

Travail de *care* des travailleuses de la santé en situation de pandémie de COVID-19 : quel engagement de la part des autorités gouvernementales ?

Geneviève McCreedy¹, Marie-Ève Lajeunesse-Mousseau², Josée Lapalme³
et Sandra Harrisson⁴

Résumé :

La COVID-19 a pressé les gouvernements à intervenir à l'aide de données partielles sur l'efficacité des moyens. Les femmes sont particulièrement touchées car elles sont plus nombreuses à s'occuper des autres. Cette étude a pour but de comprendre l'influence des décisions politiques sur les conditions de vie et de travail des travailleuses de la santé. Une analyse des interventions gouvernementales de santé publique du Québec et des revendications des travailleuses de la santé retrouvées dans les documents journalistiques et les communiqués de presse officiels du gouvernement (13 avril au 1er juillet 2020) a été effectuée. Les résultats démontrent le manque de reconnaissance des autorités face à certains types de *care*, ainsi qu'une inadéquation dans les moyens de prise en charge pour prendre soin de la population. Le peu de reconnaissance des conditions de vie et de travail lors de décisions politiques engendre une répartition inéquitable des fardeaux associés à la pandémie.

Mots clés : COVID-19, équité/Justice sociale, femmes, gouvernance, politiques/politique, equity/social justice, women, governance

« Mômman travaille pas, a trop d'ouvrage »

(Yvon Deschamps, 1973)

En 2020, près de 84 millions de personnes ont été atteintes de la COVID-19 mondialement (1), exacerbant les inégalités sociales existantes (2). Certains groupes, notamment ceux à faible statut socioéconomique, sont davantage à risque de contracter le virus, de vivre des complications de la maladie et de subir des conséquences des mesures

sanitaires adoptées (3), telles que des problèmes de santé mentale dus au confinement ou à l'arrêt de travail. Au Canada, la province la plus affectée lors de la première vague fut celle du Québec, Montréal représentant le secteur géographique où le nombre de cas et de décès était le plus élevé (4).

Historiquement, les moments de crise amplifient la responsabilité du soin reléguée aux femmes pour assurer la survie humaine (5) parce qu'elles sont plus nombreuses à soigner et à s'occuper des autres, tant dans les sphères publique (travailleuses de la santé et

1. Professeure régulière, Département des sciences de la santé, Module des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, Rimouski, Québec, Canada.
2. Étudiante à la maîtrise en histoire, Université du Québec à Rimouski, Rimouski, Québec, Canada.
3. Candidate au doctorat, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) et Centre de recherche en santé publique (CRéSP), Montréal, Québec, Canada.
4. Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada.

Correspondance à : Geneviève McCreedy, professeure régulière, Département des sciences de la santé, Module des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, 300, allée des Ursulines, Rimouski, Québec G5L 3A1, Canada.
Email : genevieve_mccreedy@uqar.ca

(Ce manuscrit a été soumis le 10 août 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 26 juillet 2021.)



Global Health Promotion 1757-9759; Vol 0(0): 1-9; 1042764 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/17579759211042764 journals.sagepub.com/home/ghp

des services sociaux) que privée (tâches domestiques, soins aux enfants, aidantes naturelles) (6,7). En contexte de confinement, ces charges disproportionnellement féminines sont alourdies par la fermeture des garderies et des écoles, l'impossibilité de recourir au soutien des proches et l'accroissement du nombre de personnes malades soignées à la maison. De plus, le processus de rationnement des soins des vingt dernières années dans le réseau de la santé québécois renvoie les soins abandonnés par les infirmières – c'est-à-dire ceux répondant aux besoins émotionnels, éducationnels, d'hygiène et ceux liés à la mobilisation des personnes (8) – aux femmes qui y répondent dans la sphère privée. Ce rationnement entraînant une charge accrue du *care* dans la sphère privée vient créer un double fardeau des soins pour les travailleuses de la santé qui réalisent ces activités dans les deux sphères. Bien que des hommes accomplissent aussi les tâches du *care*, celles-ci sont majoritairement réalisées par des femmes, lesquelles sont socialisées à développer ces habiletés dès l'enfance (9). C'est pourquoi il convient de s'intéresser particulièrement à l'expérience des femmes travailleuses de la santé en contexte pandémique. Afin de mieux représenter cette réalité, le féminin est employé dans cet article pour se référer aux personnes qui accomplissent le travail matériel de *care*, soit les soins directs aux usagers.

La crise de la COVID-19 représente une opportunité d'examiner comment les politiciens du Québec (Canada) ont tenu compte des conditions de vie et de travail du *care* des travailleuses de la santé tant dans la sphère publique que privée lors de leurs prises de décisions pour gérer la crise¹. L'aspect genré du travail de *care* explique en grande partie le manque de considération politique dont les travailleuses de la santé sont victimes en comparaison à d'autres corps de métier jugés plus masculins (10). À cet effet, les journalistes ont joué un rôle crucial pour rendre visible l'influence des décisions politiques sur le fardeau supplémentaire des travailleuses de la santé pendant la crise sanitaire.

Puisque le travail du *care* qu'effectuent les travailleuses de la santé dépend des conditions de vie et de travail, cette étude vise à mieux comprendre l'influence des décisions politiques dans une crise pandémique sur les conditions de vie et du travail de *care* de ces travailleuses. À l'aide du cadre théorique de l'éthique du *care* de la politologue féministe Joan

Tronto (11), cette étude avait comme premier objectif de qualifier la disposition des autorités politiques face aux besoins des travailleuses de la santé lors d'une crise pandémique, en prenant en exemple le cas du Québec. Le deuxième objectif visait à démontrer l'influence des réponses des décideurs sur les conditions des travailleuses qui prodiguent le *care*.

L'éthique du *care* de Joan Tronto

Le cadre théorique élaboré par Tronto permet de réinterpréter les productions du *care* avec pertinence. Le *care* est défini comme une :

« activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (11, p. 13).

Cette conception est ancrée dans la notion de sollicitude : une forme d'engagement envers autrui conduisant à agir auprès d'une personne, des objets ou sur l'environnement. Tronto (11) soutient que le *care* n'est pas limité aux femmes, même si traditionnellement associé à des valeurs féminines, mais plutôt compris comme une réponse aux besoins. Ainsi, les valeurs rattachées au *care* peuvent varier selon le milieu et les types de *care* offerts. Aussi, le *care* est nécessairement politique puisque « Les réalités politiques déterminent (. . .) la mesure dans laquelle les arguments tirés de la « moralité des femmes » sont pris ou non au sérieux par les acteurs politiques et l'opinion publique » (11, p. 32). Tout acte de *care* implique donc une sensibilité à se saisir des préoccupations et des besoins des personnes ; une disposition qui guidera ensuite la pratique du *care*. Selon ces critères, les décisions politiques peuvent être considérées comme une forme de *care* et être analysées comme telles.

Les quatre phases du *care* décrites par Tronto (11) sont particulièrement utiles pour comprendre le processus de réalisation et la diversité d'acteurs impliqués. La première phase réfère au souci de la personne et au constat de l'existence d'un besoin. La deuxième concerne la prise en charge du *care*, soit la

responsabilité de déterminer la nature de la réponse à apporter aux besoins. Elle est souvent dévolue à des personnes occupant un rôle décisionnel dans la sphère publique. La troisième phase consiste à prendre soin ; il s'agit d'un travail matériel en contact direct avec la personne dans le besoin. Enfin, la quatrième phase étudie la réception du *care*. Dans cette phase, Tronto octroie un rôle actif aux bénéficiaires du processus qui participent ainsi à qualifier le *care* reçu et à évaluer sa capacité réelle à répondre à leurs besoins. Ces quatre phases constituent le cadre analytique de cette étude. Elles permettent de comparer le rôle dans le travail du *care* qui incombe à des instances décisionnelles et les rôles joués par diverses catégories de travailleuses de la santé.

Méthodologie

Ce projet d'étude a été mené selon deux axes : 1) les revendications de la société civile et 2) les décisions prises par les autorités gouvernementales. Dans le premier axe, une sélection d'articles de journaux quotidiens a été effectuée dans la base de données d'actualité *Eurêka* pour la période couvrant la première vague pandémique au Québec, soit du 13 mars 2020 (première journée du confinement provincial) au 1er juillet 2020. Ces informations rapportées par les journalistes sous forme de revendications de groupes de la société permettaient de qualifier des besoins liés aux conditions de vie et de travail des travailleuses de la santé, lesquels étaient à la disposition des autorités politiques. Les articles retenus ont été publiés dans les médias écrits francophones traditionnels *La Presse*, *Le Devoir*, *Le Soleil* et *Radio-Canada*², et consistaient en des textes d'opinions (chroniques, éditoriaux, lettres ouvertes) ou d'actualité journalistique. Avant de s'intéresser aux travailleuses de la santé, nous nous sommes basées sur les expériences épidémiques antérieures (12). Une première recherche a été réalisée sur une période d'un mois autour des lexèmes « femme », « immigrant », « pauvre », « racisé », « autochtone », « vulnérable », « préposé », « défavorisé », « aîné », « travailleurs de la santé », « travailleurs essentiel », « préposé », « travailleuses du sexe », « région », « étudiant », « jeune », laquelle a généré 193 articles et 24 catégories. Cette sélection a permis d'identifier des recoupements entre différentes catégories, lesquels ont fait ressortir l'inégalité des divers

groupes de travailleuses de la santé face aux impacts des décisions gouvernementales. Par la suite, puisque l'emphase de l'étude portait sur les situations vécues par celles qui prodiguent des soins directs, tous les articles qui ne faisaient pas mention de manière explicite de la condition des femmes ou des travailleuses de la santé qui exercent ce type de soins ont été exclus. À cette étape, il a été remarqué que les réalités des travailleuses de la santé en région étaient moins abordées par les médias, ce qui s'explique par une première vague de la COVID-19 ayant surtout touché la grande région de Montréal. Cette étape a donné un total de 112 articles.

Pour le deuxième axe, tous les communiqués officiels émanant des gouvernements provincial et fédéral témoignant de décisions pouvant affecter les conditions des femmes ont été collectés. Des recherches dans *Eurêka* ont permis de repérer d'autres décisions ministérielles qui n'auraient pas fait l'objet d'un communiqué officiel, mais correspondaient aux revendications du premier axe. Cette démarche a produit 56 décisions gouvernementales.

Pour faciliter l'analyse, une compilation des 168 entrées (43 communiqués gouvernementaux, 13 décisions gouvernementales par articles de journaux, 86 articles d'actualité, 5 articles par des acteurs du milieu académique, 5 articles provenant des milieux communautaires, 10 chroniques et 6 autres) ont été insérées dans une ligne du temps chronologique à l'aide de l'outil informatisé *Preceden*® et classées selon les 10 catégories qui rendaient compte des conditions de vie ou de travail des travailleuses de la santé : pauvreté, immigrants et racisme, travailleuses de la santé, aînés, quartiers pauvres, violence conjugale, femmes, travailleuses essentielles, personnes handicapées et autres vulnérabilités. Les revendications faites par les différents groupes ont été identifiées (phase 3), pour ensuite en distinguer la première occurrence. Puis les moments de prévoyance ou de réponse des gouvernements face à ces revendications ont été trouvés (phases 1 et 2). Ces étapes ont permis de qualifier la disposition des autorités face aux besoins des travailleuses de la santé. L'examen des réactions des divers groupes face aux décisions gouvernementales (phase 4) permettait de décrire l'influence des décisions sur les conditions de vie et de travail des femmes prodiguant le *care*. L'analyse inductive a également été utilisée afin d'ajouter des résultats pertinents aux objectifs

mais qui n'étaient pas compris dans la théorie de Tronto (11) : cette dernière agissait donc comme orientation non exclusive de l'analyse. L'analyse a été menée entre les deux premières auteures, puis discutée et validée par toutes les auteures.

Résultats

Les revendications et les décisions gouvernementales étudiées portaient principalement sur le travail de *care* des travailleuses de la santé. Plusieurs catégories de travailleuses ont été analysées : des aidantes naturelles, des préposées à l'entretien ménager et des employées du réseau de la santé. Cette dernière catégorie comprend notamment des préposées aux bénéficiaires (PAB), des auxiliaires familiales, des travailleuses de services (ex. : cuisines), des infirmières auxiliaires, des infirmières et des travailleuses sociales. Nous nous sommes concentrées sur les travailleuses qui donnent des soins directs aux usagers. Selon le cadre théorique de Tronto, deux constats principaux liés aux phases du *care* sont ressorties de l'analyse, soit 1) la difficulté à reconnaître les besoins des travailleuses de la santé (phase 1) et 2) une inadéquation entre la prise en charge du *care* (phase 2) et ce qui est nécessaire pour réellement prendre soin (phases 3 et 4). L'identification des sources documentaires se trouve en tableau supplémentaire.

Reconnaître - ou pas - l'existence des besoins

Le 13 mars 2020, le gouvernement québécois déclare l'urgence sanitaire^A. Les communiqués officiels et les journalistes rapportent alors la suspension des travaux de l'Assemblée nationale du Québec, en date du 17 mars^B. Ceux-ci ne reprendront que le 13 mai 2020. Les lieux publics, les écoles et les services de garde sont aussi fermés, sauf pour les enfants des travailleuses de la santé et des services sociaux^C. Dans la semaine suivante, le gouvernement annonce la fermeture des commerces, des salles à manger des restaurants et des salons de coiffure, plongeant ainsi le Québec dans le confinement et le ralentissement économique^D.

Anticipant certains effets néfastes du confinement, les gouvernements fédéral et québécois informent la population dès les premiers jours du confinement de la mise en place de mesures économiques, notamment

des subventions aux personnes qui se retrouvent sans emploi, dont la Prestation canadienne d'urgence (PCU), la conciliation de comptes personnels (ex. : factures d'électricité), l'interdiction d'éviction de locataires et l'aide financière aux petites et moyennes entreprises^E. Des subventions sont également octroyées aux organismes d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et aux organismes communautaires qui offrent de l'aide alimentaire ou viennent en aide aux personnes en situation d'itinérance^F. Ces mesures témoignent d'une sensibilité des autorités face à la précarité de certains groupes, notamment les personnes âgées, les personnes à faible revenu, et les femmes victimes de violence.

Dès le 18 mars, les médias rapportent la situation des travailleuses de la santé comme étant préoccupante, soulignant un manque d'équipement de protection individualisé (EPI) et le non-respect du retrait préventif pour des raisons médicales^G. Le gouvernement publie malgré tout un arrêté ministériel, le 21 mars, afin d'abolir certaines entraves à la gestion de la main-d'œuvre en santé^H. L'arrêté ministériel affecte les conditions de travail en permettant aux gestionnaires d'annuler les libérations syndicales, suspendre les griefs, placer le personnel en invalidité en affectations adaptées, suspendre les aménagements de travail consentis et convertir les postes à temps partiel en temps complet. Les gestionnaires obtiennent aussi le droit de modifier les horaires et de réaffecter le personnel sans tenir compte des titres d'emploi. Le pouvoir de contestation des travailleuses de la santé est miné par l'état d'urgence affectant la disponibilité des ressources syndicales et parce que les travailleuses ne veulent pas prendre la population en otage. Le 30 mars, un syndicat annonce dans les journaux le lancement d'une plateforme web qui permet à ses membres de dénoncer anonymement leurs piètres conditions de travail^I.

Les témoignages font également état des préoccupations de contagion de la COVID-19 pour certaines travailleuses à plus haut risque de complications, dont les travailleuses enceintes^J. Dans ces conditions, pour certaines, la démission apparaît comme une porte de sortie :

« Le public [. . .] n'est pas au courant que tous nos droits sont brimés et que nous n'avons plus aucune qualité de vie et moins de reconnaissance

que jamais. Que nous sommes intimidées, menacées et j'en passe. Plus de fériés, plus de vacances. Menace d'amende pour non-présence sur nos quarts de travail. [...] Plus de port d'attache. Plus de quart de travail fixe. [...] On ne sait même pas si on a encore le droit de démissionner, et sous peine de quoi? » poursuit cette mère de jeunes enfants dont le conjoint travaille sur la route cinq jours par semaine (13).

Les risques secondaires associés aux mauvaises conditions de travail sont avérés puisque les journalistes rapportent en date du 15 mai que les personnes qui œuvrent dans le réseau de la santé représentent 50 % des cas de COVID chez les moins de 60 ans et que huit PAB en sont décédés^K. Le réseau de la santé se trouve aussi affaibli par l'absence de quelque 6000 travailleuses pour cause d'infection, de retrait préventif ou de crainte d'être contaminées^L.

Le fossé entre les moyens de prise en charge et les cibles d'action pour prendre soin

Un article rapporte des liens entre la forte proportion de travailleuses infectées et la transmission communautaire dans des quartiers défavorisés^M. À la fin avril, Montréal-Nord, un quartier historiquement plus défavorisé hébergeant une proportion élevée de personnes appartenant à des minorités racisées et de travailleuses de la santé, devient le siège d'une transmission communautaire soutenue^N. Diverses caractéristiques des conditions de vie dans le quartier sont évoquées dans les médias : densité de population, logements surpeuplés, problèmes de communication en raison de barrières linguistiques, manque de services et plus forte proportion de personnes aux prises avec des maladies chroniques^O. Il est aussi rapporté par les médias un historique de politiques sociales et économiques d'exclusion, dont sont particulièrement victimes les personnes en situation d'immigration irrégulière, mettant en évidence la vulnérabilité accrue des travailleuses de la santé racisées qui résident dans ces quartiers^P.

Cependant, seules certaines problématiques soulevées par les médias sont abordées par les gouvernements. Au palier régional, la Direction de la santé publique de Montréal met en place au début mai des stratégies communautaires de dépistage

massif dans les quartiers défavorisés, dont Montréal-Nord^Q. Le gouvernement fédéral annonce un programme spécial pour régulariser le statut des personnes issues de l'immigration irrégulière ayant travaillé dans le réseau de la santé, non sans émettre des critères restrictifs^R. Questionné à ce sujet par les journalistes, le premier ministre du Québec précise pour sa part vouloir traiter la question de l'immigration irrégulière au cas par cas et en dehors du contexte pandémique^S. Néanmoins, les causes sous-jacentes qui ont entraîné les disparités territoriales de transmission sont ignorées par les gouvernements, lesquels se contentent de saluer le courage des femmes migrantes qui soignent et vivent dans des conditions précaires^T.

Les médias soulignent également les effets néfastes des décisions gouvernementales pour les bénéficiaires de soins et l'organisation des services^U. Par exemple, l'octroi de primes aux PAB du secteur public et la création d'une formation accélérée qui permet l'accès à ce métier attire les travailleuses vers le secteur public, compromettant d'autres secteurs comme les ressources intermédiaires, les bénéficiaires du chèque emploi-service, les résidences privées et les entreprises d'économie sociale^V. L'iniquité de cette décision gouvernementale est ensuite dénoncée par des journalistes et par le milieu communautaire. On y critique un traitement injuste des PAB qui œuvrent à l'extérieur du réseau public et dont le salaire reste inférieur à la PCU^W. Les entreprises d'économie sociale, lesquelles donnent des services à 100 000 Québécois, voient alors leur effectif de 8700 travailleuses réduit de 4000^X. Les bénéficiaires du chèque emploi-service, majoritairement des personnes handicapées recevant des soins à domicile, craignent d'être abandonnés^Y. En réponse, le gouvernement provincial bonifie les salaires de ces PAB le 9 avril 2020^Z, ce qui ne l'empêche pas, le 17 avril, de demander aux PAB des entreprises d'économie sociale d'aller prêter main-forte aux Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), alors en crise^{AA}.

Ce qu'il convient de qualifier « d'hécatombe » dans ces CHSLD est d'ailleurs un point marquant de l'expérience québécoise de la pandémie. Dans les journaux, on explique que la contamination difficilement contenue ayant mené à une mortalité très élevée est reliée non seulement à la santé fragile des personnes âgées qui y résident, mais aussi aux conditions de travail et à la gouvernance dans le

réseau de la santé : hiérarchisation et précarisation des emplois, place du privé dans la dispensation des soins et mobilité de la main-d'œuvre^{BB}. Au moment où les autorités constatent la surreprésentation de ces lieux d'hébergement dans les décès attribuables à la COVID, diverses initiatives sont annoncées par communiqués pour fournir des ressources supplémentaires au réseau de la santé^{CC}. Toute personne ayant reçu une formation dans le domaine de la santé est appelée à venir prêter main-forte dans les CHSLD. Cet appel touchera la communauté étudiante et le corps professoral des établissements post-secondaires qui offrent des formations en santé, mais aussi des médecins, des personnes ayant déjà été aidantes naturelles, ou celles qui ont œuvré dans le domaine de la santé au préalable^{DD}. Ces mesures sont toutefois insuffisantes. Le gouvernement québécois exprime que les personnes offrant leurs services le font souvent pour une durée temporaire ou à temps partiel, ce qui ne correspond pas aux besoins des établissements^{EE}. Il a alors recours aux services de l'armée canadienne jusqu'en juin 2020^{FF}. Malgré cette aide supplémentaire, les journaux rapportent des grèves et des manifestations organisées par les syndicats^{GG}. Le personnel est à bout de souffle, mais le gouvernement maintient la suspension des congés et vacances.

Discussion

Cette étude nous renseigne sur la capacité de sollicitude, soit l'engagement par des actions appropriées, des politiciens québécois face au *care* majoritairement dispensé par des travailleuses de la santé lors des premiers mois de la pandémie. Le récit fait état de certains moments charnières révélant la prise en compte - ou non - de certaines conditions liées au *care*.

L'abolition des congés et vacances, de même que le rehaussement du statut de l'ensemble du personnel en santé vers le travail à temps plein dévoile une conception des travailleuses de la santé en tant que ressources humaines intarissables et occupant pour seule fonction celle de travailleuse salariée dans le réseau de la santé. Les autres rôles joués par ces femmes dans la sphère privée (mères, conjointes, aidantes naturelles, citoyennes, etc.) ainsi que la part inéquitable du fardeau de tâches domestiques qu'elles assument (9) ne sont pas considérés. En première phase, Tronto (11) souligne l'importance

de reconnaître les liens d'interdépendance qui unissent les personnes afin de soutenir socialement les pratiques du *care* qui contribuent à « réparer notre monde ». Ce soutien devient encore plus pertinent dans le contexte de pandémie, alors que les femmes occupent des rôles cruciaux dans de multiples sphères, à la fois publiques et privées. En ne reconnaissant pas les diverses postures, soit celle des personnes nécessitant les soins et les diverses vulnérabilités vécues par les travailleuses, dans ses prises de décision, le gouvernement provincial a alimenté le sentiment de non-reconnaissance vécu par des travailleuses de la santé et n'a pas pu intégrer l'étendue de leurs besoins dans la gestion de la crise. Ceci vient montrer les lacunes dans la disposition face aux besoins d'autrui (phase 1) des autorités gouvernementales, empêchant ainsi une prise en charge adéquate.

Cette étude a également soulevé des écarts existants entre la prise en charge (phase 2) et la provision (phase 3) du *care*, mettant en exergue l'ignorance ou la sous-estimation du travail de conversion nécessaire pour dispenser adéquatement le *care*. Selon Tronto (11), la réception est essentielle à l'évaluation adéquate du *care* puisque la manière dont on choisit de répondre au besoin peut engendrer d'autres problèmes pour la personne réceptrice. À cet effet, les résultats soulignent le rôle essentiel joué par les journalistes dans le maintien de processus démocratiques alors que les travaux parlementaires étaient suspendus. En rapportant publiquement les besoins non comblés, les journalistes ont porté à l'attention des décideurs les iniquités dans les expériences de divers groupes de travailleuses de la santé (travailleuses racisées et celles des secteurs intermédiaires), rapprochant le palier décisionnel des bénéficiaires du *care*. Ceci rappelle également le caractère illusoire de l'autonomie mentionné par Tronto (11) où des personnes prétendent être indépendantes alors qu'elles dépendent du travail réalisé par autrui pour y arriver. Cependant, les objectifs des médias n'étant pas de réduire les inégalités sociales, il s'avère nécessaire d'instaurer des mécanismes de participation et de rétroaction efficaces entre les protagonistes des différentes phases du *care* (bénéficiaires de soins et citoyens, travailleuses de la santé et autorités politiques). La participation des bénéficiaires et de la communauté (14) ainsi que l'évaluation de la réponse aux besoins (15,16) constituent des avenues pour assurer l'équité

dans l'organisation des soins. Mentionnons également la création de canaux de communication interactifs entre les divers paliers en tant que stratégie efficace pour favoriser l'adaptabilité et la viabilité des actions pour promouvoir la santé (17) et assurer la collaboration intersectorielle pour le changement social (18). L'absence de mécanismes de rétroaction entre la quatrième phase du *care* (réception) et la première (prendre acte des besoins) permet donc de poser un jugement à propos de la disposition des politiciens par rapport au *care*. Pour accomplir cela, les rôles joués jadis par les Centres locaux de services communautaires et les comités d'usagers pourraient aisément être réactivés par un investissement de ressources adéquates.

Les gouvernements provincial et fédéral ont agi tôt dans la pandémie afin de protéger l'ensemble de la population par des mesures universelles et certains groupes plus vulnérables par des subventions spécifiques, ce qui concorde avec des stratégies connues (19). Cependant, par la bonification inéquitable des salaires des PAB ou le transfert d'EPI vers les hôpitaux et CHSLD, le gouvernement provincial a entraîné un déplacement des ressources là où l'État est imputable, soit dans le secteur public des services de santé, aux dépens des secteurs privés et communautaires. Ce dépouillement n'a pas échappé aux médias qui ont dénoncé la non-reconnaissance du travail de *care* et souligné les défauts des systèmes parallèles de services que sont notamment l'aide à domicile et les entreprises d'économie sociale. La logique qui a mené le gouvernement à ignorer le *care* dans ces secteurs est la même qui a généré des décisions politiques mal avisées pour les travailleuses de la santé, c'est-à-dire une insensibilité ou une incompréhension de la synergie qui peut s'opérer entre différentes conditions de vulnérabilités spécifiques aux femmes, à l'appartenance raciale, au travail précaire, à la pauvreté, etc (20). À Montréal, près de la moitié des PAB sont immigrantes, en provenance surtout des Antilles ou Bermudes et Philippines (21), et les quartiers où la proportion de travailleuses de la santé infectées est la plus élevée coïncident avec ceux où l'on retrouve davantage de minorités visibles³ (22). Une enquête réalisée au début de la pandémie à Montréal rapporte que des travailleuses de la santé racisées pratiquaient dans des conditions qui les plaçaient dans un risque accru d'exposition au virus (23). Or, ces réalités vécues par les PAB n'ont pas été

prises en compte par les autorités. Bambra *et al.* (24) montrent comment l'inattention portée aux problèmes sociaux peut exacerber une épidémie. C'est ce qui s'est produit lorsque des travailleuses de la santé sont devenues, en raison de leurs conditions de travail et malgré leurs dénonciations annonciatrices, des vectrices de transmission dans des quartiers défavorisés densément peuplés où elles résident ; transmission accentuée par d'autres déterminants, notamment l'utilisation des transports en commun. Malgré les nombreuses décisions pour protéger la société et gérer la main-d'œuvre en santé, peu ciblaient des caractéristiques macroscopiques alors que ce type d'action est reconnu comme élément clé pour favoriser l'équité en santé (25). La transmission du virus a été accélérée dans les centres d'hébergement pour personnes âgées parce qu'au début de la crise, les autorités se sont concentrées sur une gestion des effectifs hospitaliers plutôt que de tenir compte des déterminants sociaux qui leur auraient permis de prévoir une crise plus importante dans les CHSLD. Cette omission révèle le manque de disposition face aux besoins réels (phase 1 de Toronto).

La synergie entre différentes situations de vulnérabilités qui s'opère lors d'épidémies (20,26) est d'autant plus importante dans un contexte où les effets indirects de la crise, notamment causés par la fermeture de plusieurs secteurs économiques et le confinement, peuvent s'avérer bien plus importants que ses effets directs (24). Agir sur les déterminants structurels de la pratique des travailleuses de la santé fait partie des stratégies pour favoriser l'équité (25,27). Une revue systématique récente montre que pour retirer les bénéfices de l'équité de genre en matière de santé populationnelle, les politiques et législations doivent encourager l'implication des hommes dans les tâches domestiques et de soins aux autres (28). La diversité des rôles joués par les femmes et ceux que pourraient jouer les hommes devraient donc faire partie des préoccupations gouvernementales.

Plusieurs décisions des gouvernements provincial et fédéral ont été bénéfiques notamment parce qu'elles répondent aux besoins de la population (phases 1 et 2), telles le soutien économique aux Québécois, l'offre de garderies pour les personnes travaillant dans les services essentiels et le moratoire sur les évictions de locataires. D'autres politiques, déjà présentes au moment de la crise, comme l'accès universel aux services de santé, ont pu contribuer à réduire un fardeau supplémentaire chez les plus défavorisés

(2,3,29,30). Des études rapportent que la syndicalisation protège ses membres en temps d'épidémie en garantissant des congés de maladie payés, ce qui limite la propagation du virus (2,3). Or, dans le contexte québécois, l'effet bénéfique de la syndicalisation a été miné par le décret d'urgence sanitaire abrogeant les droits des travailleuses de la santé. D'autres mesures devraient être envisagées afin de contrer l'accroissement des inégalités à plus long terme, par exemple, garantir la stabilité des emplois (3,16), particulièrement dans le secteur de la santé, et mettre en place un revenu minimum garanti (30,31).

Cette étude présente des limites. Les médias de masse tendent à sur- ou sous-représenter certains groupes selon la popularité du sujet. La recherche dans d'autres médias, notamment des médias régionaux ou des médias non traditionnels, aurait pu générer des revendications d'autres groupes de femmes. Aussi, certains groupes bénéficient de moyens leur permettant d'occuper une plus grande place dans l'espace médiatique. Certains comptes personnels sur les médias sociaux rapportaient les réalités d'autres groupes, ce qui a permis d'identifier ceux mis de côté par les médias de masse. En effet, les médias sociaux peuvent afficher des revendications différentes des médias traditionnels et celles-ci peuvent être difficilement accessibles aux décideurs. Cette étude rapporte surtout l'influence des politiques gouvernementales sur les conditions de travail et de vie des travailleuses du *care* ; une attention plus spécifique aux actions des gestionnaires aurait pu renseigner sur les possibilités de modulation des décisions gouvernementales. De plus, cette étude se limitant à la première vague de la pandémie au Québec, il est possible que le gouvernement québécois ait entrepris des actions ultérieurement qui traiteraient des types de *care* jugés « oubliés ».

Conclusion

Cette étude démontre l'importance de la prise en compte des besoins circonstanciés, c'est-à-dire liés aux conditions de vie et de travail des travailleuses de la santé québécoises afin de prévenir une répartition inéquitable des fardeaux associés à une pandémie. Elle montre que les actions centrées sur l'organisation des services de santé sont insuffisantes pour endiguer ou ralentir une pandémie, et que des stratégies en promotion de la santé telles que l'amélioration des conditions de vie et de travail

sont nécessaires. Cet examen importe pour conseiller les personnes qui élaborent les politiques, d'autant plus que la pandémie et ses conséquences dureront plusieurs années.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iD

Geneviève McCready  <https://orcid.org/0000-0001-7045-0494>

Matériel supplémentaire

Du matériel supplémentaire pour cet article est disponible en ligne.

Notes

1. Au Canada, les décisions en matière de santé sont majoritairement prises par les provinces et territoires (ex. : gestion du budget et du personnel). Cependant, le palier fédéral joue un rôle dans l'allocation de ressources (ex. : équipement de protection individualisé) ainsi que dans la prise de décisions sur la création de politiques (ex. : politiques économiques pour atténuer les effets indirects de la COVID).
2. Notre étude n'a pas cherché à effectuer une revue de presse, laquelle aurait été plus exhaustive. Cependant, nous avons examiné en début de collecte d'autres journaux tels que le *Journal de Montréal* et le *Journal de Québec*. Une grande répétition des contenus abordés dans les quatre autres médias retenus a été observée, menant à l'exclusion des autres. Aussi, nous avons privilégié des journaux qui publiaient des lettres d'opinions écrites par les citoyens, professionnels de la santé ou universitaires. Puisque l'étude portait sur l'influence des politiques provinciales et fédérales, les médias écrits ayant un lectorat plus restreint (ex. : journaux locaux dans les régions) ont été exclus. La collecte et sélection de sources journalistiques ont été réalisées sur *Eurêka* et non sur les sites internet des médias.
3. Le terme « minorité visible » provient d'une catégorie créée par Statistique Canada définie ainsi : « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche. Il s'agit principalement des groupes suivants : Chinois, Sud-Asiatique, Noir, Arabe, Asiatique occidentale, Philippin, Asiatique du Sud-Est, Latino-Américain, Japonais et Coréen » (voir : www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/minority-minorite1-fra.htm). Il s'agit de la seule catégorisation disponible dans les données de

recensement canadien afin de représenter les minorités racisées, qui correspondent plutôt à un « processus politique, social et mental d'altérisation » (22, p. 2).

Références

1. John Hopkins University & Medicine. Coronavirus resource center; 2020. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu>. Accédé le 6 janvier 2021.
2. Nassif-Pires L, de Lima Xavier L, Masterson T, Nikiforos M, Rios-Avila F. Pandemic of Inequality. New York: Levy Economics Institute; 2020.
3. Lynch J. Health equity, social policy, and promoting recovery from COVID-19. *J Health Polit Policy Law*. 2020; 45: 983–995.
4. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19): Mise à jour sur l'écllosion [ensemble de données en ligne]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2021 [cité le 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>
5. Fahrni M. «Elles sont partout. . .»: les femmes et la ville en temps d'épidémie, Montréal, 1918-1920. *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 2004; 58: 67–85.
6. McLaren HJ, Wong KR, Nguyen KN, Mahamadachchi KND. Covid-19 and women's triple burden: vignettes from Sri Lanka, Malaysia, Vietnam and Australia. *Soc Sci*. 2020; 9: 87.
7. Zhou M, Hertog E, Kolpashnikova K, Kan M-Y. Gender inequalities: changes in income, time use and well-being before and during the UK COVID-19 lockdown. *SocArXiv*. 2020; 1–16.
8. Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: a systematic review. *Nurs Philos*. 2020; 21: e12257.
9. Laugier S, Molinier P, Blanc N. Le prix de l'invisible: Les femmes dans la pandémie. *La vie des idées*. 2020; 19: 1–12.
10. Block K, Croft A, Schmader T. Worth less?: why men (and women) devalue care-oriented careers. *Front Psychol*. 2018; 9: 1353.
11. Tronto J. *Un Monde Vulnérable: Pour Une Politique Du Care*. Paris, France: Éditions La Découverte; 2009.
12. Harman S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Q*. 2016; 37: 524–541.
13. Boutros M. «Je m'avoue vaincue»: des «anges gardiens» démissionnent. *Le Devoir*. 25 avril 2020.
14. Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, Fridkin A, Smye V, et al. Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS One*. 2014; 9: e114563.
15. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, Herbert C, Jackson BE, Lavoie JG, et al. How equity-oriented health care affects health: key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *Milbank Q*. 2018; 96: 635–671.
16. Lavoie JG, Varcoe C, Wathen CN, Ford-Gilboe M, Browne AJ. Sentinels of inequity: examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18: 705.
17. Keshavarz Mohammadi N. One step back toward the future of health promotion: complexity-informed health promotion. *Health Promot Int*. 2019; 34: 635–639.
18. De Montigny JG, Desjardins S, Bouchard L. The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Glob Health Promot*. 2019; 26: 41–50.
19. Uscher-Pines L, Duggan PS, Garoon JP, Karron RA, Faden RR. Planning for an influenza pandemic: social justice and disadvantaged groups. *Hastings Cent Rep*. 2007; 37: 32–39.
20. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Vol. 1. Chicago: The University of Chicago Legal Forum; 1989, pp.139–167.
21. Turcotte M, Savage K. La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires. Ottawa (ON): Statistiques Canada; 2020.
22. Adrien A, Markon MP, Springmann V. Inégaux face à la pandémie: populations racisées et la COVID-19. Montréal (QC): Direction de la santé publique; 2020.
23. Cleverland J, Hanley J, Jaimes A, Wolofsky T. Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises. Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables. Montréal (QC): Institut universitaire SHERPA; 2020.
24. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020; 74: 964–968.
25. Gunn V, Muntaner C, Villeneuve M, Chung H, Gea-Sanchez M. Nursing professionalization and welfare state policies: a critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce. *Nurs Inq*. 2019; 26: e12263.
26. Quinn SC, Kumar S. Health inequalities and infectious disease epidemics: a challenge for global health security. *Biosecur Bioterror*. 2014; 12: 263–273.
27. Reutter L, Kushner KE. 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing. *Nurs Inq*. 2010; 17: 269–280.
28. King TL, Kavanagh A, Scovelle AJ, Milner A. Associations between gender equality and health: a systematic review. *Health Promot Int*. 2020; 35: 27–41.
29. Heymann J, Raub A, Waisath W, McCormack M, Weistroffer R, Moreno G, et al. Protecting health during COVID-19 and beyond: a global examination of paid sick leave design in 193 countries. *Glob Public Health*. 2020; 15: 925–934.
30. Power M, Doherty B, Pybus K, Pickett K. How COVID-19 has exposed inequalities in the UK food system: the case of UK food and poverty. *Emerald Open Research*. 2020; 2: 11.
31. Raphael D, Bryant T, Mendly-Zambo Z. Canada considers a basic income guarantee: can it achieve health for all? *Health Promot Int*. 2019; 34: 1025–1031.