

LE CANADA *au delà de* LA COVID



À l'intérieur :

Préparation en cas de pandémie | Programmes nationaux d'assurance-médicaments et de garderies | Mesures en faveur du climat | Les soins de santé inclusifs | Des milieux de travail sains | Et encore plus...

FCSII

LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

ÉQUIPE DE PROJET DE LA FCSII

RÉDACTEUR ET ÉDITEUR EN CHEF

Ben Rene

CHEF DE PROJET, CHERCHEURE ET ÉDITRICE DE RECHERCHE

Carol Reichert

ÉDITEURS PRINCIPAUX

Yasmin Gardaad

Tyler Levitan

RÉVISEURE

Oxana Genina

GRAPHISTE

Lesley Lorimer

ILLUSTRATRICE

Maia Faddoul

www.maiafaddoul.com

TRADUCTRICE

Carole Aspiros

PUBLIÉ PAR

la Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières et infirmiers
2841, promenade Riverside
Ottawa (ON) K1V 8X7
613-526-4661

© Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières et infirmiers

Communiquez avec nous :

Inscrivez-vous pour recevoir notre bulletin électronique et prenez connaissance des plus récentes nouvelles de la FCSII sur notre site Web : fcsii.ca



Aimez-nous sur Facebook
facebook.com/nursesunions



Suivez-nous sur Twitter
twitter.com/cfnu



Rejoignez-nous sur Instagram
instagram.com/nursesunions



Visionnez nos vidéos sur YouTube
youtube.com/CFNUFCSII

Ce magazine a été préparé par la FCSII dans le but de fournir des informations sur plusieurs sujets. Les idées et les opinions exprimées sont uniquement celles des auteurs. Les opinions exprimées dans chaque article ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de la FCSII.

Lettre de Linda Silas



La pandémie de COVID-19 est une crise globale incomparable qui a mis à nu les bases chancelantes de notre système économique déjà érodé par des années de réductions budgétaires dans des secteurs essentiels, y compris les soins de santé. La COVID-19 a touché la vie de tous et élargi les failles qui existaient déjà au sein de notre économie et de la société.

La pandémie a fait ressortir les bas salaires et le travail précaire de trop nombreuses personnes au Canada, et provoqué une discussion trop longtemps attendue sur les façons d'offrir un meilleur soutien aux travailleurs maintenant et dans l'avenir. Au même titre que les avantages sociaux, les congés rémunérés, les salaires décents et la sécurité des travailleurs, un programme national de garde d'enfant est ressorti comme essentiel pour maintenir les travailleurs en poste et contribuer à leur productivité pendant et après la pandémie.

Notre lutte contre la COVID-19 nous a aussi fait apprécier davantage le rôle central des soins de santé dans l'ensemble de la société. Un système de soins de santé efficace, assorti d'une dotation adéquate en personnel, de ressources et de soutiens, est à la base d'une économie saine. Avant la pandémie, nous savions que la main-d'œuvre en santé était à bout de souffle, et on se préoccupait de plus en plus de la sécurité de la dotation. Pendant la pandémie, les pénuries de personnel – résultat direct d'une planification inadéquate – ont contribué à de moins bons résultats dans l'ensemble du système de soins de santé. Les répercussions de la pandémie sur le système canadien de soins de santé se feront sentir dans

les années à venir à mesure que les effets sur la santé physique et mentale de la main-d'œuvre en santé se révéleront au grand jour. Après la COVID-19, le Canada devra investir pour rebâtir sa main-d'œuvre en santé et pour améliorer la planification des ressources humaines en santé afin de répondre aux besoins de la population.

La pandémie nous a crûment fait voir les conséquences de ne pas avoir inclus les soins de longue durée et la couverture universelle des médicaments sur ordonnance dans la *Loi canadienne sur la santé*. L'approche actuelle du Canada par rapport aux soins de longue durée et à la couverture des médicaments sur ordonnance est fragmentée et inéquitable. Cela a mené à des conséquences tragiques pendant la pandémie. En perdant leur emploi, plusieurs ont aussi perdu la couverture de leurs médicaments prescrits. En raison de décennies de manque de personnel et de négligence, les aînés dans les établissements de soins de longue durée représentent la vaste majorité des décès liés à la COVID-19 au Canada. Le dossier du Canada par rapport aux soins de longue durée est honteux. Au nom de ceux et de celles qui sont décédés, nous nous devons d'entreprendre immédiatement des réformes fondamentales dans ce secteur. Des mesures coordonnées de la part du gouvernement par rapport aux soins de longue durée et au régime national d'assurance-médicaments ont beaucoup trop tardé.

Les personnes âgées, les communautés racialisées, les peuples autochtones, les travailleurs migrants et autres groupes vulnérables, notamment personnes trans, bispirituelles et

non binaires, ont subi les contrecoups de la pandémie, d'où le besoin urgent de tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Cette approche est aussi essentielle si nous voulons encourager les relations, fondées sur le respect et le partenariat, entre nos systèmes de soins de santé et les communautés vulnérables.

Au moment de considérer investir dans la santé et la sécurité au travail, la main-d'œuvre en santé, les programmes de garderie, le régime national d'assurance-médicaments, les soins de longue durée et la santé publique, nous devons aussi penser à l'avenir et gérer les crises qui menacent nos efforts pour assurer la reprise économique.

Nous devons relever le défi posé par le changement climatique. Les scientifiques nous mettent en garde en précisant que la pandémie actuelle est directement liée à notre manque de respect envers l'environnement. De plus, nous devons reconnaître que le changement climatique représente un sérieux défi mondial qui exige d'agir immédiatement. Le Canada devra se doter d'une stratégie de transition équitable pour gérer le changement climatique, modifier le paysage économique mondial, et aider les travailleurs et leurs collectivités à adopter des industries nouvelles et plus viables au sein d'une économie verte. Parce que la profession infirmière est l'une des professions les plus dignes de confiance au Canada et dans le monde, les infirmières et les infirmiers doivent participer à la conversation et sensibiliser le public sur comment le changement climatique est lié à notre santé.

Selon les prévisions des experts, la COVID-19 est probablement la première de plusieurs pandémies futures. Le Canada, et une grande partie de la planète, n'étaient malheureusement pas préparés pour la crise actuelle. En qualité de nation, nous devons nous préparer à protéger la santé des travailleurs de la santé, et de l'ensemble de la collectivité, des nouvelles éclosions de maladies infectieuses dans le monde. Le Canada doit tirer des

leçons de la pandémie, notamment l'importance d'investir dans des systèmes résistants aux crises, afin que nous puissions gérer les incertitudes engendrées par un monde qui change rapidement.

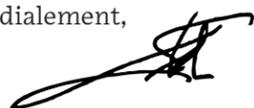
Pendant que nous sommes en route vers la reprise économique, nous ne devons jamais oublier que le Canada a une énorme dette de gratitude envers tous ses travailleurs essentiels. En qualité de présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, je suis reconnaissante envers la population canadienne parce qu'elle a su reconnaître que nous sommes tous dans le même bateau et que chaque personne a un rôle crucial à jouer pour contenir le virus.

Aux infirmières et aux infirmiers du Canada, qui ont retroussé leurs manches et relevé le défi de cette pandémie à grand coût personnel – vous tous les #CovidWarriors du Canada – je sais que les mercis ne suffisent pas. Sachez que vos syndicats infirmiers seront toujours là pour vous offrir du soutien. Partout au Canada, nos leaders au sein des syndicats provinciaux continuent à lutter pour la sécurité des milieux de travail du personnel infirmier, et aucune infirmière n'est seule pendant cette crise. Et nous allons travailler inlassablement pour assurer votre santé et votre sécurité au travail bien au-delà de la COVID 19.

Aujourd'hui, nous sommes mis au défi de faire des choix différents, de transformer le Canada, et d'assurer une économie saine et une reprise équitable.

Dans *Le Canada au-delà de la COVID*, douze experts partagent leurs réflexions avec la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, et présentent les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 ainsi que les mesures nécessaires pour assurer un avenir meilleur.

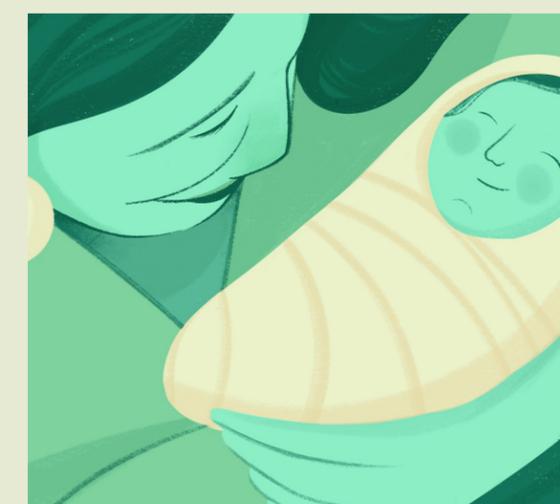
Cordialement,



Linda Silas

TABLE DES MATIÈRES

- 3 Lettre de Linda Silas
- 6 Nous avons besoin d'une Nouvelle Entente pour le Canada après la COVID, affirme un éminent économiste | *Jim Stanford*
- 10 Essentiels, exploitables et sacrificiables : les travailleurs migrants ont besoin d'être mieux protégés | *Sharmeen Khan*
- 14 Les services universels de garde d'enfant sont le « pont » pour ramener les femmes au sein de la main-d'œuvre après la COVID | *Morna Ballantyne*
- 18 La pandémie a mis au jour de graves lacunes dans la planification de la main-d'œuvre en santé au Canada | *Ivy Bourgeault*
- 22 « Les infirmières et les infirmiers ont les reins solides, mais la résilience a des limites. » | *Nicholas Carleton*
- 26 Soins de longue durée : « On sait ce qu'il fallait faire, on ne l'a tout simplement pas fait. » | *Pat Armstrong*
- 30 Le régime universel d'assurance-médicaments est réalisable – il faut seulement « continuer à maintenir la pression » | *Steve Morgan*
- 34 « Ce n'est pas parce que vous êtes Noir que la COVID vous aime davantage. » | *Nicole Welch*
- 38 Les soins d'affirmation trans sont des soins qui sauvent des vies | *Alex Vincent*
- 42 « Vous devez parler aux personnes qui sont touchées », affirme la sénatrice autochtone | *Senator Yvonne Boyer*
- 46 Il est temps de diriger la conversation vers le changement climatique – voici comment | *D^{re} Courtney Howard*
- 50 Les infirmières et les infirmiers « sont du bon côté de la science et de l'histoire » en réponse à la pandémie | *Mario Possamai*
- 55 À notre sujet



NOUS AVONS BESOIN D'UNE NOUVELLE ENTENTE POUR LE CANADA APRÈS LA COVID, AFFIRME UN ÉMINENT ÉCONOMISTE

Jim Stanford, PhD

Jim Stanford, PhD, est économiste et directeur du Centre for Future Work. Un des économistes les mieux connus au Canada, Stanford a été, pendant plus de 20 ans, économiste et directeur des politiques au sein du syndicat Unifor. Il est titulaire d'un doctorat en économie de la New School for Social Research de New York, et d'un baccalauréat en économie de l'Université Cambridge. Il est professeur d'économie à l'Université McMaster, et professeur honoraire à l'Université de Sydney. Stanford a rédigé, édité et coédité de nombreux livres, articles et rapports, et il a agi comme conseiller auprès des gouvernements sur des questions d'économie, de politiques sociales, d'emploi et d'innovation. Stanford a le talent de communiquer les concepts d'économie de manière accessible et humoristique.



Personne n'a dit : 'On ne peut pas lutter contre les nazis parce que nous avons un budget déficitaire.' »

Le Canada a été plongé dans la Deuxième Guerre mondiale alors qu'il était encore ravagé par le choc économique causé par la Grande Dépression. Grâce, en partie, aux mesures conçues pour stimuler l'économie, les décennies qui ont suivi ont été marquées par une énorme croissance et prospérité. Jim Stanford, économiste et directeur du Centre for Future Work, croit que nous pouvons tirer d'importantes leçons de la reconstruction d'après-guerre pour relancer l'économie après la COVID.

« C'était une autre époque où nous avons été confrontés à une menace existentielle externe », explique Stanford. « En tant que pays, nous avons mis tout ce que nous pouvions dans cette bataille. »

Outre les investissements substantiels dans les efforts de guerre, le Canada a aussi mis en place

des programmes ambitieux de relance économique. Cette période a mis en œuvre plusieurs des mesures d'aide sociale et des filets de sécurité que nous tenons aujourd'hui pour acquis : prestations d'assurance-chômage, assurance santé, assurance-vieillesse et allocations familiales. En plus d'assurer que les familles aient les moyens de mettre de la nourriture sur la table, les mesures de soutien du revenu avaient aussi pour objectif d'aider à éviter un marasme économique d'après-guerre.

« Tout cela faisait partie de la relance économique après la guerre, et nous sommes entrés dans une période de prospérité soutenue et sans précédent pendant trois décennies », souligne Stanford. « Franchement, l'économie n'a jamais si bien été. »

« Un tel potentiel existe maintenant, mais cela va exiger une stratégie délibérée et un leadership dans le secteur public, et beaucoup, beaucoup d'argent. »

Mais ceux et celles qui gardent l'œil fixé sur le déficit ne gaspillent aucune minute pour mettre de l'avant leur programme d'austérité et semer la peur devant la volonté du gouvernement à dépenser pendant la pandémie, souligne Stanford. À la suite du discours du Trône 2020, au moment où la deuxième vague de COVID-19 s'intensifiait, les leaders du Parti conservateur demandaient déjà des réductions draconiennes des dépenses et mettaient en garde les libéraux en disant qu'ils allaient mettre le pays « en faillite ».

« Les personnes désespérées par rapport aux dettes et aux déficits sont demeurées relativement silencieuses pendant les premiers mois de la pandémie », observe Stanford. « C'était plutôt difficile de prendre la parole – pendant que les personnes du Canada avaient peur et étaient reconnaissantes envers le gouvernement qui essayait de les protéger – et dire : 'Le gouvernement en met trop'. »

« Ils ont gardé le silence pendant quelques mois, mais ça n'a pas duré. »

Selon Stanford, les personnes qui déplorent une crise imminente d'endettement ont tout simplement tort. Le pays ne va pas tomber en morceaux. La façon de parler des déficits – particulièrement en temps de crise – est la chose qu'il faut changer.

« Oui, les déficits du gouvernement ont été vraiment importants; c'est parce que le gouvernement a fait son travail. »

Le directeur parlementaire du budget a dit que l'approche actuelle était « viable à long terme ». C'est particulièrement vrai si nous maintenons les taux d'intérêt bas, et Stanford nous rappelle que ces taux sont établis ici au Canada.

« Si nous ne les aidons pas, nous allons voir le gouffre des inégalités s'élargir davantage au Canada. Les conséquences à long terme, notamment économiques, sociales, politiques et sur la santé, seront terribles. »

« En temps de crise, le gouvernement doit mobiliser les ressources », explique Stanford. « C'est la seule partie de notre économie qui a l'autorité, la capacité financière et la capacité d'agir à l'échelle nationale pour véritablement sauver le pays. »

« Alors, tant mieux si nous avons ces déficits parce que c'est la preuve que le gouvernement a fait ce qu'il devait faire. »

Stanford souligne que cette réponse rapide du gouvernement a été possible grâce aux travailleurs du secteur public. Les travailleurs de la santé ont mis leur propre sécurité à risque pour prendre soin des malades et contrer la pandémie. De la même façon, les enseignants se sont rapidement réoutillés pour offrir un apprentissage en ligne. Et les fonctionnaires ont déployé leurs programmes d'aide en un temps record. Ces nouvelles mesures de soutien, y compris la Prestation canadienne d'urgence, étaient cruciales pour aider les ménages canadiens à garder la tête hors de l'eau et pour alléger l'impact de la pandémie sur notre économie.

L'impact a été plus fort pour certains, y compris les travailleurs à faible revenu et les travailleurs précaires. Ainsi, les personnes racialisées qui « affichent souvent des taux plus élevés de faible revenu et d'emplois précaires que la population blanche », selon Statistique Canada, ont ressenti beaucoup plus l'impact économique.

« Chaque récession est injuste », affirme Stanford. « Chaque récession concentre, de façon inéquitable, les coûts et les conséquences sur un certain groupe de personnes. Mais cette récession est injuste de façon brutale et inexcusable. »

En vérité, les personnes du Canada auront besoin de mesures de soutien du revenu et de mesures de création d'emplois pendant les années à venir. Le vaccin n'est pas une panacée qui va magiquement ramener notre économie à ce qu'elle était avant la pandémie. Pendant que nous

déployons des efforts pour assurer une reprise économique saine, ces efforts de reconstruction doivent mettre l'accent sur ceux et celles qui en ont le plus besoin.

« Si nous ne les aidons pas, nous allons voir le gouffre des inégalités s'élargir davantage au Canada », souligne Stanford. « Les conséquences à long terme, notamment économiques, sociales, politiques et sur la santé, seront terribles.

En sus de planifier pour la prochaine pandémie, le Canada a l'occasion de créer une Nouvelle Entente post-pandémie : un ambitieux programme visant le soutien de la classe ouvrière, l'amélioration des soins de santé et la promotion d'une plus grande équité. Cela pourrait comprendre un certain nombre d'initiatives politiques ambitieuses, par exemple un programme national de garderie, un régime universel d'assurance-médicaments, des réformes fondamentales des soins de longue durée, des solutions à la pénurie de personnel infirmier, l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale, et des mesures pour diminuer les disparités en santé et les iniquités sociales.

La COVID-19 a, à la fois, amplifié et mis au jour de nombreuses lacunes dans notre société, et ces lacunes menacent la reprise économique.

Au moment d'écrire ces lignes, nous ne savons pas encore si une élection fédérale sera déclenchée cette année. Le jour où il faudra nous rendre aux urnes, mentionne Stanford, les personnes du Canada devront décider pour elles-mêmes ce qui est le plus important : des idées abstraites ou de véritables mesures de soutien là où elles sont nécessaires.

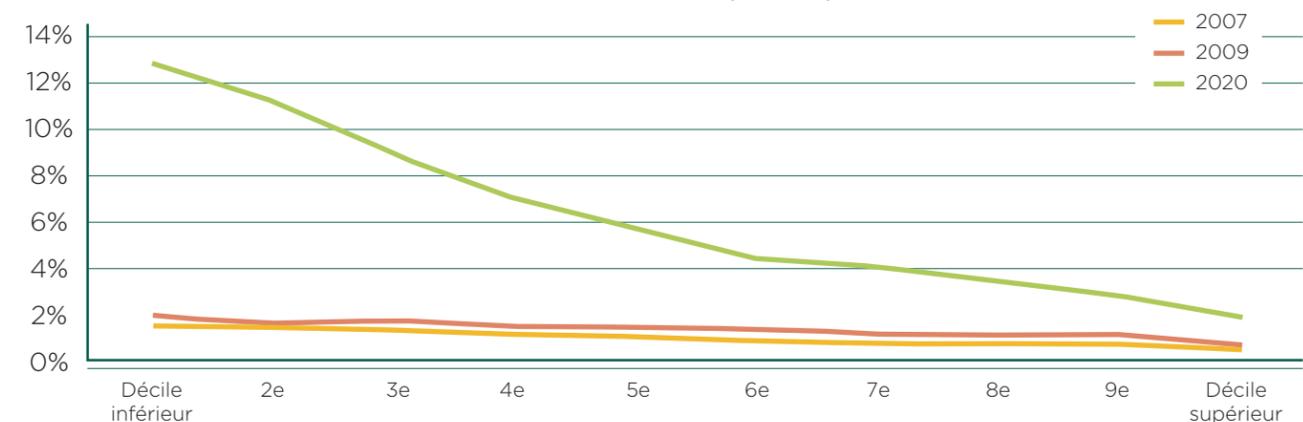
Nous devrions demander concrètement, 'Qu'est-ce qui est le plus important pour vous : avoir un soutien du revenu lorsque vous perdez votre emploi en raison de la pandémie? Avoir accès à des services publics de santé de grande qualité vous permettant d'être vaccinés? Ou des

idées abstraites selon lesquelles nous devrions maintenir le ratio dette-PIB sous les 60 pour cent?

Vu sous cet angle, précise Stanford, nous pouvons tenir la conversation loin des arguments ambigus au sujet de la dette nationale, qui ne sont rien de plus que des tentatives voilées pour diminuer la taille du problème plutôt que de s'appuyer sur un raisonnement intelligent par rapport à l'économie. Plus que jamais auparavant, nous devons concentrer la conversation sur le rôle irremplaçable du gouvernement pour protéger la population canadienne et l'aider à se sortir relativement indemne de la pandémie. ●

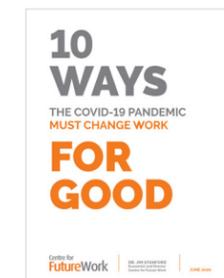
LES TRAVAILLEURS À FAIBLE REVENU ONT ÉTÉ BEAUCOUP PLUS TOUCHÉS PAR LES FERMETURES LIÉES À LA COVID-19 QUE PAR LA RÉCESSION DE 2008-2009

*Taux mensuels moyens de mise à pied d'employés, selon le décile de rémunération, 2007, 2009 et 2020**



*Février-mars, mars-avril et avril-mai 2020; toutes les paires de mois pour 2007 et 2009. Source: Statistique Canada, Enquête sur la population active.

Pour en savoir davantage à ce sujet : Le document *10 Ways the COVID-19 Pandemic Must Change Work for Good* (centreforfuturework.ca) avance l'argument qu'une réforme du travail est non seulement un impératif moral mais est aussi une nécessité sur le plan économique. Les failles de longue date au sein du marché du travail au Canada ont été brutalement mises au jour par la pandémie de COVID-19 et par le ralentissement économique sans précédent qu'elle a engendrée. Ce document identifie et explore dix façons de modifier, pour de bon, le travail après la pandémie.



ESSENTIELS, EXPLOITABLES ET SACRIFIABLES : LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ONT BESOIN D'ÊTRE MIEUX PROTÉGÉS

Tous ces emplois considérés « peu spécialisés » sont maintenant appelés « emplois essentiels ». Les préposés aux soins personnels, les travailleurs agricoles, et ceux et celles qui travaillent dans les restaurants sont maintenant élevés au rang de travailleurs essentiels pendant la pandémie. »

« Or, les travailleurs temporaires arrivés au Canada après avoir été qualifiés 'peu spécialisés' sont considérés non indispensables et sacrificiables. »

Sharmeen Khan travaille avec les migrants et les personnes sans papiers depuis plus de 10 ans et s'occupe d'organisation sociale au sein de No One Is Illegal – Toronto. Parce que la valeur des emplois essentiels a été grandement mise en lumière pendant la pandémie, elle espère que la population canadienne va en venir à reconnaître que les personnes occupant ces emplois méritent la sécurité, la dignité, des droits et des soins, qu'importe leur statut d'immigration.

Selon Statistique Canada, près de 470 000 permis de

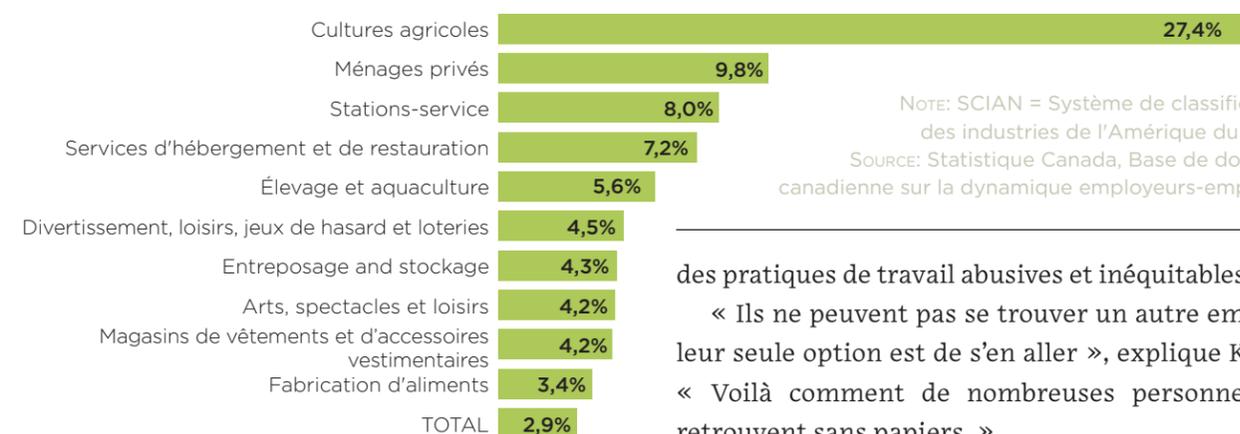
travailleur étranger temporaire ont été accordés en 2019. Les catégories de travailleurs temporaires comprennent : travailleurs agricoles saisonniers (principalement des hommes du Mexique et des Caraïbes, bénéficiant d'un visa de huit mois et qui font pousser nos aliments, souvent d'une année à l'autre), les travailleurs à bas salaires qui gagnent moins que le salaire horaire moyen de la province (souvent des personnes racialisées travaillant dans plusieurs secteurs, dont les préposés aux services de soutien à la personne), et les aidants familiaux (principalement des femmes des Philippines, de l'Indonésie et de l'Amérique latine, qui prennent soin des enfants, des personnes âgées et des



Sharmeen Khan

Sharmeen Khan a commencé à s'occuper d'organisation sociale à Regina en Saskatchewan en 1994. Elle vit actuellement à Toronto en Ontario et travaille, depuis dix ans, au sein de No One Is Illegal – Toronto. Elle est aussi active au sein d'autres organismes d'action sociale et s'occupe de formation et de rédaction. Elle est aussi éditrice de *Upping the Anti: A Journal of Theory and Action*. Vous pouvez la suivre sur Twitter : @colonizedmutant.

PROPORTION DE TRAVAILLEURS ÉTRANGERS TEMPORAIRES, INDUSTRIES SÉLECTIONNÉES 2017



NOTE: SCIAN = Système de classification des industries de l'Amérique du Nord.
SOURCE: Statistique Canada, Base de données canadienne sur la dynamique employeurs-employés

personnes handicapées).

Les travailleurs étrangers temporaires représentent près de 3 pour cent des emplois totaux et 27 pour cent du secteur agricole. Bien qu'ils représentent une main-d'œuvre importante, ils n'ont pas de pouvoir politique. Plusieurs de ces travailleurs viennent au Canada grâce à des permis de travail pour un employeur précis; leur capacité à demeurer au Canada, et souvent leur logement et leur accès aux soins de santé, dépendent de la relation qu'ils maintiendront avec leur employeur. Avec autant de pouvoir entre les mains des employeurs, les travailleurs migrants sont souvent susceptibles d'être exploités.

« Lorsque vous êtes un travailleur lié à un statut, vous n'allez pas dénoncer. »

« Vous n'allez pas dénoncer le fait que vous gagnez moins que le salaire minimum. Vous n'allez pas dénoncer le fait que vous faites des heures supplémentaires sans être payé. De nombreux travailleurs ne disent rien même lorsqu'ils ne sont pas payés. »

Comme le souligne Khan, les travailleurs migrants ne viennent pas au Canada seulement pour travailler; ils s'enracinent ici. Ils font des contacts, ils forment une communauté. Mais, en raison du permis de travail pour un employeur précis, les travailleurs migrants ne peuvent tout simplement pas quitter lorsque leur employeur dépasse les limites et adopte

des pratiques de travail abusives et inéquitables.

« Ils ne peuvent pas se trouver un autre emploi; leur seule option est de s'en aller », explique Khan. « Voilà comment de nombreuses personnes se retrouvent sans papiers. »

Même si les travailleurs migrants paient des taxes et contribuent à nos filets de sécurité sociale, souvent ils ne peuvent pas avoir accès aux avantages sociaux. Pendant la COVID-19, plusieurs n'avaient aucun accès aux mesures de soutien du revenu. Dans les secteurs essentiels, par exemple l'agriculture, les travailleurs migrants ont continué à travailler à distance rapprochée sans accès à des EPI. Et, sans accès à des congés de maladie rémunérés, la seule option était de continuer à travailler.

« Personne ne va manquer une journée de travail si elle va être déduite du chèque de paye », précise Khan. Elle ajoute que, pour plusieurs travailleurs migrants, le coût de la nourriture et du logement est prélevé du salaire, alors lorsqu'ils prennent un congé de maladie non rémunéré, ils peuvent se retrouver à devoir de l'argent à leur employeur.

Des éclosions ont frappé le secteur agricole pendant toute la pandémie. Une éclosion à la Ontario Plants Propagation, juste à l'extérieur de London en Ontario, est un exemple choquant de l'exploitation flagrante des travailleurs migrants. Selon la Migrant Workers Alliance for Change, l'employeur avait été averti au sujet du chargement de marchandises arrivant d'une autre ferme où une éclosion venait de générer plus de 100 infections.

« Tous les citoyens et les travailleurs permanents résidant à la ferme ont eu une journée de congé

lorsque le chargement est arrivé, mais on a demandé aux travailleurs migrants de décharger et de déballer la marchandise. Les travailleurs ont simplement reçu un 2 \$ l'heure supplémentaire, soit un total de 8 \$, pour s'être occupé de ce chargement. »

Cet incident s'est traduit en au moins 20 infections.

Ces travailleurs avaient un choix impossible à faire : risquer de contracter la COVID-19 ou risquer de se faire congédier et déporter. C'est leur statut d'immigrant précaire qui rend possible cette exploitation délibérée.

« La solution est le statut de résident permanent dès l'arrivée au pays », précise Khan.

Si ces travailleurs avaient le statut de résident permanent, ils pourraient exercer plus efficacement leurs droits. Mais, actuellement, la résidence permanente est souvent hors de portée pour les

« Lorsque vous êtes un travailleur lié à un statut, vous n'allez pas dénoncer. »

migrants qui viennent au Canada en tant que travailleurs temporaires.

« Le système de valeur dans lequel s'inscrit l'immigration au Canada se base beaucoup sur la richesse, le revenu ou la classe », souligne Khan. « Si vous pouvez prouver que vous avez une telle somme d'argent ou pouvez investir cette somme d'argent dans une industrie canadienne, il sera plus facile pour vous d'obtenir le statut de résident permanent. Ou, si vous obtenez un emploi de 'travailleur hautement spécialisé', par exemple ingénieur, vous aurez le statut de résident permanent dès votre arrivée. »

Les personnes venant de pays plus pauvres – pays qui ne sont pas à dominance blanche – ont une montagne à franchir pour obtenir un statut de résident permanent, mentionne Khan. Pour certains,

c'est pratiquement impossible : les travailleurs agricoles saisonniers, dont certains viennent au Canada depuis des décennies, n'ont aucune voie d'accès au statut de résident permanent.

Grâce au travail de militants, les fournisseurs de soins représentent le seul groupe ayant un accès direct au statut de résident permanent. Mais il y a encore des obstacles : ils doivent être au Canada depuis au moins deux ans, les frais de demande sont plus de 1 000 \$, et ils doivent répondre aux exigences linguistiques et en matière d'éducation.

Au cœur de la politique du Canada sur l'immigration il y a un système de points pour déterminer les immigrants économiques potentiels. Cela se fait en fonction de plusieurs facteurs, dont les capacités langagières et l'éducation, ainsi qu'un « critère d'adaptabilité ». Selon le gouvernement fédéral, ce dernier élément sert à évaluer « l'intégration économique et sociale d'un immigrant ».

« La classe sociale est implicite dans ces critères », ajoute Khan. « C'est tellement inaccessible que la majorité des citoyens, s'ils déposaient une demande de résidence permanente, découvrirait qu'ils ne sont pas admissibles pour immigrer au Canada. »

« En fait, si mes parents immigraient maintenant, ils ne seraient pas admissibles. »

Selon Khan, au cours des dernières décennies, le nombre d'immigrants ayant obtenu le statut de résident permanent est demeuré relativement stable, alors que le nombre de migrants arrivant au pays munis d'un permis de travailleur temporaire a augmenté.

« Vous pouvez voir ce changement de cap : le Canada veut un plus grand nombre de travailleurs précaires plutôt que des résidents permanents. »

Le statut précaire est souvent le résultat de notre système bureaucratique; plusieurs migrants perdent leur statut et se retrouvent sans papiers en raison de simples erreurs. D'autres se retrouvent sans papiers lorsqu'ils sont forcés de quitter leur emploi en raison d'un employeur qui abuse d'eux. Selon les estimations, il y aurait actuellement entre 200 000 et 500 000 personnes sans papiers

vivant au Canada.

« Vous ratez une échéance – et vous vous retrouvez sans papiers », de dire Khan. « C'est placer les gens dans une position très angoissante. »

Les personnes sans papiers au Canada sont repoussées en marge de la société, explique Khan. La peur d'être arrachées à leur vie – à leur famille, à leur collectivité – les poursuit constamment. Et, avec les gouvernements qui ont commencé à dépendre de plus en plus de la police pour limiter nos mouvements afin de contenir la pandémie, les craintes des travailleurs sans papiers se sont intensifiées.

« Ce devrait être facile pour notre gouvernement de mettre en place une façon pour que ces personnes obtiennent un statut – plutôt que de les criminaliser et les punir. Cette modification de la politique est faisable et facile, mais il n'y a pas de volonté politique pour le faire en ce moment. »

Pendant ce temps, notre système de soins de santé ne sait toujours pas quoi faire lorsqu'une personne sans papiers se présente pour recevoir des soins, et cela met cette personne encore plus à risque. Lorsqu'un patient arrive sans carte Santé ou carte d'assurance-maladie, les hôpitaux et les cliniques ambulatoires peuvent exiger de payer tout de suite et peuvent renvoyer le patient si ce dernier ne peut pas payer. Peu de cliniques offrent des soins primaires gratuits à ceux et celles qui n'ont pas d'assurance santé.

« Notre lutte pour les soins de santé, initiée par

des mouvements socialistes puissants, constitue encore une base ferme de l'identité canadienne et une source de fierté », souligne Khan. « Or, la plupart des gens à qui je parle sont choqués de découvrir le nombre de personnes qui n'ont pas accès aux soins de santé en raison de leur statut. »

Pendant toute la pandémie, le système universel de soins de santé du Canada a été présenté comme étant la principale raison pour laquelle nous nous en sommes tellement mieux sortis que notre voisin le plus proche. Les citoyens canadiens et les résidents permanents pouvaient se faire tester rapidement, recevoir des soins médicaux directs et même passer des semaines aux soins intensifs sans se soucier d'avoir à payer la facture.

Khan croit que nous avons la responsabilité d'élargir notre système universel de soins de santé pour qu'il soit véritablement universel. Ainsi, on pourrait s'assurer que personne ne passe entre les mailles du filet.

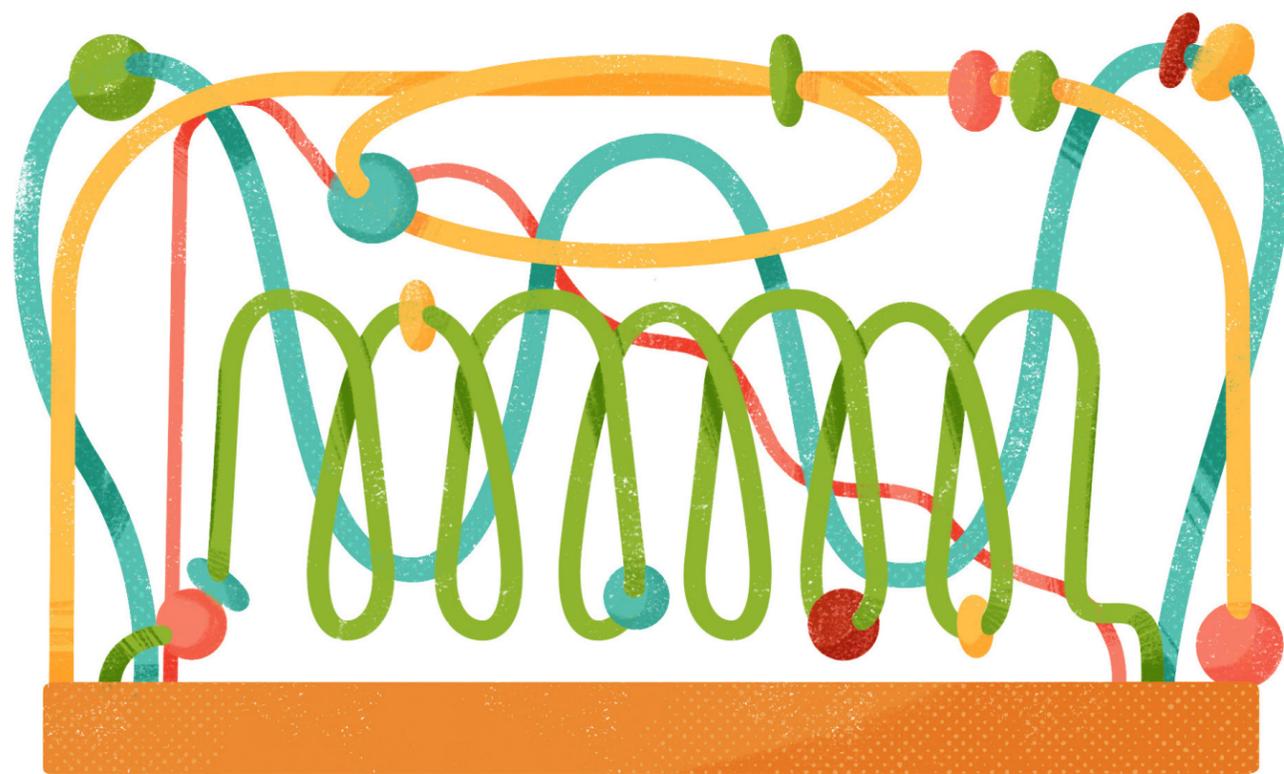
« Lorsque des personnes sans statut ou sans papiers tombent malades, elles ne sont pas les seules à subir l'impact : l'impact se fait sentir sur les grandes collectivités qui les entourent. Nous devons faire passer la sécurité des collectivités – le mieux-être des collectivités – avant le coût qui y est rattaché. »

« Certaines choses doivent être considérées comme un droit de la personne et doivent être fournies. Et, malheureusement, ces services ne s'accompagnent pas d'une reconnaissance particulière. »

Pour en savoir davantage à ce sujet : Le rapport *Unheeded Warnings – COVID-19 & Migrant Workers in Canada* est un aperçu des abus dont les travailleurs agricoles migrants font l'objet, y compris les salaires volés pendant la quarantaine, être forcé de travailler pendant qu'on attend le résultat du test de dépistage de la COVID-19, les menaces racistes, les logements décrépis et les traitements inhumains. Ces abus s'inscrivent dans la longue histoire de mises en garde faites antérieurement par les travailleurs migrants par rapport à l'immigration et aux lois du travail relatives aux travailleurs temporaires.



LES SERVICES UNIVERSELS DE GARDE D'ENFANT SONT LE « PONT » POUR RAMENER LES FEMMES AU SEIN DE LA MAIN-D'ŒUVRE APRÈS LA COVID



Au cœur du budget fédéral 2021 se trouve la promesse de 30 milliards de dollars pour créer un programme pancanadien de garde d'enfant. Le choix du moment n'est pas une coïncidence. Nous avons désespérément besoin d'un programme universel pour ramener les parents, particulièrement les femmes, au sein de la main-d'œuvre rémunérée, et s'assurer que les décennies de progrès réalisés sur l'équité de genre ne soient pas effacées par la pandémie.

« En raison de la pandémie, le gouvernement fédéral s'est rendu compte qu'il s'agissait d'un volet des politiques économiques et sociales ayant besoin d'attention immédiate », souligne Morna Ballantyne, directrice générale d'Un Enfant Une Place. Un facteur clé pour assurer la reprise économique, ajoute-t-elle, est l'élimination des obstacles qui obligent les femmes à quitter la main-d'œuvre rémunérée.

Selon une étude récente menée par la Banque royale du Canada, près d'un million de femmes ayant perdu leur emploi au début de la pandémie n'étaient toujours pas retournées au travail en date de janvier 2021. Les femmes racialisées et les nouvelles arrivantes ont été les plus frappées. Les données démontrent aussi un plus grand nombre d'emplois perdus chez les mères que chez les femmes sans enfants.

Ballantyne explique que plusieurs centres de la petite enfance ont dû fermer lorsque la COVID-19 a frappé pour la première fois. Sans financement public suffisant pour ouvrir de façon sécuritaire, plusieurs centres ont été forcés de mettre fin aux inscriptions. Comme la majeure partie de leur financement vient des frais payés par les parents, un moins grand nombre d'enfants signifie moins de revenu d'exploitation, et par conséquent, plusieurs centres de la petite enfance ont rapidement connu des difficultés financières.

Une perte de places autorisées aurait un im-



Morna Ballantyne

Morna Ballantyne est directrice générale d'Un Enfant Une Place, organisation nationale pour la promotion des services de garde au Canada. Défenseure acharnée des services de garde autorisés et abordables pendant plus de 30 ans, elle continue de collaborer avec tous les ordres de gouvernement pour élaborer un programme de services de garde, géré et financé par l'État, et dont pourront bénéficier les enfants, les parents, et ceux et celles travaillant dans ce domaine, un programme qui contribuera à la sécurité et à la croissance économiques du Canada. Morna a fait partie du Groupe d'experts sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants, créé par le gouvernement fédéral, et elle a été choisie, récemment, pour faire partie du Groupe de travail sur les femmes dans l'économie, créé aussi par le gouvernement du Canada.

pact dévastateur sur le Canada. Même avant la pandémie, un nombre considérable de parents avaient de la difficulté à trouver des services de garde de qualité.

« La pandémie a révélé jusqu'à quel point le système était fragile, mais aussi jusqu'à quel point les services de garde étaient essentiels », précise Ballantyne. « Tellement essentiels que les gouvernements de presque toutes les provinces ont pris des mesures de rouvrir les garderies pour les travailleurs essentiels, y compris les travailleurs de la santé et le personnel infirmier de première ligne. »

« Il était clair que, sans services de garde, les parents, particulièrement les mères, ne seraient plus capables de travailler. »

Les provinces de l'Atlantique ont réagi et fourni une aide financière directe aux centres de la petite

UN PROGRAMME PANCANADIEN ET UNIVERSEL D'APPRENTISSAGE ET DE GARDE DES JEUNES ENFANTS PERMETTRAIT DE :

- Créer plus de **200 000 emplois directs** dans les centres de la petite enfance;
- Créer **100 000 emplois de plus** dans les industries connexes et celles qui approvisionnent ce secteur;
- Faciliter l'embauche de jusqu'à **725 000 femmes canadiennes**;
- Augmenter les recettes du gouvernement de **17 à 29 milliards \$ par année**.

SOURCE : *The Role of Early Learning and Child Care in Rebuilding Canada's Economy after COVID-19, 2020*

enfance pendant la pandémie. Le Québec aussi, considéré depuis longtemps comme modèle pour son programme pancanadien de garderies, s'en est mieux sorti étant donné qu'il fournissait déjà un financement direct.

Toutefois, fait remarquer Ballantyne, le Québec a, en fait, deux systèmes : un qui finance directement les centres autorisés de la petite enfance et les garderies en milieu familial, auxquels les parents ont accès à un taux subventionné de 8,50 \$ par jour; et un autre qui offre des crédits d'impôt aux parents qui placent leurs enfants dans les centres privés non subventionnés et les garderies privées non subventionnées, et dont le coût s'harmonise à celui ailleurs au Canada.

Le deuxième système, selon Ballantyne, est une façon incroyablement inefficace de financer les services de garde.

« Cela n'aide pas, bien sûr, à assurer des frais peu élevés. La qualité des soins dans ce secteur [n'est pas] aussi élevée que celle du même secteur

qui reçoit un financement direct. »

« Donc, la grosse leçon venant du Québec, et une grosse leçon pour le gouvernement fédéral, c'est que les gouvernements doivent réagir et financer directement les services [de garde] comme ils le font pour les services hospitaliers et l'enseignement public. »

Selon une étude menée par Pierre Fortin, professeur d'économie à l'Université du Québec à Montréal, le pourcentage de femmes ayant des enfants d'âge préscolaire et ayant participé au sein de la main-d'œuvre rémunérée a augmenté de 16 pour cent dans la décennie qui a suivi la mise en œuvre, au Québec, d'un programme de garderie à coût peu élevé.

Selon l'étude de Fortin, le programme de garderie du Québec s'autofinance. Cela s'explique en partie par le fait qu'un plus grand nombre de travailleurs au sein de la main-d'œuvre rémunérée signifie plus de revenus fiscaux pour la province. Se basant sur les données pour 2018, Fortin estime que le programme a généré 919 millions \$ supplémentaires en recettes fiscales.

« Les services de garde servent de pont vers la main-d'œuvre rémunérée, particulièrement pour les femmes, particulièrement celles qui ont de jeunes enfants », souligne Ballantyne. « Si ce pont est absent, elles ne peuvent pas contribuer à la croissance économique, et ce calcul a été fait à travers l'histoire. »

Ce pont est aussi crucial pour assurer l'autonomie financière des femmes car le coût élevé des services de garde peut laisser plusieurs femmes dépendantes économiquement des autres, par exemple de leurs parents, du conjoint, voire même d'autres programmes gouvernementaux.

De nos jours, la plupart des gens comprennent les avantages économiques des services de garde, affirme Ballantyne. Mais, pendant que nous nous dirigeons vers un programme pancanadien de garde d'enfant, nous devons nous assurer

« Il était clair que, sans services de garde, les parents, particulièrement les mères, ne seraient plus capables de travailler. »

que l'argument économique n'est pas la seule force motrice.

« Vous avez besoin de bons services de garde d'abord et avant tout pour les enfants, parce que les enfants ont besoin d'endroits où ils seront en sécurité et d'endroits équipés pour leur assurer un développement sain. »

Ballantyne souligne aussi l'importance de mettre l'accent sur l'accès équitable. Il peut s'avérer extrêmement difficile de naviguer dans le système actuel. Pour les parents, essayer de déterminer quelles sont les subventions auxquelles ils sont admissibles est une tâche énorme. Cet effort demande beaucoup de temps, ce que plusieurs parents n'ont pas en abondance. Les travailleuses à faible revenu, souvent les personnes racialisées, les nouvelles immigrantes et les personnes autochtones, peuvent être tenues à l'écart du système non seulement en raison du coût exorbitant mais aussi de la complexité de la mosaïque actuelle de services de garde.

Selon Ballantyne, un programme universel de garde d'enfant irait loin pour diminuer ces inégalités.

« Les populations vulnérables – celles qui ont

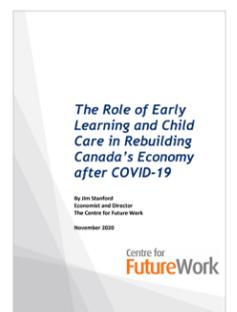
été désavantagées économiquement et socialement pour de nombreuses raisons – bénéficient davantage des programmes et des systèmes universels qu'elles bénéficient des services conçus juste pour elles. »

« Nous avons un dicton : les programmes pour les pauvres font de pauvres programmes. Voilà pourquoi nous insistons pour que [les services de garde] soient universels. Il ne faut pas voir la garde d'enfant comme un programme d'assistance sociale [qui pourrait] engendrer la ségrégation fondée sur la race et la situation économique. »

Selon Ballantyne, les services de garde au Canada peuvent seulement accueillir 30 pour cent des enfants de cinq ans et moins. Il va falloir beaucoup de temps, et des investissements substantiels, pour bâtir le système dont le Canada a besoin. Elle espère voir le financement nécessaire pour un programme universel de grande qualité, un qui est vraiment inclusif, qui a les espaces adéquats, et un personnel qualifié et bien rémunéré.

« Il ne suffit pas de bâtir un système. Le système doit être conçu de façon à ce que l'équité demeure un objectif prioritaire. » ●

Pour en savoir davantage à ce sujet : Selon une étude détaillée menée par le Centre for Future Work, *The Role of Early Learning and Child Care in Rebuilding Canada's Economy after COVID-19*, la mise en œuvre d'un nouveau programme pancanadien de garde d'enfant se traduirait en plusieurs avantages importants pour l'économie du Canada pendant que le pays se remet de la pandémie de COVID-19 et de la récession. Le rapport projette de grandes augmentations du PIB canadien en raison du nombre accru de services d'apprentissage et de garde de la petite enfance, et de la participation accrue des femmes au sein de la main-d'œuvre.



LA PANDÉMIE A MIS AU JOUR DE GRAVES LACUNES DANS LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ AU CANADA

60%

ont l'intention de quitter leur emploi.

UNE MAJORITÉ D'INFIRMIÈRES MENTIONNENT AVOIR L'INTENTION DE QUITTER LEUR EMPLOI AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE; PLUS DU QUART D'ENTRE ELLES MENTIONNENT VOULOIR QUITTER LA PROFESSION.

Source: *Avenir de la profession infirmière*, 2020

Ivy Bourgeault, PhD

Ivy Bourgeault, Ph. D., est professeure à l'École d'études sociologiques et anthropologiques



de l'Université d'Ottawa, et chargée de la chaire de recherche de l'Université sur le genre, la diversité et les professions. Elle dirige le Réseau canadien de personnels de santé, et est chef de projet dans le cadre de l'initiative Renforcement du pouvoir des dirigeantes dans le secteur de la santé. Bourgeault est reconnue internationalement pour ses études sur la main-d'œuvre en santé, particulièrement à partir de la lentille du genre. Ces projets récents mettent l'accent sur les relations de soins dans le secteur des soins à domicile et des soins de longue durée, et sur la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs professionnels. Bourgeault a été nommée membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé en septembre 2016, et a reçu le Prix d'excellence en recherche 2016-2017 remis par l'Université d'Ottawa.

Pourquoi les infirmières et les infirmiers sont-ils à la limite de leurs capacités? **C'est en raison de la charge de travail.** »

Ivy Bourgeault, Ph. D., est professeure à l'École d'études sociologiques et anthropologiques de l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ses recherches, elle interview régulièrement des infirmières au sujet de leur travail.

Les sources de stress sont multiples, explique Bourgeault. Comme nous tous, le personnel infirmier doit aussi composer avec le stress dans leur vie à l'extérieur du travail. Mais, malgré cela, les études menées par Bourgeault indiquent, de façon constante, que la charge de travail est le principal problème chez le personnel infirmier.

Le manque de personnel infirmier est un problème de longue date. En raison de la pénurie endémique de personnel infirmier partout au pays, les patients sont confrontés à des délais d'attente plus longs, des services reportés et des soins réduits.

Cela n'a fait que s'envenimer avec la COVID-19. « Pendant la pandémie, nous observons des

personnes stressées qui travaillent vraiment, vraiment fort, et qui travaillent au-delà de leur capacité », précise Bourgeault. « Ces personnes le faisaient déjà; maintenant elles le font pendant une crise. Alors, elles se sentent responsables parce que nous avons socialisé les travailleurs de la santé de telle sorte qu'ils se [sentent] responsables de cela. Et ils ont tout ça sur le dos. »

« Et ces dos sont en train de craquer; ces personnes sont en train de craquer mentalement, et en train de craquer physiquement. »

Sans le soutien adéquat – et avec les pressions accrues en raison de la pandémie – les infirmières et les infirmiers quittent leur emploi en foule, et certains quittent même la profession. Selon Statistique Canada, on compte plus de 100 000 postes vacants (à la fin de 2020) dans le secteur de la santé et des services sociaux. Au Québec, le nombre d'infirmières ayant quitté a augmenté de 43 pour cent en 2020 comparativement à l'année précédente.

La pandémie a ébranlé la vie du personnel infirmier, mais les effets les plus néfastes ont été

sur leur santé mentale. Des mesures de soutien à la santé mentale sont cruciales; elles sont nécessaires dès maintenant et dans l'avenir. Mais nous en sommes arrivés-là surtout en raison d'une dotation inadéquate, et ce problème doit être réglé en amont.

Bourgeault admet que le personnel infirmier pourrait ne pas être ravi d'entendre que ce dont on a besoin, ce sont des données, mais il faut se rendre à l'évidence que le Canada a très peu de données sur la dotation en personnel infirmier.

« Nous avons beaucoup de données sur les médecins », souligne-t-elle. « Les données sur le personnel infirmier sont séparées. Ce n'est pas aussi robuste. »

Une des raisons pour laquelle nous avons de meilleures données sur les médecins, explique Bourgeault, c'est parce qu'on les considère comme des générateurs de coûts dans un système public de soins de santé financé par l'État. Et, en raison du paiement à l'acte, il est beaucoup plus facile de suivre de près ce que font les médecins.

« Nous n'avons pas ça pour le personnel



« Pourquoi les infirmières et les infirmiers sont-ils à la limite de leurs capacités? C'est en raison de la charge de travail. »

infirmier; nous ne sommes pas capables de dire ce que font les infirmières et les infirmiers parce qu'ils ne sont pas payés à l'acte; ils sont des salariés au sein des hôpitaux. »

Personne n'insiste pour dire que le personnel infirmier devrait être payé à l'acte, mais le fait de ne pas l'être signifie que les données sur le personnel infirmier sont souvent insuffisantes pour permettre de prendre des décisions importantes dans un système public de soins de santé. Une planification adéquate de la main-d'œuvre en santé dépend de notre capacité à combler l'écart entre les besoins de la population en matière de santé et notre capacité à répondre à ces besoins.

« Y a-t-il des secteurs où nous n'utilisons pas le plein potentiel du personnel infirmier considérant les tâches pour lesquelles il est formé et les besoins de la population? », se demande Bourgeault. Ce n'est qu'un exemple de comment le Canada pourrait créer un système de soins de santé mieux adapté, si seulement il avait les données pour alimenter une prise de décision réfléchie.

Or, en ce moment, les gouvernements du Canada travaillent en grande partie dans le noir.

Selon Bourgeault, au lieu d'adopter une approche systémique, les gouvernements adoptent souvent des « mesures à coup unique », par exemple offrir des primes pour attirer des travailleurs de la santé dans un secteur particulier, sans modèle permettant de prédire les effets potentiels sur les autres secteurs.

Ne pas planifier coûte cher : la main-d'œuvre en santé représente plus de 10 pour cent de toutes les personnes employées au Canada, et deux tiers de toutes les dépenses de santé.

Une planification adéquate de la main-d'œuvre en santé existe dans d'autres pays. Bourgeault cite l'Australie et la Nouvelle-Zélande, qui ont de meilleurs modèles de planification de la main-

d'œuvre, et qui s'en sont aussi mieux tirés pendant la pandémie. Même les États-Unis, ajoute-t-elle, a de meilleures données sur le personnel infirmier, y compris des données fondées sur la race.

« Nous n'avons rien de tout cela. Dans une perspective d'équité, cela est inacceptable. »

Bourgeault est particulièrement passionnée par rapport à la question d'équité. Elle est reconnue pour dire « le genre est toujours important ». En ce qui a trait à la planification de la main-d'œuvre en santé, le genre est aussi important. Les femmes constituent jusqu'à 70 pour cent de la main-d'œuvre mondiale en santé; au Canada, c'est plus de 80 pour cent, et c'est 90 pour cent pour la main-d'œuvre infirmière.

Le type de données robustes sur la main-d'œuvre et de planification de la main-d'œuvre qu'aimerait voir Bourgeault pour le secteur de la santé existe déjà au Canada : dans le secteur de la construction. ConstruForce Canada recueille des données sur les travailleurs de la construction dans le but de mener des études et établir des prévisions sur les tendances à long terme de cette main-d'œuvre. Cette organisation, dirigée par l'industrie, reçoit des fonds du gouvernement pour fournir des informations sur le marché du travail.

L'organisation a plusieurs modélisateurs, explique Bourgeault. Leurs données alimentent

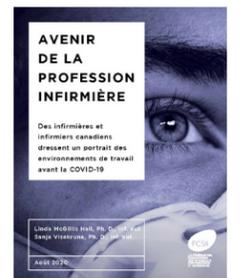
« Ce n'est pourtant pas sorcier. Pourquoi ça ne se fait pas pour la main-d'œuvre du secteur de la santé au Canada dépasse mon entendement. »

un système de prévisions fondées sur différents scénarios, et ils s'en servent pour évaluer les conditions futures du marché du travail.

« Il y a une infrastructure robuste derrière cela », ajoute Bourgeault. « Quelle est la différence entre la main-d'œuvre en santé et le secteur de la construction? »

« Ce n'est pourtant pas sorcier. Pourquoi ça ne se fait pas pour la main-d'œuvre du secteur de la santé au Canada dépasse mon entendement. » ●

Pour en savoir davantage à ce sujet : L'étude, *Avenir de la profession infirmière : Des infirmières et infirmiers canadiens dressent un portrait des environnements de travail avant la COVID-19*, évalue la perception du personnel infirmier du Canada de leurs environnements de travail. Elle met en relief les impacts de ces environnements de travail sur leur santé et les résultats de leur travail. S'attaquer aux problèmes soulevés dans ce rapport est crucial pour assurer une main-d'œuvre infirmière viable dans l'avenir.



LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS ONT LES REINS SOLIDES, MAIS LA RÉSILIENCE A DES LIMITES

Pendant toute l'année 2019, Nicholas Carleton, Ph. D., psychologue et professeur à l'Université de Regina, et Andrea Stelnicki, Ph. D., étudiante postdoctorale, ont analysé les données recueillies à partir d'un sondage mené auprès de 7 000 infirmières et infirmiers du Canada.

Les résultats sont troublants : le personnel infirmier affiche un nombre alarmant de symptômes de trouble dépressif majeur, trouble anxieux généralisé, burn-out, trouble panique et état de stress posttraumatique. Les infirmières et les infirmiers af-

fichaient des symptômes de troubles de santé mentale à des taux correspondant à ceux des policiers, des ambulanciers paramédicaux et des pompiers, qui font tous face à des défis en matière de santé mentale à des taux plus élevés que la population en général.

À ce moment-là, presque tout le personnel infirmier mentionnait des difficultés liées au burn-out, et près du tiers recevait un résultat positif de burn-out clinique.



Nicholas Carleton, PhD

R. Nicholas Carleton, Ph. D., est professeur de psychologie clinique à l'Université de Regina. Il est psychologue clinicien agréé en Saskatchewan, et directeur scientifique de l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique. Carleton a publié plus de 170 articles révisés par les pairs, portant sur les bases fondamentales de l'anxiété et des troubles connexes. Il a fait plus de 360 exposés dans le cadre de conférences nationales et internationales. Il a reçu plusieurs prix prestigieux, il a été intronisé membre du Collège des nouveaux chercheurs et créateurs en art et en science de la Société royale du Canada, est membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé, et a reçu, en 2020, le Prix Royal-Mach-Gaensslen pour la recherche en santé mentale.

Les infirmières et les infirmiers étaient stressés, surchargés, et travaillaient en manque de personnel et de soutien.

Puis, la COVID a frappé.

« Si le personnel infirmier avait un problème de burn-out avant, en raison de la charge de travail et du stress, et que nous ajoutons la COVID, nous avons toutes les raisons de croire que c'est plus du tiers qui ont maintenant des difficultés et affichent d'importants symptômes de burn-out clinique », souligne Carleton en guise d'avertissement.

« Je suis très inquiet par rapport à ce qui nous attend après la COVID-19. »

La pandémie, souligne Carleton, est un facteur de stress comme nul autre; c'est global. Le stress engendré par la COVID-19 n'était pas quelque chose que le personnel infirmier pouvait laisser derrière à la porte de l'hôpital; la pandémie s'est infiltrée dans tous les volets de nos vies.

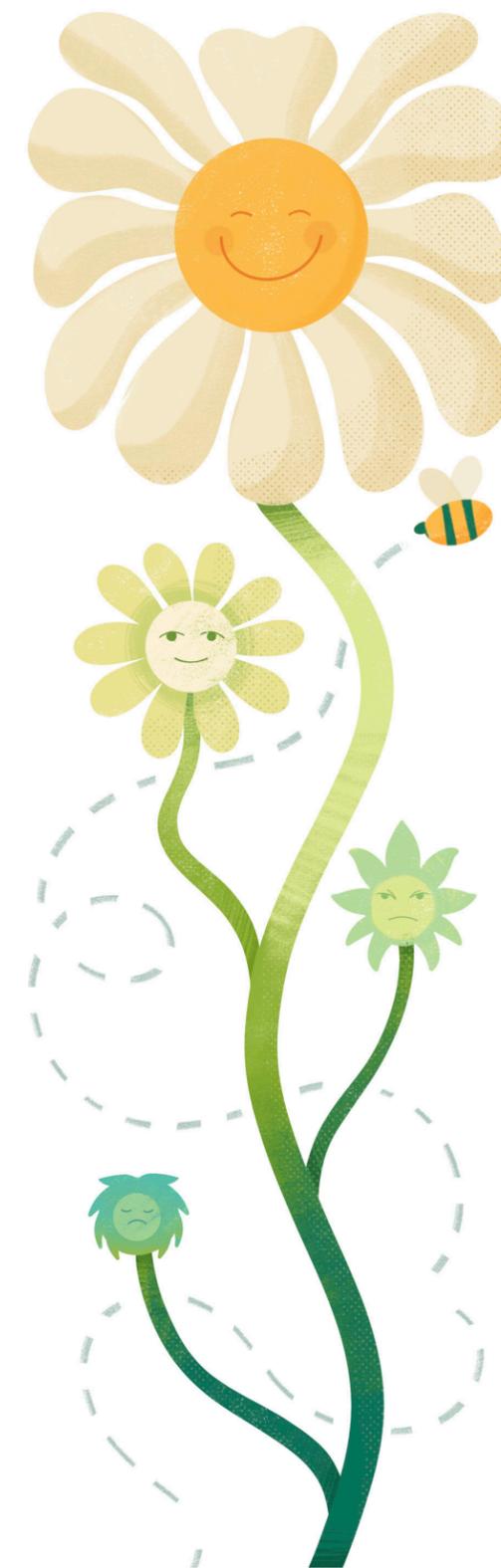
Les infirmières et les infirmiers ont les reins solides, mais leur résilience a des limites. En fin de compte, explique Carleton, si votre milieu de travail est trop stressant, si votre charge de travail est trop lourde, si l'employeur ne vous offre pas assez de soutien, n'importe qui peut s'effondrer.

« Ce n'est qu'une question de temps. Parce qu'ils sont humains. »

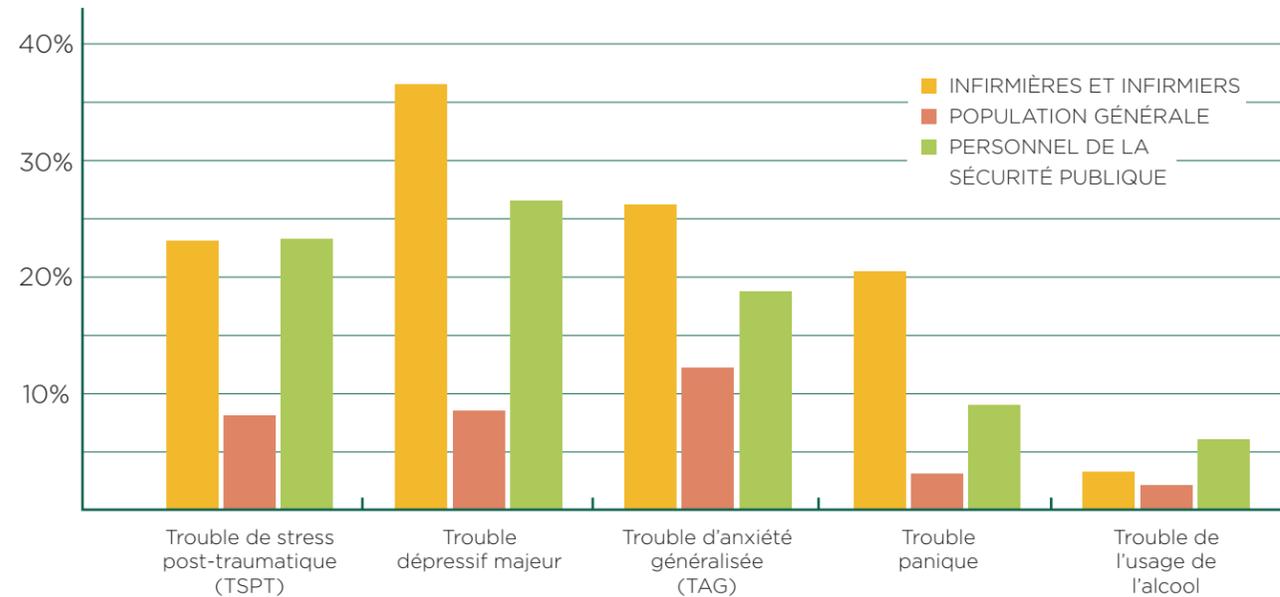
Avant la pandémie, les résultats de l'étude de Carleton et Stelnicki indiquaient que la principale source de stress extrême était le nombre insuffisant de personnel : plus de 80 pour cent des infirmières mentionnent qu'il n'y a pas suffisamment de personnel pour faire leur travail, et près des trois quarts mentionnent que la capacité dans leur établissement est régulièrement dépassée. Des heures supplémentaires excessives et obligatoires sont devenues la norme de fonctionnement, et les infirmières et les infirmiers s'épuisent à petit feu, souvent aux dépens de leur santé mentale.

La situation s'est envenimée pendant la pandémie. Selon Statistique Canada, le nombre hebdomadaire moyen d'heures supplémentaires du personnel infirmier a augmenté de 78 pour cent en mai 2020, comparativement à l'année précédente.

La COVID-19 ne va pas disparaître en une nuit. Avec la campagne de vaccination qui suit son cours, nous espérons voir le virus perdre de la vitesse, allégeant ainsi le fardeau énorme sur le système de soins de santé. Or, pendant que nous anticipons un « retour à la normale », nous ne pouvons pas accepter de retourner à un système plein de failles, un système qui a eu toute la peine du monde



COMPARAISON ENTRE LES SYMPTÔMES DE MALADIE MENTALE CHEZ LE PERSONNEL INFIRMIER ET CEUX DU PERSONNEL DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (PSP)



(DESSUS)

- Les taux de blessures de stress posttraumatique sont relativement constants chez le personnel infirmier et le PSP dans l'ensemble;
- Le personnel infirmier reçoit plus souvent un résultat positif que le PSP pour le trouble dépressif majeur, le trouble anxieux généralisé et le trouble panique;
- Le personnel infirmier affiche des taux légèrement supérieurs d'idées suicidaires, de planification du suicide et de tentatives de suicide que le PSP (les différences n'ont pas fait l'objet d'analyse statistique).

SOURCE: *Les symptômes de la maladie mentale chez le personnel infirmier du Canada, 2020*

à gérer une pandémie mondiale.

« En ce moment, nous devons amorcer des conversations plus réalistes au sujet de la gestion des attentes », explique Carleton. « Nous devons commencer à planifier de façon échelonnée afin de s'assurer que les personnes puissent faire des pauses, et s'assurer qu'elles ont du temps pour recourir aux services de santé mentale.

Il sera alors crucial que le personnel infirmier sache où aller pour avoir accès à des services de santé mentale fondés sur les données probantes, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale. Or, encourager les infirmières et les infirmiers à aller chercher les soins dont ils ont besoin n'est pas tâche facile car même le personnel infirmier doit composer avec la stigmatisation qui entoure la santé mentale.

« Il y a énormément de stigmatisation par rapport à la santé mentale », souligne Carleton. « Cela peut venir de soi – je suis trop dure avec moi-même – ou de collègues, ou de la société. »

La clé pour prévenir les troubles de santé mentale et les blessures psychologiques est de pouvoir reconnaître les signes avant-coureurs et savoir où aller chercher de l'aide. Dans le cadre de son étude, Carleton a observé que les infirmières et les infirmiers

hésitent à recourir à un professionnel de la santé mentale lorsqu'ils ont besoin d'aide, et préfèrent plutôt en parler avec les amis et la famille. C'est pourquoi, les membres de la famille et les êtres chers peuvent jouer un rôle important pour protéger la santé mentale du personnel infirmier. Ce sont souvent ces personnes qui s'aperçoivent en premier des changements dans l'humeur et le comportement.

Le personnel infirmier a aussi besoin de soins préventifs adéquats. C'est important de faire une pause santé mentale : sortir dehors, faire de l'exercice, méditer, avoir une bonne routine du sommeil, tenir un journal personnel, s'ouvrir à une personne en qui l'on a confiance... bref, ce qui vous convient. Ces petites habitudes quotidiennes peuvent aider à préserver notre santé mentale.

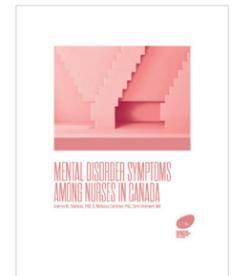
Dans un monde idéal, Carleton visualise les personnes prenant soin de leur santé mentale de la même façon qu'elles prennent soin de leurs dents.

« Si je me brosse les dents à chaque jour, et utilise la soie dentaire à chaque jour, c'est une bonne chose », mentionne Carleton. « Cela ne veut pas dire que je n'aurai jamais de caries, mais je fais ces petites choses quotidiennes pour maintenir ma santé dentaire. Et, au moins une fois par année, je vais chez le dentiste pour un examen. C'est systématique. Nous le faisons intentionnellement. »

« Alors, comment arriver à réorienter la discussion au sein de la population de sorte à mettre l'accent sur la santé mentale autant que nous mettons l'accent sur la santé dentaire? » ●

« Je suis très inquiet par rapport à ce qui nous attend après la COVID-19. »

Pour en savoir davantage à ce sujet : l'étude, *Les symptômes de la maladie mentale chez le personnel infirmier du Canada*, s'appuie sur un sondage de plus de 7 000 infirmières et infirmiers. Il s'agit de la première évaluation à l'échelle du pays de la santé mentale du personnel infirmier, notamment les blessures de stress posttraumatique, dont l'ESPT, le trouble anxieux généralisé ou le trouble dépressif majeur. Afin de mettre les données en perspective, le rapport compare les données du personnel infirmier à celles du personnel de la sécurité publique et de la population en général.



SOINS DE LONGUE DURÉE : « ON SAIT CE QU'IL FALLAIT FAIRE, ON NE L'A TOUT SIMPLEMENT PAS FAIT. »



Pat Armstrong, PhD

Pat Armstrong, PhD, est une éminente professeure-chercheuse en sociologie à l'Université York, et membre de la Société royale du Canada. Elle a été chercheuse principale de l'étude s'échelonnant sur dix ans *Re imagining Long-term Residential Care: An International Study of Promising Practices*. Armstrong a publié plusieurs livres sur les politiques sociales, les femmes, le travail, et sur le secteur de la santé et des services sociaux, y compris des livres sur les soins de longue durée. Une grande partie de son travail met l'accent sur la relation entre le travail rémunéré et non rémunéré chez les femmes. Armstrong forge souvent des partenariats avec les syndicats et les organismes communautaires dans le cadre de son travail. Elle a aussi été témoin expert dans des dizaines d'affaires présentées devant les tribunaux ou les commissions.

Au tout début de la pandémie, on a demandé aux Forces armées canadiennes de stabiliser le nombre d'éclotions dans les établissements de soins de longue durée en Ontario et au Québec. Les militaires ont ensuite publié des rapports explosifs détaillant les conditions de vie déplorables. Or, la triste vérité était que ces conditions existaient depuis un bon moment; elles étaient le résultat de décennies de négligence délibérée.

Pat Armstrong, éminente professeure-chercheuse en sociologie à l'Université York, souligne que les chercheurs, les défenseurs des droits des aînés, les travailleurs en soins de longue durée, les syndicats du secteur de la santé et les résidents avaient sonné l'alarme pendant des décennies. Armstrong a été l'une des critiques les plus éminentes des pratiques dans le secteur des soins de longue durée au Canada. En qualité de chercheuse principale dans le cadre du projet international *Re imagining Long-term Residential Care: An International Study of Promising*



Practices, elle a tenté de déterminer comment restructurer les soins de longue durée pour permettre aux résidents non seulement de vivre dans le respect et la dignité mais aussi de s'épanouir.

« On sait ce qu'il fallait faire, on ne l'a tout simplement pas fait », souligne Armstrong.

Le fait que le Canada n'a pas donné suite aux recommandations des experts a entraîné des conséquences tragiques : près de 70 pour cent de tous les décès liés à la COVID-19 au Canada sont dans le secteur des soins de longue durée.

Le problème principal hantant ce secteur, selon Armstrong, c'est le manque de personnel. Et cela au moment où les besoins sur le plan clinique, intellectuel et social des résidents augmentent de façon continue. L'âge moyen d'un résident en soins de longue durée est de 85 ans; environ 70 pour cent des résidents affichent un type de démence, et presque tous nécessitent plusieurs soins complexes.

Pour prévenir le déclin de la santé des résidents, la norme de soins minimale recommandée

était de quatre heures, plus précisément quatre heures de soins directs par résident, par jour. Des études plus récentes suggèrent que ce chiffre devrait plutôt s'approcher de six heures. Or, au Canada, il faut lutter pour que les provinces prévoient, à la loi, un minimum de quatre heures.

« Je pense vraiment que nous avons besoin d'un nombre minimal d'heures de soins » souligne Armstrong. Et ce doit être des heures travaillées, de heures de soins directs, ajoute Armstrong. Cela ne doit pas comprendre le temps utilisé pour les vacances, les congés parentaux ou le travail administratif.

De nombreuses études indiquent un lien causal très fort entre la dotation en personnel et la qualité des soins, explique-t-elle. Ces études se fondent sur des incidents directement mesurables : transferts de l'hôpital, plaies de lit et chutes, par exemple.

« Et il y a de nombreuses choses que nous ne pouvons pas mesurer et qui sont vraiment importantes », ajoute Armstrong. « Est-ce que les

gens qui vivent dans un établissement ressentent de la joie? Ont-ils du plaisir à vivre, le plaisir qui vient des échanges entre humains, des activités partagées, des relations avec les autres? »

« Aucune étude n'a mesuré ces choses. Mais, il est clair que vous ne pouvez pas avoir ces types de relations sociales si vous n'avez pas le temps. Et, si vous n'avez pas le personnel, vous n'avez pas le temps. »

Pendant la pandémie, on a aussi mis en relief les conditions de travail du personnel en soins de longue durée. Il s'agit d'un travail demandant de grandes compétences et qui n'est pas reconnu ni rémunéré adéquatement. En Ontario par exemple, moins de la moitié de personnel sont à temps plein. Partout au Canada, plusieurs travailleurs et travailleuses en soins de longue durée occupent des postes occasionnels et précaires.

« Voilà 20 ans que nous répétons que les

conditions de travail sont les conditions de soins », souligne Armstrong. « Vous ne pouvez pas mettre l'accent sur les résidents si vous n'avez pas les conditions pour le faire. »

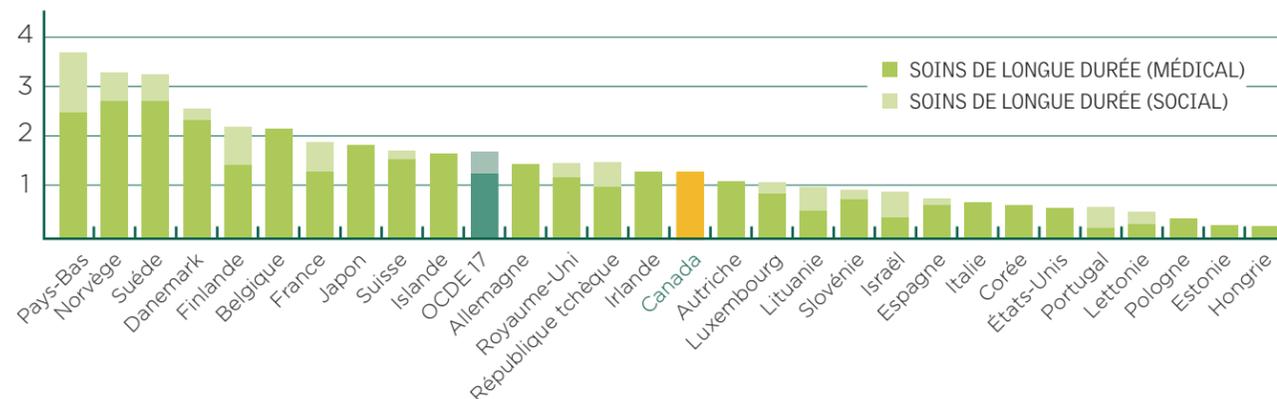
Les syndicats ont réalisé quelques progrès en obtenant des congés de maladie rémunérés pour les travailleurs, dont plusieurs sont des femmes racialisées. La lutte se poursuit pour obtenir un salaire décent, de meilleurs avantages sociaux et l'accès à un emploi à temps plein.

« De plus en plus, ces endroits sont exploités pour générer des profits au lieu de dire que chaque dollar devrait aller aux soins », précise Armstrong. « On les organise de plus en plus en entreprises au sens plus large, et ce n'est pas seulement dans les établissements à but lucratif. »

Pendant la pandémie, les établissements à but lucratif ont eu non seulement un plus grand nombre d'éclosions, mais ils ont aussi eu un plus

« Si vous n'avez pas le personnel, vous n'avez pas le temps. »

DÉPENSES DE SOINS DE LONGUE DURÉE (VOLETS MÉDICAL ET SOCIAL) DES RÉGIMES D'ASSURANCE PUBLICS ET OBLIGATOIRES, EN POURCENTAGE DU PIB, 2017 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE)



REMARQUE : La moyenne de l'OCDE comprend seulement 17 pays qui font état des soins de longue durée (volets médical et social). SOURCE: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

« LA PROPORTION DE DÉCÈS LIÉS À LA COVID-19 DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SLD ET LES MAISONS DE RETRAITE AU CANADA (69 %) EST DEMEURÉE BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉE QUE LA MOYENNE INTERNATIONALE (41 %). »

SOURCE: ICIS, AVRIL 2021

grand nombre de décès. Par exemple, des données recueillies en C.-B. depuis mars 2020 indiquent que les établissements privés à but lucratif ont eu le plus grand nombre d'éclosions. Selon l'analyse des données sur les soins de longue durée, faite par le *Toronto Star*, « le statut à but lucratif a été indéniablement lié aux pires résultats de la pandémie de COVID-19 en Ontario. »

Dans le cadre d'un modèle qui recherche constamment à réduire les coûts et économiser, il n'est pas surprenant de voir le niveau de soins se détériorer. Par conséquent, les déterminants de la santé – la vaste gamme de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé de la personne et de la population – sont facilement ignorés.

« Nous savons jusqu'à quel point la nourriture est importante dans le cadre des soins – jusqu'à quel point les vêtements et le lavage de ces derniers sont importants à la dignité de soi – jusqu'à quel point les services d'entretien ménager

sont importants pour que les gens demeurent en santé dans ces établissements. « Nous savions que nous devions changer toutes ces choses – ou, du moins, mettre l'accent sur les améliorer – et nous avons fait très peu. On continue d'ignorer la recherche. »

Armstrong souligne que très peu d'entre nous veulent caresser l'idée de vieillir, encore moins l'idée que nous pourrions devoir un jour aller dans un établissement de soins de longue durée. Entre temps, la population canadienne vieillit; selon Statistique Canada, un quart d'entre nous aurons plus de 65 ans en 2030.

Mes amis disent : « Jamais je n'irai dans un de ces endroits! » Et bien, virtuellement, personne ne planifie un séjour dans un établissement de soins de longue durée... bien que nous devrions le faire. »

« Et, si on pensait plutôt qu'il est fort possible qu'on doive aller dans un établissement de soins de longue durée, peut-être investirions-nous davantage dans ce secteur – et je ne veux pas dire financièrement seulement, je parle de bonnes idées – je veux parler de bâtir ces établissements pour que ce soit de véritables endroits de soins et d'empathie. »

Pour en savoir davantage à ce sujet : Le rapport, *Before It's Too Late: A National Plan for Safe Seniors Care*, présente une stratégie équitable et inclusive pour assurer la sécurité des soins aux aînés partout au Canada.

Après la pandémie, il sera plus important que jamais de mettre en œuvre un financement à long terme, des normes minimales de dotation, et des mécanismes efficaces de mise en application. Le rapport adopte une approche holistique et intégrée des soins aux aînés avec l'objectif d'améliorer la qualité de vie des aînés.



LE RÉGIME UNIVERSEL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS EST RÉALISABLE – IL FAUT SEULEMENT « CONTINUER À MAINTENIR LA PRESSION »



Avant que la COVID-19 ne paralyse la nation, le régime national d'assurance-médicaments semblait à portée de main. En juin 2019, un conseil consultatif recommande l'adoption d'un régime public et universel d'assurance-médicaments à payeur unique. C'était la cinquième fois qu'une commission nationale arrivait à la conclusion que les médicaments sur ordonnance devraient faire partie de notre régime universel d'assurance-maladie.

Quelques mois plus tard, un sondage Angus Reid révèle que neuf personnes sur dix au Canada appuient aussi l'idée, y compris 76 pour cent des partisans du Parti conservateur. Nous avons vu cela à répétition : les personnes du Canada, de tous les partis politiques, sont unies pour appuyer un régime national et universel d'assurance-médicaments.

Or, est-ce que la pandémie actuelle a fait avorter la lutte qui dure depuis des décennies pour obtenir ce régime national?

« Il ne fait aucun doute que la COVID a changé la dynamique », souligne Steve Morgan, professeur en politiques de santé à l'Université de la Colombie-Britannique, et chef de file de la lutte pour le régime national d'assurance-médicaments. « Certains progrès qui auraient pu être faits s'il n'y avait pas eu la pandémie sont maintenant au point mort. »

Dans un contexte de pandémie mondiale, il est certain que la voie vers le régime national d'assurance-médicaments est un peu plus semée d'obstacles. L'expansion de notre système public est souvent en concurrence avec la crise du financement du secteur de la santé.

Or, Morgan affirme que les arguments en faveur du régime national n'ont jamais été aussi clairs.

« La COVID a eu de très sérieuses répercussions économiques sur la population canadienne : des millions de personnes ont perdu leur emploi.

Selon nos estimations, environ un million de familles canadiennes ont perdu leur assurance santé au cours de la dernière année, parce que les avantages sociaux liés à l'emploi ont disparu avec les changements de carrière imposés par la COVID-19. »

« Cela augmente le besoin d'avoir un filet de sécurité assurant la couverture des médicaments dont chaque personne a besoin. »

Morgan demeure optimiste. Comme il le souligne, le gouvernement libéral actuel a promis le régime national d'assurance-médicaments maintes et maintes fois : dans sa plateforme électorale, dans deux discours du Trône, et dans des lettres de mandat adressées au ministre des Finances et de la Santé. Malgré ces engagements, les personnes qui ont le régime national à cœur ne doivent pas se contenter de ces promesses ni baisser les bras.

On ne sait pas encore clairement quelle forme

Steve Morgan, PhD



Steve Morgan, Ph. D., est professeur en politiques de santé à l'Université de la Colombie-Britannique. Économiste de formation, les études de Morgan mettent l'accent

sur les politiques nécessaires pour offrir un accès universel aux médicaments sur ordonnance à coût abordable. Il a publié plus de 150 articles de recherche révisés par les pairs, a reçu plus de 4 millions de dollars en subventions pour des projets de recherche révisés par les pairs, et il agit comme conseiller en matière de politiques auprès des gouvernements du Canada et ailleurs dans le monde. Morgan a reçu de nombreux prix pour son travail et, en 2019, il se mérite le Prix Emmett Hall pour sa longue contribution à l'équité, la justice et l'efficacité du système de soins de santé.

prendra un programme national d'assurance-médicaments sous ce gouvernement, comment il sera mis en œuvre et selon quel échéancier.

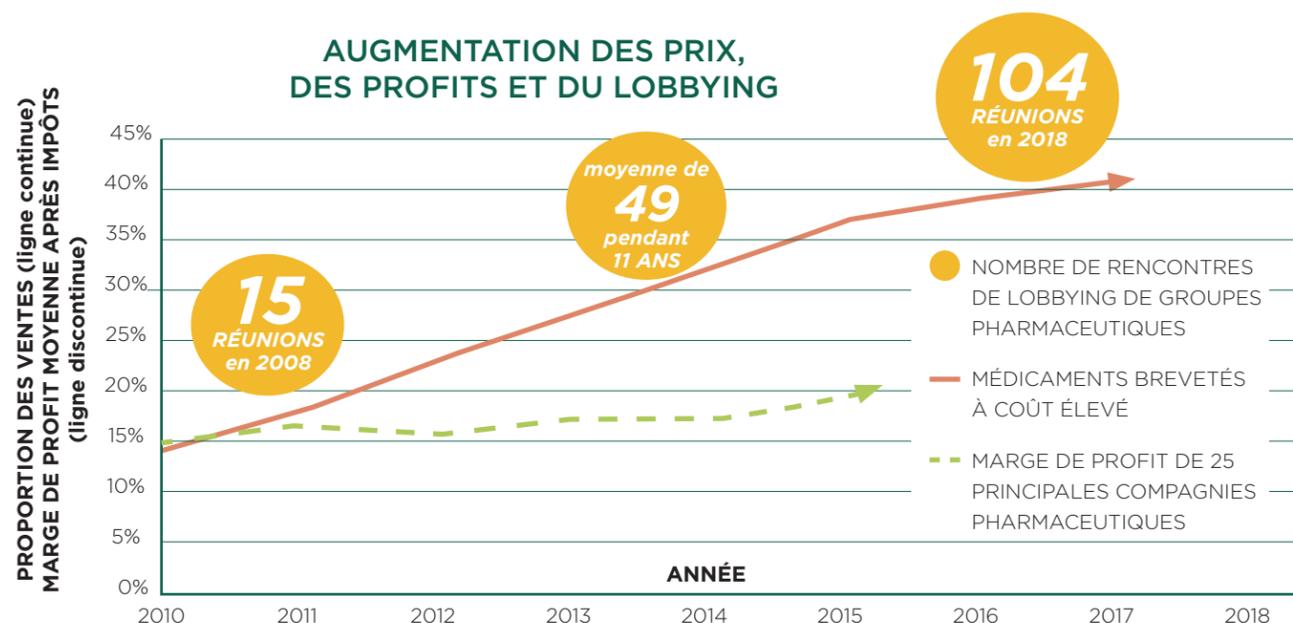
« Il est vraiment important de maintenir la pression », souligne Morgan. « Les gouvernements peuvent décider : « Oui, nous avons promis de faire quelque chose, mais maintenant nous pensons que personne ne s'en soucie, ou nous pensons maintenant que les personnes du Canada ont d'autres priorités. »

Il va sans dire qu'un régime national

un plus grand pouvoir de négociation avec les compagnies pharmaceutique, et le pouvoir d'achat serait concentré en une seule main.

Toutefois, des prix moins élevés des médicaments ne sont qu'une partie de l'équation. Selon une estimation conservatrice faite par le Bureau du directeur parlementaire du budget, le Canada pourrait économiser 4,2 milliards \$ par année; selon d'autres études, ces économies pourraient atteindre 11 milliards \$ par année.

Alors, pourquoi n'y a-t-il pas davantage de



Analyse du U.S. General Accounting Office des données Bloomberg, novembre 2018, Rapport annuel du CEPMB, 2017 - 24 juillet 2018, Documents du Commissariat au lobbying du Canada. SOURCE: *The Big Money Club*, 2019

d'assurance-médicaments serait grandement avantageux pour la population canadienne. Près de 25 pour cent des ménages canadiens comprend une personne qui ne peut pas prendre ses médicaments tels que prescrits en raison du coût; les frais à payer demeurent élevés pour plusieurs personnes. Dans le cadre d'un régime national, le Canada aurait le pouvoir de faire baisser les prix notoirement élevés des médicaments au Canada, car un système à payeur unique donnerait au gouvernement

volonté politique à concrétiser cela? Pourquoi ce programme permettant d'économiser et d'améliorer la santé des personnes au Canada ne reçoit-il par l'appui de tous les partis?

« C'est pourtant simple à comprendre », affirme Morgan. « N'importe qui voulant une politique rationnelle dans l'espace de la santé l'aurait fait il y a plusieurs années. »

« Lorsque le ministère des Finances dit que nous pourrions économiser 4 à 5 milliards \$ par année, quelqu'un d'autre entend qu'il va perdre

4 à 5 milliards \$ de revenus par année et, dans ce cas-ci, ce sont les compagnies pharmaceutiques multinationales qui sont extrêmement puissantes sur la scène mondiale, à Ottawa et dans les provinces. »

Dans la foulée du budget fédéral 2018, on a créé le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Les

« Le régime national [d'assurance-médicaments] est d'abord et avant tout un enjeu de santé. »

compagnies pharmaceutiques et les compagnies d'assurances ont alors déclenché une frénésie d'activités de lobbying à Ottawa. Ces industries (et une poignée de milliardaires) sont les seuls joueurs qui risquent de perdre quelque chose si le régime national est mis en place.

La mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments se complique davantage en raison de la danse subtile entre Ottawa et les provinces. Selon Morgan, si le gouvernement

fédéral agit, et lorsqu'il agira, il faudra tout de suite mettre l'accent sur le blocage qu'exerceront les premiers ministres conservateurs des provinces.

« La pression sur les provinces sera très importante », souligne-t-il. « Il est crucial pour les professionnels de la santé, le mouvement syndical, les experts universitaires et les simples citoyens de rappeler à leurs députés et politiciens provinciaux que cela demeure une priorité en matière de politique. »

Morgan souligne que la voix des infirmières et des infirmiers est particulièrement puissante car ils peuvent parler des impacts directs sur leurs patients. Le personnel infirmier est témoin de ce qui arrive lorsque les patients souffrant de maladies chroniques ne peuvent payer leurs médicaments.

« Les infirmières et les infirmiers sont des voix exceptionnelles au sein du système de soins de santé, et le régime national est d'abord et avant tout un enjeu de santé. »

Morgan compte sur ces voix pour propulser le projet jusqu'à la ligne d'arrivée. Après plus de deux décennies de lutte pour le régime national, il croit qu'un changement réel est à notre portée.

« Nous ne pouvons pas baisser les bras. Nous devons considérer cette dernière étape de mise en œuvre du régime comme la plus importante et redoubler nos efforts. »

Pour en savoir davantage à ce sujet : Le rapport de la FCSII, *The Big Money Club*, parle de l'influence gigantesque des acteurs ultra-riches dans le débat sur le régime national d'assurance-médicaments au Canada. Ces acteurs – les grosses compagnies pharmaceutiques, les grosses compagnies d'assurances et ceux qui roulent sur l'or – ne voient que les profits qu'ils peuvent tirer en maintenant le système actuel et, par conséquent, ils financent des campagnes de lobbying pour protéger ces profits. Le rapport demande aux gouvernements : quels intérêts allez-vous protéger?



« CE N'EST PAS PARCE QUE VOUS ÊTES NOIR QUE LA COVID VOUS AIME DAVANTAGE »

Ce moment a été une révélation. » C'est pendant un exposé sur les impacts de la racialisation que Nicole Welch, chef de direction des soins infirmiers au sein de la santé publique de Toronto, a pris conscience des répercussions pernicieuses et profondes du racisme systémique dans le secteur de la santé.

« [L'exposé] parlait de l'impact et de l'effet ravageur, notamment la lente dégradation de notre santé et de notre mieux-être », explique Welch. « En raison de l'expérience du racisme, nous sommes toujours en réaction de lutte ou de fuite... une réaction intensifiée. »

C'est le vécu des personnes dans les collectivités opprimées. On y fait généralement référence en parlant de « stress des minorités » : les personnes qui appartiennent aux collectivités en quête d'équité ressentent des niveaux plus élevés de stress au sein d'une société où ils sont régulièrement victimes de discrimination et de préjugés. Ce niveau de base plus élevé a non seulement des incidences sur la santé mentale mais contribue aussi à de moins bons

résultats en santé, et à des maladies chroniques, par exemple haute tension artérielle et diabète.

« Cela m'a bouleversée », se souvient Welch. Elle a réfléchi à son propre niveau plus élevé de stress et au fait que, chaque jour, elle envoyait ses deux enfants de race noire à l'école en se demandant si 'aujourd'hui serait le jour'. »

« Est-ce aujourd'hui le jour où je vais recevoir cet appel me disant qu'ils ne sont pas traités de façon égale? »

Welch précise que bien qu'elle endosse ce stress supplémentaire à chaque jour, elle n'a pas encore reconnu consciemment son impact parce que, c'est



Nicole Welch, IA

Nicole Welch, IA, est titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université McGill (2000). Elle a travaillé à l'Hôpital Brampton Memorial et à l'Hôpital Mount Sinai de Toronto. En 2001, elle entre à la santé publique de

Toronto où elle occupe présentement les postes de chef de direction des soins infirmiers et directrice de Liaison COVID-19. Welch se passionne des enjeux liés à l'équité et à la justice sociale dans le secteur de la santé, ainsi que du développement et du maintien de collectivités saines. Animée par sa passion pour l'éducation continue, elle complète présentement les dernières étapes d'un doctorat en psychologie appliquée et développement de la personne à l'Institute for Studies in Education de l'Université de Toronto.

triste à dire, cela fait partie du vécu quotidien des personnes noires.

Pendant la pandémie, notre niveau collectif de stress a augmenté. Et, pour certaines personnes racialisées, se retrouver dans des endroits publics est devenu encore plus angoissant car le nombre de crimes haineux et de gestes manifestes de racisme ont augmenté. Selon le Conseil national des Canadiens chinois (division de Toronto), organisme qui recueille les rapports sur le racisme envers les Asiatiques partout au Canada, il y a eu 1 150 incidents de la sorte au cours de la première année de la pandémie. Les trois quarts étaient des attaques verbales, mais plusieurs agressions physiques ont aussi été documentées.

Le stress des minorités n'est qu'un des facteurs qui contribue aux disparités en matière de santé au sein des collectivités racialisées. Ces disparités existaient avant la pandémie, mais la pandémie les a mis davantage en relief. À Toronto, les quartiers noirs ont été particulièrement touchés par la COVID-19.

« Ce n'est pas parce que vous êtes Noir que la COVID vous aime davantage », souligne Welch. Le racisme systémique, explique-t-elle, met les personnes racialisées à part et les exile dans des endroits particuliers.

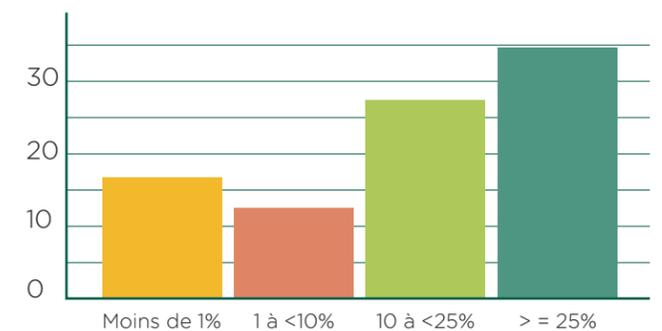
« Certains endroits – certains emplois – sont pour vous. Ils vivent dans des collectivités qui sont plus densément peuplées. En raison du manque d'opportunités – dû au racisme – vous ne pouvez obtenir les emplois que vous voulez. »

Welch cite les études de Philip Oreopoulos, professeur d'économie et de politiques publiques à l'Université de Toronto. En 2009, et de nouveau en 2012, Oreopoulos a envoyé des milliers de curriculum vitae, rédigés de façon aléatoire, à des agences de recrutement des plus grandes villes du Canada. Les deux fois, les résultats démontrent qu'il y a des

« différences substantielles » dans le taux de convocation à une entrevue simplement en changeant le nom de la personne faisant la demande d'emploi. Les études d'Oreopoulos indiquent que les candidats ayant un nom de consonnance anglaise avaient 35 pour cent plus de chances d'être convoqués en entrevue que les candidats avec un nom indien ou chinois. Une étude similaire, menée aux États-Unis, indique que les candidats ayant des noms de consonnance blanche avaient 50 pour cent plus de chances d'être convoqués en entrevue que les candidats dont le nom était de consonnance africaine-américaine.

Ce n'est qu'un exemple démontrant comment les préjugés implicites ou inconscients peuvent désavantager les personnes noires, autochtones ou de couleur. Bien que les conversations autour du racisme mettent souvent l'accent sur les actes manifestes, par exemple les crimes haineux et les propos racistes, des études comme celles-là font la lumière

TAUX DE MORTALITÉ ATTRIBUABLE À LA COVID-19 NORMALISÉS SELON L'ÂGE, EN PROPORTION DE LA POPULATION DU QUARTIER QUI APPARTIEN À DES GROUPES DE POPULATION DÉSIGNÉS COMME MINORITÉS VISIBLES, CANADA



Taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100,000 habitants)
SOURCE: Données tirées de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (2020) provisoire et du Recensement de la population de 2016.

« Nous savons que, lors de toute pandémie, les personnes au bas de l'échelle socioéconomique seront les premières à subir l'impact. »

sur une forme plus subtile de racisme qui est tout aussi dangereuse car elle nuit à la mobilité sociale ascendante et contribue aux disparités en matière de santé.

« Nous savons que, lors de toute pandémie, les personnes au bas de l'échelle socioéconomique seront les premières à subir l'impact », souligne Welch. « Dans notre société, où le racisme est présent, ce sera les personnes noires, autochtones et de couleur. »

Dans une société où il y a davantage d'égalité sur le plan social, explique Welch, nous observerions encore les répercussions de la pandémie sur les personnes pauvres et les personnes de la classe ouvrière. Toutefois, ces répercussions n'affecteraient pas de façon disproportionnée un groupe racialisé en particulier.

Lorsque Statistique Canada a analysé une année de données sur la COVID-19, ils ont pu observer que, dans les zones où 25 pour cent ou plus de la population était composée de « groupes désignés minorités visibles », le taux de mortalité était en moyenne de 35 décès par 100 000. Dans les zones où les personnes racialisées représentaient moins d'un (1) pour cent de la population, ce taux a chuté à 16 décès par 100 000. À Toronto, les données sont encore plus frappantes. En novembre 2020, les personnes racialisées représentaient 79 pour cent de tous les cas de COVID-19 dans la ville.

Pour diminuer les répercussions de la COVID-19 sur les collectivités racialisées, il faut agir immédiatement. À long terme, ajoute Welch, cibler les causes profondes signifie décoloniser nos institutions et s'attaquer au racisme systémique qui les infiltre. Nous ne pouvons tout simplement pas éliminer les inégalités sans s'attaquer aux systèmes et aux struc-

tures qui les renforcent.

Parce que ces populations ont été particulièrement touchées, il est crucial de les vacciner. Les fonctionnaires de la santé publique ont du pain sur la planche : ils doivent partager les informations fondées sur les données probantes avec les collectivités racialisées dans l'espoir de diminuer leur hésitation à se faire vacciner, et ils doivent le faire en sachant très bien qu'ils travaillent au sein d'un système de soins de santé qui a trop souvent victimisé ces personnes, et au sein duquel elles se sont rarement senties bienvenues ou écoutées.

Welch cite le cas tragique de Joyce Echaquan, une femme Atikamekw de 37 ans, qui a fait l'objet d'injures racistes de la part du personnel de la santé alors qu'elle agonisait dans un hôpital du Québec. Et, l'an dernier, la Colombie-Britannique a mené une enquête à la suite d'allégations selon lesquelles le personnel au service d'urgence aurait pris part à un jeu consistant à deviner le niveau d'alcool dans le sang des patients autochtones. Bien que l'enquête n'ait pas réussi à confirmer l'existence de ce jeu, elle a toutefois découvert la présence généralisée de racisme systémique. Les patients autochtones mentionnent faire l'objet de présomptions négatives fondées sur les préjugés et les attitudes racistes.

La santé et le mieux-être des patients de race noire sont aussi compromis par les préjugés implicites dans le secteur de la santé. En guise d'exemple, Welch fait référence à des études américaines sur la façon dont on évalue et traite la douleur chez les patients de race noire. Selon une étude menée en 2019 sur le traitement de la douleur chronique dans les urgences des États-Unis, les patients de race noire étaient 40 pour cent moins susceptibles de recevoir des médicaments pour la douleur, comparativement aux patients de race blanche, et 34 pour cent moins susceptibles de se faire prescrire des opioïdes. Selon une étude de 2016 sur les préjugés raciaux par rapport à l'évaluation et au traitement de la douleur, la moitié des étudiants de première et deuxième année

de médecine entretenaient de fausses croyances par rapport aux différences biologiques entre les personnes de race blanche et de race noire, y compris la notion selon laquelle les personnes de race noire pouvaient mieux tolérer la douleur que les personnes de race blanche. Les étudiants qui entretenaient ces fausses croyances évaluaient à la baisse la douleur des patients de race noire et, par conséquent, faisaient des recommandations de traitement moins adéquates.

Et il n'y a pas si longtemps, on utilisait des personnes noires et autochtones pour mener des expériences médicales. Entre 1942 et 1952, les enfants des Premières Nations dans six pensionnats sont devenus, à leur insu, des sujets dans une étude sur la nutrition. Malnutris, ces enfants se sont vu refuser une alimentation adéquate. L'étude s'est poursuivie même si des enfants sont morts.

De 1932 à 1972, le Service de santé publique des États-Unis a recruté des centaines d'hommes de race noire pour une étude dans laquelle leur syphilis a été intentionnellement non traitée afin d'étudier les effets de la maladie. On a menti aux participants : on leur a dit qu'ils recevaient le traitement médical adéquat. Aujourd'hui cette étude, la *Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the African American Male*, est souvent citée dans la communauté médicale comme exemple de racisme tellement ancré profondément que même le serment d'Hippocrate n'a pas pu en venir à bout.

Ces préjugés historiques ont contribué au

manque de confiance des personnes noires, autochtones et de couleur envers la communauté médicale. Il faudra du temps et des efforts concertés pour faire renaître la confiance. Pendant que nous luttons pour éliminer le racisme systémique dans le secteur de la santé, nous devons aussi créer des espaces plus accueillants où les personnes de tout groupe en quête d'équité puissent sentir qu'elles ont de la valeur, et puissent se sentir visibles, écoutées et incluses.

Trop souvent, il appartient aux personnes mêmes qui ont été opprimées d'attirer l'attention sur les problèmes d'iniquité et de discrimination. Les personnes appartenant à des groupes en quête d'équité ont besoin d'alliés – de personnes en position de privilège (eh oui, cela signifie des personnes de race blanche) – qui prendront le relais. Cela signifie dénoncer les pratiques racistes et discriminatoires, examiner ses propres croyances et comment ces idées alimentent les préjugés implicites et le racisme systémique.

« Je suis une personne de race noire. J'ai une maîtrise en sciences infirmières. Chaque fois que je me rends à l'hôpital pour prendre soin d'un membre de la famille – c'est triste – je sens que je dois dire : 'Voici qui je suis. Je suis infirmière. Je suis hautement qualifiée. Je sais ce qui se passe ici'. »

« Je présume déjà qu'il y a potentiel que ce membre de ma famille ne soit pas traité de façon équitable », explique Welch.

« Je ne devais pas avoir ce stress supplémentaire sur les épaules. » ●

Pour en savoir davantage à ce sujet : la *Trousse à outils sur l'équité de la FCSII* offre des ressources pour aider ses syndicats membres dans leur lutte pour une société plus juste et équitable. La trousse comprend plusieurs documents, y compris foire aux questions (FAQ), introduction à la lentille de l'équité, glossaire sur le langage inclusif, liste de vérification à l'échelle de l'organisation, liste de vérification relative à l'accès à des activités, exemples d'ateliers et de politiques.



LES SOINS D’AFFIRMATION TRANS SONT DES SOINS QUI SAUVENT DES VIES

C’est comme si votre vie avait été mise sur pause. »

Pour plusieurs d’entre nous, la pandémie a été un étrange intermède. Nous sommes en stase, nous attendons que la pandémie se résorbe afin que nous puissions reprendre le meilleur de nos vies. Or, pour plusieurs des communautés trans, bispirituelles et non binaires, cette attente a deux volets : la pandémie représente aussi un obstacle à de nombreux soins de santé vitaux qui leurs sont essentiels pour vivre leur vrai soi.

« C’est de l’attentisme, on attend quelque chose tellement important pour être soi-même et vivre sa vie comme tout le monde », souligne Alex Vincent, infirmier autorisé et responsable du programme

Alex Vincent, RN

Alex Vincent, IA, a complété un baccalauréat en sciences infirmières à l’Université Trent en 2020. Il travaille actuellement comme infirmier à la clinique de santé trans du Centre de santé communautaire du Centre-Ville à Ottawa. Il est aussi responsable du programme de santé trans à ce centre. Vincent est passionné des soins de santé trans et s’inspire de son expérience personnelle et professionnelle pour le guider dans son travail.



de santé trans au Centre de santé communautaire Centre-Ville à Ottawa.

Lorsque la COVID-19 a frappé, la clinique de Vincent s’est rapidement convertie en services virtuels afin d’offrir le même accès aux soins aux patients. Toutefois, les salles d’opération et autres services sont devenus plus difficiles d’accès. Les chirurgies et les traitements d’affirmation de genre ont été annulés ou reportés. Les listes pour l’hormonothérapie se sont rallongées; à Ottawa, le délai d’attente est actuellement de neuf mois. L’accès aux traitements d’électrolyse pour éliminer les poils du visage a aussi été très limité en raison des restrictions actuelles et des exigences liées au port du masque.

Parce que le système de soins de santé du Canada était déjà engorgé avant la pandémie, les hôpitaux ont décidé de reporter les chirurgies non urgentes afin d’augmenter la capacité. Toutefois, qualifier de « non urgentes » les chirurgies d’affirmation de genre minimise leur importance. Pour les personnes trans, bispirituelles et non binaires qui ont besoin de ces interventions dans le cadre de leur transition, ces chirurgies sauvent des vies.

« Devoir vivre avec des parties du corps tellement incongrues par rapport à la façon dont vous percevez votre corps est très, très difficile », précise Vincent. Vivre avec la dysphorie de genre, explique-t-il, signifie vivre dans l’inconfort, la détresse psychologique et... malheureux.

L’importance de la transition de genre, qui peut

comprendre l’hormonothérapie et la chirurgie, est confirmée par des études universitaires. En 2017, le Centre for the Study of Inequality de l’Université Cornell a examiné 55 études menées dans le monde entier pour évaluer l’effet de la transition de genre chez les personnes trans. Parmi ces études, 93 pour cent concluent que « la transition de genre améliore le bien-être général des personnes trans. » Selon l’étude de Cornell, les résultats positifs de la transition de genre comprennent « une meilleure qualité de vie, des relations interpersonnelles plus satisfaisantes, une plus grande estime de soi et confiance en soi, et une diminution de l’anxiété, de la dépression, des idées suicidaires et de l’abus d’alcool ou autres substances. »

Cela souligne jusqu’à quel point il est vital pour les personnes trans, bispirituelles et non binaires d’avoir accès à des soins de qualité dans des milieux où elles peuvent se sentir écoutées, appuyées et

dès son entrée à l’école des sciences infirmières. Il a mené des études dans ce domaine dans le cadre de son baccalauréat et a soulevé les enjeux trans en classe.

« [À l’école des sciences infirmières], il n’y avait pas de cours portant sur cela... ou très peu », se souvient Vincent. « Il était important pour moi de soulever ces questions à la table afin que mes collègues de classe soient conscients de l’existence des personnes trans et de l’existence des personnes non binaires. »

Or, ce n’est pas seulement une question d’éducation. Vincent ajoute que les soins de santé sont souvent structurés autour de la classification binaire masculin/féminin qui n’est pas favorable à la prestation de soins axés sur l’affirmation de genre, l’humilité et le respect devant la culture de l’autre personne. Une chose aussi simple que le système établi pour consigner des notes au dossier peut effacer l’identité d’une personne trans ou non binaire.

« Tout est structuré pour être homme ou femme, et c’est tout – absolument tout! »

validées. Or, de tels soins de qualité sont rares dans un système de soins de santé où, souvent, le personnel en sait très peu sur la communauté, et où la conception binaire du genre semble omniprésente dans tous les volets des soins.

Vincent a vécu ce type d’expérience lors de sa transition, et c’est ce qui l’a motivé à devenir infirmier autorisé.

« J’ai eu beaucoup de difficultés lors de ma transition », raconte Vincent. À cette époque, les services étaient limités, et peu de chirurgies étaient couvertes par le régime de soins de santé de sa province. Pendant sa transition, il n’a pas rencontré une seule personne trans travaillant dans le secteur de la santé.

« [Cette expérience] a vraiment orienté ma pratique infirmière. »

Vincent a commencé son travail de défense des droits des patients trans, bispirituels et non binaires

« Tout est structuré pour être homme ou femme, et c’est tout – absolument tout! »

« Analyse sanguine : il y a seulement deux cases. Unités dans les hôpitaux – lits : il y a seulement deux options. Il n’y a pas d’autres options. Le système de soins de santé n’est simplement pas conçu de façon facilement accessible aux personnes trans et non binaires. »

Ayant navigué au sein du système de soins de santé en qualité de personne trans et de travailleur de la santé, Vincent dit comprendre pourquoi le système lui-même est en partie responsable des expériences négatives vécues par les patients diversifiés sur le plan du genre.

« Je me souviens d’une situation. Je passais un test à l’hôpital. C’était un test pour une partie du corps qu’une personne qui a un ‘M’ sur sa carte Santé ou d’assurance-maladie n’a généralement pas. Ils ne

LE LANGAGE EST IMPORTANT

Pour être de meilleurs alliés, familiarisez-vous avec les termes et les concepts ci-dessous et demeurez informés.

Transgenre ou trans : le genre de la personne trans ne correspond pas au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Les personnes trans peuvent s'identifier au genre binaire (soit homme ou femme) ou au genre non binaire.

Bispirituel : ce mot autochtone fait référence à un genre culturellement distinct comprenant les identités LGBTQ. Historiquement, les personnes bispirituelles étaient souvent perçues comme guérisseurs ou visionnaires au sein de leur communauté parce qu'ils ont deux esprits: un mâle et une femelle.

Personnes non binaires : le genre des personnes non binaires ne cadre pas avec la notion binaire mâle/femelle. Les personnes non binaires pourraient préférer qu'on utilise des mots et des pronoms de genre neutre lorsqu'on parle d'eux, par exemple iel/iels.

Cisgenre ou cis : les personnes cisgenres s'identifient au genre assigné à la naissance.

Nom choisi : c'est le nom utilisé dans la vie de tous les jours de la personne trans ou non binaire, et celui reflétant le mieux leur identité de genre. Ce n'est pas toujours le même que le nom légal attribué à la naissance.

Pronom de préférence : les personnes trans, bispirituelles et non binaires pourraient préférer un pronom binaire qui reflète le mieux leur identité de genre (il/lui, elle/elle, iel/ellui) ou un reflétant leur identité non binaire (iel/iels). Simplement leur demander « Quel est votre pronom de préférence » afin de savoir lequel utiliser.

Chirurgies et traitements d'affirmation de genre : le but de ces interventions est de mieux faire correspondre le corps de la personne trans, bispirituelle ou non binaire à son genre. Les chirurgies d'affirmation de genre n'accompagnent pas toujours la transition; il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » façon de faire la transition.

Morinomage : bien que le morinomage n'ait pas été mentionné explicitement dans cet article, cela fait référence au fait d'employer accidentellement ou intentionnellement le nom qu'une personne trans utilisait avant sa transition. À la suite d'avoir été morinomée, la personne peut se sentir blessée, invalidée et sentir un manque de soutien.

savaient pas quel code utiliser pour le laboratoire parce que ce n'était pas parmi les options. »

« C'est seulement une de ces choses qui n'ont aucun sens, est-ce vraiment si important que ça? C'est un test pour cette partie du corps. Pourquoi en faire toute une histoire? »

C'est seulement un exemple de l'omniprésence des marqueurs de genre dans l'ensemble du secteur de la santé. Comme le souligne Vincent, un marqueur de genre ne raconte pas toute l'histoire et peut souvent induire de mauvaises conclusions au sujet de l'anatomie des gens.

Les systèmes établis pour consigner des notes au dossier sont aussi problématiques. Par exemple, la plupart n'ont pas un espace pour inscrire le nom choisi par la personne trans (qui pourrait ne pas être le même que le nom légal sur la carte Santé ou d'assurance-maladie) ou leur pronom de préférence.

Lorsqu'elles trouvent des soins d'affirmation de genre, et du soutien, les personnes trans ont encore un autre obstacle à franchir : les lacunes dans la couverture du régime d'assurance provincial ou territorial. Ainsi, les patients doivent payer de leur poche pour des interventions médicales cruciales.

Bien que la plupart des provinces couvrent le coût de certaines chirurgies d'affirmation de genre, d'autres chirurgies ne sont pas couvertes car elles sont considérées cosmétiques. Et, en raison du manque d'accès, les personnes trans, bispirituelles et non binaires doivent souvent se rendre dans une autre province pour obtenir la chirurgie, ce qui ajoute au coût.

Récemment, le gouvernement du Yukon a fait les manchettes lorsqu'il a élargi significativement sa couverture. Selon les experts, ce territoire a maintenant la politique la plus complète au Canada en matière d'affirmation de genre. Soulignons que la chirurgie de féminisation faciale et la chirurgie de remodelage du corps sont parmi celles couvertes par le gouvernement de ce territoire.

Probablement le plus important, la politique du Yukon reconnaît clairement que « les interven-

tions médicales d'affirmation de genre ne sont pas cosmétiques et sauvent des vies chez les personnes transgenres. » Le gouvernement souligne aussi que « retarder ou refuser l'accès à des soins de santé liés à la transition peut causer d'importants préjudices. »

Bien que de telles victoires politiques demandent du temps, Vincent précise qu'il y a quelque chose que le personnel infirmier peut faire dès maintenant pour avoir un impact positif : porter attention au langage qu'ils utilisent avec leurs patients.

« Souvent, le problème vient du fait que les personnes qui ne sont pas cisgenres et hétérosexuelles sont omises de la question avant que le patient ait même la chance de répondre », explique Vincent.

Une question genrée que l'on trouve communément sur les formulaires d'accueil est la suivante : « Si vous êtes une femme, est-il possible que vous soyez enceinte? » Cette question omet les hommes trans et les personnes non binaires. Une façon non genrée de poser la même question pourrait être : « Si vous avez un utérus, est-il possible que vous soyez enceinte? »

« Posez les questions de façon ouverte », conseille Vincent. « Avez-vous un ou une partenaire? Comment s'appelle-t-il ou s'appelle-t-elle? Quel est son genre? »

« Il suffit de reformuler quelques mots dans la question, et le champ est élargi. »

Le langage inclusif n'est pas seulement une question de politesse; c'est pour assurer la sécurité et le confort de tous les patients qui viennent chercher des soins. Lorsque les fournisseurs de soins de santé

créent des espaces sûrs, cela permet aux patients d'être plus ouverts et d'obtenir de meilleurs soins.

En qualité d'alliés, les infirmières et les infirmiers devraient aussi être des défenseurs de leurs patients trans à l'extérieur de la salle d'examen, précise Vincent. Par exemple, le personnel infirmier devrait insister pour que le nom choisi par le patient, et ses pronoms de préférence, soient utilisés même lorsque le patient n'est plus dans la pièce.

« Vous devez avoir le même respect lorsque le client n'est pas présent que lorsque vous êtes devant le client. »

Il faut aussi savoir quelles questions on peut poser. Si un patient vient pour un traitement pour un problème non lié à ses organes génitaux, vous n'avez probablement pas besoin de demander quel est son genre, souligne Vincent.

« Si la personne est là en raison d'une fracture au bras, et que cette personne est trans, sa transition n'a rien à voir avec cette fracture. »

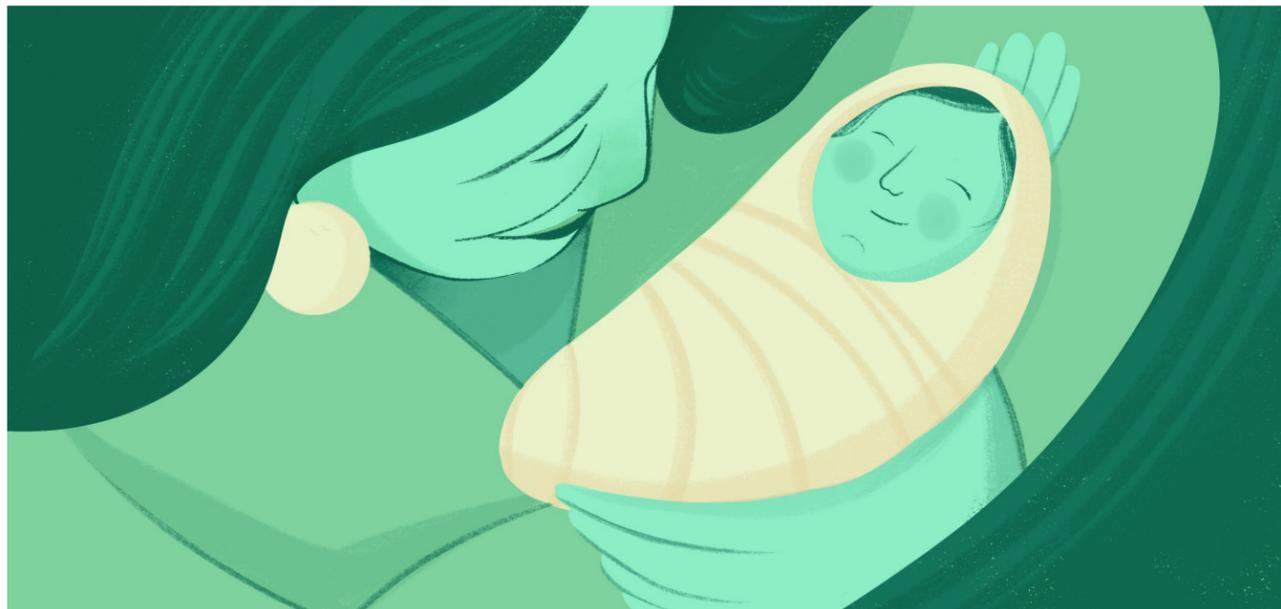
Les infirmières et les infirmiers devraient avoir des connaissances de base des enjeux trans, ajoute Vincent. De façon individuelle, les infirmières et les infirmiers devraient s'informer et apprendre comment être de meilleurs alliés pour cette communauté. Ils devraient aussi presser les écoles de sciences infirmières à ajouter ces enjeux dans leurs programmes et dans les examens pour l'obtention du permis.

« Nous parlons de petits changements qui peuvent faire un monde de différence pour tant de personnes. » ●

Pour en savoir davantage à ce sujet : Le Congrès du travail du Canada a élaboré un guide à l'intention des militants syndicaux désirant être de meilleurs alliés et défenseurs des membres trans, bispirituelles et non binaires. Le guide examine plus en profondeur les problèmes auxquels sont confrontés les travailleurs trans, comment défendre leurs droits, et comment leur offrir du soutien pendant leur transition.



« VOUS DEVEZ PARLER AUX PERSONNES QUI SONT TOUCHÉES », AFFIRME LA SÉNATRICE MÉTISSE



Elle m'a regardée et m'a dit : 'Ils me l'ont fait.' »

La sénatrice Yvonne Boyer raconte qu'elle venait tout juste d'arriver à l'hôtel lorsque la femme à la réception l'a reconnue comme étant la « sénatrice de la stérilisation ». La femme, raconte Boyer, a été stérilisée sans son consentement alors qu'elle avait seulement 21 ans et après

avoir donné naissance à son quatrième enfant.

C'est en 2014 que Boyer commence à s'intéresser au problème de la stérilisation forcée des femmes autochtones, après avoir reçu un appel d'un journaliste en Saskatchewan qui posait des questions au sujet de deux femmes autochtones qui avaient été stérilisées contre leur gré.

Les idées se sont précipitées dans sa tête.

« J'ai dit : 'C'est mal. On ne peut pas faire ça. On ne peut tout simplement pas stériliser les gens comme ça. C'est un acte criminel. C'est un acte de violence. C'est une agression. Est-ce que c'est de la négligence médicale? Et qu'en est-il des droits des Autochtones? Et de la loi internationale? Et qu'en est-il de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*?' »

« Toutes ces solutions et questions juridiques me sont venues en tête. »

Les deux femmes étaient Tracy Bannab et Brenda Pelletier. Boyer mentionne qu'elle insiste pour dire leurs noms parce qu'elle a tellement de respect pour ces deux femmes qui ont été les premières à jeter la lumière sur le problème. Après la publication des histoires de Bannab et Pelletier, d'autres femmes se sont manifestées.

En peu de temps, elles sont passées de deux à onze.

« Elles ont toutes été stérilisées dans le même type de circonstances suspectes que les deux premières : c'était après une césarienne, elles étaient Autochtones et n'avaient pas donné leur consentement, ou elles avaient été forcées à donner leur consentement ou avaient retiré leur consentement. »

« Leurs histoires avaient toutes la même saveur [...] et la même angoisse. »

La Région sanitaire de Saskatoon a finalement communiqué avec Boyer pour lui demander d'effectuer un examen externe de la ligature des trompes des femmes autochtones immédiatement après l'accouchement. Selon l'examen, la vie des femmes autochtones « était enchâssée, de façon complexe, dans le contexte historique négatif, et prépondérant,

du colonialisme. » L'intérêt du corps médical canadien pour l'eugénisme, qui a atteint son sommet dans les années 1930, est aussi responsable de la stérilisation forcée de milliers de personnes, dont un grand nombre de femmes autochtones.

La plupart des femmes interviewées dans le cadre de l'examen mentionnent qu'elles n'avaient pas compris que la ligature des trompes était permanente, et pensaient que le processus pourrait être inversé dans l'avenir.

L'examen externe de Boyer est à la base du recours collectif actuellement en cours, et qui comprend maintenant plus de 100 femmes : dix de l'Alberta, cinq de la Colombie-Britannique, douze du Manitoba, une du Nunavut, quatre de l'Ontario, deux du Québec et 64 de la Saskatchewan.

« Ça se fait encore », [...] je peux vous garantir que c'est en train de se faire en ce moment précis. »

Selon la sénatrice, c'est le déséquilibre historique du pouvoir qui permet cela. C'est le même déséquilibre du pouvoir qui a permis au racisme envers les Autochtones de faire sa place dans le secteur de la santé. Elle en a été directement témoin : avant de devenir avocate, et plus tard sénatrice, Boyer était infirmière.

« De nombreuses personnes étaient très

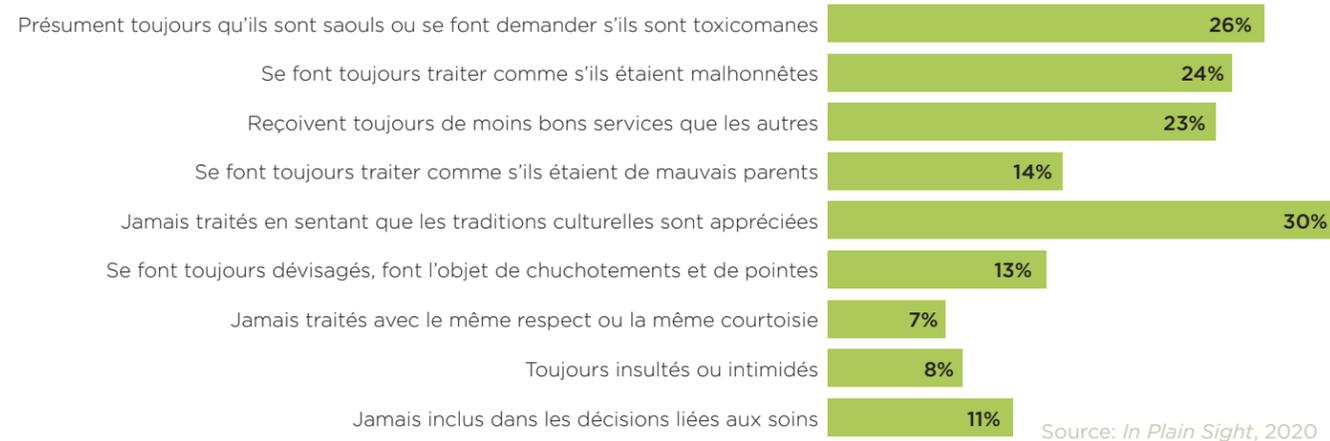


La sénatrice Yvonne Boyer

La sénatrice Yvonne Boyer est membre de la Nation métisse de l'Ontario, ses ancêtres étant issus de la Nation métisse de la Saskatchewan et de la rivière Rouge.

Ancienne infirmière, elle a pratiqué le droit pendant plus de 20 ans et a publié de nombreux ouvrages sur les thèmes de la santé des Autochtones, et sur les façons dont les droits des Autochtones et le droit des traités chevauchent les enjeux liés à la santé des Premières Nations, des Métis et du peuple inuit. Avant d'être nommée au Sénat du Canada, la sénatrice Boyer a été directrice adjointe du Centre du droit, politique et éthique de la santé, et professeure à temps partiel à la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, où elle a aussi complété un doctorat en droit.

LE RACISME ET LES STÉRÉOTYPES GÉNÉRALISÉS ET CONTINUS ENGENDRENT LA DISCRIMINATION AU POINT D'INTERVENTION



racistes au sein du système de soins de santé », se souvient-elle. « Probablement en raison de mon apparence, ils pensaient que j'étais beaucoup comme eux. Les gens me disaient des choses comme : 'Le problème des Indiens ne sera pas solutionné tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas stérilisé toutes ces femmes.' »

« Vous parlez de mes tantes, de mes sœurs », se disaient Boyer en elle-même.

La colère a grandi chez Boyer en raison du racisme dont elle a été témoin lorsqu'elle était infirmière. C'est ce qui l'a motivée à suivre des classes de droit et, éventuellement, à devenir avocate.

« Je me disais : 'Je vais soit faire quelque chose

« Ça se fait encore, [...] je peux vous garantir que c'est en train de se faire en ce moment précis. »

par rapport à cela, ou je vais devoir me taire et devenir indifférente.' »

« De façon générale, je n'ai jamais été capable de me taire. »

Maintenant qu'elle est sénatrice, Boyer mentionne que son bureau reçoit régulièrement des appels de personnes ayant fait l'objet de discrimination. Plusieurs communiquent aussi avec elle au sujet de questions liées au consentement.

Récemment, le problème du racisme envers les Autochtones dans le secteur de la santé a fait les manchettes lorsque Joyce Echaquan, femme Atikamekw de 37 ans, a subi les injures du personnel dans un hôpital du Québec alors qu'elle agonisait. Dans l'enregistrement des derniers moments de vie d'Echaquan à l'hôpital, on peut entendre une infirmière dénigrer et déshumaniser ouvertement Echaquan : « Elle est seulement bonne pour le sexe. »

Il ne s'agit pas d'un incident isolé. Dans un rapport récent de la Colombie-Britannique, *In Plain Sight*, des personnes autochtones mentionnent le racisme et les stéréotypes généralisés et continus lorsqu'ils ont accès aux soins de santé. Environ le quart d'entre eux mentionnent que les

travailleurs de la santé présument qu'ils sont sous l'influence de l'alcool ou qu'ils sont toxicomanes, un quart d'entre eux mentionnent toujours être traités en personnes malhonnêtes, et environ 30 pour cent mentionnent ne pas sentir qu'ils peuvent prendre la parole lorsqu'ils sont traités de façon inappropriée.

Il n'est pas surprenant de voir que les personnes autochtones ayant participé au sondage ont eu plus de difficulté à obtenir des soins de santé pendant la pandémie, comparativement à la population générale; par conséquent, elles sont plus susceptibles de se retrouver à l'urgence ou dans un lit d'hôpital. En raison des obstacles importants, les personnes autochtones ont de la difficulté à obtenir des soins lorsqu'elles en ont besoin et, par conséquent, elles ont de moins bons résultats en santé et une espérance de vie réduite.

Ces attitudes racistes envers les personnes autochtones sont endémiques dans le secteur de la santé, précise Boyer. Même si, après le décès d'Echaquan, les décideurs ont demandé d'agir, Boyer se demande si cette tragédie, la plus récente de toutes, va entraîner un changement significatif.

« Il y a beaucoup de manifestation de compassion et de larmes chaque fois que quelque chose arrive », fait remarquer Boyer.

Malheureusement, les quelques actions concrètes qui suivent sont souvent insuffisantes

pour amorcer des changements significatifs, souligne-t-elle. Et comme c'est toujours le cas avec les problèmes liés aux personnes autochtones, il n'y a pas suffisamment de consultation auprès de la communauté elle-même.

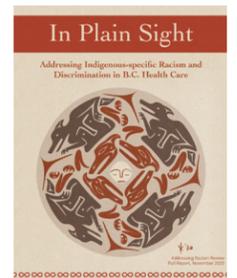
« Si vous décidez de faire quelque chose, vous devez parler aux personnes touchées », souligne Boyer. Lors de la réunion 2021 des ministres fédéraux, elle a donné le même conseil pour contrer le racisme envers les personnes autochtones dans le secteur de la santé.

Les choses ont bougé depuis le décès d'Echaquan, et c'est quelque chose qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps par rapport à ce problème, précise-t-elle. Toutefois, la sénatrice s'inquiète par rapport à la capacité du secteur de la santé de s'ouvrir au changement transformateur et de l'accueillir, particulièrement quand les attitudes paternalistes dominent la conversation et limitent la capacité des personnes autochtones à se faire entendre.

« C'est toujours la même vieille approche du haut vers le bas : 'Je sais ce dont vous avez besoin. Je vais vous arranger ça. Je ne vais même pas vous demander ce qui ne va pas, mais je vais vous arranger ça.' »

« La même chose est arrivée avec la stérilisation : 'Je sais que vous avez quatre enfants, et je sais que vous ne devez pas en désirer un cinquième, alors je vais vous arranger ça.' »

Pour en savoir davantage à ce sujet : Un examen indépendant de la discrimination envers les Autochtones au sein du système de soins de santé de la Colombie-Britannique conclut que les personnes autochtones de la C.-B. sont souvent exposées au racisme généralisé, et très souvent cela se traduit en une expérience négative au point d'intervention, en traitement médical partial, en préjudice physique et même en décès. L'examen, intitulé *In Plain Sight*, a été commandé par le gouvernement, et s'appuie sur le vécu de plus de 9 000 patients aussi bien que travailleurs de la santé autochtones.



IL EST TEMPS DE DIRIGER LA CONVERSATION VERS LE CHANGEMENT CLIMATIQUE – VOICI COMMENT

La D^{re} Courtney Howard est urgentologue et experte reconnue mondialement des impacts des changements climatiques sur la santé. Elle veut diriger la conversation vers le changement climatique. À son avis, une des principales leçons que les militants du climat ont tiré de la pandémie de COVID-19 c'est qu'ils ont besoin d'une approche différente : nous devons laisser tomber le message pessimiste et déprimant, et en adopter un plus affirmatif et habilitant.

Les messages entourant la COVID-19 ont porté fruits, mentionne Howard, parce qu'ils ont rassemblé les experts sur la question et les politiciens, et ont fait savoir aux personnes du Canada qu'elles pouvaient faire partie de la solution. Le message était clair : si vous faites ces choses – porter un masque, rester à la maison, se laver les mains – nous pouvons redresser la situation. Nous sommes tous dans le même bateau.

« Notre santé mentale peut seulement prendre une certaine quantité de mauvaises nouvelles dans une journée », souligne Howard. C'est pourquoi les scientifiques du climat doivent s'éloigner du message catastrophe et se concentrer plutôt sur un nouveau message : un message de type

« faisons cette chose cool », comme le formule Howard.

La pandémie de COVID-19 a été suffisamment grave pour galvaniser et mobiliser rapidement la communauté mondiale. C'est le genre d'action que les défenseurs du climat aimeraient voir sur la scène mondiale lorsque vient le temps de contrer les changements climatiques causés par les activités humaines.

Malgré les mises en garde répétées par la communauté scientifique, s'attaquer aux changements climatiques a trop souvent été repoussé du pied. C'était une menace existentielle, mais elle était éloignée. Et, jusqu'à récemment, souligne Howard, notre population n'avait jamais eu à traverser une crise mondiale.

« Maintenant tout le monde sait ce qui se passe pendant une crise, et les personnes sont beaucoup plus motivées à éviter les crises futures car elles sont maintenant plus en mesure de les imaginer. »

À partir de son domicile à Yellowknife, Howard a été directement témoin de la crise du climat. En 2013, lorsque son enfant le plus jeune n'avait qu'un an, la région a été enveloppée de fumée venant d'un incendie de forêt déclenché par des températures inhabituellement chaudes et sèches. Après avoir

surmonté un hiver particulièrement froid, les habitants de Yellowknife ont dû passer presque deux mois et demi d'été à l'intérieur parce que la qualité de l'air à l'extérieur était tellement mauvaise.

« Je ne faisais que penser : 'Wow, qu'est-ce que c'est en train de faire aux poumons de tous ces enfants?' »

Cette question a incité Howard et ses collègues à explorer comment les incendies de 2014 avaient affecté la collectivité locale. Ils ont découvert que les visites à l'urgence en raison d'asthme avaient doublé au cours de ces mois d'été.

« Lorsque je m'entretiens avec les médias au sujet des incendies de forêt incontrôlés, on me pose, presque toujours, la question : 'D^{re} Howard, est-ce que c'est la nouvelle normalité?' Et, à chaque fois, il faut que je réponde : 'Non, ça va seulement s'envenimer.' »

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie la pollution de l'air de « risque environnemental majeur à la santé ». Selon les statistiques de santé 2020 de l'OMS, la pollution de l'air

« Notre mouvement a l'avantage d'avoir les gens. »

« a causé environ 7 millions de décès en 2016, principalement à la suite d'AVC, de maladie cardiaque, de maladie respiratoire obstructive, de cancer du poumon et d'infections aiguës des voies respiratoires ». De son côté, le gouvernement du Canada estime que la pollution de l'air contribue à 15 300 décès prématurés par année.

Et, bien sûr, la pollution de l'air n'est qu'une des inquiétudes engendrées par le changement climatique. Avec les températures à la hausse et un nombre accru d'inondations, le changement climatique peut mener à la prolifération d'agents infectieux, par exemple dengue, malaria, hantavirus, salmonellose, cholera et giardiase. Cela augmente aussi la probabilité de pandémies futures.

« La plupart des nouvelles maladies infectieuses ont comme origine l'interaction humain-animal en raison de transferts zoonotiques », précise Howard. « Pour que cela se produise, il faut des humains, des animaux et des vecteurs à proximité – et une nouvelle proximité. »

« C'est ça que le changement climatique fait : l'habitat est en train de changer, les diagrammes de températures et de précipitations sont en train de changer, et il est possible que nous soyons en train de détruire aussi l'habitat. C'est alors que ces choses arrivent. »



D^{re} Courtney Howard

La D^{re} Courtney Howard est urgentologue, professeure à l'Université de Calgary, et ancienne présidente de l'Association canadienne des médecins pour l'environnement (ACME). Pendant des années, elle a été chef

de file des politiques liées au changement climatique et des luttes pour le climat, y compris le *Lancet Countdown* sur la santé et les changements climatiques à l'intention des décideurs canadiens, et a été directrice des politiques internationales pour le *Lancet Countdown* en 2018. Elle a collaboré avec le Groupe de travail de la société civile de l'Organisation mondiale de la santé sur les changements climatiques et la santé. Sa défense des droits, appuyée par une majorité de professionnels de la santé du monde entier, a contribué au lancement de la Healthy Recovery Initiative qui demande aux leaders du G20 de mettre l'accent sur les investissements sobres en carbone.

« Les changements climatiques nous mettent à risque de pandémies futures similaires à celle-ci. »

C'est un lien important à faire, et la communauté médicale est en bonne position pour en parler. Les infirmières et les infirmiers, souligne Howard, sont parmi les personnes en qui l'on fait le plus confiance dans notre société, et la profession infirmière se classe parmi les trois professions en qui l'on a le plus confiance. C'est pourquoi la voix du personnel infirmier est désespérément nécessaire pour faire le lien entre le climat et la santé. Le personnel infirmier a le pouvoir de faire avancer la conversation et de mobiliser le soutien.

Howard mentionne qu'elle avait l'habitude de passer beaucoup de temps à parler du problème

des changements climatiques mais, en ce moment, elle aime raconter l'histoire de l'abandon graduel du charbon au Canada, qui a été accompli en grande partie en raison de la lutte menée par les professionnels de la santé.

En Ontario, cela a commencé par des efforts communautaires. Dans son rapport sur l'abandon graduel du charbon en Ontario, la International Institute for Sustainable Development souligne comment la Ontario Clean Air Alliance a commencé avec seulement six personnes et est arrivée à rassembler « 90 groupes comprenant plus de 6 millions d'Ontariens venant du secteur de la santé, des syndicats, de groupes environnementaux, de groupes confessionnels et de municipalités. »

Ce mouvement a inspiré des professionnels de la santé partout au Canada et a permis d'obtenir un engagement à l'échelle nationale et internationale. Les ministres canadiens et britanniques de l'Environnement ont créé l'Alliance : Énergiser au-delà du charbon, et cette alliance catalyse le travail dans ce secteur dans le monde entier.

« Vous pouvez constater comment les progrès répétitifs inspirent d'autres personnes », souligne Howard. « Et nous l'avons fait. Nous savons que nous pouvons le faire. Et ce sont des messagers du secteur de la santé qui ont ouvert la voie. »

Du point de vue de la santé mentale, agir donne un sentiment de satisfaction, explique Howard. Cela nous aide non seulement à nous sentir inspirés, mais cela peut aider à diminuer notre anxiété par rapport au changement climatique. Et l'action à l'échelle locale est infectieuse : de petites victoires alimentent l'espoir, et l'espoir redonne de l'élan.

Lorsqu'il est question de changement climatique, le pouvoir du peuple est particulièrement vital.

Lorsque le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) a analysé les activités de lobbying de l'industrie des combustibles fossiles, ils ont découvert 11 452 contacts aux fins de lobbying avec le gouvernement sur une période de sept ans.

Selon le CCPA, l'industrie des combustibles fossiles a fait pression sur le gouvernement « à un taux cinq fois plus élevé que les organisations environnementales non gouvernementales. »

« Nous sommes complètement écrasés par la puissance de leurs ressources en matière de communication et de lobbying », souligne Howard. « Et c'est, je crois, le plus gros obstacle. Par contre, notre mouvement a l'avantage d'avoir les gens. »

Howard imagine l'impact que le personnel infirmier pourrait faire pour contrer les lobbyistes des combustibles fossiles. Elle aimerait voir les infirmières et les infirmiers, armés de présentations PowerPoint et de documents d'information, prendre rendez-vous avec leur député pour exposer les liens entre la santé et les changements climatiques, et pour leur faire comprendre pourquoi nous avons désespérément besoin de mesures ambitieuses pour protéger la santé de la population canadienne en combattant les changements climatiques causés par les activités humaines.

« Je ne crois pas qu'il y aurait de meilleure façon de faire bouger les choses dans l'ensemble du Canada », conclut-elle.

« Je travaille avec des infirmières et des infirmiers depuis longtemps; je fais ce qu'ils disent. » ●



SOURCE: *Climate Change and Health*, 2019

Pour en savoir davantage à ce sujet : *Climate Change and Health* présente des étapes et des mesures concrètes pouvant être adoptées par le personnel infirmier pour contrer les changements climatiques. Les infirmières et les infirmiers connaissent le lien étroit entre la santé du patient et son environnement. Le document énumère les défis majeurs que devront surmonter l'humanité et le secteur de la santé en raison de l'élévation continue des températures moyennes. On y incite le personnel infirmier à reconnaître les impacts des changements climatiques sur la santé, et la nécessité pour nous tous de faire davantage pour réduire l'impact sur la planète et se préparer aux défis à venir.

LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS « SONT DU BON CÔTÉ DE LA SCIENCE ET DE L'HISTOIRE » EN RÉPONSE À LA PANDÉMIE



Mario Possamai

Mario Possamai a été conseiller principal auprès du juge Archie Campbell, qui a présidé la Commission d'enquête sur l'écllosion du SRAS en Ontario en 2003. Possamai a mené les enquêtes de la Commission ciblant les problèmes liés à la sécurité des travailleurs et la planification en cas de pandémie. Pendant des décennies, il a mené des enquêtes portant sur le blanchiment de l'argent, la corruption et la fraude en Amérique du Nord, en Europe, en Afrique, en Asie et en Australie. Son travail a permis le recouvrement, au civil, de millions de dollars en avoirs volés. Plus récemment, Possamai a témoigné, en qualité de témoin expert, devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes relativement aux répercussions de la COVID-19 sur la santé, et a été conseiller en matière de santé et de sécurité au travail.

Le 26 janvier 2020, avant que plusieurs d'entre nous ne puissent pas imaginer ce que la COVID-19 nous réservait, Mario Possamai a reçu un appel d'un ami au U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

« Ça y est; on va avoir des ennuis », a-t-il entendu au bout du fil.

En qualité d'ancien conseiller principal au sein de la Commission sur le SRAS, Possamai est passé immédiatement à l'action. Il implore alors le gouvernement de respecter le principe de précaution, soit la leçon principale tirée de l'expérience du SRAS. Selon le principe de précaution, en l'absence de certitude scientifique par rapport à la voie de transmission d'une maladie, il faut privilégier la prudence.

« Je sais que Linda Silas et le leadership provincial au sein de la FCSII ont fait la même demande à répétition », précise Possamai. « Or, personne ne nous a écoutés, et ça, c'est tragique.

Ne pas suivre le principe de précaution a signifié, pendant plusieurs mois, des directives

du gouvernement tournant principalement autour de la théorie des gouttelettes, notamment la notion que la COVID-19 se transmet typiquement par de larges gouttelettes (lorsqu'une personne tousse ou éternue) qui tombent rapidement au sol.

Il a fallu plusieurs mois avant d'arriver à un consensus scientifique et pour reconnaître que le virus pouvait se transmettre par aérosols, notamment de petites gouttelettes respiratoires produites lorsque la personne respire ou parle. Ces aérosols peuvent rester en suspension dans l'air pendant des minutes, voire même des heures. Cela signifie que ceux et celles qui travaillaient à l'intérieur et à distance rapprochée étaient particulièrement à risque d'inhalation des particules contenant le virus. Finalement, en novembre 2020, après que des dizaines de milliers de travailleurs de la santé aient déjà contracté la COVID-19, le gouvernement canadien a reconnu discrètement le potentiel de propagation par aérosols.

« Une des tragédies au Canada est que les dirigeants de la santé publique ont été du mauvais côté de l'histoire et du mauvais côté de la science. Ils ont basé leurs lignes directrices et leur approche sur des données scientifiques désuètes, notamment la théorie des [grosses] gouttelettes, venant d'études menées dans les années 1930. Et ils ont démontré très peu d'ouverture par rapport à la transmission par voie aérienne et au principe de précaution », souligne Possamai.

Le plus pernicieux, ajoute Possamai, est que ceux qui ont demandé d'adopter le principe de précaution ont non seulement été ignorés, mais on les a attaqués.

« C'est arrivé pendant le SRAS, et c'est arrivé pendant la COVID-19 : l'expertise et la perspective du personnel infirmier ont été mises de côté. »

En mai 2020, un article dans le *Toronto Star* cite Possamai et Vicki McKenna, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, qui revendiquent l'approche de précaution et une plus grande utilisation des respirateurs N95. Quelques jours plus tard, le *Toronto Star* publie une réponse cinglante d'un groupe de spécialistes des maladies infectieuses.

« Ils nous ont accusés de mettre du gaz sur le feu », souligne Possamai avec exaspération. « C'était tellement personnel. Et sans la moindre trace d'empathie ou d'ouverture. »

Ces auteurs ont non seulement maintenu que la COVID-19 était « transmise presque exclusivement par gouttelettes », ils ont suggéré que Possamai et McKenna faisaient la promotion de « théories du complot non fondées. » Ils ont qualifié l'article original « d'irresponsable et de risque important à la santé publique. »

Ce comportement, souligne Possamai, était l'emblème de ce qu'il appelle « l'orthodoxie

CANADA COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PAYS AYANT CONNU UNE ÉCLOSION DU SRAS : INFECTIONS CHEZ LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ APRÈS LA PREMIÈRE VAGUE DE COVID-19 (JUILLET 2020)

CANADA	ASIA
19,4 % de tous les cas de COVID-19 (21 842 travailleurs de la santé infectés) 2 fois le taux mondial (OMS)	Chine : 4,4 % de tous les cas de COVID-19 Hong Kong : 5 travailleurs de la santé infectés Taiwan : 3 travailleurs de la santé infectés

SOURCE: *A Time of Fear*, 2020

médicale » : les experts ne pouvaient tout simplement pas imaginer qu'ils pouvaient avoir tort. Cette attitude a vraiment nui à l'adoption d'une approche de précaution.

Pendant ce temps, nos homologues dans les pays ayant aussi vécu le SRAS en 2003 ont été rapides à augmenter la protection. Par exemple, lorsque la Chine a vu l'augmentation rapide d'infections chez les travailleurs de la santé, ils ont reconnu que les précautions contre la transmission par gouttelettes n'étaient pas efficaces contre ce nouveau pathogène, et ils ont rapidement mis en place les protections contre la transmission par voie aérienne.

Possamai met en relief les mises en garde des experts chinois, publiés dans *The Lancet* dès février 2020. Ils mettaient en garde la communauté médicale mondiale et conseillaient le recours « aux mesures musclées (par exemple masques N95, lunettes et chemises de protection) » pour protéger les travailleurs de la santé « particulièrement aux étapes initiales quand l'information est limitée ou non disponible par rapport à la transmission et au potentiel infectieux du virus. »

On n'a pas tenu compte de ces mises en garde précoces, ni des mises en garde similaires au sujet de la transmission par personnes asymptomatiques.

« Ce qui se lisait entre les lignes était que les experts occidentaux étaient plus aptes à juger que les experts chinois », précise Possamai. « Il y avait un élément de sectarisme et d'exceptionnalisme occidental, et cela nous a vraiment fait mal. »

« À une époque où nous commençons vraiment à nous intéresser au racisme systémique dans notre société, nous devons aussi nous attarder aux attitudes de racisme systémique qui infiltrent des volets de la médecine et de la santé publique, et qui ignorent l'expertise des asiatiques, par exemple. C'est une vilaine partie de la médecine occidentale, mais nous devons vraiment la confronter. »

Selon Possamai, l'humilité est une qualité souvent absente en médecine, et une que la communauté médicale doit adopter en toute urgence pour mieux se préparer à la prochaine pandémie.

Dans les dernières décennies, le monde a dû faire face à des épidémies de VIH qui ont duré

des décennies, des éclosions du SRAS, du SRMO, du virus H1N1 et de l'Ebola. Même pendant que nous luttons contre la COVID-19, les experts sont d'accord pour dire que la prochaine pandémie n'est pas loin derrière. Pour être mieux préparés, Possamai souligne l'importance, pour le Canada, d'avoir sa propre agence fédérale chargée de la santé et de la sécurité au travail, une agence qui suivrait le modèle du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) aux États-Unis.

« Nous avons vraiment besoin de notre propre NIOSH au Canada. Nous avons besoin d'un endroit où les lignes directrices ne sont pas seulement élaborées par les [experts] en maladies infectieuses et les épidémiologistes, mais où on met à contribution les ingénieurs du travail, les hygiénistes du travail, les experts en aérosols, les travailleurs de la santé, le personnel infirmier. Nous devons les réunir autour de la table pour déterminer comment protéger les travailleurs de la santé... et comment nous protéger tous. »

Lorsqu'il s'agit de protéger les travailleurs, Possamai pense que les infirmières et les infirmiers sont particulièrement en harmonie avec le principe de précaution. Il cite Florence Nightingale, qui a revendiqué une approche de

précaution en encourageant le lavage des mains et autres mesures d'hygiène bien avant que la théorie germinale des maladies ne soit fermement établie.

« C'est arrivé pendant le SRAS, et c'est arrivé pendant la COVID-19 : l'expertise et la perspective du personnel infirmier ont été mises de côté », conclut Possamai. « Pendant le SRAS, les infirmières et les infirmiers étaient du bon côté de la science et de l'histoire. »

Pendant la COVID-19, quelque chose de similaire s'est produit. Les infirmières et les infirmiers ont vu s'accumuler les preuves de transmission par aérosols – et ils ont supplié pour obtenir les EPI adéquats pour se protéger – mais on a fait la sourde oreille.

« J'ai le cœur déchiré quand je pense à la situation dans laquelle on a plongé le personnel infirmier – qui sait mieux que personne – qui sait mieux que les autorités [sanitaires] ce qui se passe et ce qu'il fallait faire pour les protéger, protéger leurs patients et leurs résidents. »

« Les chefs de gouvernements et les dirigeants de la santé publique ont eu maintes fois l'occasion de suivre le principe de précaution et de changer de cap. Or, ils ne l'ont pas fait. Ils devraient être tenus responsables. Les victimes de la COVID-19, et leur familles, ne méritent rien de moins. »

Pour en savoir davantage à ce sujet : Le rapport, *A Time of Fear*, est une enquête indépendante sur la gestion de la COVID-19 par le Canada et sur la sécurité des travailleurs de la santé du pays. On donne les détails de l'expérience de la première vague au Canada. L'enquête met en relief les lacunes systémiques évitables expliquant pourquoi le Canada n'était pas préparé adéquatement et pourquoi il n'a pas réagi en toute urgence à la plus grave urgence en matière de santé publique en un siècle. Les résultats mettent en lumière les lacunes majeures dans l'approche du Canada en matière de santé publique, et la perspective dangereuse et irresponsable par rapport à la sécurité des travailleurs en réponse à la pandémie.



Faites-nous confiance

À NOTRE SUJET

Voici une recette simple pour reprendre une vie normale.

Les vaccins administrés au Canada sont sécuritaires, testés, et ils sont la façon la plus efficace pour que nous puissions reprendre les activités que nous avons mises de côté la dernière année – comme voir nos amis et notre famille.

Cela se fait en trois étapes simples.

Étape 1:

Découvrez quand ce sera votre tour.

Le Canada a un plan de distribution de trois étapes pour les vaccins, commençant avec les populations prioritaires dans chaque province.

Étape 2:

Faites-vous vacciner. Voici pourquoi.

Lorsque la majorité de la population au Canada sera vaccinée, cela contribuera massivement à contenir la propagation du virus. Joignez-vous à plus de 2,000,000 personnes au Canada – et ça continue – qui ont déjà reçu un vaccin de la COVID-19.

Étape 3:

Partagez ces informations avec vos amis et votre famille.

Afin d'assurer que tout le monde soit protégé contre la COVID-19, nous avons besoin de travailler ensemble. Partagez cette information avec vos ami(e)s et votre famille qui hésitent peut-être à se faire vacciner. Parce qu'il n'y a qu'un seul moyen de les revoir en personne.

Rappel : Assurez-vous de toujours suivre les directives de la santé publique dans votre région sur la distanciation sociale et le port du masque sur le visage.

Les vaccins sont sécuritaires. Faites-nous confiance.

Les vaccins approuvés pour usage au Canada font également l'objet de tests rigoureux effectués ici même au Canada. Les scientifiques de Santé Canada mènent une revue minutieuse et indépendante entièrement éprouvée pour déterminer si les vaccins de la COVID-19 sont sécuritaires et efficaces.

Soyez informé: Avec les nouvelles qui sortent chaque jour, assurez-vous d'obtenir des renseignements à jour et fiables sur les vaccins contre la COVID-19.

Visitez www.faitesnousconfiance.ca pour en savoir davantage.

LA FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS

Nous sommes les infirmières et les infirmiers du Canada.

Nous représentons près de 200 000 fournisseurs de soins de première ligne, et des étudiantes et des étudiants en sciences infirmières. Nous travaillons dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, le secteur des soins communautaires et des soins à domicile. Nous parlons à tous les ordres de gouvernement, aux autres acteurs du secteur de la santé et au public des options politiques, fondées sur les données probantes, pour améliorer les soins dispensés aux patients, les conditions de travail et notre système public de soins de santé.

D'un océan à l'autre, nous reconnaissons le territoire ancestral non cédé de tous les Inuits, Métis et personnes des Premières Nations qui appellent ces terres leur chez-soi. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers est située sur le territoire ancestral non cédé des Algonquin Anishnaabeg. Pour nous, pionniers et visiteurs, il est important de reconnaître la garde traditionnelle de ces terres qui, pour nous tous, sont notre chez-nous. Nous le faisons pour réaffirmer notre engagement et notre responsabilité à améliorer les relations entre les nations, à travailler pour guérir les blessures engendrées par le colonialisme, et pour mieux comprendre les peuples autochtones locaux et leur culture.



(Cliquez sur le logo pour visiter le site Web)

 facebook.com/nursesunions

 instagram.com/nursesunions

 twitter.com/cfnuc

 youtube.com/CFNUFCSII

