

**OPÉRATIONS
COVID-19 DE MSF
AU CANADA EN 2020**

Note à propos des photos : Bien que les publications de MSF présentent normalement des images de l'action médicale réalisée dans le cadre de nos opérations sur le terrain, les opérations COVID-19 au Canada étaient inhabituelles en ce sens qu'elles consistaient principalement en la consultation et la communication plutôt qu'en la provision de soins directs aux patients. Des photos provenant de banques d'images ont été sélectionnées afin d'illustrer chacun des quatre groupes de population ciblés.

S'appuyant sur des principes d'éthique médicale, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance, Médecins Sans Frontières (MSF) répond à des urgences humanitaires internationales, en apportant son aide à des populations en proie à des conflits, des persécutions, des catastrophes naturelles et des épidémies. Œuvrant surtout dans des pays incapables de mettre en place les interventions médicales nécessaires, MSF lutte régulièrement contre des épidémies de choléra et de rougeole et a été en première ligne de la riposte aux épidémies d'Ebola.

La pandémie de COVID-19 constitue une menace sans précédent à la vie et au bien-être des populations de la planète. Par conséquent, MSF a dû agir à l'échelle mondiale, en élargissant ses opérations pour prêter main-forte à des pays qui disposent normalement de systèmes de soins de santé hautement fonctionnels. Au mois de mars 2020, MSF Canada a pris la décision exceptionnelle de lancer une réponse opérationnelle au Canada, ciblant les collectivités les plus exposées à la propagation de la COVID-19 et à ses répercussions. Ces opérations ont pris fin le 15 juillet 2020.

DÉBUT DES OPÉRATIONS

Au Canada, les cas de COVID-19 ont commencé à se multiplier en mars 2020, juste au moment où l'Organisation mondiale de la Santé déclarait l'état de pandémie. Les pays européens commençaient déjà à subir les conséquences dévastatrices du virus. Prévoyant que le système de santé canadien risquait d'être surchargé et que le soutien pratique de travailleurs de terrain expérimentés serait indispensable, le conseil d'administration de MSF Canada a pris la décision extraordinaire d'approuver des opérations liées à la pandémie de COVID-19 au Canada. Une petite équipe a été formée. Au même moment, des appels de tout le pays nous étaient adressés, demandant l'expertise et le soutien de MSF en vue d'intensifier les interventions visant à freiner la propagation de la COVID-19. Comme MSF ne possède pas l'infrastructure opérationnelle nécessaire à la gestion de projets médicaux au Canada, nous savions que nos opérations de lutte contre la COVID-19 y seraient modestes ou devraient soutenir les activités d'autres organisations. Cependant, les capacités de gestion de situations d'urgence de MSF et une expérience permettant d'intensifier rapidement l'accès à des soins médicaux d'importance vitale et à des systèmes de prévention et de contrôle des infections (PCI) pendant une épidémie pouvaient combler de graves lacunes.

Au Canada, les travailleurs de terrain expérimentés avaient hâte de prêter main-forte. MSF a mis en relation ces travailleurs, incapables d'effectuer des missions à l'étranger à cause des restrictions de voyage, avec des organisations qui cherchaient à bénéficier de leur expérience et expertise.

La justification d'une intervention de MSF se fondait sur l'analyse des besoins, les lacunes en matière d'interventions, l'unique valeur ajoutée de MSF et la faisabilité.

On a recensé des coordonnateurs régionaux en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Québec qui devaient établir des liens à l'échelon local et déterminer si la présence opérationnelle de MSF était requise. À Montréal, une équipe a mené à bien des évaluations dans quatre établissements de soins de longue durée, tandis qu'à Toronto, un partenariat a été conclu avec une association médicale travaillant avec des personnes sans abri.

TROUVER LE JUSTE ÉQUILIBRE ENTRE LES OPÉRATIONS CANADIENNES ET LES PRIORITÉS SUR LE PLAN MONDIAL

Nous avons soigneusement évalué nos interventions afin de trouver un juste équilibre entre nos apports de ressources ici, au Canada, et l'acheminement habituel de ressources humaines et financières vers des zones de crise ailleurs dans le monde. De façon générale, l'équipe participant aux interventions au Canada était formée de personnes qui n'auraient pas été dépêchées ailleurs dans le monde pendant cette période. Pour ce qui est du financement, initialement, on a affecté à l'équipe responsable des opérations canadiennes un budget exploratoire de 100 000 \$.

Cette enveloppe restreinte nous a permis de nous assurer que nous n'allions pas dépenser des sommes importantes, qui seraient autrement dirigées vers l'étranger, sans autre justification des dépenses prenant en ligne de compte les besoins évalués ici, au Canada. En fin de compte, le coût de l'intervention de MSF au Canada a été de 104 200 \$. Cette somme nous a permis de pleinement maintenir notre soutien ciblant les opérations mondiales sur le terrain, dont le coût en 2020 s'est élevé à environ 60 millions de dollars.

INTÉGRATION DE L'ÉQUITÉ, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION DANS LA RÉPONSE DE MSF

En conformité avec sa mission sociale, tous les engagements de MSF au Canada ont été conçus de manière à prévenir l'aggravation des inégalités institutionnelles ou sociales à l'échelle mondiale.

Avec la collaboration de la chargée de l'équité, de la diversité et de l'inclusion (EDI) à MSF Canada, l'ensemble des partenariats et des interventions en lien avec la COVID-19 ont tenu compte des inégalités sur le plan sanitaire, de l'accès aux soins de santé, des répercussions du contexte sociohistorique et des normes

socioculturelles sur les comportements favorisant la santé, l'observance du traitement et la capacité d'agir de la population cible. La chargée de l'EDI a élaboré des directives pour aider à définir les populations cibles, ainsi que des outils d'évaluation qui tenaient compte des réalités et des défis auxquels les personnes et les groupes exposés à la COVID-19 devaient faire face. Tous les membres de l'équipe opérationnelle ont reçu une orientation sur l'EDI et les coordonnateurs régionaux des urgences ont inclus des outils sur l'EDI dans leur cadre d'évaluation.

COMPRENDRE LES BESOINS ET PRÉCISER LE RÔLE DE MSF

Début avril, MSF a nommé des coordonnateurs régionaux des urgences à Montréal, Toronto et Vancouver, villes où les éclosions les plus importantes s'étaient produites. Une coordonnatrice des urgences a également été nommée à Yellowknife, anticipant le fait que des éclosions se produiraient dans les collectivités autochtones du nord du Canada. Presque partout, nos engagements ont pris la forme d'un soutien consultatif en temps réel.

Le 1^{er} mai 2020, en cherchant à déterminer les lacunes et les besoins liés à la COVID-19 au Canada, toutes les équipes sont parvenues aux mêmes conclusions :

- Les systèmes publics de soins de santé provinciaux du Canada semblaient généralement capables de gérer efficacement le nombre de cas.
- Les efforts déployés localement pour lutter contre la COVID-19 devaient être mieux coordonnés sur le plan des ressources et des intervenants déjà en place plutôt que de chercher à accroître le nombre d'intervenants.
- Les problèmes préexistants, comme l'insécurité en matière de logement et de nourriture, ainsi que le manque d'accès à des services de santé, exposaient de nombreuses collectivités à un plus grand risque de contracter la COVID-19. Des solutions systémiques à long terme seraient donc nécessaires pour s'attaquer à ces inégalités sociales et sanitaires.

Traditionnellement, lors d'une réponse à une situation d'urgence, la toute première priorité de MSF est de réaliser une évaluation exhaustive des besoins qui orienteront la prise de décisions et la conception de programmes. Au Canada, il a été impossible de s'investir dans une évaluation complète des besoins liés à la COVID-19 en raison de la grandeur du pays et de la nécessité de freiner rapidement la pandémie. Étant donné que MSF n'avait jamais été opérationnelle auparavant au Canada et qu'elle cherchait des partenariats, nous avons attendu que des organisations locales s'adressent à nous pour nous faire part de leurs difficultés et de leurs besoins. À la suite de nombreuses demandes et conversations, nous avons rapidement décidé de nous concentrer sur les besoins de trois groupes (puis en avons ajouté un quatrième) :

01. les personnes sans abri
02. les personnes vivant dans des collectivités rurales et autochtones éloignées
03. les résidents des établissements de soins de longue durée, et
04. les travailleurs de la santé de première ligne.

01



LES PERSONNES SANS ABRI

- sont exposées à un risque plus élevé de contracter la COVID-19, à cause des conditions de regroupement, et souvent, de surpeuplement des refuges;
- souffrent souvent de troubles de santé chroniques qui les exposent à un risque accru de complications graves de la COVID-19;
- ont dû faire face à une réduction ou à une suspension des services lors des efforts de confinement visant à arrêter la propagation du virus : les soupes populaires ont dû servir les repas à la porte et l'accès aux installations sanitaires leur a été interdit;
- doivent composer avec l'insécurité sur le plan du logement et de l'alimentation, le manque d'accès à des services de soins de santé et à l'exclusion sociale, qui sont des facteurs importants qui influent sur la santé mentale d'un grand nombre d'entre eux.

De peur de contracter la COVID-19, un grand nombre de personnes sans abri ont quitté les refuges pour dormir dans la rue, particulièrement au début de la pandémie, lorsqu'il n'existait que peu de solutions de rechange. Dans des villes comme Montréal, Ottawa, Toronto, Vancouver et Victoria, les autorités ont décidé d'ouvrir des installations supplémentaires et des chambres d'hôtel pour décongestionner les refuges existants. Certaines de ces initiatives n'ont été entreprises qu'après plusieurs mois de pressions exercées par des groupes de défense, alors que la transmission communautaire du virus était déjà bien établie.

À **Toronto**, un partenariat entre MSF et l'Inner City Health Associates (ICHA), la seule association médicale dispensant des soins aux personnes sans abri de la ville, a été conclu pour soutenir la logistique technique et l'aménagement d'un centre de 400 lits destiné à l'isolement des cas positifs à la COVID-19. À cause des préoccupations du public, ce centre n'a jamais pu voir le jour. L'équipe a alors changé de cap et a commencé à effectuer des visites de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans des refuges et des organisations d'aide aux personnes sans abri. À **Vancouver**, MSF s'est engagée dans des discussions pour trouver des moyens d'aider les personnes sans abri dans le Downtown Eastside (quartier centre est de Vancouver). Autant à Toronto qu'à Vancouver, les organisations locales et les défenseurs des droits ont rapidement exercé des pressions sur les municipalités les incitant à se mobiliser et à agir. La réponse a été par moment trop lente, mais, heureusement, le nombre de cas positifs a été inférieur aux projections initiales.

Une réponse rapide à **Montréal** a semblé donner de bons résultats, grâce à l'ouverture de centres de jour en plein air et de refuges supplémentaires, ainsi qu'à la fourniture d'équipement de protection et à l'administration de tests aux personnes sans abri. En mars 2020, avant même qu'un état d'urgence sanitaire ne soit déclaré, l'ancien hôpital Royal Victoria de Montréal a été transformé en centre d'isolement des cas de COVID-19 pour les personnes sans abri qui attendaient des tests ou étaient déjà infectés, alors que les services d'urgence de Toronto ont dû prendre en charge un afflux de personnes sans abri de la ville ayant besoin de tests et d'un lieu d'isolement, et qui n'avaient nulle part ailleurs où aller. Malheureusement, des données pancanadiennes permettant de mieux comprendre la situation dans l'ensemble du pays n'étaient pas disponibles et même les données locales n'étaient pas représentatives.

02



LES PERSONNES VIVANT DANS DES COLLECTIVITÉS RURALES ET AUTOCHTONES ÉLOIGNÉES

- souffrent d'un plus grand nombre de troubles chroniques, comme le diabète et la tuberculose, les prédisposant à des complications graves de la COVID-19 et à un plus mauvais pronostic.
- vivent souvent dans des logements multigénérationnels, avec un grand nombre de personnes habitant sous le même toit, ce qui rend la pratique de la distanciation physique très difficile.
- peuvent ne pas avoir accès à de l'eau potable, ce qui pose problème pour le lavage des mains.
- doivent composer avec une pénurie de personnel soignant de première ligne et un accès difficile à des spécialistes dans un grand nombre de collectivités, parmi d'autres problèmes posés par une prestation de services sociaux de qualité inférieure.
- font face à une infrastructure insuffisante, ainsi qu'à un manque de personnel et d'accès aux fournitures nécessaires à la planification de la pandémie, autant de défis qui s'ajoutent aux difficultés que ces collectivités doivent surmonter.

MSF a pris contact avec plusieurs collectivités autochtones, surtout pour leur fournir des ressources afin d'aider les autorités sanitaires et d'autres à se préparer et à prendre en charge la COVID-19. On a effectué des orientations en ligne portant sur les mesures générales de PCI, en insistant surtout sur la COVID-19 et sur les moyens d'adapter les infrastructures pour freiner cette maladie. MSF a aidé Services aux Autochtones Canada (SAC) à élaborer des directives sur le renfort d'urgence à l'infrastructure sanitaire et a donné aux collectivités autochtones des conseils techniques sur l'aménagement de centres d'isolement pour les cas de COVID-19 et sur l'élaboration de plans de préparation à la pandémie.

Certains des défis que MSF a aidé à relever dans les collectivités autochtones étaient semblables à ceux qu'elle rencontre dans les pays émergents où les ressources sont limitées, par exemple, la mise en place d'installations de lavage des mains sans accès à de l'eau courante ou des moyens de générer des courants d'air directs en orientant les maisons en fonction de la direction naturelle des vents.

03



© verbasika/Adobe Stock

LES RÉSIDENTS DES ÉTABLISSMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Chez les personnes âgées hébergées dans les établissements de soins de longue durée, particulièrement chez ceux du Québec et de l'Ontario, les taux de mortalité ont été élevés de manière disproportionnée : 81 % des décès par coronavirus du Canada – ce qui représente, en moyenne, presque le double des taux enregistrés dans les autres pays développés. Les évaluations réalisées par MSF dans quatre établissements de soins de longue durée de Montréal (appelés CHSLD au Québec) ont mis en lumière les problèmes qui ont eu une incidence sur les résidents de ces établissements :

- un manque d'équipement de protection individuelle (EPI)
- une incapacité généralisée à mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)
- des difficultés liées au personnel
- la dépriorisation des besoins en matière de santé mentale des résidents, de leur famille et du personnel

Des mesures de PCI insuffisantes ont exposé le personnel et les résidents à l'infection, donnant lieu à des taux élevés d'absence et au refus de certains employés de retourner au travail. Les programmes et les visites familiales ont été annulés. Tous ces changements ont mené sans le vouloir à des soins aux patients déficients et à un plus grand isolement, ce qui a contribué au déclin physique et psychologique rapide de certains résidents.

La bureaucratie qui a retardé la mise en œuvre des changements et le partage des informations a représenté un défi difficile à relever. Parallèlement, les Forces armées canadiennes et la Croix-Rouge canadienne ont obtenu l'accès, l'autorité ainsi que le financement pour mettre en place des mesures de PCI dans les établissements de soins de longue durée de Montréal. Par conséquent, MSF a décidé de mettre son personnel à la disposition de la Croix-Rouge canadienne pour soutenir son travail dans ces établissements de Montréal plutôt que de poursuivre ses propres activités. En Ontario, l'équipe de MSF chargée des opérations liées à la COVID-19 s'est mise en rapport avec un réseau d'établissements de soins de longue durée et les a aidés en organisant des webinaires et des séances de consultation, et en relatant des expériences personnelles sur les façons de surmonter la peur et l'anxiété pendant les interventions en réponse à des épidémies comme celles d'Ebola et de choléra.

04



© DC Studio/Adobe Stock

LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ET DE PREMIÈRE LIGNE

- sont davantage exposés à la COVID-19 et au risque de contamination, aggravé lorsqu'un contrôle approprié de l'infection et les EPI font défaut.
- doivent surmonter une avalanche de sentiments, notamment le fait de se sentir débordés, l'impuissance et le risque de voir de nombreux patients mourir pendant une éclosion.
- sont engagés dans un travail sans relâche et très stressant pouvant mener à l'épuisement professionnel.

Puisque plusieurs ressources de santé mentale étaient disponibles ou sur le point d'être débloquées et qu'il n'y avait pas de besoin immédiat en matière d'intervention d'urgence, MSF a répondu aux demandes ad hoc de soutien du secteur des soins de santé. Le chef de l'équipe de MSF a participé à un webinaire organisé pour la Semaine nationale des infirmières et des infirmiers, et a offert son soutien en exposant les leçons apprises lors du travail effectué dans des contextes d'épidémie et en répondant à des questions. Afin de prêter son soutien à long terme, l'équipe a décidé d'aiguiller ces demandes vers le Forum de demande de conférenciers de MSF. Par la suite, MSF a présenté un discours aux travailleurs de première ligne et aux autres employés d'un établissement de soins de longue durée lors d'une activité annuelle de l'Ontario Long Term Care Association, qui s'est tenue de manière virtuelle en 2020.



Refuge de Toronto qui a reçu la visite de MSF, pour des recommandations en matière de PCI

ÉVOLUTION DU MODÈLE OPÉRATIONNEL

À mesure que l'intervention de MSF allait de l'avant, son modèle opérationnel a été affiné pour devenir un modèle de soutien consultatif. L'équipe de MSF a prêté un soutien technique virtuel à diverses organisations et collectivités. Il s'agissait notamment de préparation à des situations d'urgence, de planification des mesures contre la pandémie et de PCI, de plan d'aménagement de centres et de la mise sur pied d'une infrastructure médicale d'urgence.

MSF Canada a organisé des webinaires destinés à deux auditoires cibles : les collectivités autochtones du Canada et l'Association de l'Afrique de l'Est (AAE) de MSF. Les membres de l'équipe ont également communiqué avec un réseau d'établissements de soins de longue durée et avec une coalition nationale d'organisations dont le but est d'éliminer l'itinérance.

Pour répondre au manque de ressources humaines ayant une expérience prouvée en matière d'épidémies et une expertise en matière de PCI, MSF Canada a pris des mesures proactives pour faciliter l'embauche de personnes ayant déjà travaillé au sein de l'association dans des organisations de première ligne, notamment la Croix-Rouge canadienne, le Réseau de santé de l'Université McGill, l'ICHA, les Services sociaux Nunavik et la Sioux Lookout First Nations Health Authority.

MSF a également effectué un grand nombre d'évaluations au sein du système de refuges de Toronto et dans les établissements de soins de longue durée de Montréal, qui ont été suivies de rapports et de recommandations.

EXTRAIT DU CALENDRIER OPÉRATIONNEL DE MSF CANADA

MARS

25 MARS

Le conseil d'administration de MSF approuve des opérations de lutte contre la COVID-19 au Canada

30 MARS

MSF soumet une proposition pour l'aménagement d'un refuge anti-COVID-19 de 400 lits au Better Living Centre (BLC) de Toronto et fournit des directives en matière de préparation à des situations d'urgence à SeeChange et à ses partenaires du Nunavut

AVRIL

13 AVRIL

MSF fournit un soutien technique à la Sioux Lookout First Nations Health Authority

14 AVRIL

MSF offre des conseils sur la PCI au Fort Hope ainsi qu'un soutien technique

15 AVRIL

MSF facilite l'embauche de personnel à l'ICHA, aux Services sociaux Nunavik et à la Croix-Rouge

16 AVRIL

MSF fournit à SAC un soutien technique et des plans d'implantation pour le Programme de tentes médicales BLU-MED

17 AVRIL

MSF fournit un soutien technique à l'Independent First Nations Alliance.

21 AVRIL

Les activités relatives à l'installation du BLC de Toronto ont été suspendues, car des groupes communautaires et la ville de Toronto préfèrent des options d'hébergement dans des hôtels.

22 AVRIL

MSF effectue une évaluation des mesures de PCI au centre de rétablissement pour la COVID-19 de l'hôtel Four Points by Sheraton de Toronto.

24 AVRIL

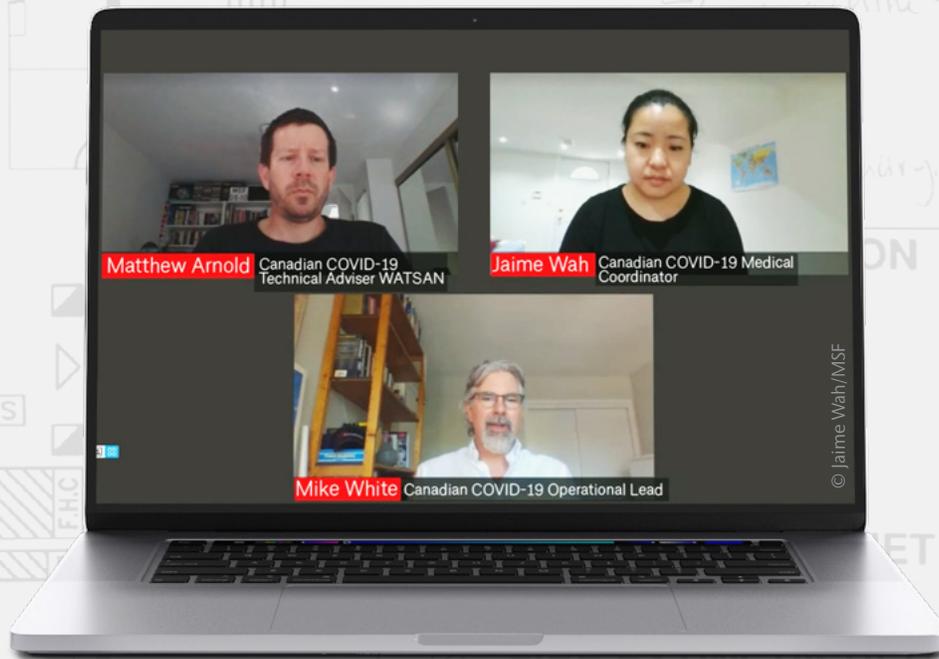
MSF fournit du soutien technique à l'établissement de soins de longue durée peopleCare Communities.

26-28 AVRIL

L'équipe montréalaise de MSF évalue quatre établissements de soins de longue durée. Des recommandations sont adressées au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

28-30 AVRIL

MSF évalue trois refuges de Toronto. Des rapports et des recommandations sont émis.



Les membres de l'équipe opérationnelle COVID-19 de MSF se réunissent virtuellement.

MAI

5 MAI

MSF soutient SAC, en élaborant le document *Guidance on Site Planning, Layout and Equipment and Supplies for Surge Health Infrastructure* pour la COVID-19 et facilite l'embauche de personnel par la Croix-Rouge du Québec.

15 MAI

Le projet de Toronto prend fin et le contrat de la coordonnatrice des urgences du Québec arrive à son terme.

22 MAI

Sept travailleurs de terrain de MSF Canada (logistique et administration) sont embauchés par le Réseau de santé de l'université McGill.

27 MAI

L'orientation en ligne sur la PCI (en anglais) est terminée.

JUIN

4 JUIN

MSF procède à une planification de la pandémie pour la Wabigoon Lake Ojibway Nation et termine l'orientation en ligne sur l'infrastructure médicale (en anglais).

9 JUIN

Conférence téléphonique au sujet de la PCI avec les directeurs sanitaires du grand conseil du traité 3

16 JUIN

Conférence téléphonique au sujet de l'infrastructure médicale avec les directeurs sanitaires du grand conseil du traité 3

29 MAI-22 JUIN

MSF évalue quatre refuges de Toronto. Des rapports et des recommandations sont émis.

JUILLET

7 JUILLET

MSF échange ses ressources avec la Migrant Workers Alliance et le Migrant Rights Network.

8 JUILLET

[La page d'accueil sur la COVID-19 est finalisée.](#)

15 JUILLET

MSF cesse ses opérations au Canada.

ARRÊT PROGRESSIF

Après trois mois d'exploration de son travail de soutien pour lutter contre la COVID-19 au Canada, et en tenant compte de la nécessité de participer à ses projets internationaux, MSF a décidé de réduire ses opérations et d'arrêter progressivement celles déployées au Canada.

Les situations d'urgence qui ont émergé au Canada à cause de la COVID-19 ont fait ressortir les inégalités à l'échelle des systèmes de santé du pays, qui existaient déjà avant la pandémie. Les personnes qui résident dans des régions éloignées continuent d'être confrontées à des difficultés en matière d'accès à des soins spécialisés appropriés. Un grand nombre de collectivités ont encore du mal à accéder à des soins de santé primaires

et à des produits de première nécessité, comme de l'eau potable. Les Canadiens qui sont aux prises avec des difficultés d'accès insuffisant à des soins de santé, à cause de conditions d'hébergement inadéquat, précaire ou inexistant ou de l'isolement géographique, restent vulnérables.

Malgré des disparités existantes et exacerbées, le Canada n'a actuellement pas vraiment besoin de l'expertise particulière de MSF. Le besoin d'une main-d'œuvre expérimentée est toujours présent et continuera vraisemblablement d'exister (particulièrement en matière de PCI) dans un avenir prévisible, mais on pourrait passer le flambeau à des organisations canadiennes de première ligne.

Douche et toilettes accessibles, installées au Better Living Center, Toronto.



© Jaime Wah/MSF

LEÇONS APPRISSES LORS DES OPÉRATIONS DE MSF AU CANADA

MANQUE DE DONNÉES

MSF utilise des données épidémiologiques pour suivre la tendance des épidémies et pour déterminer les groupes et les régions à risque, ce qui lui permet de cibler ses réponses et de les adapter aux besoins des populations concernées. Chacun des systèmes de santé des 13 provinces et territoires du Canada fonctionne en autonomie et recueille les informations de manière différente; de plus, certaines collectivités autochtones ont leurs propres autorités sanitaires. Une fois recueillies, les données ne sont pas systématiquement mises en commun par les provinces et les collectivités. En raison de cette collecte des données en silo, on ne dispose pas facilement de celles concernant les groupes exposés à un risque plus élevé. Par exemple, des pays comme le Royaume-Uni et les États-Unis disposent de données montrant que certains groupes raciaux sont exposés de manière disproportionnée à un risque nettement supérieur de contracter la COVID-19, d'être hospitalisés à cause de cette maladie et d'en mourir. Pendant ses interventions, MSF n'a pas disposé de ce type de données non regroupées, qui portent notamment sur l'identité raciale ou ethnique. Les données pancanadiennes sur la COVID-19 portant sur des groupes à risque connus, comme les personnes sans abri, les travailleurs migrants, les demandeurs du statut de réfugié ou d'asile, n'étaient pas non plus disponibles. Sans ce type de renseignements, il est difficile de déterminer les besoins et d'élaborer des programmes ciblés.

Souvent, les données mises à la disposition du public sont des données agrégées sur la situation provinciale et non pas sur le détail des tendances, particulièrement à l'échelle des collectivités.

LEÇON APPRISE

Les données collectées devraient être mises en commun. Si les citoyens connaissaient le lieu d'un foyer d'éclosion récent, où le virus circule, ils pourraient prendre des mesures pour se protéger, particulièrement dans la région où ils travaillent et habitent. Des données à l'échelle d'une collectivité sont particulièrement utiles vers la fin d'une épidémie, lorsque de petites grappes de cas apparaissent de temps en temps. Elles seraient aussi utiles pour les collectivités éloignées, afin de les aider dans leurs efforts d'intensifier ou de réduire la réponse selon leur proximité par rapport au risque.

MANQUE DE COORDINATION ET D'EXPÉRIENCE EN MATIÈRE DE LEADERSHIP

À la lumière de son expérience, MSF a appris que, dès qu'une épidémie se déclare, on s'engage dans une course contre la montre. Des réponses immédiates et coordonnées peuvent prévenir la propagation de la maladie et sauver un nombre incalculable de vies.

Depuis l'épidémie de SRAS en 2003, le Canada a ébauché et élaboré des plans de préparation à une pandémie. Ces plans visaient à décrire la manière dont les autorités devraient collaborer pour assurer une approche sanitaire uniforme et coordonnée pour répondre à une pandémie. Bien que ces plans existent, il est aujourd'hui clair qu'ils n'ont jamais été mis à l'épreuve ou qu'ils sont obsolètes. On a également besoin d'un modèle national d'intervention d'urgence en matière de santé mentale pour épauler les intervenants et les collectivités aux prises avec tous les types de situations d'urgence.

Un effort pancanadien coordonné unique est intrinsèquement difficile à envisager du fait que les soins de santé sont gérés à l'échelon provincial, territorial et fédéral. Il existe des différences dans les moyens par lesquels la pandémie de COVID-19 a été gérée en Colombie-Britannique comparativement au Québec et à l'Ontario, par exemple, la recommandation de ne pas voyager pendant la période de relâche du mois de mars, une coordination étroite entre les autorités sanitaires, le mode de gestion des établissements de soins de longue durée, l'utilisation de critères plus ou moins élargis relativement à l'administration des tests, approvisionnés par des fournisseurs indépendants, séparément du programme d'acquisition du gouvernement fédéral.

LEÇON APPRISE

Les coordonnateurs devraient maintenant mettre à l'épreuve et modifier leurs plans de préparation à la pandémie en vue des prochaines vagues, ainsi que s'investir dans le bien-être mental du personnel de première ligne. Il faudrait également élaborer et mettre en place un modèle national d'intervention d'urgence en matière de santé mentale pour aider les intervenants et les collectivités aux prises avec tous les types de situations d'urgence.

Au cours des visites de PCI dans les établissements de Toronto, il nous est apparu clairement qu'il n'y avait pas suffisamment de spécialistes en PCI dans le secteur de la santé publique. On a dû mobiliser des équipes de PCI du milieu hospitalier pour aider les établissements de soins de longue durée et les refuges locaux, mettant leurs capacités à rude épreuve. Le service de santé publique n'a pas été invité à donner son avis sur les plans d'un refuge d'isolement – ce fut plutôt la Division des refuges, du logement et du soutien qui l'a financé et a pris les décisions finales sur un problème de santé publique.

LEÇON APPRISE

Au cours d'une pandémie, tous les secteurs doivent travailler ensemble et communiquer entre eux sur ce genre d'initiatives, afin que tout le monde soit sur la même longueur d'onde et que les efforts ne soient pas inutilement dupliqués. La coordination est nécessaire à tous les niveaux – national, provincial, territorial, régional et municipal – pas seulement pour ce qui est des décisions politiques, mais aussi pour aider à orienter et à adapter la réponse.

ACCÈS PERTURBÉ AUX SOINS DE SANTÉ

Pendant la riposte de MSF aux épidémies d'Ebola en Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo, nous avons assisté à un nombre important de décès à la suite de maladies qu'on aurait pu prévenir et traiter, tout simplement à cause du fait que la population n'avait pu avoir accès à ses centres de soins habituels. Au Canada, à cause de la pandémie de COVID-19, l'accès à des interventions chirurgicales non urgentes a été réduit ou supprimé, ce qui a mené à des résultats indésirables sur le plan de la santé, surtout pour les patients atteints de cancer.

LEÇON APPRISE

Il est vital de maintenir la prestation des services de santé, car des mois de retard peuvent mener à des issues négatives. Lors d'une riposte contre les épidémies de choléra et de rougeole, MSF cherche à préserver l'accès à des services sanitaires en trouvant et en utilisant des centres d'évaluation et de traitement dédiés, autres que ceux du réseau sanitaire habituel. On évite ainsi la contamination possible des autres structures sanitaires et de leur personnel et on s'assure que les services de santé existants ne sont pas surchargés et peuvent continuer de fonctionner. On devrait explorer les possibilités d'investir dans des modalités de distribution de soins de santé différentes et décentralisées, comme la télémédecine, les visites à domicile et les cliniques mobiles, lorsque les perturbations des systèmes de santé sont inévitables.

RISQUES ACCRUS POUR LES TRAVAILLEURS DANS LES MILIEUX DE SOINS

Enfiler, porter ou enlever de manière inappropriée un EPI constitue autant de gestes qui exposent les travailleurs de la santé et leurs collègues au risque le plus élevé.

LEÇON APPRISE

L'enseignement et le renforcement des apprentissages relatifs au mode de transmission du virus et aux mesures de PCI sont essentiels, non seulement pour le personnel médical. Les préposés de nettoyage, les chauffeurs, le personnel de soutien, les livreurs et les employés de bureau doivent comprendre le rôle de protection qu'ils jouent pour eux-mêmes et autrui contre le virus. Si les employés doivent porter un EPI, ils doivent bien comprendre la raison théorique pour laquelle chaque morceau est nécessaire et le moment où ils doivent s'en servir. Il est essentiel de savoir comment enfiler chaque élément et comment le retirer en toute sécurité.

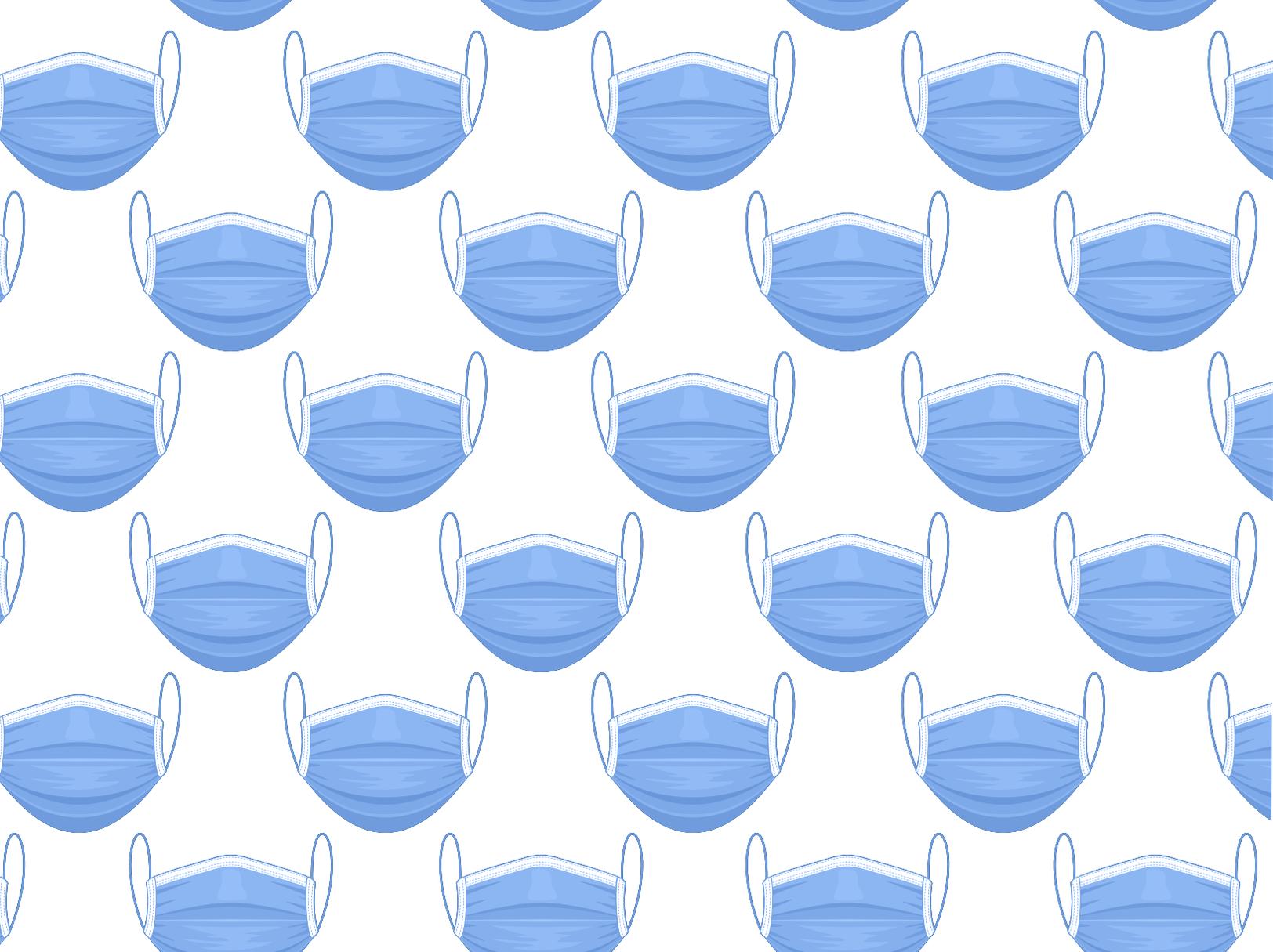
La protection du bien-être psychologique des membres du personnel est aussi importante que celle de leur santé physique. Pendant la COVID-19, le personnel de soins doit s'acquitter de ses tâches dans des conditions de travail difficiles et assister des patients effrayés qui ne peuvent recevoir de visiteurs, tout en surmontant l'anxiété et la peur de s'exposer soi-même ainsi que sa famille au virus. La résilience mentale est mise à l'épreuve chaque jour. À la longue, tout cela peut devenir trop lourd à supporter.

LEÇON APPRISE

Il faudrait mettre en place les mêmes mesures de premier secours psychologique et de soutien en santé mentale pour tous les travailleurs de la santé engagés dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 que celles prises lors d'autres incidents faisant un grand nombre de victimes.

Ci-contre : Aire de repos installée au Better Living Center, Toronto.





La pandémie de COVID-19 a mis au défi même les systèmes de santé les plus dotés, dont celui du Canada. Comme MSF est une organisation humanitaire qui intervient normalement dans des milieux défavorisés, son intervention au Canada a été atypique. Rétrospectivement, notre intervention a été justifiée par notre grande expérience en matière de lutte contre des épidémies mondiales ainsi que par l'extrême gravité des risques auxquels étaient exposés certains groupes au Canada. Notre valeur ajoutée a été surtout de nature consultative, et nous sommes fiers d'avoir pu contribuer, ne serait-ce que modestement, à la lutte contre la pandémie.