

Analyse socioécologique des interactions entre la pandémie de COVID-19 et les inégalités de santé

SOMMAIRE

2026

AVANT-PROPOS

Ce sommaire présente les principales conclusions du rapport *Analyse socioécologique des interactions entre la pandémie de COVID-19 et les inégalités de santé* publié par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). S'appuyant sur une revue de la littérature portant sur des pays membres de l'OCDE aux profils socioéconomiques similaires à celui du Canada, il explore les interactions entre la COVID-19 et les inégalités de santé préexistantes. Destiné aux professionnels de la santé publique, aux décideurs et aux équipes de préparation aux urgences, il propose des interventions multiniveaux pour promouvoir l'équité, renforcer la résilience et améliorer les réponses aux crises futures en santé publique.

Cette publication s'inscrit dans la programmation scientifique du CCNPPS, financé par l'Agence de la santé publique du Canada et hébergé par l'Institut national de santé publique du Québec.

MESSAGES CLÉS

La revue de la littérature internationale révèle certains constats à travers les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) analysés :

- La COVID-19 a touché de façon disproportionnée les aînés, les jeunes, les minorités ethniques, les personnes avec maladies chroniques et les femmes, particulièrement les proches aidantes, avec de forts impacts sur leur santé mentale.
- Les relations interpersonnelles ont été fragilisées par l'isolement ou le surpeuplement dans les logements, affectant surtout les groupes marginalisés sans réseaux de soutien.
- La suspension des services communautaires et scolaires a accru les inégalités, notamment pour les enfants de familles à faible revenu.
- Les confinements et fermetures ont particulièrement touché les travailleurs essentiels issus de minorités.
- Les interventions de santé publique doivent être adaptables, multiniveaux et axées sur l'équité, en ciblant les groupes les plus vulnérables.



1 INTRODUCTION

Déclenchée à la fin de 2019 par l'éclosion du nouveau coronavirus SARS-CoV-2, la pandémie de COVID-19 s'est rapidement intensifiée pour devenir l'une des pires crises sanitaires mondiales de l'ère moderne (Sawicka *et al.*, 2022). Originaire de Wuhan, en Chine, le virus a rapidement traversé les frontières, submergé les systèmes de santé et perturbé tous les aspects de la vie quotidienne. Pour freiner sa propagation, les gouvernements du monde entier ont été contraints de mettre en œuvre des mesures de confinement, de quarantaine et de distanciation sociale (Cucinotta et Vanelli, 2020). Si ces mesures étaient indispensables pour atténuer l'impact du virus, elles ont simultanément exposé des inégalités profondément enracinées dans nos sociétés, en particulier chez les populations les plus vulnérables (Bambra *et al.*, 2020).

Même avant la pandémie, de nombreux groupes défavorisés – des minorités ethniques aux familles à faible revenu, en passant par les personnes souffrant de maladies préexistantes – devaient surmonter d'importants obstacles en matière de soins de santé, de possibilités économiques et de mobilité sociale. L'émergence de la COVID-19 n'a fait qu'accroître ces défis (Green *et al.*, 2021). Les populations marginalisées ont été confrontées à des taux d'infection plus élevés, à un accès restreint aux soins de santé et à des résultats en matière de santé généralement inférieurs, ce qui a renforcé ce qu'on a appelé une « syndémie ». Ce terme, initialement proposé dans les années 1990 par l'anthropologue médical Merrill Singer, désigne l'interaction synergique de facteurs biologiques (ici, le virus) et d'inégalités sociales qui aggravent des résultats en matière de santé déjà négatifs (Singer *et al.*, 2017).

Pour comprendre la nature « syndémique » de la COVID-19, il faut recourir à un cadre analytique global. Ce rapport s'appuie ainsi sur le modèle socioécologique (MSE) pour examiner comment l'interaction des comportements individuels, des relations interpersonnelles, des organismes communautaires, des structures sociales et des interventions politiques s'est répercutée sur les résultats en matière de santé durant la pandémie (Bronfenbrenner, 1977). Cette approche multiniveau met en lumière la complexité des répercussions de la COVID-19 tout en soulignant l'urgence de déployer des interventions de santé publique ciblées et multidimensionnelles.

2 OBJECTIFS ET JUSTIFICATIONS

Les objectifs du rapport complet sont les suivants :

1. Analyser, à l'aide d'une approche syndémique, les manières dont la pandémie de COVID-19 et les mesures politiques qui en ont découlé ont exacerbé les inégalités de santé.
2. Dégager une compréhension globale des interactions entre les comportements individuels, les relations sociales, les structures organisationnelles et les contextes sociaux durant la pandémie.
3. Contribuer à l'élaboration de stratégies de santé publique équitables en préconisant des interventions multidimensionnelles pour affronter de futures crises sanitaires.

Le MSE permet d'établir la façon dont différentes couches sociales (niveau du microsystème ou individuel, niveau du mésosystème ou interpersonnel, niveau de l'exosystème ou communautaire, niveau du macrosystème ou institutionnel, et dimension temporelle du chronosystème) ont contribué aux effets différentiels de la pandémie. Cette approche permet de veiller à ce que les stratégies en matière de politiques incluent des mesures à court et à long terme qui visent à améliorer les résultats en matière de santé des communautés défavorisées.

3 MÉTHODES

Cette recherche repose sur une revue de littérature dirigée qui a permis de sélectionner stratégiquement les études les plus pertinentes sur les thèmes de la pandémie et des inégalités de santé (Cook, 2019). Elle a puisé dans plusieurs bases de données universitaires, dont Ovid MEDLINE et SocINDEX, pour assurer le recensement exhaustif des documents.

Parmi les termes de recherche figuraient « COVID-19 », « inégalités de santé », « interactions syndémiques » et « politique de santé publique ». Les études comprenaient des articles évalués par les pairs, des rapports gouvernementaux et des analyses qualitatives axées sur les populations défavorisées touchées par la pandémie. Les critères de sélection priorisaient les populations des pays de l'OCDE et les communautés marginalisées comme les familles à faible revenu, les minorités ethniques et les personnes souffrant de maladies chroniques.

Un rigoureux processus de sélection préliminaire a permis d'examiner plus de 1 000 études. Après l'évaluation de leur contenu intégral, 126 études ont été retenues pour une analyse détaillée. L'extraction des données visait à recenser les facteurs socioécologiques contribuant aux inégalités de santé, puis à les catégoriser selon le cadre de référence proposé par le MSE (microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème et dimensions du chronosystème).

Les études retenues ont été menées dans des pays de l'OCDE présentant des conditions socio-économiques similaires à celles du Canada, mais ni les résultats tels que synthétisés ici, ni l'analyse présentée dans le rapport long de doivent être considérés comme spécifiques à un contexte social ou politiques particulier.

4 RÉSULTATS

4.1 Caractéristiques des études

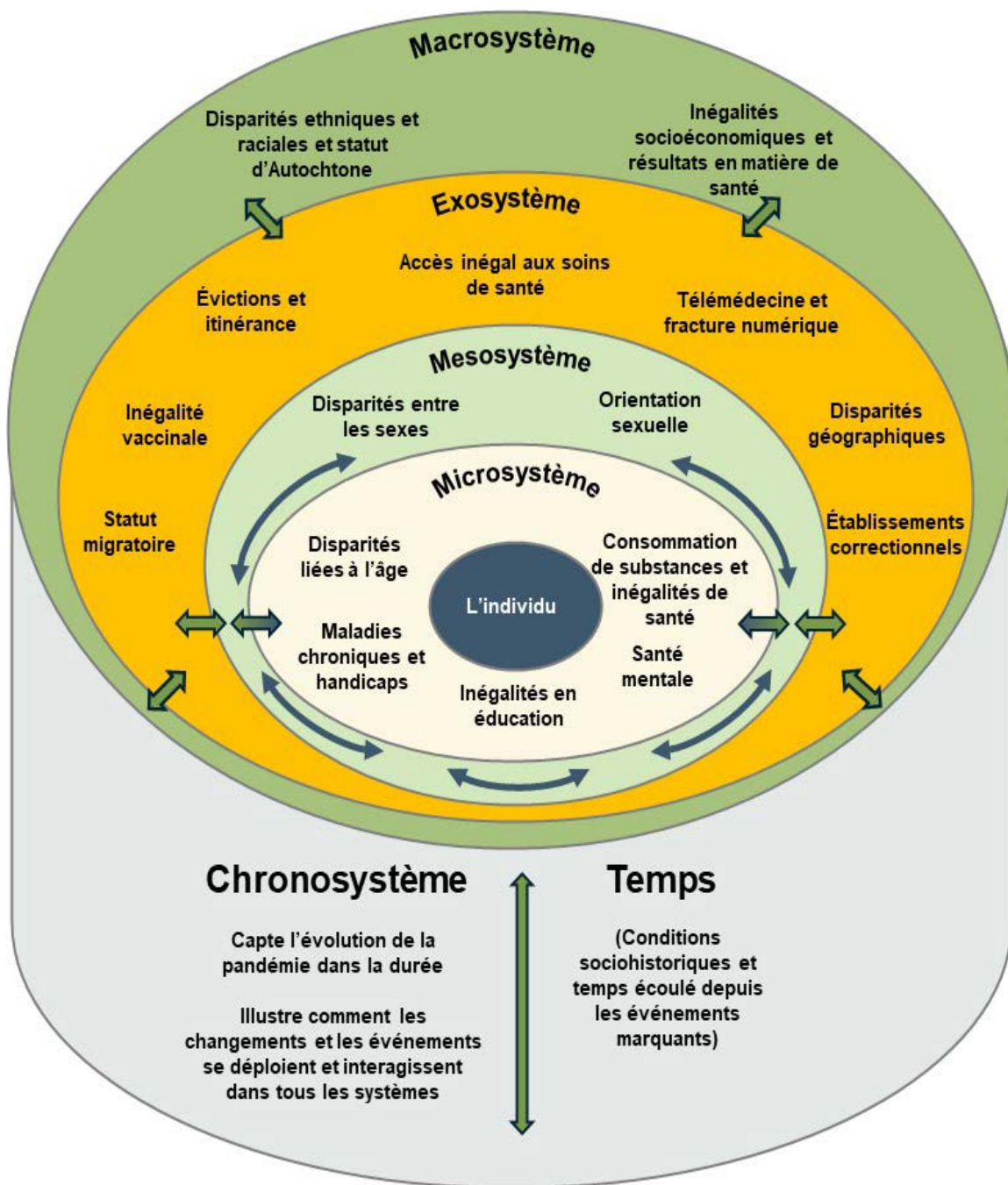
Les 126 études examinées ont été menées de 2020 à 2023. Elles couvrent une vaste gamme de lieux géographiques parmi les pays de l'OCDE et concernent principalement les populations marginalisées, notamment les minorités ethniques, les ménages à faible revenu ainsi que les personnes réfugiées, âgées ou souffrant de maladies chroniques. Ces études analysent l'incidence disproportionnée de la COVID-19 sur ces groupes et révèlent d'importantes disparités touchant l'accès aux soins de santé, les effets du virus et la résilience économique.

PRÉCISIONS SUR LA TERMINOLOGIE EMPLOYÉE

Les publications présentées dans ce rapport utilisent des expressions variées pour décrire les différences sur le plan des avantages entre divers groupes de population, tant en matière de santé (en général) que dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (en particulier). Le CCNPPS utilise le plus souvent l'expression « inégalités de santé » pour parler des différences entre les groupes en ce qui a trait aux résultats sociaux ou en matière de santé. Cependant, d'autres expressions couramment utilisées, telles que « disparités de santé » ou « iniquités de santé », apparaissent fréquemment dans les sources examinées, souvent sans définition explicite. C'est pourquoi nous avons tenté d'intégrer cette variété afin de ne pas altérer le sens voulu par les auteurs (en adoptant, par exemple, un terme unique qui n'était pas utilisé de manière uniforme). C'est également le cas pour certains termes utilisés pour différencier les catégories, car ceux-ci changent parfois dans des contextes différents. Par exemple, « hispanique » est plus couramment utilisé comme catégorie ethnique ou raciale aux États-Unis qu'en Europe. De plus, l'emploi de « 2ELGBTQI+ » est maintenant répandu au Canada, mais pas nécessairement ailleurs, alors l'expression peut ne pas être utilisée de manière uniforme. Aussi, certaines études font référence aux « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » tandis que d'autres utilisent « homosexuel » ou « LGBT ». Nous avons fait de notre mieux pour utiliser ces termes de manière cohérente avec les études examinées et espérons avoir trouvé un équilibre entre clarté et précision.

Les résultats sont présentés selon le MSE et catégorisés en fonction des niveaux suivants : microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème et chronosystème. Chaque niveau offre une perspective unique pour comprendre les interactions complexes entre la COVID-19 et les inégalités sociales.

Figure 1 Modèle socioécologique des interactions entre la pandémie de COVID-19 et les inégalités de santé



Modèle socioécologique des interactions entre la pandémie de COVID-19 et les inégalités de santé. Adapté de la théorie des systèmes écologiques de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1977), avec des résultats découlant de la présente étude. Sous licence *Creative Commons* – Attribution ([CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)).

4.2 Niveau du microsysteme (comportements individuels)

Le niveau du microsysteme est centré sur les caractéristiques individuelles, de l'âge au sexe en passant par la race, l'origine ethnique et les maladies sous-jacentes, de manière à cerner leur influence sur les risques et les effets de la pandémie chez les individus. Les inégalités de santé étaient particulièrement évidentes à ce niveau, puisque la pandémie a affecté de façon disproportionnée certains groupes en fonction de ces facteurs personnels.

L'âge a constitué un important déterminant des résultats en matière de santé. Les personnes âgées étaient ainsi exposées à un risque accru de maladies graves et de mortalité, surtout celles qui souffraient de maladies préexistantes comme le diabète, l'hypertension et les maladies respiratoires. Bien que préconisées pour préserver leur santé physique, certaines mesures protectrices comme le coconage ont souvent entraîné l'isolement, le déclin cognitif et la détérioration de la santé mentale des personnes âgées, en particulier dans les établissements de soins de longue durée. Cet isolement social a accentué le sentiment de solitude, la dépression ainsi que la détérioration physique et psychologique. La télémédecine offrait une solution de rechange, mais elle n'était pas toujours accessible aux personnes âgées, surtout celles qui maîtrisent mal les outils informatiques. La fracture numérique a ainsi aggravé les résultats en matière de santé de cette population.

Les disparités entre les sexes étaient également marquées. Les femmes, surtout lorsqu'elles avaient des responsabilités de soins ou travaillaient dans des services essentiels comme les soins de santé, ont vu leur santé physique et mentale particulièrement éprouvée. Les proches aidantes ont vécu davantage de stress, d'anxiété et de surmenage en raison des fermetures d'écoles et des exigences de garde d'enfants qui en découlaient. L'insécurité financière causée par les pertes d'emploi a affecté les femmes de façon disproportionnée, surtout celles qui occupaient un poste à faible salaire, ce qui a exacerbé encore davantage les problèmes de santé mentale. La violence conjugale a aussi fortement augmenté pendant les confinements, plusieurs femmes se retrouvant piégées dans un contexte de maltraitance et dépourvues de leurs réseaux de soutien habituels. Ces problèmes illustrent comment la pandémie a accentué les inégalités entre les sexes au niveau individuel.

Les minorités ethniques et raciales ont connu des taux d'infection, d'hospitalisation et de mortalité plus élevés en raison d'inégalités historiques et structurelles touchant l'accès aux soins de santé et les déterminants sociaux de la santé. Les communautés noires, autochtones ou issues d'autres groupes racisés ont, en particulier, fait face à des défis amplifiés car elles sont plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés, d'occuper des emplois à haut risque et d'avoir un accès restreint aux soins de santé. Les disparités de santé préexistantes dans ces communautés, telles que les taux plus élevés d'hypertension, de diabète et d'obésité, ont favorisé l'apparition de conséquences plus graves de la COVID-19 et creusé le déficit d'équité en santé. La pandémie a ainsi révélé les effets cumulatifs de facteurs de stress sociaux et environnementaux qui désavantagent depuis longtemps ces populations.

La présence de maladies chroniques ou de handicaps a complexifié les résultats individuels au niveau du microsysteme. Les personnes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques s'exposaient à des risques plus élevés de complications graves de la COVID-19. Elles ont été affectées de façon disproportionnée par la perturbation des services de santé, notamment les reports de traitement et le passage aux soins virtuels, ce qui a compromis le suivi de leur état. La pandémie a

aussi exposé la vulnérabilité des personnes handicapées vivant en milieu collectif, où les taux d'infection et de mortalité ont été nettement plus élevés que dans l'ensemble de la population.

4.3 Niveau du mésosystème (relations interpersonnelles et intergroupes)

Au niveau du mésosystème, la pandémie de COVID-19 a profondément affecté les relations interpersonnelles au sein des familles, des quartiers et des communautés. Les familles vivant dans des milieux à faible revenu, où les logements surpeuplés sont répandus, ont éprouvé de grandes difficultés à respecter les consignes de distanciation sociale. Étant donné l'exiguïté de leurs espaces de vie, ces communautés étaient plus fortement exposées au virus et ont d'ailleurs affiché des taux d'infection disproportionnés. L'impossibilité de s'isoler au sein des foyers et la nécessité pour les personnes occupant des emplois essentiels de travailler à l'extérieur ont exposé ces familles à des risques plus élevés.

Bien qu'indispensables pour freiner la propagation de la COVID-19, les mesures d'isolement social ont eu de graves conséquences en matière de santé mentale, surtout au sein des groupes marginalisés qui comptaient sur le soutien émotionnel et social offert par leurs réseaux interpersonnels. Les fermetures de centres communautaires, d'écoles et d'autres structures de soutien ont privé de nombreuses personnes vulnérables des ressources dont elles dépendaient. L'isolement a aussi augmenté dans les communautés ayant peu d'accès aux technologies numériques avec le passage aux services, à la formation et aux consultations médicales en ligne. Cette fracture numérique a particulièrement désavantagé les personnes âgées, réfugiées ou à faible revenu, amplifiant leur isolement et restreignant leur accès à des ressources clés comme les soins virtuels et le soutien social.

Au sein de ces ménages, la dynamique entre les sexes s'est aussi radicalement transformée. Déjà en grande partie responsables des tâches de soins, les femmes ont dû assumer des responsabilités supplémentaires pour ce qui est notamment des soins à leurs proches et de la garde des enfants privés d'école. Cet alourdissement de leurs tâches a souvent compromis leur santé mentale, plusieurs ayant souffert de stress, d'anxiété et de surmenage. De surcroît, la priorité qu'elles devaient accorder à ces tâches les a souvent amenées à négliger ou à retarder les soins dont elles-mêmes avaient besoin, ce qui n'a fait qu'aggraver leur état physique et psychologique. Les femmes issues de ménages à faible revenu, en particulier, ont été confrontées aux défis combinés de l'insécurité économique et des responsabilités accrues en matière de soins, ce qui les a rendues particulièrement vulnérables pendant la pandémie.

4.4 Niveau de l'exosystème (structures organisationnelles et communautaires)

Le niveau de l'exosystème permet d'examiner la manière dont les organismes communautaires et les institutions, y compris les écoles, les milieux de travail et le système de santé, se sont adaptés pour répondre aux défis posés par la pandémie de COVID-19. Les perturbations à grande échelle que la pandémie a provoquées – fermetures d'écoles, pertes d'emploi, passage aux services à distance, etc. – ont profondément touché les populations défavorisées et accentué les inégalités préexistantes.

Parmi les répercussions les plus importantes, le passage à l'enseignement en ligne a affecté de façon disproportionnée les enfants issus de ménages à faible revenu qui ne disposaient pas des technologies nécessaires ni de connexion internet fiable. La fracture numérique est alors devenue particulièrement évidente, car les élèves de milieux plus aisés pouvaient poursuivre leurs études sans grande difficulté tandis que les élèves de milieux défavorisés avaient du mal à participer aux environnements d'apprentissage virtuel. Cette disparité a creusé le fossé éducatif entre groupes socioéconomiques et entraîné des conséquences à long terme sur le rendement scolaire et les perspectives d'avenir. Chez beaucoup d'élèves de milieux à faible revenu, l'accès limité aux ressources numériques s'est traduit par des échecs pédagogiques qui pourraient nécessiter des années de rattrapage.

Dans le secteur des soins de santé, les obstacles à franchir pour accéder aux tests, traitements et vaccins étaient particulièrement importants pour les communautés marginalisées. Les minorités raciales et les populations immigrantes ont été confrontées à des obstacles systémiques comme le racisme, les barrières linguistiques et une profonde méfiance à l'égard des établissements de santé. Ces facteurs ont restreint leur accès à des services essentiels liés à la COVID-19 et accentué les disparités de santé en général. Plusieurs membres de ces communautés ont tardé à se faire soigner par crainte d'être victimes de discrimination ou par méconnaissance du système de santé, ce qui a entraîné des répercussions plus graves en cas d'infection. La pandémie a illustré l'urgence de remédier à ces iniquités systémiques au sein des systèmes de santé qui, durant la crise, ont marginalisé encore davantage des groupes déjà vulnérables.

Enfin, la pandémie a mis en évidence les vulnérabilités des personnes à faible revenu et de celles occupant des postes essentiels, qui n'avaient souvent pas accès au télétravail. Ces personnes ont été exposées de manière disproportionnée au virus dans des milieux de travail où les mesures de protection étaient souvent insuffisantes. De plus, les pertes d'emplois dans les secteurs du commerce de détail, de l'hôtellerie et de la fabrication ont touché de façon disproportionnée le personnel à faible revenu, ce qui a accru l'instabilité financière de nombreuses familles. Des inégalités notables en matière de protection et de possibilités d'emploi ont été révélées entre les personnes en télétravail et celles pour qui une telle chose était impossible.

4.5 Niveau du macrosystème (contextes sociétal et politique)

Le niveau du macrosystème permet d'examiner les contextes sociaux et politique qui ont déterminé la réponse à la pandémie et ses répercussions sur différentes populations. Les politiques gouvernementales – par exemple, les mesures de confinement, les mandats de santé publique et les programmes d'aide financière – ont joué un rôle décisif quant aux répercussions de la COVID-19 dans différentes communautés. Les effets de ces politiques ont toutefois été inégaux, souvent au détriment des groupes marginalisés, notamment chez les personnes qui occupaient des emplois essentiels ou mal rémunérés.

Le personnel des services essentiels, souvent issu de minorités raciales, était plus à risque de contracter la COVID-19 étant donné l'impossibilité de travailler à distance. Leurs fonctions dans les secteurs de la santé, du transport, du commerce de détail et des services alimentaires faisaient en sorte que ces personnes étaient plus exposées au virus. La nécessité de travailler en présentiel et l'insuffisance des mesures de protection dans de nombreux milieux de travail ont augmenté leur vulnérabilité.

Parallèlement, les fermetures d'entreprises ont durement touché les secteurs à forte concentration de personnes à faible revenu, notamment l'hôtellerie, le commerce de détail et les services. Ces fermetures ont exacerbé les disparités économiques en supprimant les emplois ou en réduisant les heures de travail de nombreuses personnes, ce qui a fait croître l'instabilité financière et la pauvreté.

Les programmes d'aide financière gouvernementaux, comme les paiements de relance et les prestations d'assurance-emploi, visaient à fournir un soutien pendant la crise. Bien que ces mesures aient apporté un soutien temporaire à certaines personnes, plusieurs populations vulnérables ont éprouvé de la difficulté à y accéder. Les groupes marginalisés – surtout les personnes immigrantes, allophones ou disposant d'un emploi informel – obtenaient difficilement le soutien nécessaire en raison d'obstacles administratifs comme la complexité des processus de demande, les barrières linguistiques et l'imprécision des renseignements. C'est ainsi que ces groupes sont passés à travers les mailles du filet social, ce qui a intensifié leurs difficultés financières durant la pandémie.

Le déploiement de la vaccination, un élément primordial de la réponse à la pandémie, a mis en évidence des inégalités au sein des systèmes de santé. Les populations privilégiées et mieux nanties ont bénéficié d'un accès plus rapide et plus uniforme aux vaccins grâce à de meilleures ressources et infrastructures. À l'inverse, l'accès des populations marginalisées – notamment les minorités raciales, les personnes immigrantes et celles vivant en milieu rural – a été retardé en raison de problèmes logistiques, de biais systémiques et de disparités en matière d'infrastructures de soins de santé. La distribution inégale des vaccins a aussi clairement illustré les inégalités de santé qui ont touché les groupes défavorisés et persisté tout au long de la pandémie.

4.6 Chronosystème (dimension temporelle)

Le chronosystème met l'accent sur le rôle du temps dans l'évolution des résultats en matière de santé, en illustrant notamment l'influence de facteurs évolutifs et historiques sur la progression des inégalités tout au long de la pandémie. Les effets à long terme de la COVID-19 ne sont pas tous connus, mais il est évident que les disparités révélées par la pandémie sont profondément ancrées dans des inégalités sociales et de santé préexistantes. L'évolution accélérée de la pandémie a nécessité des interventions de santé publique tout aussi rapides, ce qui met en évidence le besoin crucial d'adopter au moment opportun des politiques adaptables qui répondent efficacement aux changements de circonstances.

Au fil de la crise sanitaire, les répercussions néfastes cumulées de la pandémie sur certaines populations – en particulier, les minorités raciales et les groupes plus défavorisés sur le plan socioéconomique – sont devenues de plus en plus évidentes. Ces personnes ont affronté des difficultés persistantes telles qu'un chômage prolongé, des problèmes de santé mentale accrus et un accès restreint aux services de santé. L'incidence de ces disparités n'était pas uniforme, mais elle a occasionné au sein de ces populations des conséquences négatives plus profondes et durables.

La dimension temporelle de la pandémie illustre l'importance d'adopter des politiques qui remédient à la crise immédiate tout en anticipant et en atténuant ses effets à long terme. Les besoins des populations vulnérables ont évolué en même temps que les circonstances économiques et sanitaires de la pandémie, ce qui a mis en évidence l'importance de déployer des mesures de soutien et de renforcement de la résilience. Le chronosystème démontre la nécessité de réaliser des interventions de santé publique flexibles qui priorisent les besoins à court terme et le rétablissement à long terme.

5 CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 a servi de catalyseur en révélant et en exacerbant les inégalités de santé préexistantes, ce qui en fait un exemple classique de syndémie. Les interactions entre des facteurs biologiques et sociaux ont fait peser une charge disproportionnée sur les populations défavorisées. Par exemple, les personnes en situation de pauvreté et occupant des emplois précaires ont été plus fortement exposées au virus, tout en disposant d'un accès restreint aux services de soins de santé. Cette analyse multiniveau fondée sur le MSE met en lumière la complexité des répercussions de la pandémie sur les résultats en matière de santé.

La nature syndémique de la COVID-19, caractérisée par les interactions entre plusieurs facteurs de stress sociaux et environnementaux, a illustré l'urgent besoin de déployer des interventions de santé publique qui s'attaquent au virus en tenant compte des déterminants sociaux de la santé.

L'analyse socioécologique a démontré que les répercussions de la pandémie ont été éprouvées à plusieurs niveaux, depuis les facteurs individuels et interpersonnels jusqu'aux structures organisationnelles et sociétales. La lutte contre ces disparités nécessite une approche de santé publique multiniveau qui dépasse le cadre des interventions biomédicales. Afin de veiller à ce que ces interventions soutiennent les plus vulnérables, les futures politiques de santé publique devraient donner la priorité à l'équité en se concentrant sur les besoins particuliers des populations marginalisées.

De plus, les stratégies de santé publique gagneraient à être adaptées à l'évolution des crises et à prévoir un soutien économique et social à long terme, notamment pour les communautés qui se heurtent à des obstacles systémiques en matière de santé et de bien-être.

Compte tenu de l'incidence multiniveau de la pandémie, les décideurs gagneraient à mettre en œuvre des stratégies d'intervention multidimensionnelles, notamment aux fins suivantes :

- Garantir un accès équitable aux services de soins de santé, y compris aux vaccins, pour les communautés marginalisées;
- Renforcer certains éléments du filet social comme les prestations d'assurance-chômage et les programmes de sécurité alimentaire afin d'assurer un meilleur soutien pendant et après les crises;
- Élargir l'accès aux services de santé mentale, en particulier pour les personnes disproportionnellement touchées par les retombées socioéconomiques de la pandémie;
- Élaborer des programmes de santé publique communautaires qui ciblent les besoins particuliers des minorités raciales, des personnes réfugiées et des populations à faible revenu.

Ce rapport met en lumière les connaissances actuelles tout en soulignant la nécessité de poursuivre les recherches sur les interactions syndémiques dans différents contextes et sur les effets à long terme des stratégies de santé publique adoptées durant la pandémie. Ces recherches devraient viser la conception de modèles prédictifs pour améliorer la préparation aux situations de crise tout en privilégiant l'équité et la justice sociale. Ces conclusions illustrent l'importance d'adopter des approches multiniveaux et culturellement adaptées, puis d'en tirer des leçons afin d'orienter les futures interventions de santé publique de manière à traiter efficacement les répercussions immédiates et à long terme des pandémies.

RÉFÉRENCES

- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. et Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2020-214401. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.32.7.513>
- Cook, D. A. (2019). Systematic and Nonsystematic Reviews: Choosing an Approach. In *Healthcare Simulation Research* (pp. 55-60). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26837-4_8
- Cucinotta, D. et Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomedica*, 91(1), 157-160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Green, H., Fernandez, R. et MacPhail, C. (2021). The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nursing*, 38(6), 942-952. Retrieved from <http://10.0.4.87/phn.12959>
- Sawicka, B., Aslan, I., Della Corte, V., Periasamy, A., Krishnamurthy, S. K., Mohammed, A., ... Umachandran, K. (2022). The coronavirus global pandemic and its impacts on society. In *Coronavirus Drug Discovery* (pp. 267-311). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85156-5.00037-7>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. et Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)

Analyse socioécologique des interactions entre la pandémie de COVID-19 et les inégalités de santé – Sommaire

AUTEUR ET AUTRICE

Willy Dunbar et Val Morrison
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

SOUS LA COORDINATION DE

Marianne Jacques
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COLLABORATION

Karine Hébert
Affaires publiques, communications et transfert des connaissances, Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Claire Betker
Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Julie St-Pierre
Affaires publiques, communications et transfert des connaissances, Institut national de santé publique du Québec

Lara Gautier
Université de Montréal

Gillian Connelly et Inge Roosendaal
Santé Publique Ottawa

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version pré finale de ce feuillet et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'auteur et l'autrice ainsi que les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts, et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

SOUTIEN À L'ÉDITION

Mylène Maguire
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

CITATION SUGGÉRÉE

Dunbar, W. et Morrison, V. (2026). *Analyse socioécologique des interactions entre la pandémie de COVID-19 et les inégalités de santé. Sommaire*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par l'intermédiaire du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'ASPC.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03501-0 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-555-03500-3 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/MZWJ7277>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3796 - Sommaire