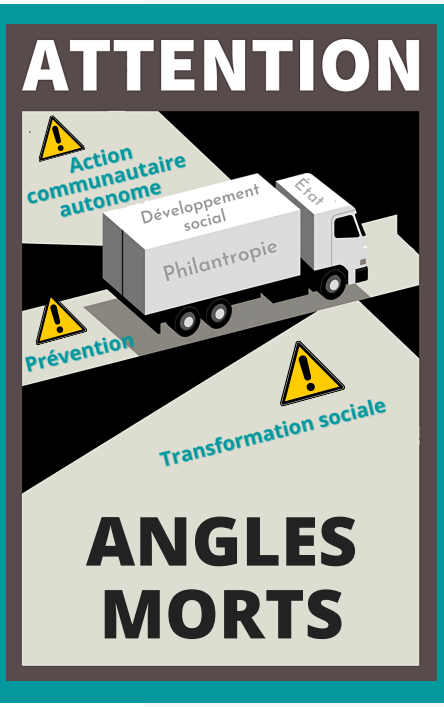
OFF BULLETIN NO 1
BULLETIN DE RÉFLEXION DU ROC ESTRIE

AVRIL 2021

LES ANGLES MORTS DE LA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE



POUR MIEUX VIVRE EN SOCIÉTÉ EN CONTEXTE DE PANDÉMIE : LA RÉSILIENCE COLLECTIVE EN QUESTION

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ 2
PANDÉMIE ET RÉSILIENCE : UNE LECTURE CRITIQUE 2
LE RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : INTERVENIR EN AMONT 3
QU'EST-CE QUE L'APPROCHE GLOBALE EN SANTÉ? 4
CONSÉQUENCES DE LA LOI 10 : PERTE DE POUVOIR ET APPROCHE DE PLUS EN PLUS CURATIVE 5
LE RÔLE POLITIQUE DE LA RÉSILIENCE : FABRIQUER DU CONSENSUS 6
PANDÉMIE DE COVID-19 : DE LA PRÉVENTION À LA GESTION DU RISQUE 8
RÉSISTER VERSUS S'ADAPTER : L'AUDACE DE DÉPASSER LA VISION RÉSILIENTE DE L'ÉTAT 10
LA RÉSILIENCE : UNE STRATÉGIE POUR BIEN PARAÎTRE 11
LA RÉSILIENCE : UNE STRATÉGIE DE DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT 12
BIBLIOGRAPHIE 12

MOTS-CLÉS

résilience, action communautaire autonome, santé, pandémie transformation sociale.

RÉSUMÉ

Le concept de résilience a connu un essor fulgurant dans les dernières années et principalement depuis l'arrivée de la pandémie. Pourquoi? L'appropriation de ce concept par différents domaines, dont celui de la santé publique, nous a intriguées. Ce bulletin explore donc les motivations cachées derrière l'utilisation de ce nouveau concept dans le domaine social. À travers ce bulletin, nous verrons notamment que la résilience est une stratégie qui vise à éviter l'émergence de voies dissidentes au sein de la société. Rappelons que le rôle des organismes d'action communautaire autonome est pourtant d'être un moteur de changement social qui vise à travailler sur les causes des problèmes sociaux plutôt que sur les effets et qui vise donc forcément à emmener sur la place publique les voies des personnes oubliées. Nous nous questionnons donc sur l'utilisation de ce concept importé d'un autre domaine par la santé publique pour l'appliquer au domaine communautaire.

INTRODUCTION

PANDÉMIE ET RÉSILIENCE : UNE LECTURE CRITIQUE

La lecture du bulletin d'information Vision no 58 de la Direction de la santé publique de l'Estrie nous a laissées pantoises. Tout le bulletin est centré sur le rôle de la résilience collective en contexte de pandémie. Mais comment justifier ce choix de concept et les stratégies sous-jacentes qu'il véhicule de la part de la santé publique? C'est ce qui nous intéresse et que nous allons explorer plus en détails ici.

LE RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : INTERVENIR EN AMONT

Le rôle de la santé publique est d'intervenir en amont des problèmes sociaux afin de les prévenir. Son mandat est d'agir afin d'informer, de préserver et d'améliorer la santé de la population. Pour ce faire, elle s'appuie sur une conception globale de la santé qui privilégie les actions sur les déterminants de la santé (en amont) au détriment des actions sur le système de soins (en aval). Car les recherches scientifiques démontrent que l'impact des interventions en aval sur la santé est limité par rapport à celui des interventions en amont sur d'autres facteurs, comme l'environnement social et économique des individus. La santé publique opère donc selon une logique professionnelle fondée sur l'expertise et la science et non selon une volonté politique.

QU'EST-CE QUE L'APPROCHE GLOBALE EN SANTÉ?

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des inégalités de santé. Ce gradiant social de santé est relié à une distribution inégale du pouvoir, des ressources, des biens et des services. Les déterminants sociaux de la santé sont donc l'une des principales causes des inégalités en santé.

La Charte d'Ottawa, une référence essentielle en promotion de la santé issue de la première Conférence internationale en 1986, identifie plus précisément 5 grandes stratégies pour agir sur la santé :

- Le développement de politiques publiques saines
- La création de milieux favorables
- Le renforcement de l'action communautaire/ développement des communautés
- Le renforcement des aptitudes individuelles
- La réorientation des services de santé

CONSÉQUENCES DE LA LOI 10 : PERTE DE POUVOIR ET APPROCHE DE PLUS EN PLUS CURATIVE

Le 7 février 2015, l'ancien ministre de la Santé Gaétan Barrette faisait adopter, sous bâillon, son controversé projet de loi 10 pour réformer en profondeur l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment en abolissant les agences régionales au profit des méga structures que sont les CISSS et les CIUSSS. Cette réforme, qui concentre le pouvoir et centralise la prise de décision, a eu des conséquences majeures sur la santé publique qui relevait alors des agences régionales.

Dans le réseau de la Santé et des Services Sociaux, l'approche curative occupe une place prépondérante au détriment de l'approche de santé globale qui caractérise la santé publique et les organismes d'action communautaire autonome. Or, cette approche curative reste pertinente et nécessaire pour guérir et traiter les maladies, mais elle est bien limitée sur le plan de la prévention. Depuis plusieurs années, la société québécoise poursuit son désinvestissement dans le « soin » au profit d'un système de santé axé sur le curatif et la rentabilité. Le secteur de la santé est devenu un business à rentabiliser. Cette tendance marquée vers l'abandon du préventif a de lourdes conséquences sur les plus vulnérables. Notre société et son réseau de services publics souffrent de cécité envers la nécessité du « prendre soin » indispensable au « vivre dans la dignité ». À moins que ce soit de l'aveuglement volontaire?

Cette refonte organisationnelle du système de santé par le ministre Barrette soulève des questions quant à la place accordée à la santé publique. Le budget consacré à la santé publique a subi également d'importantes coupes suite à cette réforme.

Le Québec est la province qui consacre la part la plus faible de son budget à la santé publique et à la prévention (2,8 % comparativement à 5 % au Canada).

Il a pourtant été démontré que chaque dollar investi en prévention et en promotion de la santé permet d'économiser 5,60 $ sur les dépenses de soins de santé. Avec de telles données, on se demande comment justifier ce choix de consacrer à peine 2 % du budget total de la santé à la santé publique? Pourquoi ne pas investir autant de ressources dans notre système social de prévention que dans notre système médical de traitement?

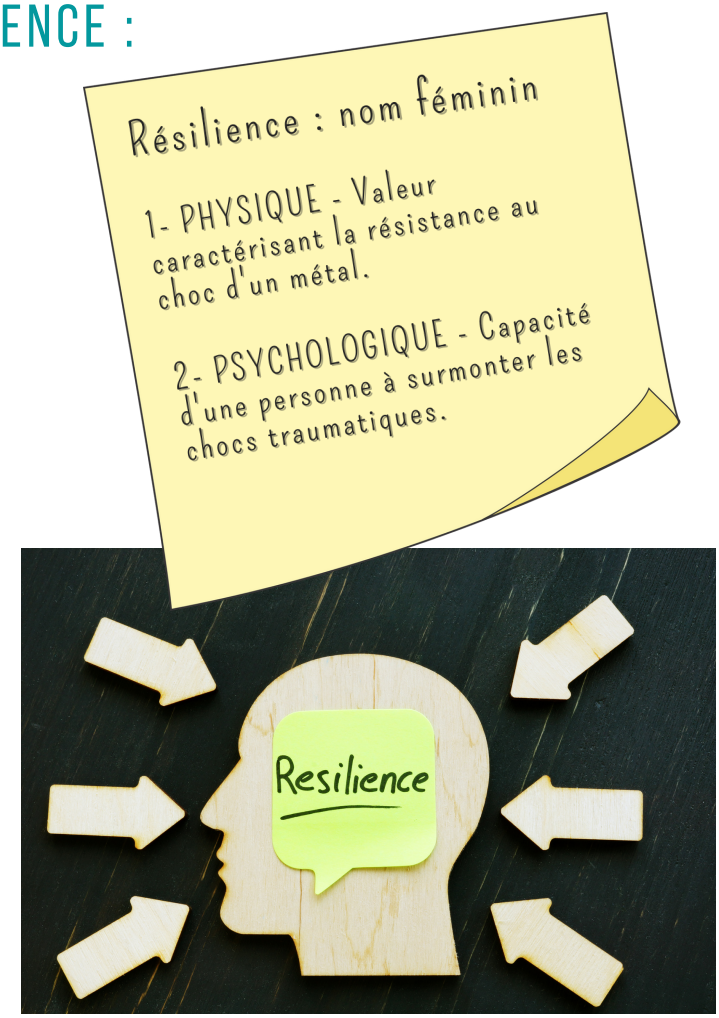
La **réforme Barette** a donc considérablement affaibli le pouvoir d'action et les capacités d'intervention de la santé publique en coupant massivement dans ses budgets. Et ce désinvestissement accentue encore davantage la **tendance lourde au glissement vers une approche centrée uniquement sur le service au détriment d'une réelle approche globale de transformation sociale** centrée sur la prévention et l'amélioration des conditions de vies.

Comment justifier alors ce choix de société d'investir massivement dans le curatif au détriment du préventif?

Rappelons au passage toute l'importance de préserver la liberté de la santé publique qui travaille à protéger la population en amont, à promouvoir la santé et prévenir les maladies et les traumatismes. Cette liberté est primordiale puisque c'est ce qui permet à la santé publique de s'opposer à juste titre à des projets portés par le gouvernement parce qu'ils auraient eu un impact nocif sur la santé, et ceci, en accord avec la **Loi de santé publique**.

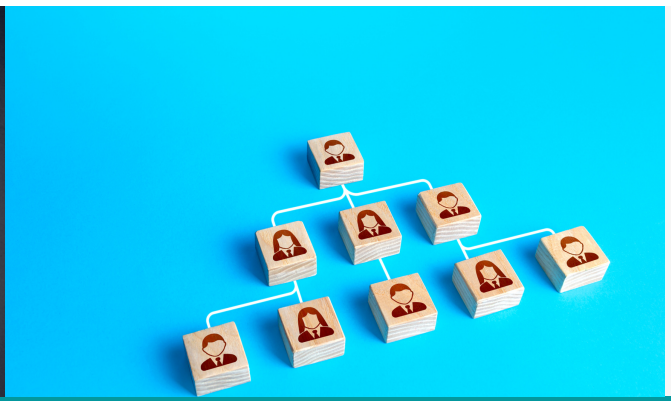
LE RÔLE POLITIQUE DE LA RÉSILIENCE : FABRIQUER DU CONSENSUS

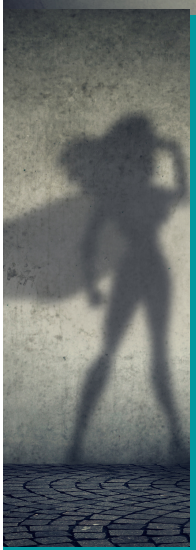
Bien qu'on utilise aujourd'hui le terme résilience à toutes les sauces, celui-ci provient à la base de la physique où l'on parle de matière « résiliente » dès lors qu'un métal reprend sa forme initiale après avoir subi des pressions. Par extension, la résilience peut donc être d'abord vue comme la capacité d'un système à conserver sa structure après un choc. Ce terme est ensuite récupéré par la psychologie et popularisé par Boris Cyrulnik pour signifier la capacité individuelle d'une personne à se reconstruire après un traumatisme. La résilience repose donc sur cette idée que chaque personne puisse trouver en elle la solution à ses problèmes et la force nécessaire pour les dépasser et pour mieux rebondir.



Ce type de raisonnement repose sur le principe de mérite et l'idée que les efforts individuels sont liés à la réussite. Or, cette prémisse de base du **mythe de la méritocratie** qui voudrait que le pouvoir et les privilèges soient attribués selon le mérite individuel et non selon les conditions et l'environnement social et économique est fausse et même contraire à l'approche globale sur les déterminants de la santé. Bien que certaines personnes « exceptionnelles » arrivent à se démarquer, elles sont l'exception qui confirme la règle, tandis que la règle, elle, demeure. La capacité d'adaptation après un traumatisme n'est pourtant pas seulement individuelle. **Pourquoi mettre de l'avant ces personnes « exceptionnelles » au lieu d'interroger les mécanismes qui produisent et reproduisent les inégalités?**

En mettant en valeur les capacités des individus et des populations, la résilience est présentée comme une solution très positive pour tenter de résoudre les conséquences de catastrophes comme la pandémie de COVID-19. Ce choix de présenter la pandémie sous l'angle de la résilience n'est pas anodin. En faisant ce choix, la santé publique participe à mettre en scène cette vision « positive », rassurante et bêtement optimiste de la psychologie, dont la résilience est un des piliers. Comment expliquer que la santé publique choisisse une approche qui invisibilise encore plus les personnes vulnérables et qui tend à culpabiliser toutes les personnes qui n'arrivent pas à surmonter les obstacles et à trouver la force d'outrepasser les effets des déterminants de la santé?





Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, l'utilisation du concept de résilience semble jouer un rôle de premier plan dans les manières préconisées par nos gouvernements pour assurer à la fois la prestation de services publics ainsi que le respect de directives sanitaires et d'une paix sociale. Et qui donne ces services? Le milieu communautaire a été sollicité à maintes reprises via divers fonds d'urgence. La lourdeur bureaucratique pour accéder à ces fonds a toutefois été un obstacle majeur sur le terrain. L'accès aux équipements de protection individuel, aux garderies et aux masques ont aussi été des combats difficiles que nous avons dû mener avec la santé publique. Mais rien de cela n'est présenté dans le bulletin Vision no 58 de la Direction de la santé publique de l'Estrie.

Le **bulletin Vision no 58 de la Direction de la santé publique de l'Estrie** participe à cette mise en scène gouvernementale qui se veut rassurante. D'abord dans le choix de l'angle (vision positive) et du concept utilisé (la résilience). Mais aussi dans le choix des initiatives à présenter. Ce bulletin nous présente 3 actions « gagnantes » et 20 initiatives « inspirantes » sur le territoire estrien. Est-ce que tout a vraiment été si bien en Estrie dans la dernière année? Comment justifier ce choix d'avoir écarté d'emblée les actions et initiatives moins positives? Pourquoi ce choix de la part de la santé publique, un organisme du réseau public censé être indépendant?

Ce bulletin présente selon nous une vision plutôt idyllique et biaisée de la réalité sans aucune analyse critique en omettant de se pencher sur les moins bons coups et les nombreux obstacles et enjeux rencontrés sur le terrain. Il est important de mettre de l'avant les bons coups et les initiatives positives, mais il est aussi important d'apprendre de nos erreurs afin de ne pas les reproduire.

C'est pourquoi nous souhaitons, avec ce premier OFF Bulletin, éclairer cet angle mort qui est absent dans la vision de la santé publique et apporter une vision plus globale et régionale des impacts de la pandémie en Estrie sur le milieu de l'action communautaire autonome (ACA).

PANDÉMIE DE COVID-19 : DE LA PRÉVENTION À LA GESTION DU RISQUE

Nous avons vu que le rôle de la santé publique est d'agir en prévention des risques. Or, la résilience n'est pas un outil de prévention des risques mais plutôt un outil de gestion des risques et des catastrophes. On ne pense pas en amont de la crise mais depuis la crise. Et on s'intéresse à la capacité des plus fort•e•s à s'y adapter, et non au risque contre lequel il faudrait prémunir le plus grand nombre.

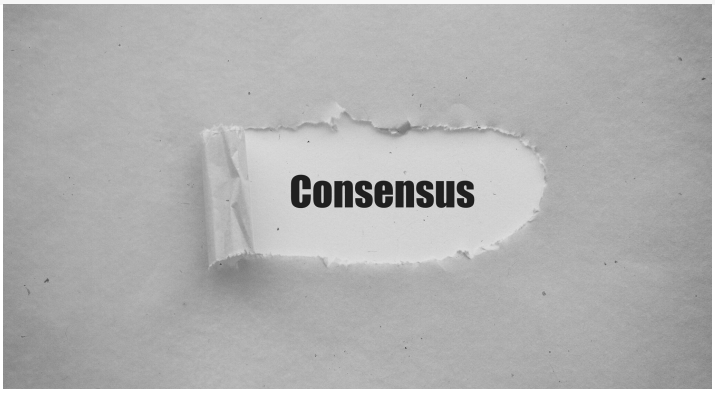
Cet outil repose sur l'adaptation des individus, et sur leur capacité à prendre sur eux pour se reconstruire après une catastrophe et revenir à la normale, c'est-à-dire à leur état avant la crise. Cette reconstruction n'implique donc aucune remise en question de la vie normale, de l'état avant la crise. On peut donc supposer qu'une personne qui souffrait d'insécurité alimentaire avant la pandémie, en souffrira autant sinon plus après. La résilience ne permet pas de déterminer les causes profondes de la pandémie mais cherche à voir qui s'en sortira le mieux.

Pourquoi choisir d'aborder la pandémie sous l'angle de la résilience si cela ne permet pas d'en déterminer les causes profondes? Ce choix nous semble motivé par des intérêts politiques.

RÉSISTER VERSUS S'ADAPTER : L'AUDACE DE DÉPASSER LA VISION RÉSILIENTE DE L'ÉTAT

Politiquement, la résilience fabrique du consensus. Son objectif est de favoriser l'adhésion du plus grand nombre et l'adaptation des comportements et d'éviter toutes formes de dissensus, de confrontation et d'établissement d'un rapport de force. La résilience relève d'une logique d'adaptation et de préparation des populations en cas de catastrophes qui, en postulant que des événements extrêmes sont tout à fait possibles et probables et qu'il convient de s'y préparer, contribue à normaliser et à légitimer le fait que nous vivons dans un monde profondément inégalitaire et affecté par les changements climatiques qui provoqueront de plus en plus de catastrophes. Ce processus de normalisation émane d'une volonté de contrôle de la population. La résilience tient compte du dynamisme des systèmes, mais évacue les rapports et enjeux de domination et oublie de se questionner sur les déséquilibres.

Nous voyons donc le choix de la résilience comme une stratégie argumentaire utilisée pour réduire les impacts individuels de la crise et étouffer la grogne sociale. À partir du moment où les gens considèrent comme « normal » ce monde injuste et pollué, ils risquent moins de vouloir le changer.



Alors que la pandémie devrait être un temps et un espace collectif propice aux remises en cause, à des réflexions profondes sur comment transformer notre monde pour réduire les inégalités et essayer d'amoindrir les effets de telles catastrophes, la résilience nous invite plutôt à sauter cette étape pourtant primordiale et propice au changement social pour passer au plus vite à l'étape de reconstruction et de réorganisation individuelle. C'est vrai que le fait de sauter cette étape peut avoir un avantage si notre objectif est d'éviter les changements profonds et de conserver essentiellement le même système, la même structure, les mêmes avantages, les mêmes identités et les mêmes capacités d'action et de réaction…

Lors de la démarche de collecte de données réalisée par l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), plusieurs enjeux liés aux causes de cette pandémie et aux obstacles et problèmes vécus sur le terrain ont été mentionnés par les différents acteurs et partenaires impliqués lors du processus de consultation. Pourtant, aucune de ces données ne se retrouve dans le bulletin Vision no 58 de la santé publique. Pourquoi ne pas avoir adressé ces lacunes au gouvernement? On ne peut que sentir sur le terrain un manque de volonté de faire réellement changer les choses en profondeur.

On s'entend que la pandémie n'a pas mené à une grande révolte sociale. Mais elle n'a pas plus fait émerger de grandes transformations sociales positives qu'il serait pourtant plus que jamais urgent de faire. Et si le tissu social a tenu bon, c'est en grande partie grâce à l'existence des organismes d'action communautaire autonome qui, malgré les embûches, se sont retroussés les manches pour assurer la prise en charge des besoins de la population. Nos attentes envers la santé publique étaient de nous aider à faire notre travail de transformation sociale pour les populations en situation de vulnérabilité en revendiquant à nos côtés les transformations profondes qui s'imposent. Les voies d'avenir vers une sortie de crise sont pourtant bien connues : ce sont celles des sociétés qui arriveront à faire primer la solidarité et la justice sociale au détriment d'une vision néolibérale valorisant uniquement l'économie, le profit et la concentration des pouvoirs.

LA RÉSILIENCE : UNE STRATÉGIE POUR BIEN PARAÎTRE

Toute la gestion de la crise révèle d'ailleurs une sérieuse désorganisation du réseau de la santé due à des années d'austérité. Pourtant, à la lecture du bulletin Vision no 58 de la Direction de la santé publique de l'Estrie, rien de cette désorganisation ne paraît. Car la résilience a aussi cet avantage bien pratique de faire paraître organisé quiconque ne l'est pas.

À la page 3 du bulletin, la santé publique présente 4 grands principes reconnus pour favoriser la résilience collective en contexte de pandémie. Un de ces principes est de soutenir les connexions sociales dans les communautés. **Pourquoi la santé publique a délesté les organisateurs et organisatrices communautaires de leurs fonctions habituelles de soutien des différentes tables de concertation alors qu'elle affirme elle-même qu'il s'agit d'un élément majeur dans la résilience collective?**

À un moment où les groupes d'ACA avaient le plus besoin de support et de cohésion, le choix a été fait de prioriser les soins et de réaffecter le personnel à d'autres tâches que celui de soutenir et accompagner les groupes sur le terrain. Cette désorganisation des réseaux existants a eu des effets négatifs considérables sur la capacité des groupes à se réorganiser.

C'est pourquoi le ROC Estrie a initié une cellule de crise COVID pour soutenir les groupes dans la réorganisation de leurs activités. Pour ce faire, nous avons interpellé différents partenaires comme le CIUSSS, le Service d'organisation communautaire de la santé publique, les Corporations de développement communautaire (CDC) ainsi que Centraide Estrie qui participaient de façon ponctuelle. C'est donc le ROC Estrie qui, face au désengagement de son mandat de soutien par la santé publique, a assumé un leadership régional important pour assurer une bonne circulation de l'information dans l'ensemble de la région et auprès des populations.

Cette cellule de crise a été très active et a pris la forme de rencontres hebdomadaires pour répondre aux différents besoins, enjeux et défis soulevés par la pandémie. Cette réponse nécessaire aux besoins urgents repose toutefois sur une vision plutôt utilitariste des groupes d'ACA que nous déplorons. Bien qu'essentielle en temps de pandémie, cette vision est en contradiction avec nos façons habituelles de travailler. Et cela contribue à accentuer encore davantage la tendance lourde des dernières années au glissement vers le service au détriment d'une réelle approche globale de transformation sociale. Car les groupes d'ACA ne sont pas là uniquement pour répondre aux besoins ponctuels des populations mais surtout pour apporter un changement global et en profondeur des conditions de vies.

LA RÉSILIENCE : UNE STRATÉGIE DE DÉSENGAGEMENT DE L'ÉTAT

Notre analyse de la gestion de la pandémie nous amène à penser que la résilience est profondément politique : cette manière de penser l'intervention publique depuis la résilience, qui incombe en grande partie à la population, découle d'une vision gouvernementale ou plutôt, de sa façon de se désengager.

Ce glissement de sens de l'idée du risque vers l'idée de la crise est fondamental lorsque vient le moment d'établir et de rechercher les responsabilités. Alors qu'une crise se gère, un risque s'anticipe. Nous avons vu que la résilience individualise la solution ou, en tous cas, l'effort pour y faire face. Nous voyons maintenant comment la résilience mutualise les responsabilités. Ce n'est alors plus le gouvernement qui a failli à sa responsabilité de prévention et d'anticipation du risque dans la gestion de la pandémie mais bien l'individu lui-même qui est responsable de son sort.

Toute cette stratégie de promotion de la résilience a l'avantage de rendre très difficile la désignation des responsables dans la gestion de la pandémie, un avantage non négligeable pour les dirigeants au pouvoir. Surtout quand on connaît tous les ratés dans la gestion de cette pandémie. La lecture du bulletin Vision no 58 de la Direction de la santé publique de l'Estrie nous laisse sur la fausse impression que tout a vraiment bien été en Estrie.

Le fondement même de notre système de services publics repose sur la reconnaissance que nous avons une responsabilité à prendre soin les un·e·s des autres et nous nous attendons à ce que le gouvernement soutienne et applique ce principe. Nous avons besoin d'institutions publiques qui ne font pas qu'assurer la continuité des services mais revendiquent les transformations qui s'imposent.

À partir de quand tolérer les inégalités nous rend-il complices de ces inégalités?

Apparue en 2003 dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et services sociaux, et confirmée en 2005 par la révision de la Loi sur les services de santé et services sociaux, la **responsabilité populationnelle** implique que les autorités ont une responsabilité vis-à-vis du maintien et de l'amélioration de la santé des individus et des populations sur leur territoire. Cette responsabilité, qui incombe au système public, est toutefois partagée avec différents partenaires, dont le milieu communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

ARUP et THE ROCKEFELLER FOUNDATION, (2015), **City Resilience Framework,** Londres : Arup International Development. https://www.rockefellerfoundation.org/report/city-resilience-framework/

AUDET, M. et J. BERNIER, « La communauté au coeur de la santé », **Relations**, no 811, Hiver 2020-2021, p. 22–23.

CHATTERTON, P. et A. CUTLER, (2013), **Un écologisme apolitique? : débat autour de la Transition**, traduit par le Réseau Transition Québec sous la direction de Charlotte Astier ; traduction du texte de Rob Hopkins par Michel Durand, Montréal (Québec) : Éditions Écosociété.

FELLI, Romain, « Adaptation et résilience : critique de la nouvelle éthique de la politique environnementale internationale », **Éthique publique**, vol. 16, n° 1 | 2014,

HÉBERT, Guillaume (2020). « Depuis 2000, la santé publique est le parent pauvre des dépenses en santé au Québec », **Fractures**, Édition COVID-19, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

INSPQ (2005), **Déterminants de la santé.** https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante

LABADIE, Jean-François, « Il faut mettre fin au pillage des ressources en santé publique », **Le Devoir**, 4 juillet 2020. https://www.ledevoir.com/opinion/idees/581885/il-faut-mettre-fin-au-pillage-des-ressources-en-sante-publique

LECLERCQ, Jean-Baptiste, « Dépasser le cadre normatif pour penser son action en termes d'inégalités sociales. Réflexivité collective d'organisateurs et organisatrices communautaires », **Sciences et actions sociales**, no 11, 2019.

MAGIS, K. (2010), **Community Resilience: An Indicator of Social Sustainability,** Society & Natural Resources, 23(5), 401-416.

OEDC (2020), **Étude sur la résilience collective.** https://oedc.qc.ca/etude-sur-la-resilience-collective/

O'SULLIVAN, T. L., KUZIEMSKY, C. E., CORNEIL, W., LEMYRE, L. et FRANCO, Z. (2014), **The EnRiCH Community Resilience Framework for High-Risk Populations**. PLoS Currents.

UQAM. **Qui profite de la réforme de la santé ?** Bilan et perspectives citoyennes, Grand débat de l'Institut en santé et société, 2017, https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/05/grand-debat-iss_28-janvier-2017.pdf