

La vulnérabilité lors d'une pandémie de grippe : au-delà du risque médical

Octobre 2010

Auteurs :

Tracey O'Sullivan et Maxime Bourgoin

Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada

Sommaire

Les cadres de gestion des urgences actuels exigent qu'on reconnaisse la nécessité de pourvoir aux besoins des membres de la communauté les plus vulnérables et les plus exposés au risque [1-3]. Toutefois, la reconnaissance des personnes à risque est un problème qui se pose au secteur de la gestion des urgences depuis des décennies, notamment dans le contexte d'une pandémie de grippe [4-7]. Comme on a pu l'observer durant la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et l'écllosion de SRAS de 2003, beaucoup d'efforts ont été consacrés à l'époque à la protection des membres de la communauté exposés à des risques particulièrement élevés de complications médicales associées au virus ou à la bactérie. Par ailleurs, il importe de considérer la vulnérabilité à travers la loupe des déterminants sociaux de la santé, lesquels influent sur la résilience au jour le jour et peuvent exacerber les répercussions d'une catastrophe [8-9]. Cet article entreprend un survol de la documentation traitant de la façon dont les déterminants sociaux de la santé influent sur le risque lors des pandémies de grippe et se concentre sur la vulnérabilité sociale plutôt que sur les complications médicales.

La documentation étudiée en vue de la rédaction de cet article donne révéle que, dans le contexte d'une pandémie, on se trouve en présence d'un *gradient social de risque*, lequel est fonction de vulnérabilités sociales susceptibles de se traduire par une exposition accrue à la contagion, un risque de non-satisfaction des besoins humains élémentaires, une insuffisance des mesures de soutien et une inadéquation du traitement. Dans cette optique, l'organisation de cet examen de la documentation adopte la plupart des catégories propres au Cadre des déterminants sociaux de la santé mentionnés par Mikkonen et Raphael [10]. Les différents risques peuvent être rangés dans les catégories suivantes : a) revenu et répartition du revenu; b) environnement social et physique; c) éducation et alphabétisation; d) conditions d'emploi et de travail; e) situation financière en début de vie et développement de l'enfant; f) origine ethnique, culture et langue; g) âge et 'incapacité h) sexe; i) accès aux services de santé.

Dans le Cadre des déterminants sociaux de la santé [10], le revenu et la répartition du revenu sont les déterminants les plus marquants, surtout parce qu'ils recourent les autres déterminants et exacerbent ainsi le risque [6]. Le manque d'accès aux ressources financières influe sur l'exposition à la contagion, sur l'accès aux soins de soutien, sur le filet de sécurité sociale de l'individu durant la pandémie et sur le comportement eu égard à la démarche visant l'obtention de soins de santé [11-16].

Le lieu géographique de résidence, les conditions de vie et le contexte social de vie des personnes exercent tous une influence sur la susceptibilité au risque durant la pandémie de grippe en influant sur l'exposition à la contagion, la capacité de satisfaire ses besoins élémentaires et l'accès aux mesures de soutien. L'environnement social peut prendre la forme d'une vie dans un logement surpeuplé [17-19], de niveaux élevés d'interaction sociale [20-21], de dépendance à l'égard d'autres personnes pour les soins personnels quotidiens [22] ou de facteurs touchant le mode de vie, comme le recours aux drogues injectées [23].

Les personnes faiblement alphabétisées ont été identifiées par Enarson et Walsh [24] comme constituant une population à risque élevé. Dans le contexte d'une pandémie, la capacité de

comprendre les communications liées au risque de santé publique et de tenir compte des recommandations est essentielle pour réduire l'exposition à la contagion, pour surveiller les symptômes et pour rechercher les soins adéquats. Semenza et Giesecke [25] ont également identifié les personnes faiblement scolarisées comme groupe exposé à des risques élevés et souffrant de façon disproportionnée de certaines maladies, entre autres de troubles respiratoires comme la grippe.

Les conditions d'emploi et de travail sont une catégorie fortement indicatrice du risque auquel est exposée une personne durant une pandémie. Le type d'emploi, la sécurité du revenu, l'accès à des avantages sociaux (c'est-à-dire un filet de sécurité sociale au cas où l'employé est malade ou doit rester à la maison pour prodiguer des soins), l'exposition à la contagion au travail, la pression au travail, les exigences posées aux prestataires de services essentiels ainsi que les défis associés à la gestion de conflits à rôles multiples, tout cela conditionne la vulnérabilité et la résilience en cas de pandémie [8, 17, 26-38].

Dans le cadre de la planification face à une pandémie, très peu de plans de lutte tiennent compte directement des besoins des enfants [39-40]. Pourtant, les enfants sont reconnus comme une population à risque élevé à cause de leurs besoins fonctionnels en matière de supervision, de transport, de soutien psychosocial et de communication, ainsi que de leur incapacité de vivre de façon autonome [17, 24, 41]. Le système immunitaire des enfants est moins développé que celui des adultes. Durant une pandémie, les enfants sont donc souvent identifiés comme population à risque élevé de maladies graves ou de complications découlant de la vaccination [42]. Toutefois, les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés concernent le développement ainsi que la capacité de faire face aux impacts sociaux de la pandémie et aux autres bioévénements [43-44].

Le risque en cas de pandémie est influencé par l'origine ethnique, la culture et la langue [11, 24, 40, 43, 45-46]. Dans cette revue de la documentation scientifique, les constatations générales ayant trait à l'origine ethnique, à la culture et à la langue en tant que facteurs de risque sont notamment : a) les comportements eu égard à la démarche visant l'obtention de soins de santé et à la vaccination au sein des groupes ethniques, notamment chez les immigrants; b) le manque de sensibilisation au risque et la méfiance à l'égard des professionnels de la santé et les croyances face à la vaccination et à l'accès aux soins; c) les taux d'hospitalisation plus élevés au sein des populations autochtones; d) les barrières linguistiques et culturelles influant négativement sur la réception et la compréhension des informations sur la santé; e) la discrimination et la stigmatisation à l'égard des populations asiatiques à l'occasion des éclosions de maladies originaires d'Asie.

Enarson et Walsh [24] ont identifié les personnes âgées comme étant une des dix populations à haut risque au Canada, et on reconnaît de plus en plus que la plupart des plans d'urgence ne répondent pas adéquatement aux besoins des personnes âgées et de celles qui souffrent d'incapacité [40]. La perte d'autonomie, le manque de ressources financières, la mobilité réduite et l'isolement social, voilà des facteurs qui expliquent la vulnérabilité de ces populations [16, 25]. Pour la personne qui dépend d'autrui pour ses soins personnels et pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne, les répercussions socio-économiques d'une pandémie représentent des difficultés importantes dans le fait de trouver les soutiens adéquats.

Bien qu'il ne soit pas identifié comme tel, le sexe est un thème évident de la documentation scientifique. Il est considéré comme un facteur de risque déterminant la vulnérabilité face à la pandémie à cause de son interaction avec tous les autres déterminants sociaux de la santé et du besoin reconnu de considérer le sexe comme thème convergent en matière de vulnérabilité face à la pandémie. [47].

La dernière catégorie présentée pour cerner les personnes exposées à des risques accrus pendant une pandémie est l'accès aux services de santé. Il s'agit de savoir si une personne a accès à un vaccin ou à un traitement contre la grippe ou a d'autres problèmes de santé pendant une pandémie de grippe. L'accès aux services de santé est un enjeu majeur pendant une pandémie et nécessite un cadre de travail éthique fondé sur l'équité [48]. On prévoit un épuisement possible des ressources en soins de santé quelques semaines seulement après la gestion de la demande de soins accrue pendant une pandémie de grippe [48]. Comme une pandémie dure souvent longtemps et peut être suivie d'une deuxième vague qui impose des exigences supplémentaires sur un système de santé déjà épuisé [49-50], les effets sur ce dernier peuvent être significatifs.

Les constatations découlant de cet examen de la documentation scientifique semblent indiquer la nécessité de pousser les recherches sur l'interaction entre les déterminants sociaux de la santé dans la préparation face à la pandémie, dans les interventions pratiquées face à elle et dans la récupération. À l'avenir, les recherches devraient permettre d'approfondir les connaissances de ces déterminants afin d'élaborer des solutions permettant de faire face à ces facteurs de risque et d'aider les preneurs de décisions et les organisations dispensatrices de services dans leurs efforts pour répondre aux besoins reconnus des populations aux prises avec une pandémie de grippe.

Introduction

La pandémie de grippe H1N1 a attiré l'attention sur la nécessité pour les communautés et les pays de se préparer aux grandes poussées évolutives de la maladie, lesquelles ont heureusement été rares et fort espacées au cours des récentes décennies. Les cadres de gestion des urgences actuels exigent qu'on reconnaisse la nécessité de pourvoir aux besoins des membres de la communauté les plus vulnérables et les plus exposés au risque [1-3]. Toutefois, la reconnaissance des personnes à risque est un problème qui se pose au secteur de la gestion des urgences depuis des décennies [4-5], et il n'existe pas de définition universelle permettant de cerner les populations vulnérables [6-7], surtout dans le contexte d'une pandémie de grippe.

La planification de la réponse à la pandémie de grippe a grandement évolué au cours des cinq dernières années, et il est reconnu que la préparation face à la pandémie est unique, comparativement à d'autres désastres, et qu'elle doit prendre en considération la durée prolongée de l'éclosion. Les perturbations probables des services et du fonctionnement des entreprises découlant d'un important absentéisme dans tous les secteurs sont très préoccupantes, et elles ont des répercussions sur la prestation des services essentiels et sur la stabilité de l'économie [35, 49]. Alors que certaines autres catastrophes (ouragans, inondations, séismes, explosions, etc.) ont des répercussions généralement soudaines, par exemple des décès nombreux ou des dommages importants aux infrastructures physiques, une pandémie entraîne des conséquences qui se constatent plus lentement, à mesure que les gens tombent malades. À mesure que s'accroît le nombre de personnes infectées, les pressions sur le système de soins de santé augmentent, et les répercussions socio-économiques se font de plus en plus sentir [48, 51]. Comme le rappelle Dauphinee [51], une pandémie exige une « réponse plus soutenue, car ses répercussions sont plus prolongées que celles d'un événement à caractère immédiat et entraînant de nombreux blessés » (p. 38).

Le risque de transmission de la maladie et la durée de l'événement, voilà deux différences importantes entre la pandémie et les autres catastrophes susceptibles de frapper une société. Ces caractéristiques influent sur le type de répercussions qu'une pandémie exerce sur les membres d'une communauté, notamment sur ses sujets les plus vulnérables. La planification de la réponse à la pandémie appelle une « approche sociétale globale » [2], qui va au-delà de la sphère médicale et qui prend en considération ses répercussions psychosociales et socio-économiques plus profondes sur la population.

Les éventuelles répercussions négatives d'une pandémie sont notamment un absentéisme important compromettant la disponibilité des services essentiels (par exemple eau, électricité, approvisionnement alimentaire, services correctionnels, soins personnels, supervision et interventions d'urgence). Bien des gens dépendent quotidiennement de ces services. Sans la pleine capacité de fournir ces services essentiels, la supervision des personnes atteintes de déficiences cognitives ou des personnes qui ont besoin de surveillance (par exemple celles détenues dans le système carcéral) risque d'être compromise. De plus, des effets indésirables de la pandémie sur la santé peuvent se manifester lorsque des besoins en matière de soins personnels ne sont pas satisfaits (pouvant prendre la forme d'infections lorsque les bandages ne sont pas changés ou de détérioration des conditions de santé chronique lorsque la prestation de

soins à domicile est perturbée). Pour les personnes dépendant du soutien accordé quotidiennement par des prestataires de services tels les banques alimentaires, les refuges ou les soins à domicile, une interruption des services essentiels, ne serait-ce que pendant une journée ou deux, peut avoir des conséquences dévastatrices [52].

Comme on l'a observé lors de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 et la pandémie de grippe H1N1 de 2009, beaucoup d'efforts ont été consacrés à la protection des membres de la communauté exposés à des risques particulièrement élevés de complications médicales associées au virus ou à la bactérie. Toutefois, il importe aussi de reconnaître et de définir les segments de la population exposés à des risques accrus de vulnérabilité durant une écloision à cause de l'interaction entre les déterminants sociaux de la santé [8-9]. Il peut s'agir de personnes : défavorisées sur le plan social (vivant par exemple de l'insécurité financière et dépourvue de filet de sécurité sociale), faiblement alphabétisées, aux prises avec des dépendances ou présentant des limitations fonctionnelles qui compromettent la capacité de vivre de façon indépendante et de satisfaire les besoins essentiels. L'accumulation des vulnérabilités sociales risque de compromettre la capacité d'atténuer le risque en se conformant aux lignes directrices sur la santé, ainsi que la capacité de faire face aux impacts sociétaux d'une pandémie [14]. Certaines communautés ont fait des efforts pour répondre au problème en créant des plans interorganismes qui répondent aux besoins de certains sous-groupes [53]. À la lumière de ces circonstances, cet article entend résumer la documentation traitant de la façon dont les déterminants sociaux de la santé influent sur le risque dans les pandémies de grippe et se concentrer sur la vulnérabilité sociale plutôt que sur les complications médicales.

Méthode

Cette étude se penche sur la documentation pertinente parue entre 1918 et 2010, même si la majeure partie de la littérature étudiant la question de la vulnérabilité à travers un prisme psychosocial a été publiée durant la dernière décennie en réaction aux menaces d'écllosion de SRAS, de grippe H5N1 et de grippe H1N1. On a exploré la documentation spécialisée dans les bases de données suivantes en utilisant des mots clés et les termes de la liste MeSH : Medline, PubMed, SCOPUS et CINAHL. On a effectué d'autres recherches en ligne dans la littérature grise ainsi que des recherches spéciales dans la revue *American Journal of Public Health*, de nombreuses autres revues traitant plus particulièrement de gestion de catastrophes et dans les collections existantes de l'Agence de la santé publique du Canada et la Resilience and High Risk Populations Research Unit de l'Université d'Ottawa.

Suivant une première recherche, on a défini des critères d'inclusion pour déterminer les articles qui allaient être retenus dans la revue. Les articles se sont concentrés sur la pandémie de grippe, et la revue a fait de la place aux écloisions importantes (par exemple le SRAS), à condition qu'elles aient inclus des discussions sur les personnes vulnérables ou marginalisées. Les articles portant sur l'épidémie ou la pandémie de VIH/SIDA ont été laissés de côté, à moins que la discussion n'ait porté sur la vulnérabilité des personnes atteintes du VIH/SIDA dans le contexte d'une pandémie de grippe. Tous les articles visés par la revue ont été publiés en français ou en anglais et présentaient des exposés sur les populations à risque de vulnérabilité durant les pandémies à cause de leur faiblesse psychosociale ou de leur marginalisation.

La recherche dans la littérature grise a porté sur les sites Web de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Société canadienne de la Croix-Rouge, de la Federal Emergency Management Agency américaine (FEMA) et de l'OMS. Neuf plans provinciaux de lutte contre la pandémie et quatre plans municipaux de lutte ont été inclus dans la revue de la littérature grise ainsi que le Plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe pour le secteur de la santé, deux documents de planification de lutte contre la pandémie de l'OMS, les lignes directrices des Nations unies sur la question et un plan interorganisme pour le secteur des sans-abri à Ottawa.

Les résultats des recherches ont produit 147 articles scientifiques et 35 documents issus de la littérature grise, lesquels ont été étudiés quant à leur pertinence et à la question de savoir s'ils satisfaisaient aux critères d'inclusion. Chaque article a été examiné, résumé et classé selon le type de variables sociales discutées et la vulnérabilité respective à l'égard de la pandémie (revenu, origine ethnique, facteurs liés au travail, etc.).

Résultats

Après avoir parcouru la littérature, il a été clair que la vulnérabilité à l'égard de la pandémie de grippe suit l'interaction de nombreux déterminants sociaux de la santé [10, 54] et qu'elle doit être considérée à travers le prisme de l'équité [3, 14, 16]. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [54] a insisté sur le rôle important des arrangements structurels et des conditions sociales à l'origine des inégalités. La littérature étudiée en vue de la rédaction de cet article donne à penser que, dans le contexte d'une pandémie, on se trouve en présence d'un *gradient social du risque*, lequel est fonction de vulnérabilités sociales susceptibles de se traduire par une exposition accrue à la contagion, un risque de non-satisfaction des besoins humains élémentaires, une insuffisance des mesures de soutien et une inadéquation du traitement.

La structure du présent article s'appuie sur les recommandations trouvées dans la littérature selon lesquelles l'identification des « groupes à risque » dans le contexte d'une pandémie de grippe s'appuie sur un modèle de justice sociale. Plus précisément, Usher-Pines et ses collaborateurs [16] soulignent le besoin d'identifier les groupes traditionnellement défavorisés, susceptibles de subir de plein fouet les répercussions d'une pandémie. Dans cette optique, l'organisation de cet examen de la littérature adopte la plupart des catégories propres au Cadre des déterminants sociaux de la santé mentionné par Mikkonen et Raphael [10]. Les différents risques peuvent être rangés dans les catégories suivantes : a) revenu et répartition du revenu; b) environnement social et physique; c) éducation et alphabétisation; d) conditions d'emploi et de travail; e) situation financière en début de vie et développement de l'enfant; f) origine ethnique, culture et langue; g) âge et incapacité h) sexe; i) accès aux services de santé.

Revenu et répartition du revenu

Le revenu et la répartition du revenu sont les déterminants les plus marquants dans le Cadre des déterminants sociaux de la santé [10], surtout parce qu'ils recoupent les autres déterminants et

exacerbent ainsi le risque [6]. Le manque d'accès aux ressources financières influe sur l'exposition à la contagion, sur l'accès aux soins de soutien, sur le filet de sécurité sociale de l'individu durant la pandémie ainsi que sur le comportement eu égard à la démarche visant l'obtention de soins de santé [11-16].

Bouye et ses collaborateurs [55] ont désigné les résidents de logements sociaux, les familles monoparentales et les groupes à faible revenu comme étant exposés à des risques accrus durant une pandémie. Avec des ressources financières limitées et un revenu instable, les gens sont contraints de vivre dans des logements surpeuplés et bon marché, s'exposant à un risque accru de contagion durant l'éclosion d'une épidémie [29, 33, 43, 56-58]. Des conditions d'hébergement laissant à désirer sont souvent associées à des conditions hygiéniques déficientes et au risque de contracter la grippe [7, 59]. Les transports en commun bondés sont une autre source d'exposition à la contagion pour les personnes aux ressources financières limitées [17].

Dans le contexte des consultations menées par l'International Centre for Infectious Diseases [9], plusieurs participants ont affirmé que, pour de nombreux sous-groupes de la population, la pauvreté contribue au risque de pandémie. Les ménages monoparentaux et les personnes dont les besoins fonctionnels limitent la capacité de travailler ou d'obtenir des ressources financières suffisantes sont particulièrement à risque si elles sont exposées à une situation qui menace la capacité de satisfaire les besoins quotidiens de la famille, soit l'hébergement, l'alimentation et l'habillement [17, 18, 25, 60]. Bien des gens qui vivent d'une paie à l'autre sont inquiets lorsqu'ils doivent s'absenter du travail pour se conformer aux protocoles de quarantaine ou pour s'occuper de leurs enfants ou d'autres membres de la famille, car tout manque à gagner risque de compromettre leur survie au jour le jour [7-8, 17, 28, 36, 55, 61]. Pareillement, bon nombre d'emplois ne permettent pas l'adoption d'un horaire flexible (par exemple le travail à domicile, la téléconférence) à cause du type de responsabilités et du rôle joué dans l'organisation [3].

Selon Gaetz [18], les compressions budgétaires effectuées par le gouvernement fédéral depuis 1995 « ... ont eu des répercussions profondes et disproportionnées sur les sous-populations à faible revenu, notamment les femmes monoparentales, les minorités visibles et les nouveaux arrivants » (p. 22). L'augmentation conséquente du nombre de personnes vivant dans la pauvreté a également forcé davantage de citoyens à recourir aux banques alimentaires au cours des dernières décennies. Selon Blickstead et Shapcott [14], les différences de statut socio-économique et de niveaux d'instruction expliquent les « disparités de préparation », c'est-à-dire la différence entre le niveau de préparation des groupes au statut socio-économique élevé et faible, en fonction des différences d'assimilation des informations et recommandations relatives à la promotion de la santé. De nombreuses autorités recommandent de garder chez soi suffisamment de provisions pour satisfaire ses besoins et ceux de sa famille pendant 72 heures [62]. Pour les individus et ménages vivant dans la pauvreté, les mesures de préparation, par exemple le stockage de provisions en cas d'urgence (aliments, médicaments, etc.), peuvent se révéler être un luxe [52-53, 55]. Cette observation concorde avec les observations de Garoon et de Duggan [8] selon lesquels :

« dans le cas d'une pandémie, l'accès à l'argent, aux aliments, aux soins de santé et aux autres biens et services essentiels serait bien plus difficile pour les groupes défavorisés sur les plans social et économique – non seulement à cause de leurs

ressources financières limitées mais aussi à cause de leurs liens plus ténus avec les institutions publiques et privées ainsi qu'avec les réseaux familiaux et sociaux. »
(p. 1137)

La vaccination, l'intervention sanitaire préventive la plus essentielle dans une pandémie, peut dépendre du revenu et de sa répartition, même si cela se produit de façon différente d'un pays à l'autre selon la structure de financement et le système de prestation des soins de santé. Coady et ses collaborateurs [63] et Vlahov et ses collaborateurs [64] ont examiné la réception de la vaccination au sein des groupes à risque élevé et ont constaté que le fait d'être pauvre était associé à une observance moindre des recommandations relatives à la vaccination, notamment chez les minorités visibles et ethniques. Cette observation concorde avec les constatations faites par Truman et ses collaborateurs [45] qui ont observé que les immigrants et les réfugiés étaient exposés à des risques à cause de la préexistence de maladies chroniques, du manque de couverture du vaccin, d'un accès limité aux soins médicaux et d'autres facteurs sociaux, comme les barrières de la langue et du logement.

De nombreuses personnes vivant dans des pays dépourvus de couverture universelle pour les vaccins repoussent la vaccination à cause de l'absence d'assurance maladie [55, 65-67]. Dans le cas des travailleurs immigrants, le manque d'information est un élément qui dissuade de s'intéresser à la vaccination malgré l'existence de programmes de vaccination publics [58]. Dans l'étude qu'ils ont menée aux États-Unis, Steege et ses collaborateurs ont découvert que de nombreuses personnes dépourvues d'assurance maladie repoussent la recherche d'un traitement médical tant qu'elles n'en ont pas un besoin absolu [58]. Des situations analogues sont susceptibles de se produire au Canada chez les personnes dépourvues de documents essentiels (par exemple la carte d'assurance maladie), chez les personnes qui visitent le pays et chez les immigrants qui ne sont pas en règle.

Environnement social et physique

Le lieu géographique de résidence, les conditions de vie et le contexte social des personnes exercent tous une influence sur la susceptibilité au risque durant une pandémie de grippe en influant sur l'exposition à la contagion, la capacité de satisfaire ses besoins élémentaires quotidiens et l'accès aux soins de soutien. Ainsi, l'environnement social peut prendre la forme d'une vie dans un logement surpeuplé [17-19], de niveaux élevés d'interaction sociale [20-21], de dépendance à l'égard d'autres personnes pour les soins personnels quotidiens [22] ou de facteurs touchant le mode de vie, comme le recours aux drogues injectées [23]. Il peut également concerner le recours à une banque alimentaire afin de se nourrir [14, 18].

Aux États-Unis, deux groupes ethniques (les Asiatiques et les Hispaniques) sont plus susceptibles de vivre dans des environnements sociaux surpeuplés, peu importe le revenu. Les groupes minoritaires utilisent plus fréquemment les transports en commun, qui sont une autre occasion de promiscuité et qui les exposent à des risques plus élevés en période de pandémie [17].

Même si on considère que des niveaux élevés d'interaction sociale accroissent le risque pendant les pandémies, le fait d'être difficile à joindre est une autre dimension de la vulnérabilité. Une

personne peut être difficile à joindre en raison de l'éloignement géographique ou de l'isolement social, circonstances dans lesquelles elle vit en marge de la société. Ompad et ses collaborateurs [60] ont distingué des exemples de personnes difficiles à joindre, soit entre autres les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs et travailleuses du sexe, les immigrants illégaux et les personnes âgées isolées socialement. Vlahov et ses collaborateurs [64] ont également nommé les mêmes groupes, avec l'ajout des groupes exclus et des personnes vivant dans des communautés urbaines pauvres en ressources.

Dans plusieurs plans provinciaux de lutte contre la pandémie, on reconnaît le besoin d'un plan de coordination interorganisme pour assurer la continuité des services essentiels aux populations vulnérables, entre autres aux personnes sans abri, à celles souffrant de maladies mentales et aux consommateurs de drogues [68-69]. Les populations sans-abri ou itinérantes sont exposées à des risques de pandémie à cause de leur dépendance à l'égard des abris surpeuplés, de leurs ressources financières limitées pour l'achat de fournitures et de la conjonction des vulnérabilités (par exemple la maladie mentale et la dépendance à l'égard des psychotropes) [11, 24, 70-71]. Les conditions de logement surpeuplées agissent comme vecteurs de propagation des infections [72]. La dépendance à l'égard des soupes populaires et des banques alimentaires ainsi que des programmes d'échange d'aiguilles est un facteur de risques [23, 53]. Le Plan de lutte contre la grippe pandémique de l'Ontario [73] s'intéresse à bon nombre de ces préoccupations et aborde aussi la question de la dépendance à l'égard des psychotropes et de la façon dont la perturbation de l'approvisionnement pourrait provoquer une augmentation de la criminalité et des demandes d'application de la loi. Au moins une autorité a coordonné la planification entre organismes interdépendants pour faire en sorte que les services essentiels demeurent disponibles pour les personnes sans abri, lorsque les taux de maladie et d'absentéisme sont élevés [53].

On considère aussi les populations autochtones, notamment celles qui vivent en région éloignée, comme étant exposées à des risques élevés en cas de pandémie. L'environnement physique, notamment l'emplacement géographique et les habitations inadéquates, le statut socio-économique inférieur et l'insécurité alimentaire interagissent souvent pour exacerber le risque social chez les Autochtones [74-75]. Dans certaines familles, l'accumulation de facteurs de risques comme l'accès limité aux soins de santé, les maladies chroniques (p. ex. le diabète), l'abus de psychotropes et la violence contribuent aussi aux problèmes de santé. Les personnes aux prises avec des modes de vie difficile ont souvent de la peine à pourvoir à leurs besoins les plus élémentaires [18, 52], et un manque de sensibilisation aux services de santé et aux comportements permettant d'éviter la maladie peut se manifester par une exposition accrue à la contagion et un traitement déficient [63].

Le plan de lutte contre la pandémie du Québec [76] se penche sur les besoins des personnes isolées socialement et ne recevant pas de soins de leurs amis ou de leurs proches. Le plan propose la mise en place de services de soutien à domicile afin de voir au bien-être de ces personnes et de leur donner priorité au moment de l'admission dans un établissement de soins, lorsque le besoin se fait sentir. En plus des groupes à risque élevé identifiés plus tôt, le plan de lutte contre la pandémie de l'Ontario [73] met également l'accent sur la vulnérabilité des personnes qui n'ont pas accès à un prestataire de soins primaires. Le rapport à un prestataire de soins primaires est important, car il est considéré comme un expert de confiance et peut inciter le

patient à recevoir la vaccination ou à adopter des comportements permettant de prévenir la maladie [77].

L'OMS [3] insiste sur la nécessité pour les médecins de famille de fournir des lignes directrices sur les pandémies. Dans une étude menée aux États-Unis auprès des personnes âgées atteintes de démence et du personnel médical chargé de s'occuper d'elles, Thoroe et ses collaborateurs [22] ont constaté que les adultes âgés étaient moins susceptibles de recevoir le vaccin annuel contre la grippe si le médecin traitant vivait de la détresse ou de la dépression ou s'ils disposaient de ressources financières insuffisantes. Dans une autre étude, on a constaté que l'attitude des prestataires de soins de santé stressés au vaccin est souvent moins efficace sur le plan de la constitution de la réponse immunitaire [78]. L'impact du stress sur l'efficacité du vaccin pourrait se manifester également auprès des autres groupes vulnérables. L'emplacement géographique pourrait se révéler être un obstacle à l'obtention de services de santé préventifs, surtout sur une base annuelle [22, 79].

Les centres d'hébergement et les autres établissements de soins offrent des cadres sociaux et physiques susceptibles d'exacerber la vulnérabilité durant une pandémie [4], en plus des risques déjà existants chez les pensionnaires (fragilité, maladies sous-jacentes, etc.). Ils constituent des milieux de vie où règne la promiscuité et les pensionnaires ou patients sont particulièrement vulnérables lorsque l'absentéisme des employés est élevé, situation susceptible de se produire en cas de pandémie [29]. Cette vulnérabilité concerne aussi la question de savoir si le personnel est en mesure de fournir des soins adéquats, malgré la pénurie de ressources humaines et le stress et l'épuisement vécus par les membres du personnel lorsque la pression monte [32, 80].

La population carcérale peut être exposée à des risques particulièrement élevés pendant une pandémie sur le plan de l'exposition à la contagion et de l'accès aux soins [30, 81]. Il importe de noter que si une éclosion devait survenir, il existe un réseau de travailleurs sociaux et de psychologues qui interagissent régulièrement avec les détenus, et que les espaces confinés et la limitation des mouvements dans les systèmes carcéraux peuvent accélérer la transmission du virus pendant une éclosion, surtout lorsque la prison est surpeuplée. L'absentéisme prévisible durant la pandémie (concernant environ le quart du personnel) [49] toucherait également le secteur correctionnel, réduisant le nombre de gardiens, d'agents de libération conditionnelle, de professionnels de la santé, de travailleurs sociaux, de psychologues et des autres travailleurs essentiels dans le système carcéral. Ces conséquences sur les ressources humaines influenceront sur les détenus, le personnel et la sécurité ainsi que sur les personnes ayant reçu récemment leur congé d'établissements correctionnels ayant besoin de soutien dans la communauté.

Éducation et alphabétisation

Le Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, créé par l'Association canadienne de santé publique [82], a défini « littératie » comme étant « la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres moyens de communication pour participer à la société, atteindre ses objectifs personnels et donner sa pleine mesure » (p. 3). Le groupe a défini la littératie en santé comme étant la « capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer la santé dans

divers milieux au cours de la vie » [82] (p. 3). Les personnes faiblement alphabétisées ont été identifiées par Enarson et Walsh [24] comme constituant une population à risque élevé. Dans le contexte d'une pandémie, la capacité de comprendre les communications liées au risque de santé publique et de tenir compte des recommandations est essentielle pour réduire l'exposition à la contagion, pour surveiller les symptômes et pour rechercher les soins adéquats. Semenza et Giesecke [25] ont également identifié les personnes faiblement scolarisées comme groupe exposé à des risques élevés et souffrant de façon disproportionnée de certaines maladies, entre autres de troubles respiratoires comme la grippe.

Crighten et ses collaborateurs ont montré que lorsque les personnes ont des complications liées à la grippe, les sujets moins scolarisés restent hospitalisés plus longtemps que le reste de la population [57]. La scolarisation est une stratégie essentielle pour mettre les populations à risque élevé en contact avec les programmes et services préparant à une pandémie, permettant d'y réagir et d'en récupérer [83]. Le gouvernement du Canada [49] recommande, dès les premiers signes d'une pandémie de grippe, de mettre du matériel d'information à la disposition du public, entre autres les éducateurs en garderie, les enseignants, les travailleurs dans les refuges pour sans-abri et les employés des services correctionnels. Certaines interventions en santé publique se sont concentrées sur la réduction des disparités de préparation en distribuant l'information de porte-à-porte auprès de la population à risque élevé connue pour avoir des niveaux d'instruction et un statut socio-économique plus faible [55]. La communication n'est valable que si elle est adéquate culturellement et linguistiquement, que si elle tient compte du niveau de littératie et que si elle est véhiculée dans un canal accessible aux groupes vulnérables.

L'OMS [3] rappelle le type d'interventions à utiliser avant, durant et après la pandémie. Dans les interventions de préparation de la pandémie ciblant les personnes et ménages, on recommande de se concentrer sur l'information sur les comportements permettant de prévenir la maladie (hygiène des mains, distanciation sociale, accumulation de fournitures, vaccination, etc.), sur la surveillance des symptômes et sur le moment opportun pour chercher à obtenir un traitement. La capacité de trouver et de comprendre les informations sur la santé, et d'appliquer les lignes directrices pour prendre des mesures de précaution est un atout important pour réduire le risque d'exposition à la pandémie. Les limites au niveau de la scolarisation, de la littératie et de la communication peuvent influencer sur la connaissance des mesures de précaution visant à réduire l'exposition à la contamination et sur la connaissance de la façon de réagir (p. ex. gestion des symptômes et détermination du moment opportun pour demander un traitement) [7]. En outre, ces comportements et la confiance dans l'autorité peuvent être entourés de normes et de valeurs culturelles.

Dans leur étude comparative des bénéficiaires de l'assurance-maladie, Winston et ses collaborateurs [84] ont constaté que la connaissance des informations sur le vaccin et l'encouragement du médecin étaient mentionnés comme des facteurs qui augmenteraient les taux de vaccination et réduiraient les préoccupations de certains individus à l'égard des éventuels effets secondaires. La croyance selon laquelle le vaccin peut causer la grippe est très répandue [77, 84-85], et il est important de diffuser de l'information sur les soins préventifs afin d'éclairer les gens et de les amener à observer les lignes directrices en matière de vaccination. On a noté une association positive entre le niveau d'instruction et le revenu d'une part et l'intention de se faire vacciner d'autre part, et ce, à cause de l'assimilation accrue d'informations et de

recommandations sur la santé par les gens plus éduqués et ayant un revenu supérieur [14, 65, 86].

Certains sous-groupes de la population canadienne peuvent avoir de la difficulté à comprendre les informations sur la santé si l'anglais ou le français n'est pas leur langue première ou si la matière n'est pas fournie sous un format accessible aux personnes ayant des troubles de la communication [29]. Dans une étude sur les travailleurs agricoles migrants menée aux États-Unis [58], le recours à du personnel bilingue et biculturel appelé *promotora* a aidé à combler le fossé culturel et à réunir les familles travaillant comme employés agricoles autour de séances d'information sur la santé. Dans la même étude, on a établi que le fait de cibler les enfants des travailleurs agricoles migrants dans les programmes d'éducation sur les préparations aux situations d'urgence pourrait favoriser la communication d'informations pertinentes aux parents. Usher-Pines et ses collaborateurs [16] rappellent également l'importance de faire en sorte que les plans de lutte contre la pandémie soient adaptés aux particularités culturelles des destinataires et qu'ils soient traduits en plusieurs langues. Stebbins et ses collaborateurs [87] suggèrent des interventions non pharmacologiques ciblant les enfants, pour améliorer la préparation à une pandémie et pour réduire l'exposition à la contamination. La diffusion d'information sur la pandémie en différentes langues, sous différents formats et à des niveaux de complexité multiples (par exemple en simplifiant l'information pour les enfants) constitue une stratégie importante permettant d'améliorer l'accessibilité de l'information au sein des populations exposées à des risques élevés [29, 88].

La communication de messages efficaces sur la santé est tout particulièrement importante durant une pandémie. À elle seule, la présentation de faits empiriques ne permet pas de favoriser l'adoption des recommandations en matière de santé publique [7]. La justification des comportements préventifs recommandés et leur adoption sont conditionnées par les croyances et attitudes à l'égard de la santé, lesquelles en retour sont influencées par l'éducation et la culture [87, 89-94]. Cette constatation rappelle la nécessité de reconnaître à quel point les différents groupes culturels et démographiques interprètent les messages, et la façon dont tout cela peut contribuer aux attitudes et à la vulnérabilité potentielle durant la pandémie [65, 89, 94-95].

Conditions d'emploi et de travail

Les conditions d'emploi et de travail sont une catégorie fortement indicatrice du risque auquel est exposée une personne durant une pandémie. Le type d'emploi, la sécurité du revenu, l'accès à des prestations (c'est-à-dire un filet de sécurité sociale, au cas où l'employé est malade ou doit rester à la maison pour prodiguer des soins), l'exposition à la contagion au travail, les exigences posées aux fournisseurs de services essentiels ainsi que les défis associés à la gestion de conflits à rôles multiples, tout cela conditionne la vulnérabilité et la résilience en cas de pandémie [8, 17, 26-38].

Il est largement reconnu que les prestataires de services essentiels, en particulier les premiers répondants et les travailleurs de la santé qui interviennent en première ligne, sont exposés à des risques accrus durant une pandémie de grippe, surtout suivant l'expérience de l'écllosion mondiale du SRAS en 2003 et les préoccupations au sujet de la grippe H5N1 (grippe aviaire) et de la grippe H1N1 et de leur potentiel de devenir des maladies pandémiques [36, 43, 80, 96-98].

Dans une publication récente de l'OMS [2], on insiste sur la nécessité et l'obligation pour les gouvernements et les organisations de soins de santé de protéger les travailleurs des soins de santé. Au Canada, en réaction aux effets dévastateurs de l'écllosion de SRAS sur les travailleurs des soins de santé, le gouvernement fédéral a mis à jour le Plan canadien de lutte contre la pandémie de grippe et a décrété qu'il s'appliquerait particulièrement au secteur des soins de santé. On a créé une annexe psychosociale d'accompagnement pour faire ressortir certains des défis et des vulnérabilités pour le secteur des soins de santé [49, 59].

L'Agence de la santé publique du Canada [49] estime que, durant la période de pic de deux semaines durant la pandémie de grippe, 20 à 25 pour cent de la population risque de s'absenter du travail. Les travailleurs des services essentiels, surtout ceux œuvrant dans les établissements de soins de santé et dans les organismes d'intervention (p. ex. les ambulanciers paramédicaux) sont particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel et de stress psychosocial et au risque de contagion [35-36, 96-98]. Ce stress psychologique a été observé durant l'écllosion de SRAS en 2003 [59, 80] et à la suite des ouragans Juan [36] et Katrina [32].

D'après les données de l'Enquête sur la population active, la pandémie de H1N1, qui a été relativement inoffensive comparativement à d'autres souches de grippe, a entraîné un taux d'absentéisme de 9 % en novembre 2009. Le nombre de femmes s'étant absentes du travail à cause de leurs symptômes pseudo-grippaux ou à cause de ceux des membres de leur famille a été plus élevé que celui des hommes (10,5 % contre 7,6 % respectivement), même si on ne notait pas de différence dans le nombre moyen d'heures de travail manquées [99]. Pour faire face à la pandémie de grippe H1N1, les travailleurs du milieu de la santé ont effectué plus de deux millions d'heures supplémentaires durant le mois de novembre 2009 [99].

Les travailleurs agricoles migrants constituent une population particulièrement à risque durant une pandémie, aussi bien aux États-Unis qu'au Canada. Steege et ses collaborateurs [58] décrivent la façon dont les travailleurs agricoles sont exposés aux risques à cause de leur interaction avec les animaux susceptibles d'héberger le virus ainsi qu'à cause de leur statut de non-citoyen et des conditions sociales dans lesquelles ils travaillent et vivent. Aux États-Unis, 4,2 millions de travailleurs saisonniers et migrants œuvrent dans le secteur agricole [58]. Au Canada, on compte 18 000 à 20 000 travailleurs migrants vivant et travaillant dans des conditions précaires [100]. De plus, les facteurs économiques et les conditions de vie inférieures peuvent exacerber la situation. Après avoir étudié 35 plans de lutte contre la pandémie, Garoon et Duggan [8] ont noté que les besoins des travailleurs migrants et des immigrants n'étaient pris en compte que dans deux études. Les études historiques ont également montré que les environnements de travail rudes et surpeuplés, comme les mines de charbon, peuvent faciliter la propagation de la grippe [101] tout comme que les métiers qui comportent un contact étroit avec le public, comme le secteur des l'alimentation et des services et celui des services sexuels [9].

Les autres préoccupations ayant trait à l'emploi et aux conditions de travail sont entre autres l'observance des mesures de quarantaine et les recommandations sur la distanciation sociale, susceptibles d'entraîner des pertes de revenu et de l'insécurité professionnelle [17, 28]. Certaines personnes ne peuvent se permettre de demeurer à la maison et de perdre leur revenu. D'autres occupent des postes dans le secteur des services essentiels et sont tenues d'assurer la continuité des services à la communauté. Les questions tournant autour des soins prodigués aux enfants

peuvent constituer une autre situation problématique lorsque les parents sont contraints d'amener leurs enfants à la garderie quand ils sont malades ou ont été exposés à la grippe [36]. Inversement, les parents peuvent se voir forcés de renoncer à leur revenu pour rester à la maison et prendre soin d'enfants malades. La sécurité d'emploi, les régimes de travail souples et les stratégies de remplacement du revenu sont recommandés par le gouvernement pour réduire les impacts différentiels des restrictions liées aux quarantaines sur les populations défavorisées pendant l'application de celles-ci. Toutefois, ces interventions ne sont pas praticables dans tous les emplois. La citation suivante, de Baum et ses collaborateurs [28], est une affirmation importante qui souligne la nécessité pour les décideurs de reconnaître les vulnérabilités susceptibles de découler de la mise en œuvre des interventions en matière de santé publique pendant une pandémie :

Les décideurs devront s'assurer que les populations vulnérables ou les autres sous-populations ne portent pas de fardeau déraisonnable ou qu'elles ne reçoivent pas moins de bénéfices pendant une pandémie à cause de la mise en place de mesures de distanciation sociale. Les difficultés financières auxquelles font face bon nombre d'entre eux à la suite de la fermeture obligatoire d'une école ou d'une entreprise sont plus lourdes pour les travailleurs à faible revenu et les démunis de la société. Ces groupes disposent de ressources financières moindres pour subvenir à leurs besoins pendant la fermeture de l'entreprise ou de l'école, et risquent davantage de perdre leur emploi s'ils n'ont pas droit à des vacances ou à des congés de maladie. (p. 11)

Situation financière en début de vie et développement de l'enfant

Dans le cadre de la planification face à une pandémie, très peu de plans de lutte tiennent compte directement des besoins des enfants [39-40]. Pourtant, les enfants sont reconnus comme une population à risque élevé à cause de leurs besoins fonctionnels en matière de supervision, de transport, de soutien psychosocial et de communication, ainsi que de leur incapacité de vivre de façon autonome [17, 24, 41]. Le système immunitaire des enfants est moins développé que celui des adultes. Durant une pandémie, les enfants sont donc souvent identifiés comme population à risque élevé de maladies graves ou de complications découlant de la vaccination [42]. Toutefois, les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés concernent le développement ainsi que la capacité de faire face aux impacts sociaux de la pandémie et aux autres bioévénements [43-44].

Un grand nombre des plans en cas de pandémie revus mettent de l'avant le besoin de planifier les répercussions de la pandémie sur les enfants, mais peu d'entre eux expliquent comment s'y prendre. Les enfants sont souvent en groupes : à l'école, à la garderie ou pendant leurs activités. Il est donc d'autant plus important de a) mettre en place des interventions autres que pharmaceutiques pour les empêcher d'être exposés lorsqu'ils ne peuvent être isolés [87] et b) réduire le risque d'infection par le recours à la vaccination, parfois effectuée de façon pratique à l'école même [102].

Les enfants sont à risque pendant une pandémie de grippe pour bien des raisons [103], entre autres leur dépendance envers les autres pour la nourriture, le logement, le transport et d'autres besoins de base [42]. Dans les ménages à plus faible revenu, les enfants sont surtout vulnérables

aux répercussions socio-économiques de la pandémie lorsqu'ils manquent de ressources pour se préparer (p. ex. familles incapables d'entreposer des aliments, des médicaments et des articles ménagers) [16]. L'itinérance fait l'objet d'une autre section du présent article portant sur les milieux sociaux et physiques, mais il est important de reconnaître les risques particuliers que présentent les enfants qui vivent sans logement fixe, comme c'est le cas des enfants de refuges pour survivants de violence conjugale. Les répercussions psychosociales de la pandémie de grippe peuvent être très stressantes pour les enfants, qui n'ont pas forcément les moyens de gérer cette détresse [43]. « Les enfants sans foyer présentent un risque beaucoup plus grand de troubles physiques, mentaux, émotionnels, scolaires, du développement et du comportement que les autres enfants et sont beaucoup moins susceptibles de recevoir des services de soins de santé préventifs, tels que les vaccins courants » [11] (p. 504).

Si la fermeture des écoles et des garderies est une mesure mise en place en réponse à une pandémie pour réduire la transmission dans une communauté, de nombreuses familles font face à de grands défis pour la supervision de leurs enfants. Ce problème se fait particulièrement sentir dans certains secteurs (p. ex. les soins de santé), où la majorité des travailleurs sont des femmes responsables des soins prodigués à leurs enfants [36]. Les enfants dont les parents ne peuvent se passer d'un revenu fixe pour respecter des mesures de quarantaine ou prendre soin de leurs enfants peuvent être plus à risque d'exposition en étant dans des établissements de soins de jour de groupe [17]. Les frères et sœurs plus âgés qui doivent s'occuper des jeunes enfants pendant que les parents continuent de travailler peuvent aussi être exposés à un plus grand risque. Le manque de supervision représente un autre risque pour les enfants lorsque les parents doivent travailler, mais ne font pas appel à une garderie [28]. Les participants à un groupe de discussion mené par Baum et ses collaborateurs [28] « craignaient que la nécessité de travailler, sur le plan économique, donnerait lieu à des situations non sécuritaires, par exemple des enfants laissés seuls à la maison, ou favoriserait la propagation de la maladie par des adolescents sans supervision désireux de sociabiliser malgré la fermeture des écoles ou des bureaux » (p. 6).

L'éducation et la littéracie sont d'autres facteurs qui déterminent si un parent pourra réduire l'exposition de son enfant et lui prodiguer les soins appropriés en cas de pandémie [91]. Les enfants dépendent de leurs parents ou tuteurs pour le soutien psychologique et la prise de décisions, par exemple la vaccination ou le traitement des symptômes [13, 86, 103]. Dans un sondage envoyé à de nombreux professionnels de la santé sur la vaccination des enfants, l'éducation et la communication des parents figuraient parmi les critères établis par les professionnels de la santé [39].

Origine ethnique, culture et langue

Le risque en cas de pandémie dépend de l'origine ethnique, de la culture et de la langue [11, 24, 40, 43, 45-46]. Les documents revus donnent à penser que les taux de vaccination sont plus faibles chez les minorités ethniques. Ils semblent aussi indiquer que l'accès aux soins appropriés et de qualité et la tendance à chercher à obtenir des soins sont influencés par la langue, les croyances culturelles, les attitudes et les enjeux socio-économiques. Dans cette revue de la documentation scientifique, les constatations générales ayant trait à l'origine ethnique, à la culture et à la langue en tant que facteurs de risque sont notamment : a) les comportements eu égard à la démarche visant l'obtention de soins de santé et à la vaccination au sein des groupes

ethniques, notamment chez les immigrants; b) le manque de sensibilisation au risque et la méfiance à l'égard des professionnels de la santé et les croyances face à la vaccination et à l'accès aux soins; c) les taux d'hospitalisation plus élevés au sein des populations autochtones; d) les barrières linguistiques et culturelles influant négativement sur la réception et la compréhension des informations sur la santé; e) la discrimination et la stigmatisation à l'égard des populations asiatiques à l'occasion des éclosions de maladies originaires d'Asie.

Enarson et Walsh [24] ont établi que les nouveaux immigrants et les minorités culturelles sont parmi les dix populations le plus à risque au Canada pendant un désastre naturel. Le statut de nouvel immigrant a aussi été reconnu comme facteur de risque pouvant entraîner une augmentation de l'incidence de grippe chez les nouveaux arrivants en Europe [25]. Sur 37 plans en cas de pandémie analysés, seulement deux ont tenu compte des besoins des travailleurs migrants et des immigrants [8]. C'est une source d'inquiétude aux États-Unis et au Canada, étant donné l'augmentation croissante du nombre d'immigrants, officiel et non officiel [11, 100].

Les immigrants peuvent ne pas avoir bénéficié de mesures préventives de soins, telles que la vaccination des enfants contre de nombreuses maladies infectieuses, et ils n'ont souvent pas accès aux services de santé dans le pays d'accueil. Les populations marginalisées peuvent aussi avoir difficilement accès aux renseignements en matière de santé par Internet ou par téléphone, s'ils n'ont pas ces appareils chez eux [49]. Cependant, après l'ouragan Katrina, les personnes chargées du plan d'urgence ont commencé à se rendre compte de l'importance d'inclure diverses communautés raciales et ethniques dans les phases de planification des plans de préparation [104].

Les données du sondage sur la santé de la communauté canadienne indiquent que les taux de vaccination contre la grippe H1N1 en 2009 étaient plus faibles chez les immigrants au Canada [105]. Les taux de vaccination contre la grippe saisonnière et d'autres maladies infectieuses chez divers groupes ethniques ont été étudiés de façon approfondie aux États-Unis. Les études américaines ont porté principalement sur les différences entre les taux de vaccination des Afro-Américains, des Blancs et des hispanophones [66-67, 77, 84-85, 88, 106-109], ainsi que des Vietnamiens et d'autres minorités asiatiques [110], et sur des comparaisons entre plusieurs groupes ethniques [65]. Un taux de vaccination plus faible chez les Afro-Américains et d'autres minorités ethniques, comparativement aux groupes de race blanche, est un résultat constant des analyses de la documentation aux États-Unis [77, 88, 95, 107, 111-112].

Les attitudes et les croyances envers la pandémie, le manque d'accès aux soins, le manque de confiance envers les professionnels de la santé et les autorités sanitaires, ainsi que le manque de connaissances, ont été autant de facteurs qui contribuent au faible taux de vaccination chez les minorités ethniques [61, 113]. Dans une étude effectuée aux États-Unis qui a porté principalement sur les Afro-Américains, les Asiatiques, les Autochtones d'Hawaï, d'autres natifs des îles du Pacifique et des populations latines, Hutchins et ses collaborateurs [92] citent des « inconvénients socio-économiques; des barrières culturelles, d'éducation et de langue; ainsi qu'un accès insuffisant aux soins de santé et une mauvaise utilisation de ces soins » (p. 261) comme facteurs rendant davantage vulnérable en cas de pandémie. Par ailleurs, dans une étude évaluant le taux de vaccination chez des personnes âgées, Fiscella et ses collaborateurs [66] ont conclu que les importantes barrières et différences de races et d'ethnies contribuaient à un faible

taux de vaccination et de mortalité chez les personnes âgées de minorités ethniques. L'observation selon laquelle les Afro-Américains optent pour la vaccination moins que d'autres ethnies et groupes culturels ont amené Cameron et ses collaborateurs [89] à effectuer des groupes de discussion pour déterminer les raisons sous-jacentes des différences entre les taux de vaccination. La commodité des cliniques de vaccination est ressortie comme un facteur déterminant du taux de vaccination des Afro-Américains.

Sengupta et ses collaborateurs [114] ont effectué une étude qualitative pour déterminer quels facteurs, positifs et négatifs, influençaient les Afro-Américains âgés face à la vaccination contre la grippe. Les facteurs structurels, tels que le manque de couverture d'assurance et l'accès limité aux médecins pour obtenir de l'information étaient des obstacles, ainsi que les influences sociales (p. ex. choisir de ne pas se faire vacciner sous l'influence de personnes de son réseau social). Ils ont déterminé que plusieurs facteurs structurels et personnels favorisaient le choix de la vaccination, notamment les rappels des professionnels de la santé, la couverture du régime d'assurance-maladie et les connaissances sur la grippe, en tenant compte de leur état de santé, de leur âge et de leur croyance que la vaccination empêcherait la communauté de devenir malade. Ces résultats concordent avec ceux de Schwartz et ses collaborateurs [106], qui ont conclu que les interventions comprenant une discussion sur la santé lors de la consultation du médecin favorisaient la vaccination chez les adultes plus âgés des groupes de minorités ethniques. De plus, Sambamoorthi et Findley [115] ont signalé que les connaissances en matière de santé, la peur du système de santé ou du vaccin et la commodité des cliniques influaient grandement sur le choix de se faire vacciner ou non chez ces populations.

Des études portant sur l'infection, les taux de mortalité, les vaccinations et les hospitalisations chez les populations autochtones dans le contexte des pandémies ont été effectuées aux États-Unis [75], au Canada [116] et dans d'autres pays, tels que la Nouvelle-Zélande [117] et l'Australie [74, 118-121]. La documentation montre que le risque d'infection de grippe et d'hospitalisation est plus élevé chez les Autochtones, en partie à cause des affections concomitantes (p. ex. le diabète), mais que le contexte social, comme la pauvreté, l'itinérance, la vie dans des communautés éloignées et les accès ou recours tardifs aux soins contribuent aussi à la vulnérabilité aux pandémies chez ces populations [74-75, 120, 122]. McIntyre et Menzies [120] ont aussi déterminé que les populations autochtones vivant en milieu urbain étaient particulièrement à risque en raison de leur statut indigène qui était souvent sous-estimé, ce qui souligne l'importance des programmes de vaccination ciblés auprès des groupes autochtones vivant en milieu urbain.

Dans le cadre d'une étude canadienne menée au Manitoba, qui a évalué le taux d'hospitalisations dues à la grippe H1N1, les populations autochtones étaient sur-représentées, tendance couramment observée lors des éclosions de grippe préalables [116]. Flint et ses collaborateurs [122] ont effectué une étude évaluant les taux d'hospitalisations chez les populations autochtones en Australie et ont aussi découvert que, bien que cette population soit relativement petite, elle représentait 16 % pour cent de toutes les hospitalisations dues à la grippe H1N1 pendant l'éclosion de la maladie qui a eu lieu en 2009. De semblables résultats ont été signalés dans le cadre d'études menées chez des populations amérindiennes aux États-Unis [75, 79, 123].

La langue et la culture sont étroitement liées à l'ethnie et influencent la façon dont les personnes reçoivent et comprennent les renseignements sur la santé publique, ainsi que leur accès aux services de santé appropriés et de qualité. Au Canada, les populations autochtones sont sur-représentées dans la population itinérante, par un facteur de 10 [71]. Ce phénomène peut avoir d'importantes répercussions sur le traitement que ce groupe recevrait en cas d'infection de grippe. Il existe également de grandes différences entre les divers groupes d'autochtones. Dans le cadre d'une étude américaine, un groupe d'experts a été consulté et a déclaré que les solutions doivent être adaptées en fonction de la taille des tribus amérindiennes, car elles peuvent avoir des besoins différents selon leur composition [124]. Ce même groupe d'experts a aussi mis de l'avant la nécessité d'un meilleur financement des mesures préventives et a noté qu'il n'y avait souvent pas de programmes de santé publique chez ces populations.

Un autre facteur contribuant à la classification des minorités raciales et ethniques comme populations à risque élevé est la discrimination et la stigmatisation, comme en témoignent les expériences des Canadiens asiatiques et des immigrants pendant la poussée évolutive du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 [125]. L'éclosion de SRAS a commencé en Chine, puis s'est propagée mondialement en quelques semaines. La discrimination envers les Asiatiques, plus particulièrement les Chinois, vivant au Canada s'est ressentie de multiples façons, que ce soit des commentaires à l'école, au travail, dans les établissements de soins de santé et dans les transports publics ou des caricatures de mauvais goût dans le journal. Dans plusieurs villes, les commerces des quartiers chinois ont connu un achalandage extrêmement bas, mettant de nombreuses familles en situation financière précaire.

Certains groupes s'isolent de la société pour des raisons culturelles et religieuses (p. ex. les communautés amish). Ces populations présentent souvent un taux de vaccination plus faible, ce qui peut contribuer à leur vulnérabilité en cas de pandémie [126]. L'appartenance à des groupes religieux peut aussi accroître le risque de transmission des maladies. Shafi et ses collaborateurs [21] ont discuté du risque associé au Hajj, pèlerinage à la Mecque, auquel participent plus de deux millions de musulmans chaque année. La transmission de la grippe pendant les rassemblements de foules est particulièrement inquiétante pour les responsables de santé publique.

Belmaker et ses collaborateurs [13] ont souligné le risque de pandémie associé aux populations semi-nomades, en particulier les Bédouins en Israël, qui ont des milieux de vie et des milieux sociaux (surface habitable commune surpeuplée, taux de chômage élevé, familles nombreuses) semblables à ceux des personnes vivant dans des pays en voie de développement, mais ils résident en périphérie des milieux urbains dans une société développée, soit, dans ce cas-ci, Israël. Les membres de cette communauté ethnique n'ont généralement pas d'assurance maladie, mais, en 1995, Israël a mis en place un régime d'assurance maladie universel offrant à tous les Bédouins un accès aux soins primaires. Ce nouveau régime d'assurance maladie a sans doute été un important facteur dans l'augmentation du taux de vaccination contre les maladies transmissibles, telles que la rougeole. Les concepts de cette étude pourraient être étudiés chez d'autres groupes semi-nomades, des réfugiés et des immigrants.

Âge et incapacité

Les dernières catégories de déterminants qui influent sur la vulnérabilité et le risque de pandémie recourent un grand nombre des enjeux présentés dans les parties précédentes, ce qui montre l'interaction entre les divers déterminants sociaux de la santé [10]. L'âge et l'incapacité sont présentés tous deux comme des déterminants du risque de pandémie, car ils sont regroupés en tant que variables dans la documentation de nombreuses études, probablement car la prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge. Au Canada, en 2001, environ 3,6 millions de Canadiens affirmaient souffrir d'une incapacité lors de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) [127].

Enarson et Walsh [24] ont identifié les personnes âgées comme étant une des dix populations à haut risque au Canada, et on reconnaît de plus en plus que la plupart des plans d'urgence ne répondent pas adéquatement aux besoins des personnes âgées et de celles qui souffrent d'incapacité [40]. La perte d'autonomie, le manque de ressources financières, la mobilité réduite et l'isolement social, voilà des facteurs qui expliquent la vulnérabilité de ces populations [16, 25]. Pour la personne qui dépend d'autrui pour ses soins personnels et pour l'exécution des tâches de la vie quotidienne, les répercussions socio-économiques d'une pandémie représentent des difficultés importantes dans le fait de trouver les soutiens adéquats.

Les personnes qui souffrent d'incapacité et qui dépendent de l'aide d'autrui pour les soins personnels sont aussi, pour de nombreuses raisons, exposées à des risques pendant une pandémie [29]. Les personnes qui les soignent sont rarement reconnues comme des travailleurs essentiels de la santé et ne reçoivent pas les premières doses du vaccin. Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza* [59] souligne qu'il est important d'inclure dans le processus de planification pandémique les personnes qui souffrent de différents types d'incapacité ou de limitations fonctionnelles pour que les plans soient inclusifs et exhaustifs. Il faut prendre note que « les personnes qui souffrent d'incapacité ne se limitent pas aux personnes en fauteuil roulant et aux sourds ou aux aveugles. Les personnes frappées d'incapacité sont les personnes qui souffrent d'une ou plusieurs limitations d'activité comme les personnes ayant une déficience complète ou partielle qui les empêche de voir, de marcher, de parler, d'entendre, d'apprendre, de se souvenir, de manipuler ou d'atteindre des commandes ou de réagir rapidement » [41]. Les plans de pandémie ignorent souvent les besoins des personnes qui ont une incapacité, et les personnes qui souffrent d'une déficience visuelle ou auditive ont rarement accès aux communications d'urgence [29]. Les personnes qui ont des troubles de la communication peuvent aussi avoir des difficultés à réagir aux avertissements, à obtenir des renseignements ou à communiquer leurs besoins [59]. Les états de santé particuliers pouvant présenter des limitations fonctionnelles sont, entre autres, l'aphasie, la démence et l'AVC, ainsi que les déficiences sensorielles qui influent sur la vue et l'ouïe.

La province du Québec [76] indique que « (...) les personnes âgées, les jeunes ayant des difficultés et leurs familles ou les personnes ayant des troubles envahissants du développement, les personnes dépendantes sur le plan fonctionnel, les personnes qui souffrent de déficiences physiques ou intellectuelles et les personnes ayant des troubles mentaux ou une accoutumance » sont particulièrement vulnérables pendant une pandémie (p. 77). Chen et ses collaborateurs [128] suggèrent que les personnes possédant des caractéristiques qui diffèrent de celles de la

population moyenne ainsi que les personnes qui ont des difficultés à obtenir les services requis peuvent être vulnérables pendant les situations d'urgence comme les pandémies. Ils identifient précisément la population des personnes âgées comme un groupe exposé à un risque accru.

Les personnes âgées sont aussi exposées à un risque de grippe plus élevé en raison de facteurs biologiques. À cause de l'activité réduite de leur système immunitaire, les personnes âgées connaissent un risque plus élevé d'infection respiratoire, surtout si elles vivent dans des résidences-services [93]. La vulnérabilité des résidents des maisons de soins infirmiers constitue depuis un certain temps un problème, et de nombreuses études décrivent les effets positifs que la vaccination peut avoir pour cette population [129]. Les personnes âgées sont plus vulnérables face aux infections bronchiques secondaires comme la pneumonie et peuvent aussi avoir besoin d'autres injections de rappel pour que leur système immunitaire fonctionne de façon adéquate avec le vaccin. De plus, si les personnes âgées contractent la grippe, elles peuvent rester malades plus longtemps et ainsi transmettre le virus à un taux plus élevé que le reste de la population [130]. Des recherches précédentes montrent les disparités raciales et ethniques des taux de vaccination chez les personnes âgées [66, 77, 108, 112]. Fiscella et ses collaborateurs [66] ont demandé à des personnes de plus de 65 ans si elles avaient été vaccinées contre la grippe l'année précédente, et le taux de vaccination dans l'échantillon était beaucoup plus faible que prévu.

La documentation relative à la vaccination des personnes âgées indique souvent que le rappel des professionnels de la santé, même sous forme de carte postale ou de rappel par courrier [114], facilite de manière efficace la vaccination [77, 112]. Dushoff et ses collaborateurs [131] expliquent que les enfants sont souvent des vecteurs de la transmission de la grippe aux personnes âgées et qu'il serait peut-être bénéfique de vacciner les plus jeunes afin de réduire la transmission du virus à celles-ci.

Une étude sur les personnes âgées atteintes de démence indique que la souffrance et la dépression des fournisseurs de soins exercent une influence négative sur le taux de vaccination annuel [22]. Sambamoorthi et Findley [115] indiquent que, outre les obstacles raciaux, financiers et liés à la commodité, le manque de connaissance sur la santé des personnes âgées contribue au faible taux de vaccination. La démence et les autres déficiences cognitives peuvent aussi rendre difficile la compréhension des communications d'urgence importantes pendant la pandémie [15, 43]. Les personnes qui ont des troubles psychologiques préexistants peuvent aussi connaître une augmentation des symptômes en raison du stress provoqué par la pandémie [59]. L'emplacement géographique de la clinique de vaccination est aussi considéré comme un obstacle à l'obtention du vaccin. Enfin, les personnes qui offrent des soins aux personnes âgées ne sont peut-être pas en mesure de se faire vacciner, surtout si elles doivent se déplacer et attendre longtemps.

Sexe

Bien qu'il ne soit pas identifié comme tel, le sexe est un thème évident de la documentation scientifique. Il est considéré comme un facteur de risque déterminant la vulnérabilité face à la pandémie à cause de son interaction avec tous les autres déterminants sociaux de la santé et du besoin reconnu de considérer le sexe comme thème convergent en matière de vulnérabilité face à la pandémie. Bien que le présent document ne vise pas à fournir une analyse complète et fondée

sur le sexe de la vulnérabilité de la population pendant une pandémie, nous pensons qu'il est important de cerner plusieurs problèmes qui émergent dans l'analyse des documents et que l'on pourrait approfondir pour mieux comprendre le rôle des sexes dans la résistance et la vulnérabilité de la population face à une pandémie de grippe.

Enarson [47] souligne qu'il est important d'inclure l'analyse des sexes dans les discussions sur la vulnérabilité, la prévention des catastrophes, l'intervention ou la reprise après sinistre pour déterminer le pouvoir des femmes dans la société, leur accès aux ressources, leur risque d'exposition et leur accès à des soins et à des traitements adéquats. Le sexe interagit avec d'autres déterminants sociaux de la santé et est étroitement lié au revenu et à la sécurité du revenu, aux environnements sociaux et physiques, aux conditions d'emploi et de travail, au revenu en début de vie et au développement de l'enfant, à l'âge et à l'incapacité et à l'accès aux services de santé.

Le revenu et la sécurité du revenu constituent un enjeu majeur lié au sexe, surtout en ce qui a trait à l'éducation des enfants et aux foyers monoparentaux. Beaucoup de femmes travaillent à temps partiel et disposent de réserves financières plus limitées pour contrer les effets socio-économiques de la pandémie. À la maison comme dans le secteur de la santé, ce sont majoritairement des femmes qui fournissent des soins [132]. Comme leurs interactions sociales sont plus élevées, en particulier quand elles fournissent des soins personnels, les femmes sont plus exposées à la contagion. Elles sont quelquefois incapables de respecter les protocoles de quarantaine et les mesures de distanciation sociale et doivent s'absenter du travail pour maladie ou pour dispenser des soins, ce qui a des répercussions financières dues à la perte de revenu ou à l'insécurité de l'emploi.

Accès aux services de santé

La dernière catégorie présentée pour cerner les personnes exposées à des risques accrus pendant une pandémie est l'accès aux services de santé. Il s'agit de savoir si une personne a accès à un vaccin ou à un traitement contre la grippe ou a d'autres problèmes de santé pendant une pandémie de grippe. L'accès aux services de santé est un enjeu majeur pendant une pandémie et nécessite un cadre de travail éthique fondé sur l'équité [48]. On prévoit un épuisement possible des ressources en soins de santé quelques semaines seulement après la gestion de la demande de soins accrue pendant une pandémie de grippe [48]. Comme une pandémie dure souvent longtemps et peut être suivie d'une deuxième vague qui impose des exigences supplémentaires sur un système de santé déjà épuisé [49-50], les effets sur ce dernier peuvent être significatifs.

La démarche de recherche de vaccination et de traitement est un facteur important pour déterminer le risque pendant une pandémie de grippe, surtout chez les personnes atteintes de troubles médicaux chroniques qui peuvent nécessiter un accès permanent aux professionnels de santé [14, 83]. Statistique Canada estime que pendant la pandémie de grippe H1N1, 41 % des Canadiens de plus de 12 ans ont reçu le vaccin contre la pandémie. Cette estimation ne comprend pas les vaccins donnés au personnel militaire et aux Autochtones qui vivent dans les réserves et qui ont reçu des soins de santé directement auprès du gouvernement fédéral [105]. Dans cette enquête, les principales raisons invoquées pour l'absence de vaccination sont les suivantes a) vaccin jugé non nécessaire et b) exagération perçue des médias quant à la menace. Le taux de

vaccination parmi les professionnels de santé a été plus élevé au Canada que dans d'autres pays : 66 % du personnel soignant au Canada a été vacciné. Les États-Unis signalent un taux de vaccination de 37 % du personnel soignant [105].

Au Canada, pendant la pandémie de grippe H1N1, les immigrants et les réfugiés étaient moins susceptibles d'être vaccinés (38 %) [105]. Comme nous l'avons indiqué dans une partie précédente sur la culture, l'origine ethnique et la langue, plusieurs facteurs influent sur le taux de vaccination, comme l'accès limité aux transports, l'emplacement géographique, les croyances en matière de santé, le fait de posséder une assurance maladie et des documents juridiques ainsi que les obstacles linguistiques [11, 17, 22, 58, 106, 117]. Le revenu et la sécurité du revenu recourent tous ces facteurs, surtout en ce qui a trait à l'assurance maladie, à la disponibilité des professionnels de santé et à la commodité de l'accès aux services [7, 13, 17, 72].

L'accès aux transports est un facteur important qui influe sur l'aptitude des gens à obtenir un traitement ou des services préventifs de santé. Santibanez et ses collaborateurs [46] ont donc inclus les personnes « désavantagées sur le plan des transports » dans un groupe à risque élevé. Hebert et ses collaborateurs [85] constatent que les gens ont plus de chances d'être vaccinés si le vaccin est administré à un endroit qui leur est accessible. Certains groupes marginalisés, en particulier les personnes à faible revenu qui vivent en centre-ville et les populations autochtones dans les collectivités rurales et éloignées, ont des difficultés à accéder aux services de santé et aux programmes de sensibilisation [11, 18, 72]. Pour résoudre ce problème, Coady et ses collaborateurs [63] ont mené un essai sur le terrain consistant à diffuser de l'information éducative à des groupes difficiles à atteindre au moyen du porte-à-porte. Cette stratégie permet d'augmenter l'accès à la vaccination en sensibilisant les personnes qui ne sont généralement pas influencées par d'autres campagnes de communication. Vlahov et ses collaborateurs [64] concluent que les interventions qui s'appuient sur des stratégies de porte-à-porte sont plus fructueuses pour cibler les populations difficiles à atteindre si elles sont planifiées à l'avance.

Certains groupes ethniques (population noire non hispanique et population hispanique) et beaucoup de personnes aux ressources financières limitées n'ont pas de fournisseur de soins primaires régulier. Par conséquent, ils sont plus susceptibles de retarder leur traitement et de solliciter des soins primaires dans les services d'urgence des hôpitaux, ce qui influe sur la rapidité de leur traitement. Compte tenu des retards potentiels des examens médicaux, l'efficacité des traitements à base d'antiviraux pendant une pandémie de grippe peut-être réduite puisque ces antiviraux sont conçus pour les traitements précoces [17]. Crighton et ses collaborateurs [57] ont également constaté, en Ontario, une surreprésentation des personnes âgées, des Autochtones et des personnes possédant un niveau d'éducation moins élevé dans les cas d'hospitalisations en raison de la grippe et de la pneumonie.

Certains groupes qui dépendent déjà du système de santé peuvent être exposés à des risques accrus si le système subit des pressions dues à une pandémie de grippe. Les personnes atteintes du VIH/SIDA, d'hépatite A ou B ou de tuberculose peuvent ne pas être en mesure de recevoir de manière suffisante et adéquate les soins dont ils ont besoin si tous les fournisseurs de soins de santé gèrent une pandémie. Possédant un système immunitaire déjà affaibli, ces patients sont particulièrement vulnérables et dépendent de l'accès aux services pendant une pandémie [83].

Les obstacles linguistiques et culturels peuvent influencer de façon négative sur la démarche de recherche de soins des minorités ethniques et culturelles. Pour que l'information sur les soins de santé soit accessible et efficace, il faut une sensibilité culturelle, et il faut traduire les documents [88]. Ces obstacles sociaux peuvent nuire gravement à la qualité du traitement et à la connaissance des risques. Les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie ou de document de citoyenneté peuvent avoir des difficultés à payer les services de soins de santé, ce qui détermine souvent si elles vont solliciter un traitement ou le moment de ces démarches.

Recommandations et conclusions

D'après les preuves disponibles dans la documentation existante, la vulnérabilité pendant une pandémie de grippe est étroitement liée aux facteurs de risque identifiés comme les déterminants sociaux de la santé [10, 16]. Dans l'« approche faisant appel à l'ensemble de la société pour la planification en cas de pandémie » qui est recommandée par l'OMS [2], l'accent est mis sur la vulnérabilité des organisations de services et des entreprises qui ont des interdépendances essentielles (p. ex. établissements de santé qui doivent être approvisionnés en électricité, en eau, en télécommunications, en produits pharmaceutiques et en autres produits, par l'intermédiaire des secteurs du transport). Ces interdépendances dans la société moderne créent des vulnérabilités complexes pour les personnes qui fournissent des services essentiels et déterminent les personnes les plus vulnérables aux incidences sociales d'une pandémie.

Cette analyse de la documentation met en évidence de nombreux domaines de recherche à approfondir à l'avenir. Le plus important d'entre eux est la nécessité d'examiner l'influence de chaque déterminant social, en particulier le sexe, sur le risque et la vulnérabilité dans le cadre d'une pandémie. Les femmes jouent un rôle majeur dans la prestation des soins, l'éducation et la recherche d'un traitement pour les membres de la famille. Il faut étudier davantage leur importance en matière de préparation à la pandémie, d'intervention et de reprise.

Bien qu'il soit important de cerner les populations à haut risque dans les pandémies, il faut aussi déterminer les mesures de soutien nécessaires qui peuvent atténuer le risque social et réduire les effets de la pandémie sur les populations généralement désavantagées dans la vie quotidienne. Il est nécessaire de gérer les déterminants sociaux de la santé et de changer le paradigme de la préparation à la pandémie. Les études de recherche futures devraient analyser d'autres paradigmes de regroupement des efforts pour augmenter la résistance quotidienne et améliorer la préparation aux pandémies et aux autres types de catastrophe.

Il faut également prendre note que la vulnérabilité et le risque varient selon l'intervention mise en œuvre à différentes étapes de la gestion de la crise (préparation, intervention et reprise). Les interventions visant à promouvoir les comportements de santé préventifs pour éviter l'exposition aux maladies et la transmission de celles-ci doivent tenir compte de l'aptitude des individus à recevoir, à interpréter et à appliquer les recommandations de santé, selon leur capacité fonctionnelle et leur arrière-plan social.

Les constatations de cette étude indiquent qu'il faut effectuer plus de recherches sur l'interaction des déterminants sociaux de la santé lors de la préparation à la pandémie, de l'intervention et de la reprise. Les prochaines recherches devraient permettre de mieux connaître chacun de ces déterminants afin de trouver des solutions pour éliminer ces facteurs de risque et aider les décideurs et les organismes de services à répondre aux besoins cernés des populations touchées de manière négative par la pandémie de grippe. Les termes utilisés pour décrire les groupes à haut risque sont importants, surtout pour définir le cadre de la vulnérabilité. La plupart des gens préfèrent ne pas être appelés « vulnérables », et promouvoir la résistance à la pandémie consiste en partie à permettre à la population de se prendre en charge. Le fait d'être exposé à des risques ne signifie pas forcément être vulnérable si des mesures de soutien adéquates sont disponibles.

Remerciements

Ce projet est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les auteurs voudraient remercier Joëlle Levac, Andrea Ghazzawi, Christine Fahim, Phillip Lee, Agatha Stanek, Jill Gedeon, Mallory Watson, Madeline Dignan, Michael Falconi et Madura Sundaeswaren qui les ont aidés à rassembler et à examiner la documentation de ce rapport.

Références

1. Powell, S. « Catastrophes et santé : qui est le plus à risque? » *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 2009. (15): 23-28.
2. World Health Organization (2009a). *Whole of Society Pandemic Readiness: WHO Guidelines for Pandemic Preparedness and Response in the Non-Health Sectors*, Geneva: World Health Organization, <http://www.un-pic.org/web/documents/english/WHO%20WOS%20Pandemic%20Readiness%202009-05-05.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé (2009b). *Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance09FR.pdf>
4. Heun, E. M., Vogt, R. L., & Birkhead, G. S. (1986). « Influenza A in nursing homes ». *American Journal of Public Health*, 76(12), 1460-1461.
5. Martin, K. & the Medical Needs Task Force of the Emergency Preparedness for People with Disabilities Committee (2009). *A Shared Responsibility: The Need for an Inclusive Approach to Emergency Planning for People With Disabilities*, BC Coalition of People With Disabilities, <http://www.essa.ca/resources/planning-for-people-with-disabilities.pdf>
6. Shi, L. & Stevens, G. (2005). « Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors », *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 148-154.
7. Vaughan, E., & Tinker, T. (2009) « Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations ». *American Journal of Public Health*, 99(S2) S324-S332.
8. Garoon J. P. & Duggan, P. S. (2008). « Discourses of disease, discourses of disadvantage: A critical analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans ». *Social Science and Medicine*, 67(7), 1133-1142.
9. International Centre for Infectious Diseases (ICID) (2010). *Problèmes des interventions contre les pandémies de grippe pour les populations urbaines marginalisées : constatations et recommandations principales issues des réunions de consultation et des entrevues avec les témoins privilégiés*, http://icid.com/files/Marg_Pop_Influenza/Issues_in_Pandemic_Influenza_Responses_for_Marginalized_Urban_Populations_French_FINAL.pdf

10. Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management, <http://www.thecanadianfacts.org/>
11. Aday, L.A. (1994). « Health status of vulnerable populations ». *Annual Review of Public Health*, 15(1), 487-509.
12. Arnold, J.L. (2002). « Disaster medicine in the 21st century: future hazards, vulnerabilities, and risks ». *Prehospital and Disaster Medicine*, 17(1), 3–11.
13. Belmaker, I., Dukhan, L., Elgrici, M., Yosef, Y. & Shaher-Rotberg, L. (2006). « Reduction of vaccine-preventable communicable diseases in a Bedouin population: summary of a community-based intervention programme », *The Lancet*, 367(9515), 987-991.
14. Blickstead, J.R. & Shapcott. (2009). *When it comes to pandemics, no one can be left out*, Wellesley Institute, www.wellesleyinstitute.com.
15. Hutton, D. (2008). World Health Organization. *Older people in emergencies: considerations for action and policy development*. http://www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf
16. Usher-Pines, L., Duggan, P. S., Garoon, J. P., Karron, R. A., & Faden, R. R. (2007). « Planning for an influenza pandemic Social justice and disadvantaged groups ». *Hastings Center Report*, 37(4), 32-39.
17. Blumenshine, P., Reingold, A., Egerter, S., Mockenhaupt, R., Braveman, P. & Marks, J. (2008). « Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective », *Emerging Infectious Diseases*, 14(5), 709-715.
18. Gaetz, S. (2010). « The struggle to end homelessness in Canada: How we created the crisis and how we can end it », *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 21-26.
19. Oxford, J.S., Lambkin, R., Sefton, A., Daniels, R., Elliot, A., Brown, R. & Gill, D. (2005). « A hypothesis: the conjunction of soldiers, gas, pigs, ducks, geese and horses in Northern France during the Great War provided the conditions for the emergency of the “Spanish” influenza pandemic of 1918-1919 ». *Vaccine*, 23, 940-945.
20. Herring, D. A., & Sattenspiel, L. (2007). « Social contexts, syndemics, and infectious disease in north aboriginal populations ». *American Journal of Human Biology*, 19(2), 190-202.
21. Shafi, S., Booy, R., Haworth, E., Rashid, H., & Memish, Z. A. (2008). « Hajj: Health lessons from mass gatherings ». *Journal of Infection and Public Health*, 1(1), 27-32.
22. Thorpe, J. M., Sleath, B. L., Thorpe, C. T., Van Houtven, C. H., Blalock, S. J., Landerman, L. R., Campbell, W. H., & Clipp, E. C. (2006). « Caregiver psychological distress as a barrier to influenza vaccination among community-dwelling elderly with dementia ». *Medical Care*, 44(8), 713-721.
23. Silversides (2006). « Complex and unique HIV/AIDS epidemic among Aboriginal Canadians ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175(11), 1359.

24. Enarson & Walsh. (2007) *Intégration de la gestion des urgences et des populations à risque élevé : rapport d'expertise et mesures correctives recommandées*, http://www.croixrouge.ca/cmslib/general/dm_high_risk_population_fr.pdf
25. Semenza, J. C., & Giesecke, J. (2008). « Intervening to reduce inequalities in infection in Europe ». *American Journal of Public Health*, 98(5), 787-92.
26. Amaratunga, C.A. & O'Sullivan, T.L. (2006). « In the path of disasters: psychosocial issues for preparedness, response and recovery », *Prehospital and Disaster Medicine*, 21(3), 139-144.
27. Bai, Y., Lin, C., Lin, C., Chen, J., Chue, C., & Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services* 55(9), p. 1055-1057.
28. Baum, N. M., Jacobson, P. D. & Goold, S. D. (2009). « “Listen to the People”: Public deliberation about social distancing measures in a pandemic ». *The American Journal of Bioethics*, 9(11): 4–14
29. Campbell, V. A., Gilyard, J. A., Sinclair, L., Sternberg, T. & Kailes, J. I. (2009). « Preparing for and responding to pandemic influenza: Implications for people with disabilities ». *American Journal of Public Health*, 99(S2), S294-S300.
30. Hoff, V. G., Fedosejeva, R. & Mihailescu, L. (2009) « Prisons' preparedness for pandemic flu and the ethical issues ». *Public Health*, 123(6), 422-425.
31. Irvin, C.B., Cindrich, L., Patterson, W., & Southall, A. (2008). « Survey of hospital healthcare personnel response during a potential avian influenza pandemic: Will they come to work? » *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(4), 328-335.
32. Laditka, S. B., Laditka, J., Xirasagar, S., Cornman, C., Davis, C., & Richter, J., (2008). « Providing shelter to nursing home evacuees in disasters: Lessons from hurricane katrina ». *American Journal of Public Health*, 98(7), 1288.
33. Lee (2008). « The 60-year battle against tuberculosis in Hong Kong: A review of the past and a projection into the 21st century ». *Respirology* 13, 49-55.
34. Minchella, A., Onde, O., Vernes, E., Perrat, G., de La Coussaye, et al. (2009). « Pandemic influenza: training in the Nîmes university hospital ». *Médecine et Maladies Infectieuses*, 39(2), 116-124.
35. O'Sullivan, T.L., Dow, D., Turner, M.C., Lemyre, L., Corneil, W., Krewski, D., Phillips, K.P. & Amaratunga, C.A. (2008). « Disaster and Emergency Management: Canadian Nurses' Perceptions of Preparedness on Hospital Front Lines ». *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(3), S11-S18.
36. O'Sullivan, T.L., Amaratunga, C.A., Phillips, K.P., Corneil, W., O'Connor, E., Lemyre, L., & Dow, D. (2009). « If Schools Are Closed, Who Will Watch Our Kids? ... Family Caregiving and Other Sources of Role Conflict among Nurses During Large Scale Outbreaks ». *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(4), 321-325.

37. Orlando et al. (2008). *Neonatal Nursing care issues following a natural disaster: lessons learned from the Katrina experience*.
38. Watt, K., Tippet, V., Raven, S.G., Jamrozik, K., Coory, M., Archer, F., & Kelly, H.A. (2010). « Attitudes to living and working in pandemic conditions among emergency prehospital medical personnel », *Prehospital and Disaster Medicine*, 25(1), 13-19.
39. Nicholas, D., Patershuk, C., Koller, D., Bruce-Barrett, C., Zlotnik Shaul, R. & Matlow, A. (2010). « Pandemic planning in pediatric care: A website policy review and national survey data ». *Health Policy*, 96(2), 134-142.
40. Wingate, M. S., Perry, E. C., Campbell, P. H., David, P., & Weist, E. M. (2007). « Identifying and protecting vulnerable populations in public health emergencies: addressing gaps in education and training ». *Public Health Reports*, 122(3), 422-426.
41. Kailes, J., and A. Enders (2007). « Moving beyond special needs: A function-based framework for emergency management and planning », *Journal of Disability Policy Studies*, 17(4), p. 230–237.
42. Gausche-Hill, M. (2009). « Pediatric disaster preparedness: are we really prepared? » *Journal of Trauma*, 67(S2), S73-S76.
43. Lemyre, L., Gibson, S., Zlepzig, J., Meyer-Macleod, R., & Boutette, P. (2009). « Emergency Preparedness for Higher Risk Populations: Psychosocial Considerations », *Radiation Protection Dosimetry*, 134(3-4), 1–8.
44. White, S. R., Henretig, F. M., & Dukes, R. G. (2002). « Medical management of vulnerable populations and co-morbid conditions of victims of bioterrorism ». *Emergency Medicine Clinics of North America*. 20(2), 365-392.
45. Truman, B. I., Tinker, T., Vaughan, E., Kapella, B. K., Brenden, M. et al. (2009) « Pandemic Influenza Preparedness and response among immigrants and refugees ». *American Journal of Public Health*, 99(S2) S278-286.
46. Santibanez, S., Fiore, A. E., Merlin, T. L., & Redd, S. (2009). « A Primer on Strategies for Prevention and Control of Seasonal and Pandemic Influenza », *American Journal of Public Health*, 99(S2), S216-S224.
47. Enarson, E., in Enarson, E. & Chakrabarti, P.G.D. (Eds) (2009). « Gendering Disaster Risk Reduction: 57 Steps from Words to Action », *Women, Gender and Disaster: Global Issues and Initiatives*, p.320-336.
48. Melnychuk, R.M. & Kenny, N.P. (2006). « Pandemic triage: the ethical challenge », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175(11), 1393-1394.

49. Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé [PCLPI] (2006)*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-f/cpip-fra.pdf>
50. Zarychanski, R., Stuart, T.L., Kumar, A., Doucette, S., Elliott, L., Kettner, J., & Plummer, F. (2010). « Correlates of severe disease in patients with 2009 pandemic influenza (H1N1) virus infection », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 182(3), 257-264.
51. Dauphinee, W. (2009). « Crise post-catastrophe : comment le système de santé canadien fait face? », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 15, 37-40.
52. Meredith, L.S., Shugarman, L.R., Chandra, A., Taylor, S.L., Stern, S., Burke Beckjord, E., Parker, A.M., & Tanielian, T. (2008). *Analysis of Risk Communication Strategies and Approaches with At-Risk Populations to Enhance Emergency Preparedness, Response, and Recovery: Final Report*, Santa Monica, CA: RAND Corporation, available at: http://www.cgi.rand.org/pubs/working_papers/2009/RAND_WR598.pdf
53. Ottawa Adult Homeless Sector Pandemic Plan, (2009). Homeless Pandemic Health Response. <http://www.homelesspandemicresponse.ca/h1n1-resources/external-h1n1-resources/Ottawa%20Adult%20Homeless%20Sector%20Pandemic%20Plan%201.doc/view>
54. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html
55. Bouye, K., Truman, B. I., Hutchins, S., Richard, R., Brown, C., Guillory, J. A. & Rashid, J. (2009). Pandemic Influenza preparedness and response among public-housing residents, single-parent families, and low-income populations. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S287-S293.
56. Zoraster, R.M. (2010). Vulnerable populations: Hurricane Katrina as a case study, *Prehospital and Disaster Medicine*, 25(1), 74-78.
57. Crighton, E. J., Elliott, S. J., Moineddun, R., Kanaroglou, P. & Upshur, R. (2007). A spatial analysis of the determinants of pneumonia and influenza hospitalizations in Ontario. *Social Science and Medicine*, 64(8), 1636-1650.
58. Steege, A. L., Baron, S., Davis, S., Torres-Kilgore, J. & Sweeney, M. H. (2009). Pandemic influenza and farmworkers: The effects of employment, social, and economic factors. *American Journal of Public Health*, 99(S2), 308-315.
59. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, annexe P : répercussions psychosociales de la pandémie d'influenza*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-f/annex_p-fra.pdf

60. Ompad, D.C., Galea, S., Blaney, S., Coady, M.H., Sisco, S., Glidden, K. & Vlahov, D. (2007). Access to influenza vaccine in East Harlem and the Bronx during a national vaccine shortage. *Journal of Community Health*, 32(3), 195-202,
61. Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Cetron, M. S., Benson, J. M., Meinhardt, T. & Pollard, W. (2006). Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries, *Health Affairs*, 25(2), W15-25.
62. Sécurité publique Canada (2009). *Votre guide de préparation aux urgences : 72 heures – Votre famille est-elle prête?* Ottawa, Sécurité publique Canada. Sur Internet : http://www.getprepared.gc.ca/_fl/pub/ep-gd-prprtn-fra.pdf
63. Coady, M. H., Galea, S., Blaney, S., Ompad, D. S., Sisco, S. & Vlahov, D. (2008). Project Viva: A multilevel community-based intervention to increase influenza vaccination rates among hard-to-reach populations in New York City. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1314-1321.
64. Vlahov, D., Coady, M. H., Ompad, D.C., & Galea, S. (2007). Strategies for improving influenza immunization rates among hard-to-reach populations. *Journal of Urban Health*, 84(4), 615-631
65. Chen, J. Y., Fox, S. A., Cantrell, C. H., Stockdale, S. E. & Kagawa-Singer, M. (2007). Health disparities and prevention: Racial/Ethnic barriers to flu vaccinations. *Journal of Community Health*, 32(1), 5-20.
66. Fiscella, K., Dressler, R., Meldrum, S. & Holt, K. (2007). Impact of influenza vaccination disparities on elderly mortality in the United States. *Preventative Medicine*, 45(1), 83-87.
67. Mark, T.L., Paramore, L.C. (1996). Pneumococcal pneumonia and influenza vaccination: access to and use by US Hispanic medicare beneficiaries, *American Journal of Public Health*, 86(11), 1545-1550.
68. Alberta Health Services. (2009). Government of Alberta. Influenza planning guide for Alberta's Vulnerable and Disadvantaged Populations and shelter serving agencies. Version 6. http://www.housing.alberta.ca/documents/DRAFT_AHS_Pandemic_Influenza_Guide_for_Vulnerable_Populations_V6.pdf
69. Plan de lutte du Nouveau-Brunswick contre la pandémie d'influenza, pour le secteur de la santé. (2005). Santé et du Mieux-être. http://www.gnb.ca/0053/pandemic/pdf/Pandemic_Plan-f.pdf
70. Frankish, C. J., Hwang, S. W., Quantz, D. (2005). « Homelessness and health in Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, 96, 23-29.
71. Hwang, S. W. (2001). « Homelessness and health ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(2), 229-233.

72. Badiaga, S., Richet, H., Azas, P., Zandotti, C., Charrel, R., et al. (2009). Contribution of a shelter-based survey for screening respiratory diseases in the homeless. *European Journal of Public Health*, 19(2), 157-160.
73. Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic. (2008). Government of Ontario. Ministry of Health and Long Term Care.
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/ohpip2/plan_full.pdf
74. Rudge, S., & Massey P.D. (2010). Responding to pandemic (H1N1) 2009 influenza in aboriginal communities in NSW through collaboration between NSW health and the aboriginal community-controlled health sector, *NSW Public Health Bulletin*, 21(1-2), 26-29.
75. Centers for Disease Control (2009). Deaths related to 2009 Pandemic influenza A (H1N1) Among American Indian/Alaska Natives – 12 States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58(48), 1341-1344
76. Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza : mission santé. (2006). Santé et Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-235-05f.pdf>
77. Wray, R. J., Jupka, K., Ross, W., Dotson, D., Whitworth, A. R., & Jacobsen, H. (2007). How can you improve vaccination rates among older African Americans? *Journal of Family Practice*, 56(11), 925-929.
78. Pederson, A. F., Zachariae, R., & Bovbjerg, D. H. (2009). Psychological stress and antibody response to influenza vaccination: a meta-analysis. *Brain Behaviour Immunity*, 23(4), 427-433.
79. Groom, A. V., Jim, C., Laroque, M., Mason, C., McLaughlin, J., Neel, L. et al. (2009). Pandemic Influenza preparedness and vulnerable populations in tribal communities. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S271-S278.
80. McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W. T., Sham, P.C. et al., (2007). « Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers », *Revue canadienne de psychiatrie*, 52(4), 241-247.
81. Maruschak, L. M., Sabol, W. J., Potter, R. H., Reid, L. C., & Cramer, E. W. (2009). Pandemic influenza and jail facilities and populations. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S339-S344.
82. Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé (2008). « *Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, Synthèse* », Ottawa, Association canadienne de santé publique. Sur Internet : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-1/execsum_f.pdf
83. Heffelfinger, J. D., Patel, P., Brooks, J. T., Calvet, H., Daley, C. L., Dean, H. D., Edlin, B. R., Gensheimer, K. F., Jereb, J., & Kent, C. K. (2009). « Pandemic influenza: Implications for

programs controlling for HIV infection, tuberculosis, and chronic viral hepatitis ». *American Journal of Public Health*, 99(S2), S333.

84. Winston, C. A., Wortley, P. M., & Lees, K. A. (2006). « Factors associated with vaccination of medicare beneficiaries in five U.S. communities: Results from the racial and ethnic adult disparities in immunization initiative survey, 2003 ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 303-310.

85. Hebert, P. L., Frick, K. D., Kane, R. L. & McBean, A. M. (2005). « The causes of racial and ethnic differences in influenza vaccination rates among elderly medicare beneficiaries ». *Health Services Research*, 40(2), 517-537.

86. Pearman, W. A. (1978). « Participation in flu immunization projects: What can we expect in the future? » *American Journal of Public Health*, 68(7), 674-675.

87. Stebbins, S., Downs, J. S. & Vuckotich, C. J. (2009). « Using nonpharmaceutical intervention to prevent influenza transmission in elementary school children: parent and teacher perspectives ». *Journal of Public Health*, 15(2), 112-117.

88. Lemon, Rakowski, Clark, Roy & Friedmann (2004). « Variations in Influenza Vaccination Among the Elderly ». *American Journal of Health and Behaviour* 28(4), 352- 360.

89. Cameron, K. A., Rintamaki, L. S., Kamanda-Kosseh, M., Noskin, G. A., Baker, D. W. & Makoul, G. (2009) « Using theoretical constructs to identify key issues for targeted message design: African American seniors' perceptions about influenza and influenza vaccination ». *Health Communication*, 24(4), 316-326.

90. Dubois, A. E., Sinkala, M., Kalluri, P., Makasa-Chikoya, M. & Quick, R. E. (2006). « Epidemic cholera in urban Zambia: hand soap and dried fish as protective factors ». *Epidemiology and Infection*, 134(6), 1226-1230.

91. Izadi, S., Shakeri, H., Roham, P. & Sheikhzadeth, K. (2006). « Cholera outbreak in Southeast if Iran: Routs of transmission in the situation of good primary health care services and poor individual hygienic practices ». *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 59(3), 174-178.

92. Hutchins, S. S., Truman, B. I., Merlin, T. L., & Redd, S. C. (2009). « Protecting vulnerable populations from pandemic influenza in the United States: A strategic imperative ». *American Journal of Public Health*, 99(S2), S243.

93. Mitty, E. (2009) « Infection Control Practices in assisted living communities ». *Geriatric Nursing*, 30(6), 417-423

94. Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L. & Wessely, S. (2009). « Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey ». *British Medical Journal*, 339:b2651.

95. Abel, R. L., McGaha, P., Young, R., Bing, M., Foran, T. & Oaks, B. (2003). « Understanding difference in influenza immunization rates: a survey of African-American and Caucasian medicare beneficiaries in Texas », *Journal of Health and Human Services Administration*, 26(2), 174-198.
96. Chen, C., Hsiu-Yueh, W., Yang, P., & Cheng-Fang, Y. (2005). « Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS ». *Psychiatric Services*, 56(1), p. 76-77.
97. Chua, S. E., Cheung, V., McAlonan, G.M., Cheung, C., Wong, J. W., et al. (2004). « Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 49(6), 385-390.
98. Russo, T. (2006). *What should EMS agencies do to be ready for bird flu and other major outbreaks?* Le 3 octobre 2006.
<http://www.emsresponder.com/publication/article.jsp?pubId=1&id=4207>.
99. Statistique Canada. (2010). « Effet de la grippe H1N1 et de la grippe saisonnière sur les heures travaillées », *Le Quotidien, le vendredi 15 janvier, 2010*, extrait le 8 octobre 2010. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100115/dq100115c-fra.htm>
100. Basok, T. & Carasco, E. (2010). « Advancing the rights of non-citizens in Canada: A human rights approach to migrant rights », *Human Rights Quarterly*, 32(2), 342-366.
101. Starr, E. B. (1920). « Excessive mortality from influenza-pneumonia among bituminous coal miners of Ohio in 1918 ». *American Journal of Public Health*, 10(4), 348-351.
102. Cawley, J., Hull, H.F., & Rousculp, M.S. (2010) « Strategies for implementing school-located influenza vaccination of children: a systematic literature review ». *Journal of School Health*, 80(4), 167-175.
103. Stevenson, E., Barrios, L., Cordell, R., Delozier, D., Gorman, S., Loenig, K. J. et al. (2009). « Pandemic influenza planning: Addressing the needs of children ». *American Journal of Public Health*, 99(S2), S255-S260.
104. Andrulis, D. P., Siddiqui, N. J., & Gantner, J. L. (2007). « Preparing racially and ethnically diverse communities for public health emergencies ». *Health Affairs (Project Hope)*, 26(5), 1269-1279.
105. Gilmour, H. & Hoffman, N. (2010). « Vaccination contre la grippe H1N1 », *Rapports sur la santé*, 21(4). Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010004/article/11348-fra.pdf>
106. Schwartz, K. L., Neale, A. V., Northrup, J., Monsur, J., Patel, D. A., Tobar, R. Jr., & Wortley, P. M. (2006) « Racial similarities in response to standardized offer of influenza vaccination ». *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 346-351.
107. Egede & Zheng. (2003). « Racial/Ethnic differences in influenza vaccine coverage in high-risk adults ». *American Journal of Public Health*, 93(12), 2074-2078.

108. Levy, C., Carter, S., Priloutskaia, G., & Gallegos, G. (2003) « Critical elements in the design of culturally appropriate interventions intended to reduce health disparities: immunization rates among Hispanic seniors in New Mexico ». *Journal of Health and Human Services Administration*, 26(2), 199 – 238
109. Samet, J. M., Key, C. R., Kutvirt, D. M., & Wiggins, C. L. (1980). *American Journal of Public Health*, 70(5), 492-497.
110. Daniels, N.A., Gildengorin, G., Nguyen, T.T., Liao, Y., Luong, T-N. & McPhee, S.J. (2010). « Influenza and pneumococcal vaccination rates among Vietnamese, Asian, and Non-Hispanic White Americans ». *Journal of Immigrant Minority Health*, 12(3), 370-376.
111. Link, M. W., Ahluwalia, I. B., Euler, G. L., Bridges, C. B., Chu, S. Y. & Wortley, P. M. (2006). « Racial and ethnic disparities in influenza vaccination coverage among adults during the 2004-2005 season ». *American Journal of Epidemiology*, 163(6), 571-578.
112. Straits-Tröster, K. A., Kahwati, L. C., Kinsinger, L. S., Orelie, J., Burdick, M. B. & Yevich, S. J. (2006). « Racial/Ethnic differences in influenza vaccination in the Veterans Affairs healthcare system ». *American Journal of Preventative Medicine*, 31(5), 375-382
113. Poland, G. A. (2010). « The 2009-2010 influenza pandemic: effects on pandemic and seasonal vaccine uptake and lessons learned for seasonal vaccination campaigns ». *Vaccine*, 7(28), D3-D13.
114. Sengupta, S., Corbie-Smith, G., Thrasher, A., & Strauss, R. P. (2004). « African American elders' perceptions of the influenza vaccine in Durham », North Carolina. *North Carolina Medical Journal*, 65(4), 194-199.
115. Sambamoorthi & Findley (2005). « Who are the elderly who never receive influenza immunization? » *Preventative Medicine*, 40. 469-478.
116. Kumar, A., Zarychanski, R., Pinto, R, et al. (2009) « Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada », *Journal of the American Medical Association*, 302(17):1872-1879
117. Verrall, A., Norton, K., Rooker, S., Dee, S., Olsen, L., Tan, C. E. et al. (2010). « Hospitalizations for pandemic (H1N1) 2009 among Maori and Pacific Islanders, New Zealand ». *Emerging Infectious Diseases*, 16(1), 100-102.
118. D'Onise, K. & Raupach, J.C.A. (2008). « The burden of influenza in health children in South Australia ». *The Medical Journal of Australia*, 188(9), 510-513.
119. Massey, P. D., Pearce, G., Taylor, K. A., Orcher, L., Saggors, S., & Durrheim, D. N. (2009). « Reducing the risk of pandemic influenza in aboriginal communities ». *Rural and Remote Health*, 9(3), 1290.
120. McIntyre, P. B., & Menzies, R. I. (2005). « Immunisation: reducing health inequality for Indigenous Australians ». *Medical Journal of Australia*, 185(5), 207-208.

121. Hanna, J.N., Young, D.M., Brookes, D.L., & Dostie, B.G. (2001). « The initial coverage and impact of the pneumococcal and influenza vaccination program for at-risk Indigenous adults in Far North Queensland ». *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 543-546.
122. Flint, S. M., Davis, J. S., Su, J. Y., Oliver-Landry, E. P., Rogers, B. A. et al. (2010). « Disproportionate impact of pandemic (H1N1) 2009 influenza on Indigenous people in the top end of Australia's Northern Territory ». *Medical Journal of Australia*, 192(10), 1-6.
123. Traegar, M., Thompson, A., Dickson, E., & Provencio, A. (2006). « Bridging disparity: a multidisciplinary approach for influenza vaccination in an American Indian community ». *American Journal of Public Health*, 96(5), 921-925.
124. Allison, M. T., Rivers, P. A., & Fottler, M. D. (2007). « Future public health delivery models for Native American tribes ». *Public Health*, 121(4), 296-307.
125. Leung, C. (2008). « Yellow peril revisited: the impact of SARS on Chinese and Southeast Asian Communities », *Documentation sur la recherche féministe*, le 22 mars 2008. Sur Internet : <http://www.thefreelibrary.com/The+yellow+peril+revisited:+the+impact+of+SARS+on+Chinese+and...-a0195680111>
126. Centers for Disease Control (2006). « Pertussis outbreak in an Amish community – Kent County, Delaware, September 2004 – February 2005 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(30), 817-822.
127. Statistique Canada. (2001). *Un profil de l'incapacité au Canada en 2001*. Extrait le 15 juillet 2010 sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-577-x/index-fra.htm#identification>
128. Chen, J., Wilkinson, D., Richardson, R. B., & Waruszynski, B. (2009). « Issues, considerations and recommendations on emergency preparedness for vulnerable population groups ». *Oxford University Press*, 134(3-4), 132-135.
129. Barker, W. H. (1986). « Influenza and nursing homes ». *American Journal of Public Health*, 76(5), 491-492.
130. Flemming, D. M. & Elliot, A. J. (2005). « The impact of influenza on the health and health care utilisation of elderly people ». *Vaccine*, 8(23), 1-9.
131. Dushoff, J., Plotkin, J.B., Viboud, C., Simonsen, L., Miller, M. et al. (2007). « Vaccinating to protect a vulnerable subpopulation ». *PLoS Med*, 4(5), 921-927.
132. Armstrong, P. & Armstrong, H., in Grant, K.R., Amaratunga, C.A., Armstrong, P., Boscoe, M., Pederson, A., and Willson, K. (Eds). (2004). « Thinking it through: Women, work and caring in the new millennium », *Caring For/Caring About: Women, Home Care and Unpaid Caregiving*, Aurora: Garamond Press, p.5-43.

Annexe

Lectures suggérées
Glossaire de termes courants

Lectures suggérées

- Arnold, J.L. (2002). « Disaster medicine in the 21st century: future hazards, vulnerabilities, and risks ». *Prehospital and Disaster Medicine*, 17(1), 3–11.
- Blumenshine, P., Reingold, A., Egerter, S., Mockenhaupt, R., Braveman, P. & Marks, J. (2008). « Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective », *Emerging Infectious Diseases*, 14(5), 709-715.
- Campbell, V. A., Gilyard, J. A., Sinclair, L., Sternberg, T. & Kailes, J. I. (2009). « Preparing for and responding to pandemic influenza: Implications for people with disabilities ». *American Journal of Public Health*, 99(S2), S294-S300.
- Enarson, E. & Chakrabarti, P.G.D. (Eds) (2009). *Women, Gender and Disasters: Global Issues and Initiatives*, New Delhi: Sage Publications,
- Garoon J. P. & Duggan, P. S. (2008). « Discourses of disease, discourses of disadvantage: A critical analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans ». *Social Science and Medicine*, 67(7), 1133-1142.
- Grant, K.R., Amaratunga, C., Armstrong, P., Boscoe, M., Pederson, A. & Willson, K. (Eds) (2004). *Caring For / Caring About Women, Home Care, and Unpaid Caregiving*, Aurora, Ontario: Garamond Press.
- Kailes, J., and A. Enders (2007). « Moving beyond special needs: A function-based framework for emergency management and planning », *Journal of Disability Policy Studies*, 17(4), p. 230–237.
- Lemyre, L., Gibson, S., Zlepnic, J., Meyer-Macleod, R., & Boutette, P. (2009). « Emergency preparedness for higher risk populations: Psychosocial considerations ». *Radiation Protection Dosimetry*, 134(3-4), 207-214.
- Leung, C. (2008). « Yellow peril revisited: the impact of SARS on Chinese and Southeast Asian Communities », *Documentation sur la recherche féministe*, 22 mars 2008, Sur Internet : <http://www.thefreelibrary.com/The+yellow+peril+revisited:+the+impact+of+SARS+on+Chinese+and...-a0195680111>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Sur Internet : <http://www.thecanadianfacts.org/>
- O'Sullivan, T. L., Amaratunga, C., Phillips, K. P., Corneil, W., O'Connor, E., et al. (2009). « If schools are closed, who will watch our kids? Family caregiving and other sources of role conflict

among nurses during large-scale outbreaks ». *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(4), 321-325.

Santibanez, S., Fiore, A. E., Merlin, T. L., & Redd, S. (2009). « A Primer on Strategies for Prevention and Control of Seasonal and Pandemic Influenza », *American Journal of Public Health*, 99(S2), S216-S224.

Shi, L. & Stevens, G. (2005). « Vulnerability and unmet health care needs: The influence of multiple risk factors », *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 148-154.

Steege, A. L., Baron, S., Davis, S., Torres-Kilgore, J. & Sweeney, M. H. (2009). « Pandemic influenza and farmworkers: The effects of employment, social, and economic factors ». *American Journal of Public Health*, 99(S2), 308-315.

Truman, B. I., Tinker, T., Vaughan, E., Kapella, B. K., Brenden, M. et al. (2009) « Pandemic Influenza Preparedness and response among immigrants and refugees ». *American Journal of Public Health*, 99(S2) S278-286.

Vlahov, D., Coady, M. H., Ompad, D.C., & Galea, S. (2007). « Strategies for improving influenza immunization rates among hard-to-reach populations ». *Journal of Urban Health*, 84(4), 615-631

Nations Unies, Stratégie internationale de prévention des catastrophes (SIPC) (2005). *Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 : SIPC Stratégie internationale de prévention des catastrophes naturelles Stratégie internationale de prévention des catastrophes naturelles : pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes*, SIPC. Sur Internet : <http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-french.pdf>

Glossaire de termes courants

Approche tous risques :

« En gestion des urgences, un système ou un plan qui se concentre sur les conséquences fréquentes et qui peut être utilisé en situation d'urgence ou de catastrophe. » (British Columbia Pandemic Plan, 2005; p. 31).

Antigène :

« Toute molécule qui est reconnue par le système immunitaire et qui déclenche une réponse immunitaire, telle que la libération d'anticorps. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Capacité à faire face :

« Moyens que prennent les personnes ou les organisations pour utiliser les ressources et les compétences disponibles dans le but de faire face à des conséquences négatives pouvant mener à une catastrophe. En général, cela comprend la gestion des ressources à la fois en temps normal et en temps de crise ou dans des contextes difficiles. Le renforcement de la capacité à faire face contribue habituellement à augmenter la résilience qui permet de réagir efficacement aux effets des dangers naturels ou anthropiques. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Éclosion :

« Augmentation de l'activité d'une maladie surpassant les prévisions. Connue aussi sous l'appellation "épidémie". Cette dernière acception a une connotation plus grave. » (British Columbia Pandemic Plan, 2005; p. 48).

Épidémie :

« Éclosion d'infection qui se propage rapidement et qui touche un grand nombre d'individus dans une région ou une population donnée au même moment. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes)

État de préparation :

« Les connaissances et les capacités développées par les gouvernements, les professionnels d'intervention et autres organisations concernées, les communautés et les individus, de manière à anticiper efficacement, à réagir et à récupérer, des impacts probables, imminents ou en cours. » (UNISDR, Terminologie pour la Prévention des risques de catastrophe, 2009; p. 16).

Gestion des urgences :

« Gestion des urgences relativement à tout danger, y compris toutes les activités et mesures de gestion des risques liées à la prévention et à l'atténuation ainsi qu'à la préparation, à l'intervention et au rétablissement. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Grippe (voir aussi « influenza ») :

« Autre nom de l'infection par le virus de l'influenza; ce terme est cependant employé à tort pour faire référence à des maladies gastro-intestinales et à d'autres types de maladies cliniques. »

(ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Groupes à risque élevé :

« Groupes qui, selon les données épidémiologiques, courent un risque accru de contracter une maladie. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

H1N1 :

Souche de virus de l'influenza à l'origine de l'épidémie de grippe porcine en 2009 et qui a également causé l'infection pandémique de 1918-1919.

Influenza ou grippe :

« Infection respiratoire aiguë très contagieuse et fébrile du nez, de la gorge, des bronches et des poumons causée par le virus de l'influenza. Elle est responsable de la maladie clinique sévère et potentiellement mortelle à l'origine d'épidémies et de pandémies. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Morbidité :

« Tout écart par rapport à un état de bien-être, soit physiologique ou psychologique; maladie. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Organisations de gestion des urgences :

« Organisations désignées agissant dans divers secteurs aux niveaux fédéral, provincial et territorial, y compris les organisations autochtones qui assument des responsabilités en matière de gestion des urgences. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Pandémie :

« Maladie épidémique qui s'étend au monde entier. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Populations à risque élevé :

« Groupes de personnes dont les caractéristiques situationnelles et physiques augmentent la prédisposition aux préjudices associés aux catastrophes. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Résilience :

« Capacité d'un système, d'une collectivité ou d'une société à s'adapter aux perturbations résultant de dangers en persévérant, en récupérant ou en changeant, afin d'atteindre et de maintenir un niveau acceptable de fonctionnement. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Soins primaires :

« Premier niveau de soins et, habituellement, premier point de contact entre les personnes et le système des soins de santé. Les soins primaires comprennent la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles par des cliniciens chargés de répondre à la plus grande partie des besoins en matière de santé personnelle, la mise sur pied d'un partenariat avec les patients et la

pratique dans un contexte familial et communautaire. Ils comprennent les conseils pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, les évaluations de l'état de santé, le diagnostic et le traitement de troubles épisodiques ou chroniques ainsi que les soins de soutien et de réhabilitation. » (British Columbia Pandemic Plan, 2006; p. 49).

Syndrome grippal :

« Trouble respiratoire aigu accompagné de fièvre et de toux et d'un ou de plusieurs des symptômes associés à l'influenza suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration. » (British Columbia Pandemic Plan, 2005; p. 44).

Vaccin :

« Substance contenant des composantes antigéniques provenant d'un organisme infectieux. En stimulant une réponse immunitaire (mais pas la maladie), il confère une protection contre une infection subséquente par cet organisme. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Vulnérabilité :

« Propension à subir un certain degré de perte (par exemple blessure, décès, dommages) à la suite d'un événement dangereux. Qu'il s'agisse d'une collectivité, d'une personne, d'une économie ou d'une structure, la vulnérabilité est fonction de la capacité relative à faire face aux conséquences du danger. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Vulnérabilité sociale :

« Vulnérabilité de groupes de population évoluant dans un contexte particulier sur le plan culturel, historique, politique et social. Elle est éprouvée par les membres du groupe, mais déterminée par un accès relatif de ce groupe à des ressources clés ainsi qu'à des compétences et à des ressources de la sous-population. » (Enarson et Walsh, 2007; p. 7).

Virus :

« Groupe d'agents infectieux caractérisés par leur incapacité de se reproduire à l'extérieur d'une cellule hôte vivante. Les virus peuvent détourner les fonctions normales des cellules de l'hôte à leur profit. » (ASPC, Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, 2006; Glossaire des termes et acronymes).

Pour obtenir un complément d'information sur la pandémie et une liste des termes courants, veuillez consulter le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (2006) et son annexe Répercussions psychosociales de la pandémie d'influenza (2009).