces communautés afin d'identifier les supports et canaux de diffusion, dont des leaders reconnus comme *légitimes par les communautés* ainsi que les messages clés (format et mots-clés) les plus pertinents au vu des réalités locales et des représentations socioculturelles des personnes ciblées<sup>36</sup>. Il est également crucial de sonder le terrain afin de connaître les messages « erronés » qui circulent et de les faire remonter aux instances de décisions pour ajuster et adapter les communications en temps opportun<sup>37</sup>.

Enfin, il est démontré que les activités et interventions qui s'efforcent d'engager les communautés et d'adapter les communications aux groupes ciblés sont des facteurs facilitant le développement d'un plan

---

<sup>32</sup> Hutchins SS, Fiscella K, Levine RS, Ompad DC, McDonald M. Protection of racial/ethnic minority populations during an influenza pandemic. *Am J Public Health*. 2009;99 Suppl 2(Suppl 2):S261-S270. doi:10.2105/AJPH.2009.161505

<sup>33</sup> Naik RI, Vagi SJ, Uzicanin A, Dopson SA. Influenza-Related Communication and Community Mitigation Strategies: Results From the 2015 Pandemic Influenza Readiness Assessment. *Health Promot Pract*. 2019;20(3):338-343. doi:10.1177/1524839919826582

<sup>34</sup> Lin L, McCloud RF, Bigman CA, Viswanath K. Tuning in and catching on? Examining the relationship between pandemic communication and awareness and knowledge of MERS in the USA. *J Public Health (Oxf)*. 2017;39(2):282-289. doi:10.1093/pubmed/fdw028

<sup>35</sup> Voir note de bas de page 17.

<sup>36</sup> Voir note de bas de page 16.

<sup>37</sup> Carney MT, Buchman T, Neville S, Thengampallil A, Silverman R. A community partnership to respond to an outbreak: a model that can be replicated for future events. *Prog Community Health Partnersh*. 2014;8(4):531-540. doi:10.1353/cpr.2014.0065

de vaccination de masse auprès de ces derniers, comme il est prévu dans la phase 3 du plan d'action de Santé publique. Selon une étude menée à Minneapolis dans le cadre d'une intervention de vaccination ciblée auprès des personnes immigrantes et racisées utilisant des cadres « non traditionnels » tels que les cliniques mobiles et communautaires, 40 % des personnes qui ont été vaccinées ont pris connaissance du programme grâce à des institutions religieuses, 13 % par le biais d'amis et de la famille et enfin 9 % par des organismes communautaires<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup>Peterson P, McNabb P, Maddali SR, Heath J, Santibañez S. Engaging Communities to Reach Immigrant and Minority Populations: The Minnesota Immunization Networking Initiative (MINI), 2006-2017. *Public Health Rep.* 2019;134(3):241-248. doi:10.1177/0033354919834579

# CONSULTATION D'EXPERTS

## ISSUS DU MILIEU HUMANITAIRE

Pour rappel, nous avons également mené des entrevues semi-dirigées auprès de 8 experts issus du milieu de l'humanitaire afin de compléter et valoriser les initiatives locales montréalaises existantes, mais aussi de proposer des pistes d'action dans le contexte de la seconde vague.

**La plupart des personnes consultées ont souligné l'importance de prendre en considération les vulnérabilités possibles des personnes immigrantes et racisées dans la conception des interventions de santé publique pour enrayer la COVID-19.**

Elles ont ainsi mis de l'avant une réponse qui sous-tend les valeurs de justice sociale et d'équité, promues par les interventions en promotion et prévention de la santé. En d'autres termes, des modalités d'interventions adaptées et graduées selon les besoins et spécificités des personnes immigrantes et racisées (statut et expérience migratoire comme déterminant social de la santé, mais également d'autres facteurs de vulnérabilité) afin de limiter la transmission du virus auprès de ces populations et d'atténuer les effets collatéraux de la pandémie. Par ailleurs, l'intersection des vulnérabilités possibles est également à prendre en compte, notamment en ce qui a trait aux questions du sexe, du genre et du statut migratoire. Certains sous-groupes sont plus à risque de contracter la COVID-19 et de subir les impacts négatifs de la pandémie tels que la violence intrafamiliale et conjugale. Ceci demande également une approche ciblée et graduée sensible à ces spécificités, comme nous décrit le répondant suivant :

*C'est une géométrie variable. Ce n'est pas une réponse commune pour l'île de Montréal, et nous allons documenter ce qui a été fait sur le terrain [...]. [Expert santé mondiale, n°1]*

*[...] On fait beaucoup d'adaptations pour les 3000 itinérants à Montréal, ou toxicomanes. On devrait aussi donner la même attention [à ceux], surtout aux nouveaux arrivants, qui ne comprennent pas bien le système. [Expert santé mondiale, n° 6]*

### **Atténuer les effets collatéraux de la pandémie, notamment en soutenant la protection psychosociale des personnes immigrantes et racisées**

Les crises sanitaires peuvent accroître le stress chez les populations et cela sera peut-être d'autant plus exacerbé lorsque ces personnes sont aux prises avec d'autres agents stressants. Dans le cas des personnes immigrantes et racisées, cela peut se traduire par plusieurs facteurs : statut et trajectoire migratoire ; accès à une couverture médicale (RAMQ et autre) ; accès au système de santé ; emploi ; genre/sexe/orientation sexuelle ; et la situation familiale, entre autres. Par ailleurs, les mesures de confinement ont exacerbé les risques de détresse au sein des populations plus vulnérables. Il est ainsi primordial d'intégrer le volet santé mentale et soutien psychosocial dans le plan d'action de la DRSP et d'adapter ces interventions aux personnes immigrantes et racisées.

Deux experts en travail social et intervention psychosociale ont exprimé l'importance d'avoir des équipes terrain mobiles, formées aux premiers soins psychosociaux et connaissant les ressources locales déjà existantes et adaptées auxquelles les personnes immigrantes peuvent être référées selon leurs situations et besoins. Ces activités sont également à concevoir et opérationnaliser avec des personnes issues de ces communautés où le développement de lien de confiance et l'écoute seront facilités (langue, sensibilité culturelle, connaissance des besoins et réalités locales).

Par ailleurs, la majorité des actions proposées pour améliorer la réponse lors de la 2<sup>e</sup> vague relevaient des pratiques renforçant **la résilience et l'engagement communautaire couplées d'une expertise en PCI**, et

ce, de manière intégrée aux différentes activités de santé publique pour enrayer une épidémie telle que la COVID-19 :

- Communication des risques
- Travail de proximité pour rejoindre les plus vulnérables
- Contrôle de la transmission du virus : vigie/surveillance et suivi des cas et contacts

La **communication des risques** doit être adaptée aux déterminants sociaux des personnes immigrantes et racisées, aux réalités locales tout en impliquant les communautés concernées notamment par le biais des leaders légitimes et des organismes communautaires.

Des personnes issues des communautés ciblées doivent être à l'avant-garde de la conception et diffusion des messages, notamment par des canaux de confiance et d'« autorité » tels que des leaders légitimes. Les experts consultés ont également souligné que ces personnes, avec la participation des organismes communautaires, sont les plus aptes à faire de la mobilisation, car elles connaissent les réalités terrain et savent où socialisent ces personnes. Elles sont donc plus en mesure de les rejoindre directement, comme décrit ici :

*Donc, c'est à travers ces leaders que nous communiquons tous les messages. Ils savent où sont les gens. Ils sont les porte-paroles, les ambassadeurs. Ce n'est pas nous. [Expert santé mondiale, n°1]*

*[On] travaille beaucoup avec les relais communautaires, des personnes issues de la communauté. On allait chercher un « range » [une gamme] de personnes, une femme, un jeune, un vieil homme. Ce sont nos yeux et notre bouche. Ils sentent le pouls de la population et nous ramènent ça. On travaille avec eux pour créer des interventions et diffuser des messages. [Expert santé mondiale, n°5]*

Par ailleurs, l'**adaptation des messages et des médiums** pour rejoindre les personnes allophones a été mentionnée. Dans un contexte de pandémie, l'incapacité de comprendre un message de santé publique par certains groupes peut représenter un facteur limitant pour le contrôle de la transmission du virus et affecter doublement ces personnes. Il est donc nécessaire de pouvoir sensibiliser ces derniers aux consignes de santé publique dans leurs langues maternelles, mais également en trouvant des voies alternatives afin de mieux les rejoindre, comme on entend dans cette réflexion :

*Ici j'ai une expérience dans les hôpitaux, et j'ai une expérience dans les résidences pour aînés. Dans les hôpitaux il y a une mauvaise compréhension de ce que c'est, de comment on le traite. Dans l'Est [de l'île] on a une communauté immigrante aussi, il y en a qui ne parlent ni français, ni anglais, donc c'est difficile pour nous de communiquer des informations à ce monde-là. Il y a des gens qui ne comprennent pas ce qui est écrit et ce qui est dit. Il faut penser à eux, comment on peut les rejoindre. [Expert santé mondiale, n°5]*

Bien que la communication des risques soit une activité clé en contexte de pandémie, **rejoindre les groupes plus vulnérables représente un enjeu de taille** et exige de travailler de manière étroite avec les populations, en les rejoignant directement dans leurs milieux de vie par le biais de travail de proximité ou « outreach ». Cette approche permet non seulement de les rejoindre, mais aussi de mieux cerner leurs réalités et besoins connexes. La plupart des activités proposées afin de rejoindre les populations cibles directement concernent des visites à domicile ou d'autres milieux de vie (organismes communautaires et institutions religieuses entre autres) où il est plus aisé de communiquer avec les personnes, d'entendre leurs préoccupations et faire de la sensibilisation sur les pratiques préventives. Nos répondants ont partagé plusieurs exemples :

*J'ai fait Ebola. Une des leçons apprises, on s'est rendu compte qu'on doit d'abord agir sur la promotion de la santé, pour éviter la propagation de la maladie, la contagion. [...] on va voir les gens dans leurs milieux de vie pour éviter la propagation, comment se protéger, il y avait beaucoup d'éducation et d'information donnée à la population pour prévenir la propagation. Quand on était dans le centre de traitement, les gens doivent retourner à la maison, il faut limiter la stigmatisation, démystifier le virus, comment ça peut se propager. [Expert santé mondiale, n°4]*

*C'est de voir où les communautés vont pour faire leurs activités de tous les jours. Un exemple en Syrie, on avait fait une grosse campagne de vaccination, tout le monde mange du pain, donc on avait mis des papiers informatifs sur notre clinique dans leurs sacs de pain. Où chaque personne doit aller chaque jour. Il faut que ce soit facile pour nous, car on ne peut pas faire de porte-à-porte. Il faut trouver où les gens se rassemblent pour aller chercher à manger, dans les marchés.*

*[Expert santé mondiale, n°5]*

Dans un contexte interculturel, nos répondants ont souligné qu'il est également important que l'équipe mobile formée aux mesures de PCI et premiers soins psychosociaux et mobilisée pour l'« outreach » soit multilingue et sensible aux particularités liées à la question migratoire (déterminant social de la santé).

Enfin, des activités en PCI **sont recommandées** afin de contrôler la transmission de la COVID-19 telles que **la vigie/surveillance et le suivi des cas et contacts alimentés par le travail terrain et de proximité. Ceci en intégrant les dimensions relatives à l'immigration et au racisme.**

La vigie et la surveillance des cas suspects et confirmés de COVID-19 sont des outils cruciaux pour détecter l'ampleur et l'incidence d'un problème de santé publique et cibler les sous-groupes les plus à risque ou les plus affectés. Dans le contexte pandémique tel que celui imposé par la COVID-19, les experts ont montré la nécessité d'avoir des données plus précises selon le statut migratoire, accès à une couverture médicale (RAMQ, assurance privée ou sans couverture), langue maternelle, pays de naissance et ethnicité, entre autres, afin de cibler les besoins et les interventions.

Il serait également préférable que les enquêteurs soient formés et sensibilisés aux enjeux de la migration et des discriminations. Ici, un répondant décrit les difficultés qui découlent du manque de ces informations :

*[...] il y a un problème grave : c'est qu'on n'a aucune donnée sur l'origine ethnique ou la trajectoire migratoire des cas ou des contacts. Il y a des façons de deviner si la personne peut venir d'ailleurs (nom qui n'est pas francophone ou anglophone), mais ce sont des moyens extrêmement imparfaits, car il y a beaucoup de personnes qui sont des migrants qui ont des noms francophones ou anglophones (Caraïbes anglophone ou francophone, etc.). Quel est l'intérêt d'avoir cette information ? Savoir avec quel canal d'information nous sommes plus à même de rejoindre les personnes (radio communautaire ou de leur pays). La seule manière que nous avons de le faire c'est de deviner et ça m'inquiète qu'un déterminant aussi important ne soit pas documenté. L'autre manière que l'on a c'est de voir si la personne a une carte d'assurance maladie. C'est un problème majeur parce que ça peut avoir un impact sur comment communiquer le risque par quel canal. [Expert santé mondiale, n°6]*

Bien que les experts aient pour la plupart de l'expérience dans des pays où les ressources sont plus limitées, la nécessité d'avoir un système de surveillance sensible et réactif inspiré des approches en surveillance communautaire a été mentionnée. Dans le contexte des personnes immigrantes et racisées, cela se traduirait notamment par une vigie/surveillance complémentaire au travail d'« outreach » effectué par l'équipe mobile et multilingue. En effet, les visites à domicile ou dans d'autres milieux de vie sont des opportunités cruciales de détection de « cas suspects » ou d'éclosions en encourageant le dépistage notamment par les tests rapides (salivaires). Elles permettent également de faire respecter les consignes d'isolement de manière non coercitive.

### **La gouvernance des interventions (et des populations) en temps de pandémie ou un espace de négociations des pouvoirs**

Afin de faire acheminer et opérationnaliser les décisions rapidement auprès du terrain, plusieurs experts ont exprimé la nécessité d'avoir une instance décisionnelle exceptionnelle qui accélère les prises de décision en court-circuitant les procédures habituelles de prise de décision dans le réseau de la santé qui sont peu adaptées au contexte d'urgence. Ceci faciliterait aussi la communication d'information cruciale en temps opportun et en accord avec les messages diffusés par les paliers gouvernementaux. Selon deux de nos répondants, la bureaucratie nuit à notre réponse à la COVID-19 :

*La faute qu'on a fait c'est de vouloir adapter une bureaucratie hyper atrophiée des CIUSSS pour répondre à une urgence. En tant que l'urgence, il faut utiliser d'autres plateformes décisionnelles. Passer par 28 comités, ça ne marche pas. Ce qu'on a appris par les autres épidémies ailleurs c'est qu'il faut avoir des 'war rooms' [cellules d'urgence] où il y a une task force [force d'intervention], une équipe centralisée qui utilise une plateforme décisionnelle et passe par-dessus la bureaucratie. [Expert santé mondiale, n°1]*

*Ici il y a une hiérarchie trop importante. On voit un problème sur le terrain, on doit le ramener à plus haut. Le temps que ça redescende, on perd un peu le momentum pour aider les gens. C'est mon point de vue... Je suis habituée de réagir rapidement. Là, ça traîne, ça traîne des mois et il n'y a rien qui bouge [...]. Dans une épidémie, chaque heure compte, il y a je ne sais pas combien de personnes qui sont infectées pendant ce temps. Tu n'as pas retracé les contacts, donc la propagation augmente et les gens entendent des messages mixtes. Il faut que les messages soient clairs et constants, et qu'il y ait une réactivité rapide, pour s'ajuster à ce qui se passe. [Expert santé mondiale, n°4]*

Par ailleurs, les expertises et savoirs développés par les communautés sont à prendre en compte dans ces espaces de décision afin de représenter la pluralité des connaissances, expériences et besoins face à la COVID-19, notamment en faisant participer des représentants de ces communautés (organismes communautaires et autres leaders légitimes) à ce type d'instance. Cette démarche permettrait non seulement de reconnaître et valoriser ce qui se fait sur le terrain par les citoyens concernés, mais aussi, selon notre répondant suivant, de ne pas instrumentaliser « la participation » pour l'adoption des interventions et mesures préventives par les groupes ciblés :

*Je pense qu'un des éléments clés d'un partenariat est de considérer un partenaire pas uniquement pour faire le travail, mais en fait de considérer leurs besoins et d'évaluer ce qui est requis basé sur leur expérience et expertise et en leur demandant comment nous pouvons travailler ensemble afin de répondre aux fardeaux et besoins additionnels. [traduction libre]<sup>39</sup>  
[Expert santé mondiale, n°2]*

*Il faut apporter cela à leur attention, ce n'est pas un désir intentionnel d'oublier une partie de la population, c'est vraiment une tâche aveugle. Les personnes impliquées dans la prise de décision sont des personnes québécoises de souche, d'une classe politique, économique et sociale, donc ça ne leur passe pas par la tête. Traditionnellement en santé publique, on s'occupe de plusieurs types de vulnérabilités, mais le volet migrant passe sous le radar, probablement parce que c'est une énorme catégorie qui regroupe beaucoup de personnes.  
[Expert santé mondiale, n°6]*

La section qui suit présente les résultats quantitatifs issus du questionnaire en ligne et permettra d'identifier les domaines et activités les plus investis par les acteurs locaux, mais également les enjeux et défis principaux rencontrés sur le terrain.

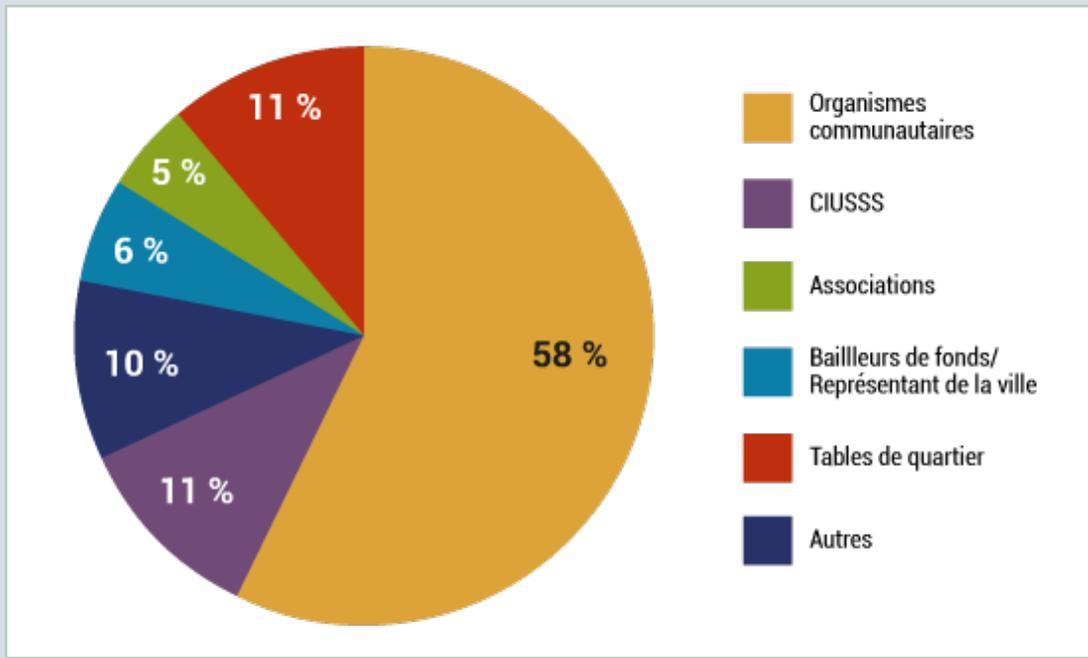
---

<sup>39</sup>Original : I think one of the key elements of partnership is more than just having a partner to do the work. It's actually about considering their needs and assessment of what is needed, based on their experience and expertise, and asking how we best work together to address these additional burdens or needs.



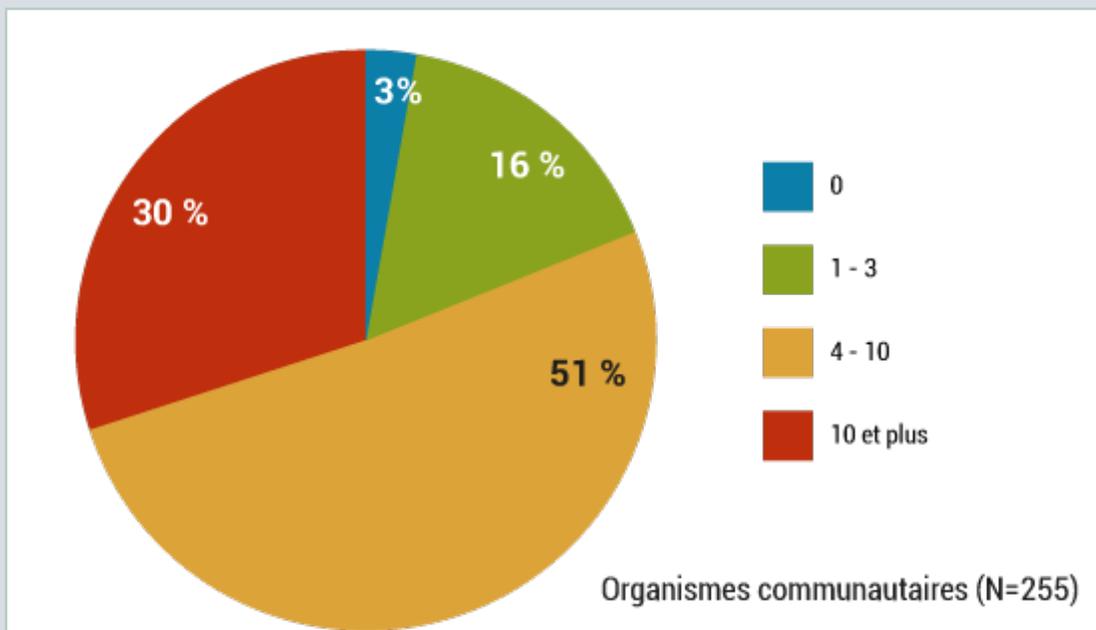
## 1. PROFIL DES RÉPONDANTS

Les répondants au questionnaire en ligne représentent une diversité d'acteurs à l'image des différentes actions déployées sur le « terrain » ; avec une majorité de répondants issus du milieu communautaire (plus de 50 %).



## 2. STRUCTURE DES ORGANISATIONS

(Nombre d'employés pour les organismes communautaires)



### 3. IMPACTS DE LA PANDÉMIE SUR LES ORGANISMES

Parmi ceux ayant répondu, les organismes étaient près de :

- 90 % à offrir des services directs à la population (n=357)
- 93 % à participer à des instances de concertation (n=257)
- 10 % d'entre eux représentent des associations ethniques ou religieuses (n=28)



**91 %** ont dû interrompre ou modifier leurs services



Une diminution notable de **21 %** d'organismes participant aux espaces de concertation durant la pandémie. Ceci est important à considérer sachant que ces espaces sont des lieux opportuns pour l'action intersectorielle, la mutualisation des connaissances et la réflexion concertée au sujet de problématiques rencontrées sur les territoires concernés.

La majorité des organismes se sont mobilisés dans les activités étant liées directement à la pandémie, en d'autres termes des activités pour lesquelles la plupart d'entre eux n'étaient pas mandatés : prévention/sensibilisation aux mesures sanitaires, aide alimentaire (distribution de paniers alimentaires) et la mobilisation pour encourager les populations à aller se faire dépister.

Ceci a également exigé de solliciter des ressources financières (demandes de financement, dons), humaines (employés et citoyens bénévoles) et une logistique à très grande échelle dans un contexte où les ressources sont déjà limitées.



**89 %**  
Prévention/Sensibilisation  
(n=244)

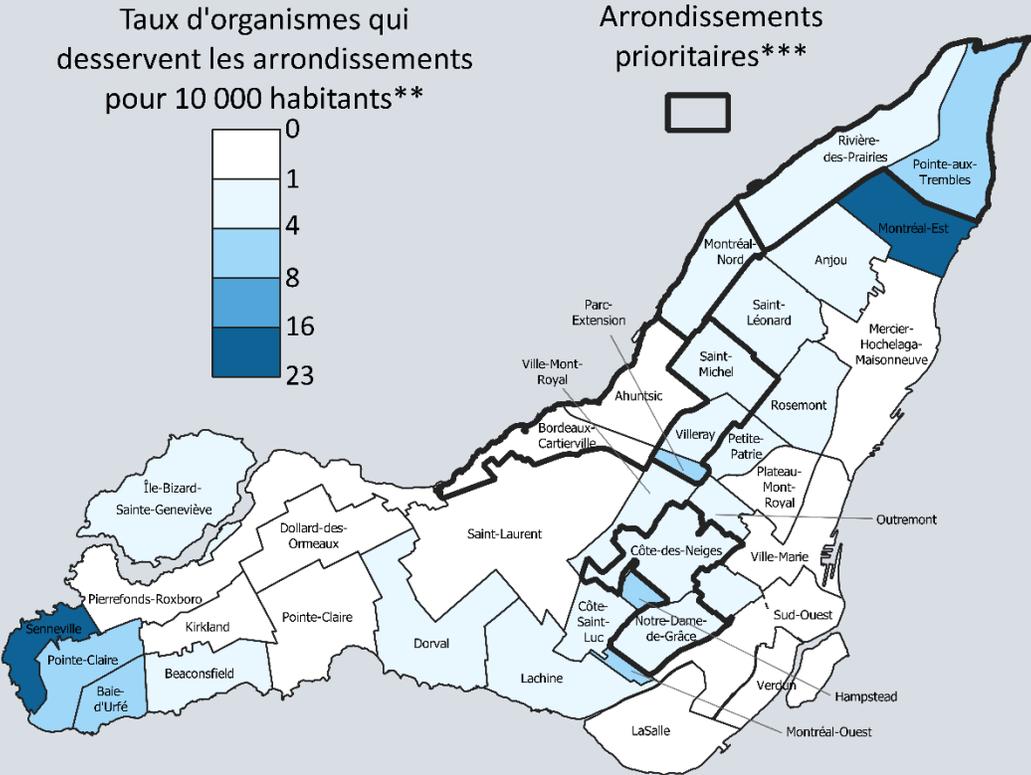


**52 %**  
Mobilisation pour  
le dépistage (n=137)



**70 %**  
Aide alimentaire  
(n=192)

# Répartition des organismes répondants offrant des services aux personnes sans statut d'immigration (N:295)\*



\* Certains arrondissements sont divisés en quartiers afin de représenter plus adéquatement les réponses.

\*\* Calculé selon le nombre d'habitants présents dans chaque arrondissement.

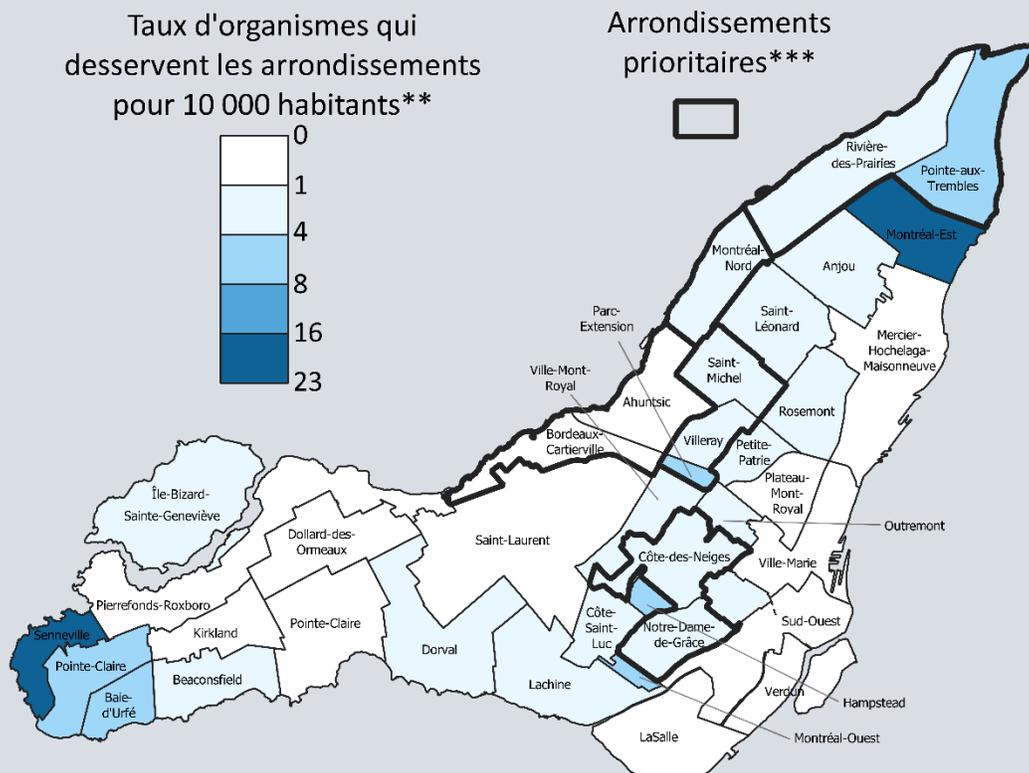
\*\*\* Ces arrondissements ont été identifiés comme prioritaires selon le taux de prévalence de la COVID-19 (avril-mai 2020) et la proportion de personnes immigrantes/racisées dans ces territoires.





Avant la pandémie, on note déjà une différence importante entre la part des organismes rejoignant ou étant capable de savoir s'ils rejoignent les personnes résidents permanents (82 %), migrants à statut précaire, les réfugiés et les demandeurs d'asile (67,5 %) alors que ces sous-groupes de personnes sont plus à risque d'être exposés au virus et de ne pas pouvoir faire face aux effets collatéraux de la pandémie. Durant la pandémie la part des organismes étant en mesure de rejoindre les migrants à statut précaire, les réfugiés et les demandeurs d'asile diminue de 8 %, l'écart le plus important observé.

### Répartition des organismes répondants offrant des services aux personnes sans statut d'immigration (N:295)\*

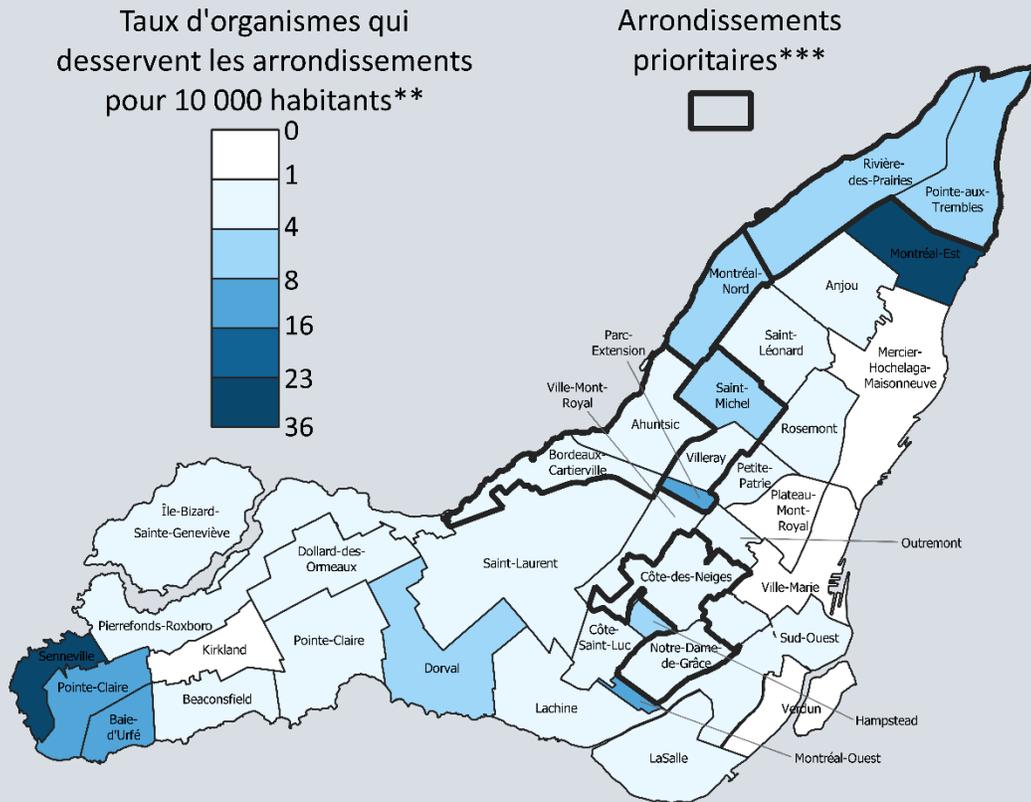


\* Certains arrondissements sont divisés en quartiers afin de représenter plus adéquatement les réponses.

\*\* Calculé selon le nombre d'habitants présents dans chaque arrondissement.

\*\*\* Ces arrondissements ont été identifiés comme prioritaires selon le taux de prévalence de la COVID-19 (avril-mai 2020) et la proportion de personnes immigrantes/racisées dans ces territoires.

## Répartition des organismes répondants offrant des services aux résidents permanents selon l'arrondissement (N:469)\*



\* Certains arrondissements sont divisés en quartiers afin de représenter plus adéquatement les réponses.

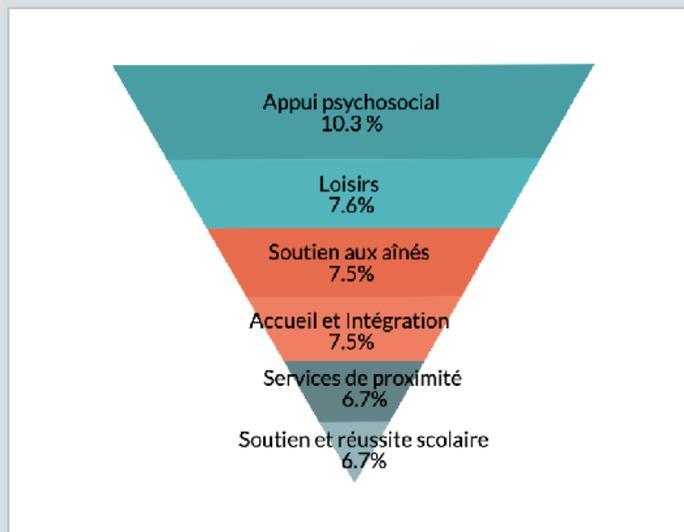
\*\* Calculé selon le nombre d'habitants présents dans chaque arrondissement.

\*\*\* Ces arrondissements ont été identifiés comme prioritaires selon le taux de prévalence de la COVID-19 (avril-mai 2020) et la proportion de personnes immigrantes/racisées dans ces territoires.

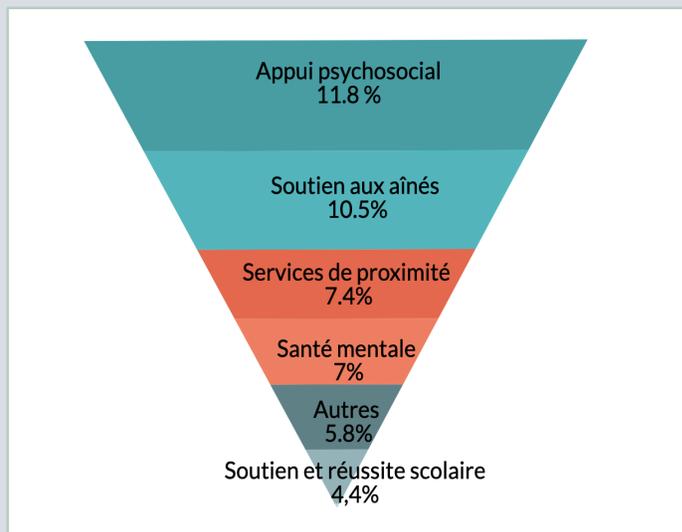
## 5. DOMAINES, MODALITES ET LIEUX D'INTERVENTION

Durant la pandémie, les organismes ont développé plusieurs domaines d'intervention pour mieux servir les populations des territoires montréalais, notamment l'appui psychosocial, le soutien aux aînés et les services de proximité. Cependant, les activités liées à l'accueil et l'intégration qui sont cruciales pour accompagner et soutenir les personnes immigrantes ont été réduites.

Domaines d'intervention avant la pandémie

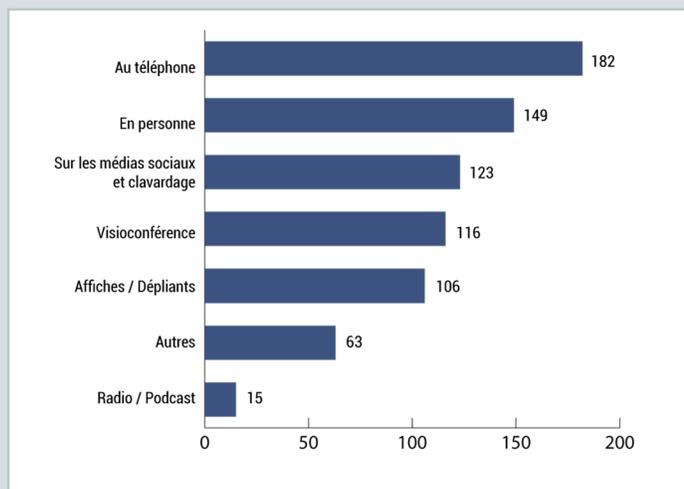


Domaines d'intervention pendant la pandémie

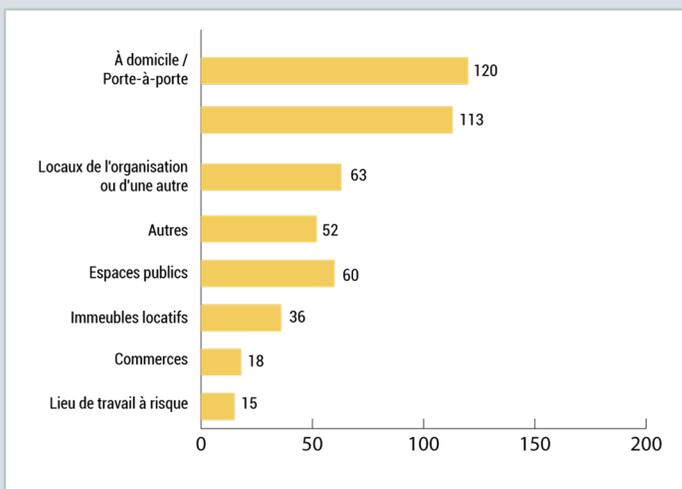


Malgré la virtualisation des rapports due au confinement et à la fermeture des organisations, la plupart des interventions se sont données au téléphone ou en personne notamment dans les locaux des organisations ou par le biais d'initiatives mobiles. Ceci témoigne de la nécessité de maintenir et soutenir les activités de proximité (ou « outreach ») afin de rejoindre les personnes les plus isolées et qui présentent des barrières d'accès aux services.

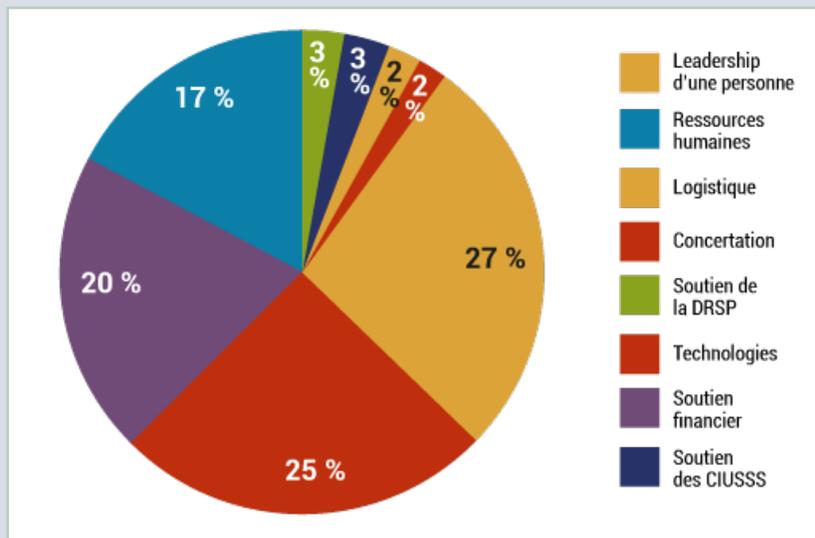
Modalités d'intervention (N=754)



Lieux d'intervention (N=477)



## 6. FACTEURS FACILITANTS (N=232)



La majorité des ressources qui ont facilité le déploiement des initiatives, hormis le financement, proviennent des organismes (69%). Alors que nous sommes actuellement en contexte de crise sanitaire, les participants ayant répondu à cette question ont très peu nommé la DRSP et le CIUSSS comme structures aidantes dans la réponse locale. Ceci peut témoigner d'un manque d'arrimage entre les structures régionales et locales qui sont mandatées pour offrir des ressources et services en santé publique.

## 7. DEFIS RENCONTRES PAR LES ACTEURS TERRAIN

L'analyse ici porte sur les réponses à une question ouverte à développement : *Quels sont les principaux défis rencontrés dans la réalisation de cette initiative ?* (N=238)

Les enjeux de **communication** sont ceux qui ressortent le plus souvent. La fracture numérique, le manque de connaissances ou d'intérêt de la population cible envers les technologies sont les défis rapportés le plus fréquemment. Ensuite, de nombreux organismes mentionnent des conflits (difficultés de concertation ou à s'entendre sur les objectifs), un manque de leadership ou de coordination entre les acteurs dans les instances de concertation.

Les organismes mentionnent fréquemment des défis entourant les **ressources humaines**. Principalement, le manque de personnel et de bénévoles pour réaliser leurs activités, puisque certains bénévoles aînés ou du personnel en télétravail ont dû se retirer ou réduire considérablement leur implication.

Des enjeux sont mentionnés en lien avec le soutien qui a été fourni par les CIUSSS ou la DRSP. Concernant les **mesures de santé publique**, on les considère difficiles à comprendre ou à respecter et changeantes, les informations tardent à venir sur le terrain et les processus d'approbation de la DRSP ralentissent certains acteurs. En ce qui a trait aux **CIUSSS**, les organismes sentent parfois une incompréhension des réalités locales, ainsi que le déploiement de personnel sur le terrain qui peut difficilement entrer en contact avec les populations racisées et immigrantes (par exemple : le personnel soignant qui ne s'exprime pas en anglais et qui n'est pas outillé pour répondre aux réalités des populations vulnérables).

Les acteurs se sentent dépassés par l'**augmentation des demandes** ainsi qu'une multitude de problématiques simultanées, qui rendent la **priorisation des besoins difficile, et ce dans un contexte où ils ont l'impression que les personnes vulnérables ne sont pas suffisamment considérées et qu'ils peinent à les rejoindre avec les directives de santé publique en place.**

## 8. INITIATIVES PORTEUSES

L'analyse ici porte sur les réponses à une question ouverte à développement : Décrivez quelle est la principale initiative que vous avez menée pour répondre aux besoins des personnes depuis le début de la pandémie ? *Par initiative, il est question de toute activité, action ou service rendu à la population. Si vous avez réalisé plusieurs activités, veuillez nous présenter celle qui est la plus originale ou ayant eu le plus d'impact selon vous.* (N=262)

Pour précision, l'analyse ci-dessous est exploratoire (nature du questionnaire) et non représentative de l'ensemble des initiatives développées. Elle permet avant tout de décrire quelques activités porteuses et de valoriser la capacité créatrice du milieu communautaire.

Plusieurs initiatives ont été identifiées et sont présentées selon trois axes d'intervention faisant écho au plan d'action de phase 2 de la direction de santé publique<sup>40</sup>.

### Atténuer les effets collatéraux

En contexte de pandémie, d'après les statistiques sur les différents types d'activités proposées à la population par les organismes communautaires et autres organisations associatives telles que les institutions religieuses, la prévention/sensibilisation sur la COVID-19 (88 %) demeure l'activité la plus répandue, suivie par la sécurité alimentaire (70 %) et la mobilisation pour la promotion du dépistage (51,5 %).

Cependant, parmi les réponses, **la sécurité alimentaire** fut l'activité la plus citée par les organismes comme initiative originale ou ayant eu un fort impact sur les populations desservies.

Le délestage des services spécifiques selon les missions respectives de ces organismes au profit d'activités répondant aux besoins primaires des populations telles que la distribution d'urgence de milliers de repas (par organisme) a nécessité une logistique gargantuesque, des ressources extraordinaires (humaines et financières) et enfin un leadership solide. Ces activités de sécurité alimentaire à grande échelle n'étaient pas usuelles pour les organismes qui ont su faire preuve d'une grande réactivité et d'organisation.

*L'entente avec Moisson Montréal [...] aura permis au quartier de bénéficier pendant 2 mois d'un apport important de denrées périssables grâce au soutien de Global MJL et Chenail Import/Export. Cet appui nous aura permis de répondre à la demande du service d'aide alimentaire qui a explosé passant de 250 ménages aidés par mois à 800 ménages ; incluant un service de livraison inexistant avant la pandémie. Il faut savoir que l'arrondissement Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension aura eu les plus fortes hausses de demande pour l'aide alimentaire. Nous avons, de plus, obtenu l'autorisation de l'arrondissement pour installer des conteneurs réfrigérés et des chapiteaux dans notre stationnement où se fait la distribution alimentaire.*

Par ailleurs, le confinement a conduit les organismes à adapter le format de leurs interventions en soutien psychosocial, notamment en les rendant disponibles par téléphone ou d'autres moyens technologiques tels que Zoom et autres plateformes en ligne.

Cependant, si la majorité des services a été modifiée et adaptée pour répondre aux besoins émergents, notamment par internet et d'autres médiums de communication, de nombreux organismes ont effectué

---

<sup>40</sup> Plan de réponse à la pandémie COVID-19, Volet Santé publique, Région de Montréal. DRSP. 2020

un travail terrain afin de soutenir les citoyens et les citoyennes dans le besoin. Certains d'entre eux ont préconisé des visites à domicile pour soutenir les plus isolés, tels que les aînés n'ayant pas accès à une connexion internet, et ont engagé des équipes et ressources mobiles pour freiner la transmission du virus sur les territoires desservis.

### **Contrôler la transmission du virus et communiquer les risques en engageant les citoyens, les leaders et organismes communautaires**

Ces activités sont d'autant plus marquées dans les territoires les plus affectés par la COVID-19 tels que Montréal-Nord où des brigades de sensibilisation ont été mises en place par les organisations, soutenues par des citoyens relais, afin de sensibiliser les populations aux mesures de prévention et distribuer le matériel sanitaire à ces dernières.

Un intervenant décrit ici une initiative impliquant la table jeunesse du quartier desservie par son organisme :

- (1) *Assumer le leadership par la table jeunesse dans des actions concertées sur le terrain pour aller au-devant des jeunes présents dans l'espace public. Et déploiement terrain dès la fin mai.*
- (2) *Mise en place de notre Jeunes coop et d'une brigade jeunesse de prévention COVID-19 (initiatives pour et par les jeunes).*

*Nous avons contacté les représentants ou « leaders » pour leur donner les directives sanitaires à suivre pour les aînés confinés et divulguer les ressources existantes dans leur milieu.*

Des structures mobiles et éphémères ont été également déployées pour mieux communiquer les informations de santé publique ainsi que les ressources disponibles telles que les « camions porte-voix ».

*Nous avons participé dans le parcours du camion pour informer la population.*

Des activités de traduction et d'adaptation des messages écrits de la santé publique et des listes de ressources disponibles ont permis de rejoindre des milliers de ménages, notamment par la distribution au porte-à-porte :

*Production et distribution de livrets traduits en 9 langues portant sur les mesures de protection, les mesures en cas de violence conjugale et les différents services maintenus à Côte-des-Neiges. Le livret a été distribué par Postes Canada à 20 000 ménages résidant dans le quartier.*

## Leadership et gouvernance

Malgré une diminution notable (de 21 %) des activités de concertation entre organismes d'un même territoire ou même quartier (fermeture des locaux, confinement, multiplication des demandes de la population), des instances ont émergé de plusieurs milieux tels que les organismes communautaires, les arrondissements et les CIUSSS afin de répondre de manière urgente aux défis et besoins rencontrés notamment via **les cellules de crise**. La priorisation et les prises de décisions étaient effectuées dans ces espaces afin d'ajuster la réponse locale/territoriale. Ainsi, l'expertise en concertation des organismes communautaires a été mise à profit pour instaurer rapidement des plans d'action territoriaux.

## 9. INITIATIVES SOUHAITEES

Les participants proposent de mettre en place certaines initiatives afin de diminuer les impacts à moyen et long terme de la pandémie. Nous avons dégagé ces principales initiatives souhaitées par axe thématique selon les réponses apportées à une question ouverte à développement : *Décrivez une initiative qui devrait être déployée sur le territoire que vous desservez afin de réduire les impacts négatifs de la pandémie à moyen et long terme ?* (N=292)

### Meilleur arrimage entre les pratiques locales et les autorités de santé publique (DRSP, CIUSSS)

Différents acteurs ayant participé à cette consultation ont exprimé le besoin de structurer et renforcer des espaces de concertation intersectoriels et inclusifs de manière homogène sur le territoire ; où différents paliers tels que régional et provincial (DRSP et CIUSSS) pourraient mieux cerner les réalités et actions déployées au niveau local et ainsi arrimer les mesures provinciales et régionales au local.

Les organisations rapportent l'importance de mettre en place ou de renforcer la présence des brigades de prévention/sensibilisation dans les communautés, afin d'éduquer, de démystifier la COVID-19 et de distribuer du matériel de protection. D'autres suggèrent également une équipe d'infirmières de santé publique qui peut faire de la prévention, de l'éducation, du dépistage et le suivi des personnes atteintes de la COVID-19 dans les lieux à haut risque (p. ex lieux de travail, écoles, lieux de culte, blocs d'appartements). L'importance d'impliquer des citoyens (jeunes et adultes), des organisations communautaires et religieuses qui ont été formés est également mentionnée.

### Soutenir l'approche de PCI dans les milieux de vie, dont les organismes communautaires

Plusieurs participants mentionnent des initiatives visant à faciliter l'accès aux locaux et le respect des mesures de santé publique en contexte de déconfinement. Les suggestions suivantes ont été émises : créer des brigades pour le nettoyage des locaux, soutien pour mettre en place les mesures préventives dans les locaux et octroi d'un budget sanitaire ou de matériel de protection pour les organismes. Par ailleurs, ils souhaitent également avoir des données plus précises sur les éclosions et les caractéristiques selon catégories sociodémographiques et groupes racisés.

## **Communications en temps opportun, efficaces et adaptées**

Plusieurs répondants ont souligné le besoin d'avoir des consignes et mesures sanitaires en temps réel pour pouvoir les relayer aux populations et les adapter aux spécificités des personnes immigrantes, notamment pour les allophones (médiums, support et messages).

Un accès plus simple aux informations en ligne et multilingues est souhaité, tant au niveau des consignes de santé publique, que des ressources au niveau local.

En raison de la fracture numérique et d'un niveau de littératie variable, la plupart des initiatives suggérées se réaliseraient par d'autres médiums tels que les radios communautaires avec des commentateurs multilingues, la diffusion de l'information en personne dans les espaces publics ou par des envois de courrier et l'implication des leaders des communautés dans cette diffusion de l'information. Une ligne téléphonique multilingue est également souhaitée afin que les personnes issues de l'immigration allophone puissent obtenir des réponses en lien avec la COVID-19 et afin de dénouer certaines incompréhensions, rumeurs, craintes ou peurs excessives.

## **Maintenir et repenser le soutien psychosocial**

Il s'agit d'une problématique de santé déjà existante et qui s'est vue exacerbée par la pandémie (impacts collatéraux du confinement et distanciation sociale) notamment en termes d'accès aux ressources en soins de santé mentale et dans le domaine de l'appui psychosocial. Les répondants ont exprimé une forte préoccupation quant à l'offre de service actuelle qui se trouve davantage fragilisée au regard du contexte.

## **Une offre de dépistage plus flexible**

Par ailleurs, selon certains acteurs, le dépistage devrait être reconnu comme une mesure préventive accessible à toutes et tous, notamment en élargissant les horaires et en favorisant une offre mobile pour rejoindre les personnes qui pourraient présenter des difficultés d'accès géographiques, mais aussi en termes juridiques (les migrants à statut précaire et les personnes sans couverture RAMQ qui se sont vus refuser l'accès malgré l'accessibilité à toutes et tous).

## **Un soutien plus structuré dans l'accompagnement des familles et des enfants dans l'apprentissage à la maison**

Au vu des mesures sanitaires et du confinement, l'apprentissage à la maison représente un réel défi autant pour les enfants que pour les parents, notamment en contexte migratoire. Des besoins multiples se présentent en termes d'éducation à la maison. Particulièrement pour les familles allophones et les foyers qui ne sont pas dotés de matériel informatique et d'une connexion internet (fracture numérique). Par ailleurs pour les parents qui sont à l'emploi (mais pas en télétravail), l'apprentissage et le soutien des enfants à la maison constituent un enjeu de taille et peuvent présenter un risque de décrochage scolaire, notamment pour les élèves qui présentaient déjà des difficultés avant la pandémie. Ceci impose une nécessité d'accompagnement par d'autres structures arrimées telles que le milieu communautaire et scolaire : services de garde et soutien à l'apprentissage.

## **Comblent la fracture numérique en soutenant les familles dans l'accès au matériel informatique et internet**

Les personnes plus vulnérables se sont vues également limitées dans l'accès à l'information et des services en raison de la fracture numérique, ce qui a contribué à l'isolement de certains sous-groupes voire même leur invisibilisation, rendant encore plus difficile l'accompagnement de ces derniers.

Les organismes souhaiteraient également du soutien dans le virage au numérique de leurs équipes.

### **Services de proximité/« outreach » pour les plus vulnérables**

Soutenir et favoriser les activités de proximité (« outreach ») déployées par le milieu communautaire afin de rejoindre les plus vulnérables, notamment les migrants à statut précaire et les sans statuts ainsi que les personnes âgées : porte-à-porte, camion porte-voix, réseaux sociaux et services téléphoniques.

Diverses initiatives sont suggérées pour les aînés, principalement des activités pour briser l'isolement et promouvoir l'activité physique.

### **Enfin, investir pour répondre aux besoins criants et existants déjà avant la pandémie (enjeux structurels et systémiques)**

Sécurité alimentaire : pérenniser l'offre de paniers alimentaires pour les plus démunis. La pandémie a appauvri un grand nombre de familles et l'accès aux denrées alimentaires est un enjeu à considérer tout particulièrement au vu du contexte actuel.

La pandémie a mis en lumière la nécessité pour les personnes les plus défavorisées sur le plan social et économique d'avoir accès à des logements abordables et répondant au besoin d'espace des familles. Un environnement bâti plus sain, notamment en favorisant les espaces verts, est également requis selon les acteurs de cette consultation. La promiscuité dans les logements est un vecteur important de transmission durant la COVID-19, mais aussi pour d'autres maladies infectieuses ainsi que pour les effets sur la santé mentale.

## CONCLUSION

La COVID-19 a exacerbé les inégalités sociales de santé et affecté particulièrement les territoires présentant de plus fortes proportions de personnes immigrantes et racisées. Cependant, la réponse communautaire a su faire preuve de réactivité et de résilience pour protéger et mieux soutenir les populations desservies. Dans un contexte de stress, d'urgence et de confinement imposé par la pandémie, plusieurs initiatives porteuses impliquant les citoyens et le milieu communautaire ont été développées dont : la distribution alimentaire à grande échelle, l'adaptation du soutien psychosocial selon plusieurs médiums, la sensibilisation aux mesures préventives et la distribution de kits sanitaires ainsi que la mise en place de cellules de crise permettant une coordination locale plus réactive et efficiente. Ces activités ont été menées avec des ressources limitées et des exigences accrues pour mobiliser les ressources financières indispensables dans un contexte évoluant rapidement. Ce qui a apporté plusieurs défis pour le milieu communautaire : des communications difficiles avec le palier régional, la fracture numérique, des services de santé qui manquent parfois de connaissances au sujet des réalités locales et peinent à rejoindre les personnes immigrantes et racisées, notamment les plus vulnérables. Les acteurs ont souligné un manque criant d'arrimage entre les acteurs terrain et les paliers régionaux (DRSP entre autres), ce qui a un impact direct sur les communications et les directives sanitaires qui ne sont pas en phase avec les réalités des personnes immigrantes et racisées. Cet enjeu est le socle des recommandations formulées suivant les délibérations issues des ateliers. Par ailleurs, la consultation auprès d'experts ayant été impliqués dans la gestion d'épidémies/de pandémie au Québec comme à l'international a permis d'identifier des actions complémentaires à celles déjà mises en œuvre et adaptées au contexte d'intérêt. Cette consultation par le questionnaire en ligne et les entrevues auprès des experts issus du milieu de l'humanitaire a également permis d'orienter les recommandations.

## VALIDATION ET MISE À JOUR DES RÉSULTATS

Suite aux deux ateliers délibératifs qui se sont tenus le 14 et 22 octobre 2020 (près de 50 participants à chaque journée), les participants ont validé les résultats présentés tout en apportant quelques nuances au sujet des besoins exprimés. Les nouveaux besoins rapportés étaient de trois ordres :

1. Le soutien direct au milieu communautaire dans deux domaines : au vu de la transformation des modalités de travail (virage numérique) et l'épuisement des employés et bénévoles qui ont été sur-mobilisés dans la réponse à la première vague. Les participants ont exprimé le souhait d'avoir du soutien psychosocial pour les employés de manière accessible, mais également pour le virage numérique. Enfin, il serait également pertinent de combler un manque éventuel de ressources au vu de l'épuisement des équipes si la deuxième vague perdure encore.
2. (Re)valoriser l'action communautaire (transformation sociale, *empowerment*) qui demeure une solution plus pérenne au lieu de focaliser uniquement la réponse aux besoins urgents liés directement à la COVID-19.

3. En considérant les enjeux structurels et systémiques qui ont été exacerbés par la pandémie et qui ont également été des facteurs de vulnérabilisation des populations, notamment pour les personnes immigrantes et racisées :

- Augmenter l'offre des logements sociaux (habitations à loyer modique [HLM], coopératives d'habitation, Organisme sans but lucratif [OSBL]) pour les familles les plus démunies
- Aménager le territoire en favorisant les espaces verts dans les quartiers défavorisés
- Soutenir la sécurité alimentaire au-delà de la pandémie
- Offrir des services de garde subventionnés notamment pour les enfants de personnes immigrantes à statut précaire
- Investir et repenser l'offre de services communautaires et de soins en santé mentale afin d'en favoriser l'accès et la pérennité
- Repenser la sécurité et la surveillance policière dans les quartiers, notamment ceux qui sont les plus stigmatisés

Par ailleurs, la démarche a également permis de nommer des pratiques prometteuses développées par leurs milieux afin de consolider les recommandations émergeant du questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées avec les experts issus du milieu de l'humanitaire.

## RECOMMANDATIONS

Les recommandations présentées ont été formulées à partir des besoins exprimés présentés dans le rapport préliminaire (diffusé en septembre 2020) et relèvent de la synthèse des résultats issus du questionnaire, de la consultation des experts issus du milieu de l'humanitaire ainsi que des délibérations des ateliers qui se sont tenus en sous-groupes et en plénière. Une variété d'acteurs était réunie : organismes communautaires, CIUSSS, et bailleurs de fonds.

Ces recommandations s'inscrivent à travers trois axes transversaux qu'il faudrait intégrer dans la réponse à la deuxième vague pour les personnes immigrantes et racisées suite aux leçons apprises de la première vague. Ces axes ont également émergé des discussions issues des ateliers délibératifs.

1. Les acteurs des différentes consultations ont exprimé le besoin et la nécessité de mieux arrimer les instances régionales telles que la DRSP aux paliers locaux, en s'assurant de soutenir les initiatives mises en place par les acteurs terrain qui savent faire preuve de créativité, de résilience et qui participent de manière notable à la réponse de santé publique.
2. Ceci, en intégrant une approche collaborative, participative et inclusive afin d'assurer des réponses adéquates (notamment dans les instances de concertation, mais également dans le développement des interventions de santé publique).
3. Et, en favorisant les services de proximité et de soutien psychosocial adaptés aux trajectoires des personnes immigrantes et racisées (expertise du milieu communautaire et humanitaire).

Enfin, il a été souligné que l'urgence de la crise rend difficile la documentation des actions déployées et des expertises développées par les acteurs locaux alors qu'elle représente un outil précieux de mise en mémoire pour le partage des connaissances, mais aussi de guide pour l'action en vue de futures pandémies.

## AXE 1 — CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU VIRUS (responsabilité de la DRSP)

**Besoin exprimé :** Adaptation des enquêtes épidémiologiques à l'intersection des possibles vulnérabilités des personnes immigrantes et racisées : statut et trajectoire migratoire, langue maternelle, type d'emploi (ex. agences de placement, secteurs « essentiels »), genre, couverture de santé pouvant entraver la conduite des enquêtes et le contrôle de la transmission dans la communauté.

### Recommandation 1.1 :

**Assurer, selon les meilleurs standards, un processus d'enquête adapté aux réalités des personnes immigrantes et racisées, auprès des cas déclarés positifs à la COVID-19 et des contacts**

1. Collecte des données sur le pays d'origine, identité ethno- raciale, le statut migratoire, la langue et la religion de manière sensible (formation des enquêteurs) et en prenant toutes les précautions nécessaires pour respecter et protéger la confidentialité de tous y compris les personnes sans statut et n'étant pas couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

*Pratique inspirante : Toronto Public Health a mis en place une structure (bien avant la COVID-19), « We Ask Because We Care »<sup>41</sup> pour s'assurer de la pertinence des questions sur l'appartenance ethno- raciale dans une perspective d'équité en santé et développer les compétences adéquates de leur direction de santé publique.*

2. Ajout des ressources au niveau des enquêtes auprès des personnes atteintes de la COVID-19 : enquêteurs « représentatifs » de la diversité de Montréal tant au niveau des expertises (travail social, cliniciens par exemple) que des origines ethniques. Ceci peut être une réelle valeur ajoutée pour lever les barrières en contexte interculturel (langue, sensibilité culturelle, réalités socio-économiques) et de vulnérabilité.
3. Enquête à domicile multidisciplinaire par équipe mobile au besoin (personne isolée/en situation de vulnérabilité) et formée à l'approche interculturelle et aux premiers soins psychosociaux.

*■ Pratique inspirante : La ville de Toronto a mis en place un tel dispositif<sup>42</sup> ainsi que la ville de Paris avec l'initiative COVISAN<sup>43</sup> qui offre également des dépistages à domiciles pour les personnes plus isolées ou éloignées des centres de dépistage.*

---

<sup>41</sup> Toronto Public Health, We Ask Because We Care, vu en ligne : <http://www.stmichaelshospital.com/quality/equity-data-collection-report.pdf>

<sup>42</sup> City of Toronto presents COVID-19 Resurgence Plan, vu en ligne : <https://www.toronto.ca/news/city-of-toronto-presents-covid-19-resurgence-plan/>

<sup>43</sup> Déconfinement : COVISAN, dispositif de dépistage et d'accompagnement des personnes COVID+, vu en ligne : <https://www.aphp.fr/actualite/lancement-de-covisan-un-dispositif-de-suivi-renforce-des-personnes-covid>

**Besoin exprimé** : Données épidémiologiques sur les personnes immigrantes et racisées et détection plus rapide des cas atteints de la COVID-19 chez ces sous-groupes.

#### Recommandation 1.2 :

##### Soutenir la vigie communautaire

1. Développer des outils de surveillance communautaire « *community-based surveillance* » afin de prévenir les éclosions et prendre en charge les cas potentiellement atteints de la COVID-19 tels que ceux déployés par la Croix-Rouge<sup>44</sup>
2. Reconnaître et favoriser « l'intelligence de terrain » notamment en arrimant des outils de surveillance avec les actions et les connaissances des acteurs terrain tels que les brigades de prévention et de sensibilisation, ou des travailleurs de rue.

**Besoin exprimé** : Plusieurs éclosions ont eu lieu dans différents types de milieux et concernaient des groupes de personnes identifiées comme immigrantes. Par ailleurs, dans un contexte de déconfinement où les organismes communautaires sont amenés à ouvrir de nouveau leurs locaux afin d'accueillir et de soutenir les populations qu'ils desservent ; ces derniers ont exprimé le besoin d'avoir un soutien en PCI pour prévenir les éclosions dans leur milieu, mais également mieux les détecter.

#### Recommandation 1.3 :

##### Prévenir et soutenir la gestion d'éclosion dans les différents milieux de vie y compris dans le milieu communautaire

1. Au sein des organismes : soutenir (notamment par la DRSP) la mise en place des protocoles de PCI, adaptés au milieu physique et aux types d'activité offerts par les organismes communautaires. Les milieux de vie collectifs (ex. refuges, hébergements communautaires) ont des défis particuliers.
2. Adaptation de ces protocoles aux nouvelles modalités de travail, notamment le travail de proximité : patrouille de rue, porte-à-porte, entre autres, particulièrement en contexte de froid.

 *Pratique inspirante : des intervenants de rue alternent le travail de proximité avec l'utilisation de la voiture équipée de plexiglas pour sensibiliser les populations qu'ils rejoignent, tout en offrant un espace sécuritaire et confortable, favorisant la protection des intervenants, mais aussi celles des populations.*

**Besoin exprimé** : Les centres et cliniques mobiles de dépistage pour toutes et tous sont des ressources primordiales pour mieux contrôler la transmission du virus, mais demeurent difficilement accessibles pour certains sous-groupes tels que les personnes immigrantes et racisées. Et ce, pour plusieurs raisons : statut précaire et couverture assurance maladie, horaires restreints, emplois précaires, distance géographique, langue et littératie entre autres.

#### Recommandation 1.4 :

##### Élaborer une stratégie de test et de dépistage afin de favoriser l'accessibilité et l'acceptabilité du

---

<sup>44</sup> [https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/03/IFRC\\_CBS\\_Protocol\\_FR\\_Web.pdf](https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/03/IFRC_CBS_Protocol_FR_Web.pdf)

## dépistage pour les personnes immigrantes et racisées (responsabilité partagée des CIUSSS et de la DRSP)

1. Adapter et renforcer les communications, notamment en occupant d'autres médiums et supports pour sensibiliser les populations au dépistage. Les tables de concertation et de quartier représentent des espaces opportuns pour se renseigner sur les lieux les plus pertinents à « investir ».
2. Favoriser l'accès géographique et linguistique des centres de dépistage désignés (CDD) : notamment en offrant des ressources telles que les cliniques mobiles, centres de dépistage qui occupent les lieux de socialisation à l'échelle des quartiers, horaires plus flexibles et interprètes présents pour assurer la médiation entre le personnel médical et les populations ciblées.
3. Les ressources humaines des centres de dépistage désignés pourraient également être formées et sensibilisées afin d'intervenir de manière plus adaptée auprès des personnes immigrantes (admissibilité pour tous les statuts migratoires, confidentialité des statuts migratoire, compréhension des enjeux d'emploi, dimensions culturelles et linguistiques).

**Besoin exprimé :** Malgré une compréhension des consignes de santé publique et une volonté de les respecter, certains sous-groupes ont de la difficulté à s'isoler à domicile et à respecter les mesures sanitaires (ex. : conditions de logement, statut migratoire précaire, type d'emploi et conditions socio-économiques, etc.)

### Recommandation 1.5 :

**Soutenir les personnes lors de la période d'isolement, notamment en offrant des hébergements alternatifs pour ceux et celles qui ne peuvent pas s'isoler à domicile en facilitant l'accès aux mesures de sécurité financière, notamment pour les travailleurs essentiels et de la santé (responsabilité de la DRSP et de la Ville de Montréal)**

1. Mobiliser les hôtels, motels, auberges, bureaux de travail non occupés afin de fournir des lieux d'isolement pour les personnes dans le besoin ; particulièrement les travailleurs plus précaires qui comptent une part non négligeable de personnes immigrantes et racisées.

 *Pratique inspirante : un partenariat avec la Croix-Rouge ou la Ville de Montréal permettrait une coordination de l'utilisation de ces lieux. Des services d'hébergements d'urgence ont été rendus accessibles pour les personnes migrantes dans huit pays européens (Belgique, République tchèque, Finlande, Malte, Pays-Bas, Norvège, Suisse et Royaume-Uni)<sup>45</sup>.*

*Notons également, l'initiative du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal qui met à la disposition de leur personnel en attente d'un résultat ou testé positif des chambres d'hôtels afin de faciliter leur isolement<sup>46</sup>.*

---

<sup>45</sup> What's happening to undocumented people during COVID-19, vu en ligne : <https://picum.org/whats-happening-to-undocumented-people-during-the-covid-19-pandemic/>

<sup>46</sup> [https://cdn.ciuSSSnordmtl.ca/Fichiers/03Zone\\_Professionnels/Accueil/COVID19\\_notes-de-service/2020-10-09\\_NdeS\\_Chambres\\_d\\_hotel.pdf?1602615121](https://cdn.ciuSSSnordmtl.ca/Fichiers/03Zone_Professionnels/Accueil/COVID19_notes-de-service/2020-10-09_NdeS_Chambres_d_hotel.pdf?1602615121)

2. Développer un logigramme d'aide à la décision pour les enquêteurs, notamment à partir des renseignements sur les conditions de vie. Par ex. : logement, emploi afin de répondre au besoin (exprimé ou non exprimé) d'hébergement alternatif.

## **AXE 2 — ENGAGEMENT DES POPULATIONS ET COMMUNICATION DES RISQUES** **(Responsabilité partagée de la DRSP et des CIUSSS)**

**Besoin exprimé :** Meilleur arrimage entre les paliers régionaux et les instances régionales afin d'assurer une cohérence des interventions de santé publique (DRSP et CIUSSS) au vu des réalités et initiatives locales.

### **Recommandation 2.1 :**

**Favoriser la participation des communautés dans les instances de prises de décision et le développement des mesures sanitaires, mais aussi au-delà : ces liens doivent être maintenus sur le long terme afin de faciliter les collaborations locales/régionales et s'assurer d'une adéquation de la santé publique aux besoins locaux dans le cadre d'autres problématiques de santé publique**

1. Les acteurs des paliers régionaux dont la DRSP sont appelés à participer de manière plus soutenue aux différentes instances de concertation, telles que les tables de quartier afin de mieux cerner les actions déployées au niveau local et soutenir les besoins émergents (si nécessaire).
2. Favoriser l'implication du milieu communautaire et de la société civile (citoyens, associations ethniques, institutions religieuses) dans le déploiement de certaines initiatives régionales, notamment par des espaces de concertation inclusifs. Ceci, en tâchant de bien accompagner ces personnes dans ce processus et de les rémunérer. Le recrutement peut être multiple : par le milieu communautaire, prise de communication informelle avec certaines associations et institutions religieuses, etc.
3. S'assurer de la légitimité des acteurs selon le point de vue des populations ciblées, notamment en passant par des canaux formels et informels tout en vérifiant d'avoir des objectifs communs.

**Besoin exprimé :** Lors de la crise, plusieurs territoires se sont rapidement mobilisés, notamment par la participation bénévole des citoyens et citoyennes, mais aussi l'engagement des organismes communautaires afin de répondre aux besoins des populations desservies. Ces territoires ont développé une expertise et des savoirs associés, tandis que d'autres territoires n'ont pas pu profiter d'un tel leadership et d'une telle mobilisation, ce qui a contribué également à des inégalités territoriales quant à la réponse à la COVID-19.

### **Recommandation 2.2 :**

**Soutenir le développement d'espaces d'échange et de mutualisation des pratiques sous la responsabilité de la DRSP afin de valoriser, maintenir et soutenir les initiatives locales. Ces espaces doivent être accessibles et ouverts à tous les organismes dans le besoin et qui souhaitent participer à ce type de démarche**

**Besoin exprimé :** Malgré les multiples efforts pour rendre disponibles les recommandations et consignes de santé publique en plusieurs langues, ces dernières ne se rendent pas systématiquement aux sous-groupes les plus à risques telles que les personnes allophones ou présentant un faible niveau de littératie.

### Recommandation 2.3 :

#### Adapter les recommandations et consignes de santé publique en plusieurs langues et les communiquer de manière efficace par les canaux appropriés

1. Trouver les porte-paroles et ambassadeurs crédibles et légitimes en s'appuyant sur des observations terrain et en les impliquant dans les campagnes de communication des risques, au-delà de la traduction des messages clés ;
2. Occuper l'espace public, notamment les lieux de socialisation (commerces, écoles, institutions religieuses, rue, etc.) et réfléchir à des médiums appropriés, c'est-à-dire ceux utilisés par les populations ciblées : médias communautaires, camions porte-voix, réseaux sociaux. Ainsi qu'aux supports : affiches simplifiées et traduites en plusieurs langues, etc. ;

 *Pratique inspirante : Les camions porte-voix et les communications par le porte-à-porte dans certains quartiers tels que Montréal-Nord, Parc-Extension, Ahuntsic-Cartierville, et les travailleurs de proximité qui occupent l'espace public dans le territoire de l'est de Montréal.*

3. Communiquer en temps opportun et de manière efficace notamment par des instances de concertation locales afin que les consignes et les mesures se rendent rapidement aux populations immigrantes et racisées : les messages devraient être cohérents entre les différents paliers de communication (gouvernement, DRSP, paliers locaux et cliniques de dépistage)

## AXE 3 — ATTÉNUER LES IMPACTS COLLATÉRAUX DE LA PANDÉMIE

**Besoin exprimé :** Lors de la crise, les effets collatéraux liés à la fermeture des établissements et au confinement obligatoire ont impacté davantage certains sous-groupes montréalais et territoires où les ressources étaient déjà limitées. À noter que la plupart des organismes communautaires étaient fermés alors qu'ils contribuaient au renforcement du tissu social et des liens de solidarité, rendant plus difficile le soutien psychosocial de proximité. Cette situation a également exacerbé certains facteurs de vulnérabilité des personnes immigrantes et racisées (parcours et statut migratoire, genre, âge, langue et niveau de littératie, conditions de logement, emploi, etc.) et a pu occasionner de la détresse psychologique et du stress chez ces populations. Enfin, la protection des femmes et des enfants et les besoins psychosociaux mériteraient davantage d'être intégrés dans les actions menées sur le terrain et accessibles par des services multilingues offerts en proximité (domicile ou communauté)<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup>Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises, SHERPA (2020)

### **Recommandation 3.1 :**

**Repenser l'offre de services en santé mentale à Montréal (et au Québec) afin de les rendre plus accessibles : enjeu préoccupant pour les acteurs locaux et la population avant la pandémie qui se retrouve encore plus exacerbé désormais (ressources limitées actuellement dans le secteur public et communautaire) (Responsabilité du Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] et de la DRSP)**

**Besoin exprimé :** Les intervenants sur le terrain sont très peu outillés quant aux approches psychosociales et les ressources existantes dans leur territoire. Par ailleurs, les populations manquent également d'informations quant aux ressources disponibles.

### **Recommandation 3.2 :**

**Informar les intervenants et la population sur les ressources disponibles et accessibles en soutien psychosocial, notamment celles adaptées pour les personnes immigrantes et racisées (Responsabilité des CIUSSS et des organisations locales)**

1. Documenter les ressources et initiatives innovantes et existantes (avant et pendant la pandémie).
2. Former les intervenants sur le soutien psychosocial en contexte migratoire et interculturel afin de démystifier ce volet autant pour les intervenants que pour les personnes immigrantes et racisées.
3. Rendre ces services plus accessibles en créant des arrimages entre les organismes/établissements dédiés à la santé mentale/au soutien psychosocial et les organismes d'accueil et intégration pour les personnes immigrantes et entre les services publics et communautaires en santé mentale.
4. Déployer des services de proximité : ligne téléphonique, soutien à domicile, travail de rue.

**Besoin exprimé :** les effets collatéraux liés à la fermeture des établissements tels que les écoles ont également impacté les familles récemment arrivées à Montréal, allophones et les élèves scolarisés en classe d'accueil notamment en ce qui a trait à l'éducation et l'apprentissage à la maison et le stress occasionné pour les familles.

### **Recommandation 3.3 :**

**Soutien des familles et des jeunes dans l'apprentissage, notamment pour les familles allophones (Responsabilité de la Ville de Montréal, des centres de services scolaires et des commissions scolaires, des écoles et des tables de quartier)**

1. Impliquer et soutenir les Intervenants communautaires scolaires et interculturels (ICSI) qui font la médiation entre les familles, les écoles et les ressources pertinentes (organismes d'accueil et d'intégration, services de santé, etc...).
2. Maintenir les liens de proximité avec les enfants et les jeunes lors d'activités de loisirs (internet, parcs, organismes communautaires, etc...), ce qui peut offrir du répit pour les parents, dont certains sont aussi des travailleurs essentiels.
3. Comblar la fracture numérique pour faciliter l'éducation à la maison.

**Besoin exprimé :** les effets collatéraux liés à la fermeture des établissements, dont la numérisation et la virtualisation des liens sociaux (école, soutien psychosocial et services de proximité, demandes administratives entre autres), ont contribué à vulnérabiliser encore plus certains sous-groupes qui n'ont pas accès à une connexion internet (fracture numérique).

#### **Recommandation 3.4 :**

##### **Comblent la fracture numérique (responsabilité de la Ville et des bailleurs de fonds)**

1. Dons ou prêt de matériel informatique via le local (bibliothèques et écoles) et financements de la Ville et autres bailleurs de fonds pour offrir à moindre coût du matériel aux familles les plus défavorisées économiquement.
2. Accès au wifi dans les bibliothèques, écoles et centres communautaires.
3. Déploiement du réseau Montréal WiFi dans tous les arrondissements et quartiers ainsi que dans les immeubles notamment les HLM.
4. Littératie numérique : soutenir les familles dans l'apprentissage et l'appropriation du matériel informatique.

Pour finir, dans la poursuite des travaux issus de cette consultation, des analyses par quartier seront présentées aux membres des cellules de crise en partenariat avec le centre de recherche et partage des savoirs InterActions et l'institut universitaire SHERPA. La DRSP s'est engagée également à appliquer certaines recommandations telles que :

1. La collecte de données différenciées selon le statut migratoire et l'ethnicité
2. L'offre de soutien à l'isolement et d'hébergement alternatif en partenariat avec la Croix-Rouge lors des enquêtes traçage des cas et des contacts COVID-19
3. La traduction, l'adaptation des outils de communication et leur diffusion à travers les canaux appropriés

Par ailleurs dans le contexte de la pandémie et aussi sur le long terme, à travers différents projets de santé publique, la DRSP souhaite mieux rejoindre les personnes immigrantes et racisées. Notamment en les impliquant dans les plans d'intervention tout en s'arrimant aux initiatives communautaires et locales déjà présentes.

# ANNEXE

## Nombres réels d'organismes desservants les arrondissements

Arrondissements et villes associées	Carte 1 Répartition des organismes répondants qui offrent des services directement à la population	Carte 2 Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités de mobilisation au dépistage de la COVID-19 selon l'arrondissement	Carte 3 Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités de prévention et de sensibilisation à la COVID-19 selon l'arrondissement	Carte 4 Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités liées à la sécurité alimentaire selon l'arrondissement	Carte 5 Répartition des organismes répondants offrant des services aux personnes sans statut d'immigration	Carte 6 Répartition des organismes répondants offrant des services aux résidents permanents selon l'arrondissement
Ahuntsic	28	11	18	15	7	18
Anjou	20	14	19	15	8	16
Baie D'Urfé	7	4	5	3	3	6
Beaconsfield	9	5	6	4	3	6
Bordeau-Cartierville	17	7	9	6	5	10
Côte-des-Neiges	34	11	24	18	15	20
Côte-Saint-Luc	11	5	8	7	6	7
Dollard-des-Ormeaux	8	5	7	4	3	6
Dorval	17	8	14	10	6	11
Hampstead	6	2	4	5	4	4
Île-Bizard-Sainte-Geneviève	10	6	7	5	3	7
Kirkland	0	0	0	0	0	0
Lachine	12	6	10	7	5	9

<b>Arrondissements et villes associées</b>	<b>Carte 1</b> Répartition des organismes répondants qui offrent des services directement à la population	<b>Carte 2</b> Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités de mobilisation au dépistage de la COVID-19 selon l'arrondissement	<b>Carte 3</b> Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités de prévention et de sensibilisation à la COVID-19 selon l'arrondissement	<b>Carte 4</b> Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités liées à la sécurité alimentaire selon l'arrondissement	<b>Carte 5</b> Répartition des organismes répondants offrant des services aux personnes sans statut d'immigration	<b>Carte 6</b> Répartition des organismes répondants offrant des services aux résidents permanents selon l'arrondissement
LaSalle	14	6	11	6	4	8
Mercier-Hochelaga-Maisonneuve	16	7	11	11	10	13
Montréal-Est	18	12	16	14	9	14
Montréal-Nord	44	24	38	27	25	35
Montréal-Ouest	12	3	8	7	3	7
Notre-Dame-de-Grâce	19	9	14	11	9	11
Outremont	20	9	14	10	4	9
Parc-Extension	28	20	25	16	18	24
Petite-Patrie	21	7	15	13	10	13
Pierrefonds-Roxboro	17	9	12	6	6	10
Plateau Mont-Royal	12	3	10	10	5	7
Pointe-aux-Trembles	27	16	22	21	14	20
Pointe-Claire	11	5	8	5	3	6
Rivière-des-Prairies	33	20	31	27	19	29
Rosemont	21	11	19	16	11	17

Arrondissements et villes associées	Carte 1 Répartition des organismes répondants qui offrent des services directement à la population	Carte 2 Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités de mobilisation au dépistage de la COVID-19 selon l'arrondissement	Carte 3 Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités de prévention et de sensibilisation à la COVID-19 selon l'arrondissement	Carte 4 Répartition des organismes répondants impliqués dans des activités liées à la sécurité alimentaire selon l'arrondissement	Carte 5 Répartition des organismes répondants offrant des services aux personnes sans statut d'immigration	Carte 6 Répartition des organismes répondants offrant des services aux résidents permanents selon l'arrondissement
Sainte-Anne-de-Bellevue	8	4	5	3	3	6
Saint-Laurent	19	9	13	10	5	11
Saint-Léonard	31	18	29	19	18	26
Saint-Michel	30	18	28	22	19	26
Senneville	4	2	3	2	2	3
Sud-Ouest	22	9	16	15	6	13
Verdun	10	4	7	5	0	4
Ville-Marie	14	3	10	9	5	7
Ville-Mont-Royal	6	4	5	4	3	4
Villeray	28	13	22	19	13	22
Westmount	7	2	4	4	3	4
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>331</b>	<b>527</b>	<b>441</b>	<b>295</b>	<b>469</b>

