

Numéro 25 - 18 avril 2020

Décès de personnes âgées pendant la pandémie

**Le besoin d'investir le peuple du pouvoir
de décider en matière de santé
et de gouvernance**

- Peggy Askin -



- Des arrangements dépassés et inacceptables sont à l'origine de la situation tragique des aînés dans les résidences du Québec
- Pierre Soublière -
- Décès dans les établissements pour aînés et de soins de longue durée
- Peggy Morton -
 - Les travailleurs des soins aux aînés disent leur pensée
- Les revendications du Syndicat canadien de la fonction publique

**Des sujets de préoccupations devant le déroulement
de la pandémie de COVID-19**

- Le discours de la reine
- Eva Dance -
- «La descente est beaucoup plus lente que la montée»

À titre d'information

- Mise à jour sur la pandémie mondiale, pour la semaine se terminant le 18 avril

Décès de personnes âgées pendant la pandémie

Le besoin d'investir le peuple du pouvoir de décider en matière de santé et de gouvernance

- Peggy Askin -

Une des caractéristiques de la lutte pour contenir la pandémie de COVID-19 est à quel point les travailleurs doivent jouer un rôle de premier plan pour apporter des solutions aux graves problèmes auxquels la société est confrontée. Le 13 avril, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, la Dre Theresa Tam, a signalé que près de la moitié des 760 décès liés au coronavirus au Canada ont eu lieu dans des foyers de soins de longue durée. Elle a dit qu'il faut s'attendre à ce que le nombre de décès dans les centres de soins de longue durée continue d'augmenter même si le taux de croissance de la pandémie ralentit. Pendant ce temps, les résidents des foyers pour personnes âgées sont abandonnés à leur sort et les familles sont laissées dans l'ignorance. Les premières éclosions ont eu lieu en Colombie-Britannique, mais elles se sont vite propagées à travers le Canada et le Québec. Les travailleurs de la santé dans les résidences pour personnes âgées sont infectés dans une mesure disproportionnée, avec plus de 600 cas ne serait-ce qu'en Ontario.

Les travailleurs de la santé et le personnel des résidences pour personnes âgées, publiques et privées, se battent depuis des années pour renouveler le système de soins aux aînés, y compris par l'apport d'un personnel adéquat, la fin des soins à but lucratif et des salaires et conditions de travail correspondant au travail qu'ils font. Ceux qui ont travaillé si dur pour essayer de rapiécer et maintenir en place un système brisé sont maintenant sous pression pour faire de même dans les conditions de la pandémie, avec des résultats désastreux.

Cette crise a maintenant révélé les crimes commis par les gouvernements à tous les niveaux avec leur prétention que les coupures dans les programmes sociaux et la privatisation sont bonnes pour l'économie. Une enquête de CBC News a révélé que seules neuf résidences de soins de longue durée en Ontario ont été sujettes à une inspection de la qualité des services aux résidents en 2019. Le gouvernement ontarien dit avoir effectué 2 800 inspections en 2019, mais que la plupart étaient liées à des plaintes ou à des incidents critiques, rapporte CBC News. Ces inspections de la qualité des services sont censées être plus proactives et plus complètes, effectuées une fois par année sans être annoncées, que les inspections réactives survenant à la suite de plaintes ou d'incidents.

Le gouvernement de l'Ontario affirme sur son site Web que chaque résidence de soins fait l'objet d'une inspection annuelle qui comprend des entrevues avec les résidents, les familles et le personnel « ainsi que des observations directes sur la dispensation des soins ». Ce n'est tout simplement pas vrai.

Et c'est précisément le problème partout au Canada : les paroles et les actes ne font jamais un. Sur papier, tout est conforme aux lois et règlements, mais en pratique c'est autre chose. Et c'est là que les gouvernements montrent qu'ils sont inaptes à gouverner. Ils s'assurent que personne n'est tenu de rendre des comptes et surtout pas eux-mêmes. Pourtant, ce sont eux qui ont créé les conditions



à l'origine de tous ces problèmes, car avec leur offensive antisociale, ils servent des intérêts privés étroits. C'est vraiment criminel et c'est pourquoi aucun gouvernement, à quelque niveau que ce soit, ne parle de tenir un gouvernement responsable des décès et des souffrances dont nous sommes témoins aujourd'hui. Loin de là, on prétend que tout est fait pour régler rapidement le problème, même s'il faut envoyer les Rangers et l'armée faire le travail.



Les médias abondent d'articles sur les conditions effroyables et inhumaines dans les résidences pour personnes âgées et combien la pandémie « jette une lumière » sur cette réalité. Tout cela s'inscrit dans une campagne de désinformation pour détourner l'attention du fait que, face au nombre croissant de décès chez les personnes âgées en résidence, les solutions proposées par les travailleurs de la santé sont néanmoins balayées du revers de la main.

Le problème n'est pas que ces gouvernements n'étaient pas au fait de la situation ou qu'ils ont fermé les yeux, mais que le peuple n'a pas le pouvoir de les tenir responsables. Ils ont créé cette situation et prétendent maintenant que des injections d'argent ou le déploiement de l'armée

vont régler le problème. Quoi de plus simple que de remplir les résidences pour personnes âgées, privées ou publiques, d'un personnel suffisant, infirmières et soignants avec tout ce dont ils ont besoin, y compris des équipements de protection et des logements alternatifs pendant la pandémie ? Si l'objectif était de veiller au bien-être des résidents, ces derniers se verraient tout de suite garantir une alimentation saine et des soins appropriés ainsi que le soutien médical et émotionnel dont ils ont besoin. Les expressions d'indignation et les lamentations sur les conditions pour ensuite dire que maintenant tout sera réglé, dans l'espoir que cette réalité finisse par disparaître et que l'envoi de l'armée va régler le problème, sont maintenant devenues le problème.

Le problème est le fait des gouvernements, parce qu'ils servent des intérêts privés étroits. C'est pourquoi ils n'écoutent pas les travailleurs et refusent de répondre aux besoins qu'ils signalent. Les tentatives de détourner l'attention de ce qui doit être fait ne passent pas non plus. Les gouvernements ont, année après année, revendiqué l'autorité d'affamer le système de santé au nom de la prospérité, alors qu'en fait ils retirent de plus en plus d'argent des programmes sociaux pour privatiser la santé et les soins aux personnes âgées et s'assurer que les intérêts privés étroits obtiennent l'argent qu'ils réclament des fonds publics. Ils permettent la privatisation des soins aux personnes âgées en sachant très bien quel traitement leur est réservé. Ce n'est pas un problème nouveau, il est tout simplement accentué par la COVID-19.

Les gouvernements utilisent leurs positions de pouvoir et de privilège et le système mafieux de partis cartellisés pour s'assurer que personne ne soit tenu responsable. Voilà le fond du problème : sans que les travailleurs deviennent eux-mêmes des politiciens ouvriers et rédigent des lois qui les favorisent, cette destruction continuera.

On rapporte que la belle-mère du premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, est résidente du West Park Long-Term Care Centre à Toronto, propriété du monopole Extendicare, où cinq résidents sont décédés de la COVID-19 alors que dix autres résidents et 14 membres du personnel sont infectés. Une résidente a raconté aux médias qu'elle a dû crier à l'aide pendant une heure et demie pendant la nuit, mais personne n'est venu. Elle dit que la nuit une infirmière doit s'occuper à elle seule d'apporter leurs médicaments à 120 résidents sur deux étages. Le jour, un préposé aux

services de soutien s'occupe de 20 résidents et une infirmière s'occupe de 40 résidents. C'est le tiers du personnel habituel et même le niveau habituel est amplement insuffisant.

Le gouvernement dit qu'il a fait « absolument tout ce que nous pouvons », notamment en étendant enfin les critères de dépistage aux patients en soins de longue durée et aux travailleurs de première ligne. Ford a déclaré en conférence de presse : « Nous pourrions regarder en arrière et signaler chaque petit détail. Je suis sûr qu'à bien des endroits certains pourraient dire 'nous aurions donc dû' faire ceci ou cela. »

C'est d'une insouciance criminelle que de parler de cette façon moqueuse d'une responsabilité aussi importante.

Les travailleurs de la santé ont toujours été la première ligne de défense pour la santé et la sécurité des personnes âgées dans les établissements de soins continus. Ce sont eux qui ont dû faire avec les résultats de décennies de coupures, de fermetures et de privatisations et qui ont dû suppléer au facteur antihumain/anti-conscience des gouvernements à tous les niveaux. Partout au pays, ils ont protesté et réclamé des conditions de travail convenables, leurs conditions de travail étant les conditions de vie des aînés. Ils ont développé des tactiques pour s'assurer de bloquer ces pratiques dangereuses. Mais sans le pouvoir de décision, et c'est en quoi consiste le pouvoir politique, tout progrès est bloqué et toutes les réalisations sont supprimées par les gouvernements qui utilisent tous les moyens nécessaires.



À la résidence privée Herron à Dorval, en banlieue de Montréal, 31 résidents sont décédés depuis le 13 mars. Cette situation ne fait pas exception. Le Bureau du coronar du Québec, la police de Montréal et le ministère de la Santé du Québec ont lancé des enquêtes après que des infirmières envoyées à la résidence par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) le 29 mars ont été confrontées à des conditions horribles : des résidents déshydratés et mal nourris, un résident décédé, des résidents qui avaient été laissés avec des culottes d'incontinence souillées pendant de longues périodes, voire des jours, et des sacs d'urine laissés sur le plancher.

Ni le propriétaire ni le gouvernement n'assume la responsabilité de cette négligence indicible. Le premier ministre du Québec, François Legault, blâme le propriétaire privé, parce qu'il y a eu négligence grave, tandis que le propriétaire blâme l'autorité locale, parce que la direction a demandé à plusieurs reprises des équipements de protection et des suppléments pour le personnel mis en quarantaine après la confirmation du premier cas. Il affirme que tous les décès sauf un sont survenus depuis que le CIUSSS a pris le contrôle de l'établissement le 29 mars.

Si aucun gouvernement au Canada ne veut ou ne peut demander des comptes aux responsables, alors le système est brisé. Tout indique que ce système et cette bureaucratie permettent ces pratiques sans reddition de comptes et qu'à ce titre ils doivent faire place au nouveau.

Les gouvernements seront condamnés pour avoir causé des morts et des souffrances dans les établissements pour personnes âgées. Pourquoi les infirmières et les autres intervenants devraient-ils être obligés d'insister sur l'obtention d'équipement de protection individuelle (ÉPI) conformément aux normes établies à la suite de la pandémie du SRAS ? Les demi-mesures ne suffisent pas. Pourquoi les ÉPI n'ont-ils pas été stockés après la pandémie du SRAS ? Pourquoi les hôpitaux manquent-ils de personnel et pourquoi permet-on la privatisation des services de

nettoyage, de blanchisserie et de restauration quand la surexploitation des travailleurs contractuels signifie qu'ils sont sous-payés et non équipés pour faire le travail comme les conditions l'exigent et que le taux de roulement du personnel est très élevé ? Les maladies infectieuses continuent de se propager !



Les plans et mesures d'urgence qui sont adoptés sont toujours de simples mesures palliatives. Où est la décision de faire des services de santé un droit, de sorte que chaque établissement dispose des installations nécessaires et de travailleurs payés suffisamment pour répondre à leurs besoins, suivant un standard canadien de niveau de vie ? De sorte que chaque personne nécessitant ces services ait ce qu'il faut ?

Les travailleurs de la santé ont montré le rôle qu'ils jouent et sont capables de jouer en tant qu'organiseurs, dirigeants et décideurs pour ce qui est des conditions nécessaires pour eux-mêmes et pour les personnes dont ils ont soin. Ils savent ce qui est nécessaire. Ils savent quels ratios personnel/patient sont nécessaires pour fournir à temps des soins humains de la plus haute qualité. Ils savent que les congés de maladie, les salaires et les avantages sociaux

payés doivent être proportionnels au travail qu'ils font et que ces services requièrent des emplois à temps plein dans chaque institution. Des conseils de résidence, où les résidents, les familles et les travailleurs peuvent se réunir pour établir les conditions modernes et humaines requises dans les centres pour personnes âgées, sont également nécessaires pour affranchir les familles.

Il est nécessaire de développer davantage le rôle de premier plan des travailleurs dans les conditions de la pandémie pour le bien-être des travailleurs et celui des personnes dont ils ont soin, ainsi que pour le bien-être de la société elle-même. La pandémie a montré que, pour que cela se réalise, les travailleurs doivent devenir des politiciens ouvriers de plein droit avec comme plateforme le programme d'arrêter de payer les riches, augmenter les investissements dans les programmes sociaux et investir le peuple des moyens de prendre les décisions importantes dans tous les domaines de la vie.

Ces changements sont nécessaires maintenant et ils doivent être revendiqués en tant que droit - le droit d'être.

Les problèmes actuels ne sont pas causés par la pandémie. La pandémie fait tout simplement ressortir la réalité des conditions atroces qui existent quand le pouvoir décisionnel est entre les mains du facteur inhumain/anticonscience de ceux qui se placent au service d'intérêts privés.

Ces mesures sont nécessaires parce que le statu quo n'est pas dans l'intérêt du corps politique.



Des arrangements dépassés et inacceptables sont à l'origine de la situation tragique des aînés dans les résidences du Québec

- Pierre Soublière -

Le nombre d'infections et de décès de la COVID-19 tels qu'annoncés au Québec est ahurissant. Bien que le groupe de personnes ayant 60 ans et plus représente 29 % des personnes infectées, il compte néanmoins pour 99 % de tous les décès au Québec. On apprend que la moitié de ces décès ont été dans des CHSLD, mais on peut soupçonner que ce nombre est plus élevé. Lors de l'une de leurs conférences de presse quotidiennes, le premier ministre Legault et le directeur de la Santé publique, Horacio Arruda, sur la question du taux élevé de mortalités dans ces établissements au cours des derniers jours — 75, dont 33 ont eu lieu au CHSLD de Dorval — ont dit que « le nombre de décès est important, mais on s'y attendait. C'est en ligne avec les prévisions qui ont été déposées ». Ils ont dit que le taux de mortalité était élevé pour les aînés dans d'autres endroits tels que l'Ontario et New York et partout où il y a une « concentration élevée de personnes âgées » et qu'une bonne part des « problèmes » était due à l'absentéisme du personnel, sans expliquer pourquoi il en était ainsi.

Plusieurs facteurs ne sont pas mentionnés dans cette évaluation de la situation : les conditions de travail du personnel de ces résidences qui se sont aggravées avec la pandémie, la situation précaire des résidents de ces établissements qui a été exacerbée par la pandémie, la situation précaire des aînés en général et plus spécifiquement le problème de pouvoir obtenir une place dans une résidence où ils peuvent vivre dans la dignité et être bien soignés.

Les établissements de soins de longue durée au Québec : une vue d'ensemble

La Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) est une fédération québécoise d'aînés ayant 350 000 membres dont l'objectif est de conserver et améliorer leur qualité de vie, promouvoir la défense de leurs droits et valoriser leur contribution à la société. Dans l'Outaouais, lorsque la directive pour les aînés a été donnée de rester à la maison, la FADOQ a téléphoné à chaque membre pour prendre de ses nouvelles. Dans un rapport de cette organisation publié en 2015-2016, portant le titre « État des lieux pour résidences pour aînés au Québec », la FADOQ fait valoir que tous les établissements offrant des services aux aînés sont caractérisés « par une présence prépondérante d'acteurs privés à tous les niveaux de la prise en charge de la perte d'autonomie » et que le secteur public ne représente plus que 17 % des 155 742 unités d'hébergement pour aînés. Voici d'autres observations soulevées dans le rapport :



- Il existe 1917 installations pour aînés au Québec (selon les informations données lors de la conférence de presse du 14 avril du premier ministre et du directeur de la Santé publique, il y en a maintenant 2600).

- Les résidences à but lucratif dominant en nombre de résidences pour personnes âgées et en nombre d'unités : 88 % des Résidences privées pour aînés (RPA) et 91 % des unités.
- Il y a une baisse de l'offre de logements abordables en RPA : les organismes à but non lucratif, habitations à loyer modique, coopératives et communautés religieuses offrent moins de 9 % des unités en RPA.
- Pour une partie importante des aînés, les frais en résidence représentent la majeure partie de leurs revenus. Une femme seule en résidence avec un revenu de 18 000 \$ alloue 88 % de son budget à son logement et à ses services.
- Les coûts de l'hébergement et des services pour les aînés en RPA croissent d'année en année tandis que l'offre abordable, elle, diminue.
- La vaste majorité des aînés au Québec continuent de vivre dans leur maison aussi longtemps qu'ils le peuvent.

Tel que soulevé dans le récent article du *LML* sur la crise dans les soins de santé pour aînés en Colombie-Britannique, « Un milliard de raisons de s'en faire », dans un rapport du Bureau pour la protection des aînés, il est confirmé, sur la base d'analyses des revenus et des dépenses dans ces résidences, qu'« une grande part du financement public accordé aux établissements privés à but lucratif pour répondre spécifiquement aux besoins en soins se retrouve plutôt dans les coffres des propriétaires en tant que profit. » Compte tenu du nombre élevé de propriétaires privés de résidences pour aînés au Québec, un bon point de départ serait sans doute d'examiner cette situation de près.

Les conditions des travailleurs et des aînés exacerbées par la crise

Ces dernières années, il y a eu de nombreuses tragédies au Québec dans les résidences pour aînés. En 2014, un incendie a ravagé une résidence à L'Isle-Verte où 32 aînés ont perdu la vie. Dans plusieurs résidences il y a eu des mortalités qui ont été jugées « évitables », et de nombreux rapports de coroners ont souligné le problème du manque de personnel et ont aussi recommandé des critères plus rigoureux lorsque le gouvernement octroie des permis à ces résidences.



Avec la pandémie, les conditions de travail des travailleurs de la santé se sont rapidement détériorées. En date de la semaine dernière, des centaines de travailleurs de la santé au Québec ont été infectés par le coronavirus. Une infirmière travaillant au CHSLD de Ste-Dorothée, à Laval, où 13 personnes ont perdu la vie et 115 ont été infectées, explique comment elle a dû par moments s'occuper de 45 patients dont 20 souffraient de la COVID-19. D'autres employés ont dû travailler même s'ils avaient des symptômes de grippe. Les travailleurs demandant des masques N95 se sont fait dire qu'il n'y avait pas de ces masques dans des CHSLD et que s'ils en voulaient, ils n'avaient qu'à s'en acheter. D'autres ont fait valoir leur droit de refuser de travailler dans des conditions non sécuritaires, mais on leur a dit qu'ils feraient l'objet de mesures disciplinaires. Aussi, les établissements de soins de longue durée sont aux

prises avec de plus en plus de cas de COVID-19 sans l'équipement ni la protection qu'on trouverait dans un hôpital.

Il y a quelque chose de profondément troublant dans les tentatives du gouvernement de vouloir sauver la face plutôt que de regarder la réalité en face ou, tout au moins, reconnaître les problèmes soulevés et les solutions mises de l'avant par les travailleurs de première ligne et leurs organisations qui cherchent à se protéger eux-mêmes et à protéger la population dans la lutte contre la pandémie.

Cette crise met en lumière à quel point cette façon démodée d'envisager les problèmes n'est plus acceptable.

Décès dans les établissements pour aînés et de soins de longue durée

- *Peggy Morton* -

L'administratrice en chef de l'Agence de la santé publique, la docteure Theresa Tam, a affirmé que près de la moitié des décès au Canada dus à la COVID-19 était dans des résidences pour personnes âgées ou de soins de longue durée. Plus de 150 000 personnes vivent dans des centres de soins attitrés partout au Canada, selon l'Association canadienne des soins de longue durée.

Une étude menée par la London School of Economics en Grande-Bretagne a fait valoir que près de la moitié des décès dus à la COVID-19 semblent s'être produits dans les établissements de soins dans certains pays européens.

Selon *The Guardian*, des données sommaires provenant de diverses sources officielles permettent de constater qu'en Italie, en Espagne, en France, en Irlande et en Belgique, entre 42 % et 57 % des décès dus au coronavirus ont eu lieu dans des établissements pour aînés.



Le gouvernement des États-Unis n'a pas publié de statistiques sur les décès dus à la COVID-19 dans les établissements pour aînés. Selon le décompte de l'Associated Press, il y a eu 3 621 décès dans les établissements pour aînés, et le *New York Times* a identifié plus de 2500 résidences pour aînés où l'épidémie s'est déclarée.

Dans plusieurs cas, les décès ne sont tout simplement pas annoncés. En Grande-Bretagne, le gouvernement ne parle pas des décès dans les résidences pour aînés, seulement de ceux ayant lieu dans les hôpitaux. En Italie, les syndicats, les travailleurs de la santé et les membres de famille en Lombardie, la région la plus frappée en Italie, affirment qu'un grand nombre de patients qui n'ont jamais été testés pour le coronavirus sont décédés dans des résidences pour aînés de la région.

De façon générale, les patients sont décédés dans des conditions de négligence abjecte, privés de leur dignité humaine, sans leur famille, et dans plusieurs cas sans eau et sans nourriture. Ce serait la règle plutôt que l'exception. Dans un climat d'impuissance et d'effondrement d'un système brisé, ces décès sont le produit funeste de nombreuses années d'austérité néolibérale, de dérèglementation et de privatisation, d'un refus impitoyable de défendre les droits des aînés et des travailleurs qui les soignent.

À la pénurie de personnel s'ajoutent les salaires de crève-faim, le travail à temps partiel et occasionnel, qui fait en sorte que les travailleurs se rendent dans plusieurs établissements, le manque de congés de maladie, le manque de prévention des infections, la propriété privée, y compris la sous-traitance et la présence de plusieurs employeurs différents dans un établissement qui semblerait être un autre facteur important. Aussi, un grand nombre d'aînés vivent dans des conditions déplorables dans des hébergements « de base » où jusqu'à quatre personnes peuvent partager la même chambre, une situation favorable à la propagation rapide de maladies infectieuses.

Voici les informations recueillies par LML sur les décès en Alberta, en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario.

Au Québec

Près de 60 % des 435 décès au Québec ont eu lieu dans des résidences pour aînés et des établissements de soins de longue durée en date du 14 avril, selon les données provinciales. Soixante-et-onze de ces décès ont eu lieu dans seulement six établissements, selon les données du 6 avril.

Le résultat des tests de dépistage pour la COVID-19 pour les résidents de 106 établissements pour aînés a été positif. Il en est ainsi dans 67 centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et 39 résidences privées pour aînés (RPA). Quarante-et-un centres ont été identifiés comme devant être surveillés et 5 ont été mis sous surveillance suite aux inspections des 11 et 12 avril. Les inspections ont été menées à la suite de la divulgation de la situation tragique à la résidence Herron, où nous apprenions que 33 personnes étaient décédées depuis le 13 mars.

Vingt-cinq établissements de soins de longue durée et de résidences pour aînés autonomes et semi-autonomes ont été jugés dans un état critique. Le nombre de décès dans ces centres et autres établissements n'a pas été rendu public. Selon les médias, dans au moins trois centres de soins de longue durée, il y a eu au moins 26 décès. La plupart des établissements où la situation est critique sont sur l'Île de Montréal et à Laval, et il y en a un à Trois-Rivières, à Shawinigan et à Saint-Jean-sur-Richelieu.

Selon le journal intime d'une travailleuse du centre LaSalle à Montréal publié dans le *Globe and Mail*, la grave négligence à la résidence Herron est loin d'être une exception. Elle décrit l'effondrement d'un système déjà brisé : un personnel totalement dépassé et dans l'impossibilité de fournir les soins aux résidents, un échec total de la part de l'établissement de mettre en oeuvre des procédures de contrôle de la propagation de l'infection et un manque d'équipement de protection individuelle. Le premier ministre François Legault a annoncé que le réseau des CHSLD avait un manque de 2 000 infirmières et préposés aux bénéficiaires, y compris 1 380 dans les centres publics.

Dans le CHSLD de Ste-Dorothée, à Laval, 120 résidents - 62 % des résidents - ont eu un résultat positif pour la COVID-19. À Montréal, au Centre d'hébergement Yvon-Brunet, il y a 105 cas de COVID-10, soit 64 % des résidents. Neuf résidences ont entre 50 et 100 cas et 30 ont plus de dix cas. Des décès ont été annoncés dans les établissements suivants, mais des mises à jour n'ont pas été publiées, ce qui fait que le nombre de décès est sans doute plus élevé.

La Résidence Herron, Laval – 33 décès

Le centre de soins de longue durée Laflèche à Shawinigan – 27 décès

Le centre Sainte-Dorothée à Laval – 16 décès

Notre-Dame-de-la-Merci à Montréal – 13 décès

La Pinière à Laval – 10 décès

Le centre LaSalle à Montréal – 7 décès

En Ontario

L'Ontario a 626 résidences de soins de longue durée qui sont licenciées et approuvées. La majorité d'entre elles sont de propriété privée (58 %), alors que 24 % fonctionnent sur une base volontaire (non gouvernementale, à but non lucratif), et 16 % relèvent de la municipalité. Près de 40 % des résidences de soins de longue durée sont petites, avec 96 lits ou moins, et près de la moitié de ces petites résidences sont situées dans des communautés rurales. Il y a 77 257 lits de long séjour dans ces établissements et environ 1 000 lits pour la convalescence et le repos.



Selon l'Association ontarienne des soins de longue durée, près de la moitié des résidences sont vieilles et ont besoin de rénovation. Elles ont en général quatre types d'hébergement : privé, semi-privé (2 personnes) et de base (jusqu'à quatre aînés dans une chambre). La liste d'attente en février 2019 était de 34 834 personnes et le temps d'attente moyen est de 161 jours.

L'épidémie s'est déclarée dans un total de 114 résidences de soins de longue durée de la province selon le premier ministre Doug Ford (14 avril). Il y a épidémie s'il y a un cas ou plus de COVID-19. Il y a aussi eu des épidémies

dans les résidences de retraite où les aînés vivent séparément dans leur appartement. Le ministère de la Santé de l'Ontario affirme que 857 travailleurs de la santé ont eu un résultat positif pour la COVID-19 en Ontario.

Le *Globe and Mail* affirme que le 13 avril, il a contacté toutes les unités publiques en Ontario et a appris qu'il y avait eu au moins 182 décès de résidents dans les résidences pour aînés dus à la COVID-19. Au moins 197 établissements d'aînés ont eu un ou plusieurs cas de COVID-19 parmi les résidents ou le personnel. Les 34 unités de santé publique de la province n'ont pas toutes répondu aux questions du *Globe and Mail*.

Le médecin en chef de la Santé à Toronto affirme qu'à Toronto, l'épidémie s'est manifestée dans 38 résidences de soins de longue durée et dans 14 résidences de retraités. Soixante-huit décès dus à la COVID-19 ont été confirmés dans des résidences de soins de longue durée à Toronto et un dans une maison de retraite. Selon les médias, plusieurs résidences ont été identifiées comme ayant eu un nombre élevé de décès. Cent cinquante-cinq personnes sont décédées dans les résidences nommées. Cinq des six résidences ayant eu dix décès ou plus reçoivent des fonds publics ou sont de propriété privée ou de gestion privée, deux par le même gestionnaire.

Pinecrest Nursing Home, Bobcaygeon – 29 décès

Eatonville Care Centre, Toronto – 27 décès

Seven Oaks, Scarborough – 22 décès

Anson Place, Hagersville – 19 décès. Soixante-treize résidents et 31 membres du personnel ont eu des résultats positifs pour la COVID-19. Seize des décès ont eu lieu dans des soins de longue durée et trois dans des résidences de retraités.

Almonte Country Haven, Mississippi Mills – 18 décès. Trente-six résidents ont eu un résultat positif et au moins un membre du personnel.

Lundy Manor Retirement Residence, Niagara Falls – 10 décès

Markhaven Home for Seniors à Markham – 9 décès

Village of Humber Heights, à Toronto – 8 décès

Hillsdale Terraces, à Oshawa – 7 décès

Résidence communautaire de soins de longue durée St Clair O'Connor, Toronto – 7 décès. Douze résidents et 10 membres du personnel ont eu un résultat positif.

La Maison de soins pour aînés Heritage Green, Stoney Creek – 3 décès

Résidence de retraités Cardinal, Hamilton – 3 décès

Des aînés vivant indépendamment dans leur propre chambre ont aussi perdu la vie.

En Alberta

Il y a eu 48 décès dus à la COVID-19 en Alberta, dont 60 % dans des résidences pour aînés et de soins de longue durée. Il y a eu 214 cas de COVID-19 dans des centres de soins de longue durée en Alberta dont 30 décès.

Vingt-et-un résidents sont décédés au McKenzie Towne Continuing Care Centre de Calgary. Le centre est la propriété de Revera Ltd qui est en partie la propriété du Service de placement du régime de retraite de la fonction publique et sous la direction, à but non lucratif, du Conseil du trésor fédéral. Il y a eu quatre décès au Manoir du Lac à McLennan dans le nord de l'Alberta, propriété de Integrated Life Care Inc., qui est propriétaire et gestionnaire d'établissements de vie indépendants pour aînés. Le gouvernement albertain a maintenant pris le contrôle de l'établissement. Deux décès ont eu lieu au Shepherd's Care Foundation Kensington Villagem, géré par le Shepherd's Care Foundation. Deux aînés sont décédés à Carewest à Calgary, un à Sarcee et un à Glenmore Park. Carewest est un établissement de soins de longue durée avec 14 résidences à Calgary et est géré par les Services de santé de l'Alberta.

Des épidémies se sont déclarées dans trois autres établissements, sans qu'il y ait eu de décès.

En Colombie-Britannique

La Colombie-Britannique a eu un total de 69 décès dus à la COVID-19, dont la majorité ont eu lieu dans des établissements de soins de longue durée. Il y a des éclosions dans 20 établissements de soins de longue durée, avec 289 cas - 165 résidents et 124 membres du personnel. La situation est déclarée rétablie dans quatre établissements.

Dans cinq établissements, il y a eu 38 décès d'aînés dus à la COVID-19, ou 55 % de tous les décès de la COVID-19 en Colombie-Britannique. La première éclosion a eu lieu dans le Lynn Valley Care Centre dans Vancouver Nord, où 20 résidents sont décédés. En date du 14 avril, Lynn Valley a eu 63 cas – 42 résidents et 21 membres du personnel, dont 30 s'en seraient remis.

Il y a eu 10 décès au centre Haro Park à Vancouver, cinq décès au centre Berkley Care à Vancouver Nord, deux décès à la maison de retraités Amica Edgemont Village aussi dans Vancouver Nord, deux décès au Dufferin Care Centre à Coquitlam et un décès au centre Shaughnessy Care à Port Coquitlam. Aucun autre décès dans des soins de longue durée n'a été annoncé.

Les aînés sont décédés dans les résidences de soins de longue durée et d'aînés gérées par les autorités de la santé, les organisations volontaires à but non lucratif, et les propriétaires et gestionnaires des établissements à but lucratif. Plus de la moitié des décès ont eu lieu dans un établissement privé, Lynn Valley, où les services ont été fournis par trois sous-traitants privés différents. La plupart des travailleurs ont perdu leur convention collective dans des conditions de changement subi alors que les propriétaires privés ont eu davantage recours à la sous-traitance pour passer outre les conventions collectives et que plusieurs personnes ont travaillé dans de multiples établissements.

Un travailleur de 47 ans d'un foyer de groupe à Richmond est décédé chez lui alors qu'il était en isolement. Son employeur, la Richmond Society for Community Living, a dit qu'il s'était rendu compte qu'il l'avait contracté alors qu'il était à l'emploi de la résidence en tant que travailleur résidentiel venant en aide aux personnes ayant des déficiences intellectuelles ou physiques.



Les travailleurs des soins aux aînés disent leur pensée

Les travailleurs des soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées disent leur pensée sur les luttes qu'ils mènent pour défendre leurs droits et les droits des aînés dont ils ont soin. Ils dénoncent le mépris flagrant qui existe pour la sécurité des résidents et du personnel.

LML a appris que les travailleurs d'un centre privé de soins de longue durée exploité par un des plus gros monopoles de la santé au Canada ont résisté à la pression de la direction pour qu'ils viennent travailler même s'ils sont malades. Une personne-cadre de l'entreprise s'est vantée d'avoir travaillé bien qu'elle était malade et a dit que les travailleurs devraient faire comme elle.

Lorsque le centre de soins prolongés Shepherd's Care d'Edmonton a connu son premier cas de COVID-19 à son établissement du Village Kensington, il a mis en place des mesures de sécurité, mais seulement pour ce site. Voyant l'importance de ne pas attendre une éclosion de la maladie dans leur établissement, les travailleurs du Shepherd's Care Mill Woods ont exigé que des mesures de sécurité y soient mises en place, comme la limitation des visiteurs aux cas de fin de vie, la vérification de la température de tout le personnel et des équipements de protection individuelle adéquats. Ils ont réussi à obtenir de meilleures mesures de sécurité et cela fait des semaines qu'ils insistent pour qu'aucun employé ne soit obligé de se déplacer d'un établissement à l'autre, sans perte de salaire.

Plusieurs travailleurs de la santé se sont exprimés publiquement, même s'ils pensaient que leur emploi était menacé, et ont parlé des mesures qui doivent être mises en place.

« Nous livrons une véritable guerre et tous doivent être protégés, quel que soit le travail qu'ils font. Tous doivent avoir des ÉPI (équipements de protection individuelle) afin d'être protégés, a dit Abiola Tijani, qui est préposée aux services de soutien à Ottawa et présidente de la section locale 4592 du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), qui représente des préposés aux services de soutien, des infirmières praticiennes autorisées, des préposés à l'entretien, des aide-diététiciennes et d'autres membres du personnel de ce secteur à Ottawa. Le 3 avril, Tijani a dit qu'on n'a pas fourni de masques N95 aux travailleurs qui oeuvrent auprès de patients de la COVID-19, qui craignent de devenir malades et d'infecter les résidents vulnérables. Les médias ont rapporté que la livraison d'équipements de protection individuelle a finalement débuté dans les centres de soins de longue durée en Ontario vers le 11 avril.



Les travailleuses de la maison de retraite Chartwell utilisent des sacs à ordures pour se protéger à cause de la rareté des ÉPI.

Une préposée aux services de soutien à Anson Place, à Hagersville, en Ontario, un établissement de soins de longue durée où 15 résidents sont morts de la COVID-19, a parlé aux médias des

conditions qui règnent dans le centre. Les patients y partagent toujours des chambres, parfois à quatre personnes par chambre, a-t-elle dit. « Les lits sont à deux pieds l'un de l'autre. Ce n'est pas surprenant qu'il y ait de la propagation, a dit Rebecca Shaw-Piironen à CTV News. Je ne vois pas comment la situation pourrait être plus urgente qu'elle ne l'est présentement. Il y a des personnes qui meurent chaque jour. Je ne sais pas ce qu'aujourd'hui ou la nuit nous réservent. Pourquoi ne prenons-nous pas soin de notre monde ? »

Cinquante-cinq résidents ont été déclarés positifs pour le coronavirus à Anson Place, qui est situé à Hagersville, en Ontario, en plus de 30 membres du personnel. Cela a beaucoup affaibli la capacité du centre de s'occuper des résidents, et ceux qui ont dû se retirer sont épuisés et accablés de chagrin, a dit Rebecca Shaw-Piironen.

« Nous avons besoin d'aide. La situation est terrible, a-t-elle dit de chez elle où elle attendait le résultat de ses tests. Tant de gens que nous avons perdus, et tant à la fois. Et l'ampleur de tout cela... ça me fait beaucoup de peine. Moi et mes collègues sommes très tristes en ce moment. »

Elle a expliqué qu'elle s'exprimait au risque de perdre son emploi : « J'aimerais mieux vivre dans une boîte de carton et sentir que j'ai rendu service aux résidents plutôt que de me taire. Ils ont besoin de soins. Ils sont désespérés. Et je ne sais pas ce que nous allons devoir faire pour obtenir cette aide. »

(Sources : Ottawa Citizen et CTV News)



Les revendications du Syndicat canadien de la fonction publique

Le 3 avril, le président de la section de l'Alberta du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), Rory Gill, a fait parvenir une lettre au ministre de la Santé de l'Alberta, Tyler Shandro, dans laquelle il indique les mesures nécessaires que le gouvernement doit prendre immédiatement dans les centres de soins de longue durée.

Le SCFP met de l'avant cinq principes à suivre :

Choix : Dans la mesure du possible, les travailleurs doivent pouvoir décider dans quel établissement ils vont demeurer s'ils doivent se limiter à un. En Colombie-Britannique, on a accompli cela en leur permettant de classer leurs préférences sur un site Web.

Protection de l'emploi : Lorsqu'un travailleur doit choisir un seul endroit ou un seul employeur, sa position à l'endroit de travail secondaire doit être protégée. Une fois que l'urgence est terminée, il doit pouvoir retourner aux multiples endroits de travail s'il le désire, plutôt que de se retrouver avec une demi-position.

Stabilité financière : Il faut maintenir le revenu de travail en faisant en sorte que les travailleurs ne perdent pas le total de leurs heures travaillées lorsqu'ils sont affectés à un seul endroit (ou qu'ils soient indemnisés pour la perte d'heures). Il est important de tenir compte du fait que les employeurs ont des échelles de salaire différentes, ce qui peut produire un revenu plus bas pour les travailleurs qui finissent par faire plus d'heures chez l'employeur qui offre les salaires les plus bas.

Protection des droits : Les travailleurs de différents établissements ont des contrats différents, ce qui se traduit par des conditions différentes en ce qui a trait aux avantages sociaux, aux pensions

et à l'ancienneté. Il faut trouver une méthode claire pour résoudre ces questions alors que les travailleurs qui ont présentement deux emplois ou plus avec des employeurs différents doivent en choisir un.

Le SCFP a aussi demandé au gouvernement de mettre en place des mesures à plus long terme pour au moins un an. « Les politiques qui ont de bonnes chances de réussir à créer des incitatifs positifs pour les travailleurs et des soins de qualité pour les aînés comprennent :

- Fournir un supplément de salaire aux travailleurs de la santé dans les établissements qui adoptent une politique d'effectifs à site unique. Cela ressemble à ce qui se fait en Colombie-Britannique où les salaires d'un secteur sont uniformisés. Cela va atténuer les problèmes potentiels de l'organisation des effectifs et contribuer à la stabilité financière des travailleurs pendant la période d'urgence.
- Développer un cadre qui permet de déployer les travailleurs et comprend la négociation des avantages sociaux et des pensions. Les employeurs ont besoin de guides clairs qui établissent qui est responsable du financement de ces droits.
- Interdire aux employeurs de congédier les travailleurs qui choisissent un autre employeur à la suite de restrictions sur les mouvements d'effectifs entre les établissements. Des mesures importantes ont été prises à ce sujet le 2 avril, mais on a besoin d'une règle plus générale.
- Donner l'instruction aux employeurs de laisser les travailleurs déployés chez d'autres employeurs continuer à accumuler de l'ancienneté.
- Offrir une protection contre la perte d'heures qui résulte des restrictions provinciales du mouvement entre les établissements.



Des sujets de préoccupations devant le déroulement de la pandémie de COVID-19

Le discours de la reine

- Eva Dance -

Pour la cinquième fois seulement en 68 ans en tant que « Reine du Royaume-Uni et de l'Irlande du Nord » et « Chef d'État de l'ensemble des nations du Commonwealth britannique », Elizabeth II a prononcé, le dimanche 5 avril 2020, un discours spécial « à la nation et à ses sujets ».

Les médias et les commentateurs l'ont salué en disant que, même s'il n'a duré que moins de cinq minutes, son discours « Nous sommes tous ensemble » était très sincère et émouvant et leur a fait venir les larmes aux yeux.

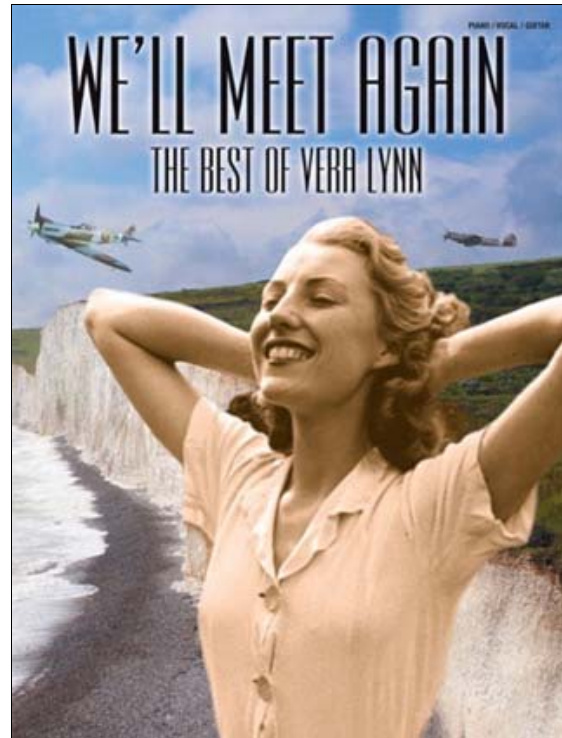
Comme ses homologues des gouvernements qui composent le monde anglo-américain et la communauté des nations sous leur emprise, elle a présenté la lutte contre le coronavirus COVID-19 comme une guerre. Dans son cas, elle l'a habilement fait en évoquant la chanson britannique de 1939 *We Shall Meet Again* (Nous nous retrouverons) chantée par la très populaire Vera Lynn. Vera Lynn, qui est toujours en vie à l'âge de 103 ans, était très connue comme « la chérie des forces armées » et symbolisait l'esprit de résistance dans la lutte contre le fascisme. Voici les paroles de la chanson que Vera Lynn a rendue célèbre :

*On se retrouvera
Je ne sais pas où
Je ne sais pas quand
Mais je sais qu'on se retrouvera un jour ensoleillé*

*Continue de sourire
Comme tu le fais toujours
Jusqu'à ce que le ciel bleu chasse les nuages
sombres au loin*

*Alors s'il te plaît pourras-tu dire « Bonjour »
Aux gens que je connais
Dis-leur que je ne serai pas longtemps
Ils seront heureux de savoir
Que lorsque tu m'as vue
Je chantais cette chanson*

*On se retrouvera
Je ne sais pas où
Je ne sais pas quand
Mais je sais qu'on se retrouvera un jour ensoleillé*



La reine affirme dans son discours : « Nous réussirons - et ce succès appartiendra à chacun d'entre nous. Nous devrions nous consoler en pensant que, même s'il nous reste encore beaucoup à endurer, des jours meilleurs reviendront. »

Le contexte est celui de la pandémie mondiale et des circonstances extraordinaires qui l'entourent, avec des sociétés entières en quarantaine, des personnes et des nations isolées les unes des autres, tandis que les travailleurs assurent des services essentiels au risque de leur vie. À l'approche de la diffusion de dimanche soir, il était fait grand cas du discours à venir. Le correspondant royal de la BBC, Nicholas Witchell, apparaissait sans cesse dans des mini-annonces pour révéler ce que Sa Majesté allait dire dans un discours d'une importance capitale. Des parallèles ont été établis entre ce discours et la période du Blitz de Londres en 1940-1941 au début de la Deuxième Guerre mondiale. La référence à Vera Lynn résume bien l'état d'esprit de la nation au moment du Blitz et après pour endurer les épreuves nécessaires pour vaincre le fascisme, tout en élevant le moral de tous ceux qui se battent dans le monde.

Que ce soit par accident ou à dessein, peu importe, le moment du discours a coïncidé avec l'annonce que le premier ministre britannique, Boris Johnson, déjà infecté par le coronavirus, avait été admis aux soins intensifs dans un hôpital de Londres. Le discours a donc également servi à rallier les troupes, pour ainsi dire, au cas où quelqu'un s'inquiéterait d'une vacance du pouvoir à la tête de la nation en temps de crise.

Depuis la suspension du parlement et la déclaration des mesures d'urgence, il est devenu évident pour tous que toute l'autorité et tout le pouvoir de décision sont concentrés dans les mains du premier ministre et du gouvernement. Boris Johnson a été déclaré positif au coronavirus le 27 mars, ce qui a plongé le gouvernement et les chaînes de commandement dans une nouvelle crise. Les médias, l'opposition politique et les experts étaient dans tous leurs états. La perspective que le premier ministre lui-même soit gravement malade a subitement créé la peur au sujet de qui gouvernerait à sa place. Cela est devenu la principale préoccupation des cercles dirigeants. En plus des spéculations sur quel ministre avait le droit de le remplacer, d'autres se sont livrés à des lamentations et ont déclaré que si seulement la Grande-Bretagne avait une constitution écrite, tout serait clair, ou que la suspension du parlement était une bonne chose, mais que les représentants élus devaient quand même avoir leur mot à dire.

L'intervention de la reine pour apaiser la nation est en fait une mesure plutôt désespérée pour donner l'impression que le gouvernement a le consentement du peuple pour réaliser l'ordre du jour qu'il juge approprié pendant cette pandémie. On nous dit que c'est la manière de faire britannique. Il faut faire comme pendant la Deuxième Guerre mondiale et c'est tout. Faites-nous confiance.

Ce n'est pas pour rien qu'aux États-Unis et au Canada, la lutte actuelle contre le coronavirus est également présentée comme une guerre dans laquelle, cette fois, nous sommes tous du même côté. L'administrateur fédéral des services de santé publique des États-Unis a déclaré qu'il s'agissait d'un moment comme « notre Pearl Harbor, notre 11 septembre ». Le premier ministre canadien, Justin Trudeau, n'a cessé d'utiliser cette métaphore de guerre pour faire passer le message : « C'est en travaillant ensemble qu'on va s'en sortir », « Nous nous occupons les uns des autres, c'est la manière canadienne de faire. »

Tout cela soulève une question très pertinente : qui est le « Nous » que la reine représente et auquel d'autres se réfèrent ? Les peuples d'Angleterre, d'Écosse, du Pays de Galles et du nord de l'Irlande ? Certainement pas, et encore moins les peuples des « nations du Commonwealth » dont elle s'est déclarée le chef après son couronnement il y a plus de soixante ans.

Dès la première phrase de son discours, c'est comme si cette pandémie créait une anomalie dans la voie par ailleurs solide et constante suivie par le gouvernement de Sa Majesté. On nous a dit que c'est une période « de plus en plus difficile, une période de bouleversement dans la vie de notre pays » qui a causé « du chagrin à certains » et entraîné « des difficultés financières pour beaucoup ». Mais nous vaincrons.

Ce message sous-entend : « Nous sommes tous ensemble », la conception d'une nation unique où tous se rassemblent et mettent de côté leurs aspirations et leurs besoins individuels pour que le travail soit fait et vaincre l'ennemi. Dans ce cas, bien que la reine n'y fasse pas directement allusion, il s'agit de la pandémie de coronavirus. En effet, elle déclare à un moment donné : « Ensemble, nous nous attaquons à cette maladie, et je tiens à vous assurer que si nous restons unis et résolus, nous la vaincrons. »

Tout cela pour dire que les difficultés auxquelles les gens font face ne sont pas le fait des gouvernements successifs qui ont payé grassement les riches à même le trésor public alors que le peuple est obligé de se débrouiller seul. Dans le monde des riches, il est attendu des travailleurs essentiels qu'ils se mettent en danger pour le bien commun. Nous pleurerons leur disparition et continuerons... C'est notre devoir.

Ce que les gens voient est autre chose. Contrairement à l'esprit du blitz, lorsque les conditions et l'autorité à l'époque de la guerre antifasciste dans les années 1940 étaient en harmonie, aujourd'hui les conditions et l'autorité se heurtent. Nous ne sommes pas tous ensemble parce que les autorités en place ont imposé à la société pendant trente ans un programme antisocial brutal qui a pratiquement détruit le système de santé publique, l'éducation, les transports publics et l'objectif de la société fondé sur la devise « Un pour tous et tous pour un ». La devise des classes dominantes est aujourd'hui « Tous pour un ». C'est tout. Que chacun se débrouille seul et pourvu que nous nous enrichissions, au diable les conséquences.

À cet égard, l'essence du discours de la reine est un appel aux travailleurs et aux habitants des « îles britanniques » et du « Commonwealth » à confier leur sort à ceux qui ont détruit le système de santé national, enrichi les riches et appauvri les pauvres. Il y a un message subliminal qui dit que si quelqu'un tombe malade, c'est sa faute parce qu'il n'a pas respecté correctement la distanciation sociale ou pour toute autre raison. Le manque de soins pour le personnel soignant, les travailleurs essentiels, les personnes âgées et les autres personnes n'est pas mentionné. Au contraire, une fausse impression est donnée que le gouvernement s'occupe de tout le monde.

Nous avons un contexte où les gens sont nécessairement isolés physiquement les uns des autres, mais il n'y a aucun mécanisme en place pour trouver des solutions collectives aux problèmes à un moment où le gouvernement ne s'occupe que de lui-même.

Les conditions engendrées par la pandémie de coronavirus montrent clairement que les gens n'ont pas le droit de participer aux décisions qui touchent leur vie. Il est très important que dans cette situation, les syndicats et les travailleurs prennent position et exigent le type d'équipement de protection et les conditions de travail dont ils ont besoin pour prendre soin des gens, tout en jouant un rôle important pour juguler ce virus.

Il y a beaucoup de diversions qui associent les pouvoirs de police d'urgence que Boris Johnson a concentrés dans ses mains et la signification de la fermeture du parlement. Le parlement serait le seul mécanisme dont dispose le peuple pour exprimer sa volonté par l'intermédiaire de ses représentants. Mais une fois de plus, la reine intervient pour rallier les troupes pour qu'elles montent en première ligne et acceptent que beaucoup ne reviendront jamais, mais elles peuvent au moins s'accrocher à l'espoir qu'elles vont s'en sortir et, en attendant, leur contribution à ceux qui leur sont chers est de faire leur devoir et d'espérer que tout ira pour le mieux.

Certains diront que la sincérité de la reine serait un peu plus crédible si elle ouvrait ses châteaux pour loger les pauvres et les sans-abri et ses entrepôts, cuisines et domaines pour nourrir les travailleurs pauvres que le système à la tête duquel elle se trouve a produits et abandonnés. Mais cela aussi nous détourne du fait pertinent que la pandémie ne constitue pas seulement un danger physique pour tous les membres de la société sans exception, mais aussi une métaphore de la paralysie du pouvoir et de la prise de décision qui a englouti toute la société en Grande-Bretagne, et de nombreuses sociétés à travers le monde. De tous les points de vue, nous sommes dans une impasse, dont la sortie nécessite la reconnaissance du fait que la situation exige que le peuple s'investisse du pouvoir parce que les dirigeants sont inaptes à gouverner.

Être entre les mains de personnes comme Boris Johnson, qu'il soit malade ou en parfaite santé, est un désastre pour les peuples d'Angleterre, d'Écosse, du Pays de Galles et du nord de l'Irlande. Les intérêts de la classe dominante que lui et les gouvernements successifs avant lui représentent, quelle que soit leur allégeance politique, ont fait des ravages au cours des trente dernières années, détruit le système de santé, obligé tout le monde à se débrouiller seul, augmenté le nombre de pauvres et l'ampleur de leur pauvreté, tout en rejetant la responsabilité de tous les problèmes sur le peuple, et cela inclut cette pandémie de coronavirus.



Et le fait est que la reine a présidé à tout cela pour cacher au peuple où réside le pouvoir décisionnel. Elle est la remplaçante de la personne fictive de l'État qui représente le pouvoir des

grands et des puissants contre le pouvoir de la prétendue « populace ». Le « Nous » royal n'est pas vous et moi, ce n'est pas le peuple, ses prétendus sujets, ceux qui sont gouvernés.

En parlant en notre propre nom, nous pouvons découvrir qui nous sommes, ce dont nous avons besoin et comment nous pensons pouvoir l'obtenir. La seule voie vers l'avant est celle qui tient compte de l'ensemble des relations humaines et de ce qu'elles révèlent, qui est que le peuple ne peut pas se permettre de confier son destin à une classe dominante qui ne sert que ses intérêts.

Publié dans Workers' Weekly, journal du Parti communiste révolutionnaire de Grande-Bretagne (marxiste-léniniste), 11 avril 2020. Traduit de l'anglais par LML.



«La descente est beaucoup plus lente que la montée»



Le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Alors que la pandémie de COVID-19 continue de faire des ravages dans le monde entier, au Canada et dans divers pays européens ainsi qu'aux États-Unis, l'assouplissement des restrictions pour relancer l'économie commence à dominer les reportages des médias. Parallèlement à cela, nous assistons à la montée d'une désinformation qui détourne l'attention de ce que les gouvernements font ou ne font pas et de la nécessité de travailler ensemble pour maîtriser cette pandémie.

Tel est le cas de l'annonce faite par le président américain Donald Trump de suspendre la contribution financière des États-Unis à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'intenter un procès à la Chine, cela de la part d'un pays qui est vraisemblablement lui-même coupable de négligence criminelle dans sa gestion de la pandémie.

Il en va de même des attaques contre l'OMS par plusieurs députés liés au Parti conservateur du Canada ainsi que par le libéral Irwin Cotler et le premier ministre albertain Jason Kenney, qui ont également cru bon de diffamer l'administratrice de la santé publique du Canada, la Dre Theresa Tam, dans ce qui ne peut être qu'une tentative pathétique et peut-être raciste de semer le doute sur son intégrité dans le but de détourner l'attention de ce qu'ils font eux-mêmes dans les coulisses.

Pour aider les Canadiens à se retrouver dans cette situation, nous publions les remarques

liminaires du directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, lors de sa conférence de presse du 13 avril, suivies de celles du 15 avril, après que les États-Unis ont annoncé la suspension de leur financement à l'OMS.

Remarques du directeur général de l'OMS le 13 avril

Bonjour, bon après-midi ou bonsoir,

Certains pays et certaines communautés sont soumis à des restrictions économiques et sociales depuis plusieurs semaines.

Certains pays réfléchissent au moment où ils pourront lever ces restrictions tandis que d'autres envisagent de les instaurer et réfléchissent au moment opportun pour le faire.

Dans un cas comme dans l'autre, ces décisions doivent viser avant tout à protéger la santé des populations et se fonder sur ce que nous savons du virus et de son comportement.

Depuis le début, l'OMS s'intéresse vivement à cette question.

Comme nous l'avons déjà souvent dit, il s'agit d'un nouveau virus et de la première pandémie due à un coronavirus.

Nous apprenons tous en permanence et nous ajustons notre stratégie en fonction des dernières données disponibles.

Nous pouvons dire seulement ce que nous savons et nous pouvons agir seulement d'après nos connaissances.

Les données de plusieurs pays nous apportent des informations plus claires sur ce virus, son comportement et la manière d'enrayer sa propagation et de traiter la maladie qu'il provoque.

Nous savons que la COVID-19 se propage rapidement et entraîne de nombreux décès — 10 fois plus que la grippe pandémique de 2009.

Nous savons que le virus peut se propager plus facilement dans les lieux collectifs comme les maisons de retraite.

Nous savons que pour enrayer la transmission, il est essentiel de rechercher précocement les cas, d'isoler et de prendre en charge chaque cas et de rechercher chaque contact.

Nous savons que, dans certains pays, le nombre de cas double tous les trois à quatre jours.

Or, si la propagation de la COVID-19 s'accélère en très peu de temps, elle met beaucoup plus de temps à ralentir.

En d'autres termes, la descente est beaucoup plus lente que la montée.

Les restrictions doivent donc être levées très progressivement et de façon maîtrisée, pas d'un seul coup.

Les restrictions ne peuvent être levées que si les mesures de santé publique voulues sont en place, notamment d'importants moyens de recherche des contacts.

Mais si certains pays réfléchissent aux modalités d'assouplissement de ces restrictions, d'autres — en particulier de nombreux pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie à revenu faible ou intermédiaire — se demandent s'il faut les instaurer.

Dans les pays où les populations pauvres sont nombreuses, le confinement à domicile et les autres restrictions appliquées dans les pays à revenu élevé ne sont pas toujours envisageables.

De nombreux pauvres, migrants et réfugiés vivent dans des conditions de promiscuité et disposent de peu de ressources et d'un accès limité aux soins de santé.

Comment survivre à un confinement quand on dépend de son travail quotidien pour se nourrir ? Des articles de presse du monde entier rapportent que beaucoup de gens risquent de ne plus avoir accès aux denrées alimentaires.

Parallèlement, on estime que 1,4 milliard d'enfants ne vont plus à l'école car celle-ci a fermé. Ainsi, leur parcours scolaire est interrompu, certains enfants sont exposés à un risque accru de maltraitance et de nombreux enfants sont privés de leur principale source de nourriture.

Comme je l'ai souvent dit, la distanciation physique n'est qu'un élément de l'équation et beaucoup d'autres mesures de santé publique fondamentales doivent être mises en place.

Nous appelons aussi tous les pays qui appliquent des mesures de confinement à domicile à ne pas le faire aux dépens des droits humains.

Chaque gouvernement doit évaluer sa propre situation tout en protégeant ses citoyens, en particulier les plus vulnérables.

Pour aider les pays à prendre ces décisions, l'OMS publiera demain ses conseils stratégiques actualisés.

Cette nouvelle stratégie fait la synthèse de ce que nous avons appris et montre la voie à suivre. Elle propose six critères aux pays qui envisagent de lever les restrictions :

Premièrement, la transmission doit être maîtrisée.

Deuxièmement, le système de santé doit disposer de moyens pour détecter, tester, isoler et traiter chaque cas et pour rechercher chaque contact.

Troisièmement, les risques de flambée doivent être réduits autant que possible dans certains lieux particuliers, comme les établissements de santé et les maisons de retraite.

Quatrièmement, des mesures de prévention doivent être appliquées sur les lieux de travail, dans les établissements scolaires et dans les autres lieux essentiels pour la population.

Cinquièmement, les risques d'importation doivent être gérés.

Sixièmement, les populations doivent être formées, impliquées et dotées des moyens nécessaires pour s'adapter à la « nouvelle norme ».

Chaque pays doit mettre en oeuvre une série complète de mesures pour ralentir la transmission et sauver des vies afin que la transmission soit durablement faible voire nulle.

Les pays doivent trouver un équilibre entre les mesures de lutte contre les décès dus à la COVID-19 et contre ceux dus aux autres maladies en raison de la surcharge des systèmes de santé et des conséquences socioéconomiques.

Au fur et à mesure de sa propagation, la pandémie a eu de graves conséquences socioéconomiques et sur la santé publique et a touché de façon disproportionnée les personnes vulnérables. De nombreuses populations n'ont déjà plus accès aux services de santé essentiels.

Notre monde étant interconnecté, le risque de réintroduction et de résurgence de la maladie va persister.

En fin de compte, seules la mise au point et la mise à disposition d'un vaccin sûr et efficace permettront d'interrompre totalement la transmission.

Enfin, je tiens à remercier le Royaume-Uni de sa généreuse contribution de £200 millions pour la riposte mondiale à la COVID 19.

Nous apprécions énormément ce geste de solidarité mondiale.

Dans un éditorial publié la semaine dernière, les ministres du développement du Royaume-Uni, du Danemark, de l'Islande, de la Finlande, de l'Allemagne, de la Norvège et de la Suède appellent tous les pays à participer à cet effort commun.

Ils affirment que la seule possibilité est de s'unir pour combattre cette maladie.

Je suis tout à fait d'accord. La solution passe par la solidarité, au niveau national et au niveau mondial.

Remarques du directeur général de l'OMS le 15 avril

[...]

Nous regrettons la décision prise par le président des États-Unis d'ordonner la suspension du financement à l'Organisation mondiale de la santé.

Soutenue par la population et le gouvernement des États-Unis, l'OMS s'attèle à améliorer la santé de nombreuses personnes qui comptent parmi les plus démunies et les plus vulnérables de la planète.

L'OMS ne se contente pas de combattre la COVID-19. Nous travaillons également à des solutions pour la poliomyélite, la rougeole, le paludisme, Ebola, le VIH, la tuberculose, la malnutrition, le cancer, le diabète, la santé mentale et bien d'autres maladies et affections.

Nous oeuvrons aussi, aux côtés des pays, au renforcement des systèmes de santé et à l'amélioration de l'accès aux services de santé essentiels.

Nous examinons en ce moment l'incidence qu'un retrait du financement des États-Unis aurait sur notre action et nous chercherons, avec l'aide de nos partenaires, à combler les éventuels déficits financiers auxquels nous serions confrontés afin de veiller à ce que notre travail se poursuive sans interruption.

Nous maintenons un engagement total à promouvoir la santé et la science et à servir tous les habitants de cette planète sans crainte ni favoritisme.

Nous avons pour mission et pour mandat de travailler avec toutes les nations sur un pied d'égalité, peu importe la taille de leur population ou de leur économie.

La COVID-19 ne fait pas de distinction entre nations riches et pauvres, grandes et petites. Peu lui importent la nationalité, l'appartenance ethnique ou l'idéologie.

Il en va de même pour nous. Pour nous tous, l'heure est aujourd'hui à l'union dans un combat commun contre une menace commune, un dangereux ennemi.

Lorsque nous sommes divisés, le virus tire parti des failles qui nous séparent.

Nous sommes résolus à servir la population du monde entier et à rendre compte des moyens qui nous ont été confiés.

L'heure venue, les États membres de l'OMS et les organes indépendants établis pour en garantir la transparence et la responsabilité examineront la façon dont l'organisation a géré cette pandémie, comme le prévoient les procédures mises en place par ces mêmes États membres.

Il ne fait aucun doute que cet examen fera ressortir des domaines à améliorer et des enseignements à tirer pour chacun d'entre nous.

Mais pour le moment, notre priorité — ma priorité — est d'arrêter ce virus et de sauver des vies. L'OMS adresse sa reconnaissance aux nations, organisations et personnes qui, nombreuses, lui ont exprimé leur soutien et leur engagement ces derniers jours, notamment par une contribution financière.

Nous saluons cet élan de solidarité, car c'est bien elle qui dicte les règles du jeu pour vaincre la COVID-19.

L'OMS fait son travail.

Chaque jour, chaque minute qui passent, nous continuons d'étudier ce virus, de nombreux pays nous font part de ce qui fonctionne et nous partageons ces informations avec le monde entier.

Plus de 1,5 million de personnes sont inscrites aux formations en ligne de l'OMS sur OpenWHO.org, une plateforme que nous continuons de développer pour en former des millions d'autres et nous permettre de lutter effectivement contre la COVID.

Ainsi, nous avons lancé aujourd'hui une nouvelle formation destinée aux agents de santé sur la façon de mettre et de retirer les équipements de protection individuelle.

Chaque jour, nous rassemblons des milliers de cliniciens, d'épidémiologistes, de formateurs, de chercheurs, de techniciens de laboratoire, de spécialistes de la prévention des infections et d'autres personnes pour leur permettre de mettre en commun leurs connaissances sur la COVID-19.

Nos orientations techniques compilent les données probantes les plus à jour à l'usage des ministres de la santé, des agents de santé et des particuliers.

Hier, j'ai eu l'honneur de m'adresser aux chefs d'État et de gouvernement des 13 pays de l'ASEAN Plus Trois.

Entendre leurs expériences et leur engagement à oeuvrer ensemble à un avenir commun était particulièrement stimulant.

S'appuyant sur leur expérience du SRAS et de la grippe aviaire, ces pays ont mis en place des mesures et des systèmes qui les aident désormais à détecter la COVID-19 et à y riposter.

Nous poursuivons également notre travail avec des partenaires du monde entier pour accélérer la recherche et le développement.

C'est ainsi que plus de 90 pays ont rejoint l'essai Solidarity ou ont exprimé leur souhait de le faire et que plus de 900 patients y participent désormais afin d'évaluer l'innocuité et l'efficacité de quatre médicaments ou associations médicamenteuses.

Trois vaccins en sont d'ores et déjà au stade des essais cliniques et plus de 70 autres sont en développement. Du reste, nous collaborons avec les partenaires pour accélérer le développement, la production et la distribution de vaccins.

Outre l'essai Solidarity, je suis heureux d'annoncer que l'OMS a convoqué des groupes de cliniciens afin d'examiner l'action des corticostéroïdes et d'autres anti-inflammatoires sur l'issue du traitement.

Nous nous intéressons de façon spécifique à l'administration d'oxygène et aux stratégies de ventilation des patients. Toute intervention qui diminue le besoin de ventilation et améliore l'issue pour les patients dans un état critique est importante pour sauver des vies, en particulier là où les moyens sont limités.

La semaine dernière, j'ai annoncé la mise sur pied de l'équipe spéciale des Nations unies pour la chaîne d'approvisionnement, chargée de renforcer la capacité de distribution de matériel médical essentiel.

Hier, le premier vol de solidarité des Nations unies a décollé pour amener des équipements de protection individuelle, des ventilateurs et des fournitures de laboratoire à de nombreux pays d'Afrique.

Ce vol s'inscrit dans le cadre d'un vaste effort visant à expédier des fournitures médicales vitales vers 95 pays du monde entier, en association avec le Programme alimentaire mondiale et d'autres institutions, dont l'UNICEF, le Fonds mondial, Gavi, le département de l'appui opérationnel des Nations unies, UNITAID et d'autres.

Que ce soit par voie terrestre, maritime ou aérienne, le personnel de l'OMS travaille 24 heures sur 24 pour que, partout, les agents de santé et les communautés reçoivent leurs livraisons.

Je voudrais remercier l'Union africaine, les gouvernements des Émirats arabes unis et de l'Éthiopie, la Fondation Jack Ma et l'ensemble de nos partenaires pour la solidarité dont ils font preuve à l'égard des pays africains en cette période critique de notre histoire. Je voudrais également remercier pour leur leadership le président Ramaphosa et le président de la Commission de l'Union africaine, Moussa Faki.

Jusqu'à présent, 240 000 personnes et organisations ont versé près de 150 millions de dollars US au Fonds de riposte à la COVID-19.

Ce samedi, certains des plus grands noms de la scène musicale participeront au concert *One World : Together at Home* dont les bénéfices iront au Fonds de riposte.

Cependant, il ne s'agit pas seulement de recueillir des fonds, mais aussi de rassembler le monde, car nous ne formons qu'un seul monde, une seule humanité aux prises avec un ennemi commun. Je remercie Lady Gaga, Global Citizen et toutes les personnes qui collaborent pour que ce concert ait lieu.

Nous continuerons de travailler avec chaque pays et chaque partenaire pour servir les habitants de cette planète en mettant sans cesse la science, la recherche de solutions et la solidarité au cœur de nos efforts.

Depuis le début, l'OMS s'investit corps et âme dans le combat livré contre cette pandémie. Nous continuerons jusqu'au bout. Tel est l'engagement que nous prenons envers le monde entier.



À titre d'information

Mise à jour sur la pandémie mondiale, pour la semaine se terminant le 18 avril

Nombre de cas dans le monde

En date du 18 avril, les statistiques mondiales sur la pandémie de la COVID-19 selon Worldometer étaient :

- Nombre total de cas signalés : 2 287 323. C'est 526 739 de plus que le total déclaré le 11 avril de 1 760 584.
- Total des cas actifs : 1 544 017. C'est 286 462 de plus que le nombre signalé le 11 avril de 1 257 555.
- Dossiers clos : 743 306. C'est 233 509 de plus que le nombre signalé le 11 avril de 509 797.
- Décès : 157 468. C'est 55 983 de plus qu'au 11 avril, alors que le bilan était de 101 485.
- Rétablissements : 585 838. C'est 190 434 de plus qu'au 11 avril, alors que le nombre était de 395 404.

Il y a eu 86 496 nouveaux cas du 16 au 17 avril, ce qui est comparable à l'augmentation de cas en une journée du 9 au 10 avril de 94 625.

La maladie était présente dans 210 pays et territoires, de même que la semaine précédente. De ces cas, 79 pays ont eu moins de 100 cas, comparativement au 11 avril, alors que 83 pays avaient moins de 100 cas.

Les cinq pays ayant le nombre le plus élevé de cas le 18 avril sont mentionnés plus bas, ainsi que le nombre de cas et de décès par million de population, ce qui permet une comparaison plus directe entre pays, ainsi qu'entre les données de la semaine précédente en date du 11 avril :

États-Unis : 715 105 (613 375 actifs ; 63 841 rétablis ; 37 889 décès)

- 2 160 cas par million ; 114 décès par million

- 11 avril : 521 714 (473 070 actifs ; 28 580 rétablis ; 20 064 décès) et 1 519 cas par million d'habitants ; 57 décès par million d'habitants

Espagne : 191 726 (96 886 actifs ; 74 797 rétablis ; 20 043 décès)

- 4 101 cas par million ; 429 décès par million

- 11 avril : 158 273 (86 524 actifs ; 55 668 rétablis ; 16 801 décès) et 3 385 cas par million ; 344 décès par million

Italie : 175 925 (107 771 actifs ; 44 927 rétablis ; 23 227 décès)

- 2 910 cas par million ; 384 cas par million

- 11 avril : 147 577 (98 273 actifs ; 30 455 rétablis ; 18 849 décès) et 3 605 cas par million ; 302 décès par million

France : 147 969 (94 868 actifs ; 34 420 rétablis ; 18 681 décès)

- 2 267 cas par million ; 286 décès par million

- 11 avril : 124 869 (86 740 actifs ; 24 932 rétablis ; 13 197 décès) et 1 913 cas par million ; 202 décès par million

Allemagne : 142 569 (52 764 actifs ; 85 400 rétablis ; 4 405 décès)

- 1 702 cas par million ; 53 décès par million
- 11 avril : 122 171 (65 522 actifs ; 53 913 rétablis ; 2 736 décès) et 1 458 cas par million ; 33 décès par million

Les États-Unis sont de loin le pays avec le nombre le plus élevé de cas, ayant atteint ce triste sommet il y a environ un mois. L'Europe, dans l'ensemble, a environ la moitié des cas signalés mondialement avec environ 1 029 214 et demeure, dans l'ensemble, la région la plus atteinte.

Les cinq pays avec le plus grand nombre de cas recensés par région

En Europe en date du 18 avril, le cinquième pays avec le taux le plus élevé de cas signalés après les quatre précédents était le Royaume-Uni :

Royaume-Uni : 114 217 (98 409 actifs ; ND rétablis ; 15 464 décès)

- 1 682 cas par million ; 228 décès par million
- 11 avril : 73 758 (64 465 actifs ; 344 rétablis ; 8 958 décès)
- 1 086 cas par million ; 132 décès par million

Au-delà des pays ayant le taux le plus élevé de cas signalés, d'autres statistiques montrant le taux d'infection et de décès relativement à la population indiquent que la Belgique, un pays de 11,46 millions d'habitants, comptait en date du 11 avril 3208 cas par million et 475 décès par million. La Suisse, avec 8,65 millions d'habitants, est aussi l'un des pays européens ayant le taux d'infection et de décès le plus élevé.

Cette semaine, l'Autriche est devenue un des premiers pays européens à relâcher ses mesures de prévention. Selon les agences de nouvelles, avec la stabilisation du nombre de nouvelles infections, des milliers de boutiques au pays ont ouvert leurs portes le 14 avril après un mois de confinement. De petites entreprises ainsi que des quincailleries et des magasins de jardinage sont autorisés à ouvrir leurs portes « mais les clients doivent porter des masques et maintenir une distance sociale ». Les centres commerciaux, les magasins à grande surface et les coiffeurs doivent ouvrir le 1er mai, tandis que les restaurants et hôtels pourraient reprendre progressivement à partir de la mi-mai, a signalé le chancelier Sebastian Kurz. Le confinement modifié de l'Autriche est en place depuis la fin d'avril. Le nombre de cas actifs en Autriche en atteint un sommet le 3 avril avec 9 334 cas et en date du 11 avril 14 595 cas.

En Espagne, où le nombre de cas actifs aurait presque plafonné, le premier ministre Pedro Sanchez, a autorisé le 13 avril certains travailleurs à retourner au travail, tandis que la police et la Croix rouge distribuaient des masques aux usagers des métros. Seulement quelques passagers sont présents dans le transport en commun habituellement bondé de Madrid, selon les agences de nouvelles. « Certains ouvriers d'usine et de l'industrie de la construction ont été autorisés à retourner au travail alors que le gouvernement espagnol tente de redémarrer l'industrie manufacturière », dit-on. Les commerces et les services sont toujours tenus de rester fermés et les cols blancs doivent toujours travailler à partir de la maison. « Les experts ont fait une mise en garde sur les nombreuses compagnies qui n'ont pas accès à suffisamment d'équipement pour protéger les employés », rapporte-t-on. Les boutiques, les brasseries et les espaces publics doivent rester fermés au moins jusqu'au 26 avril.

En Italie, le gouvernement aurait décidé d'adoucir les restrictions — tout en exigeant la même distanciation sociale et les mêmes mesures d'hygiène — après avoir constaté une réduction du nombre d'infections au jour le jour, qui a atteint 6 557 cas le 21 mars et qui maintenant n'atteint pas tout à fait le 3 000. Le pays est officiellement en confinement national jusqu'au 4 mai, mais les agences de nouvelles rapportent que les librairies, les magasins d'articles de bureau et les boutiques de vêtements de poupons ont été autorisés à rouvrir à titre d'essai le 14 avril. Certains dirigeants régionaux ont toutefois décidé de maintenir la fermeture des librairies et des magasins

d'articles de bureau, y compris dans les régions au nord telles la Lombardie et le Piedmont qui ont été durement touchées.

En France, où le taux d'infections quotidiennes n'a pas encore atteint son sommet, le président Emmanuel Macron a signalé le 13 avril que le confinement du pays pourrait être prolongé jusqu'au 11 mai, disant : « Il y a de l'espoir, mais rien n'est gagné pour l'instant [...] l'épidémie n'est pas sous contrôle ». En date du 11 mai, les garderies, les écoles, collèges et lycées seront « ouverts progressivement » en tant que priorité, a-t-il dit. Cependant, les restaurants, cafés, hôtels, musées et sites culturels doivent rester fermés et les grands festivals et événements seront autorisés après la mi-juillet.

En Scandinavie, le Danemark a rouvert ses garderies et les écoles de la première à la cinquième année le 15 avril. Le nombre de cas actifs au Danemark a atteint un sommet le 10 avril à 3 799. Le taux de nouveaux cas quotidiens est inférieur à 200 depuis le 10 avril, en baisse comparativement à 390 en date du 7 avril.

En revanche, le 16 avril la Grande-Bretagne a prolongé sa période de confinement de trois semaines, soit jusqu'au 7 mai. Les gens doivent rester à la maison sauf pour magasiner pour des nécessités essentielles ou médicales. Ils ont le droit de s'exercer en public une fois par jour, et peuvent aller travailler s'ils ne peuvent le faire de la maison.

La Commission européenne a appelé les pays de l'UE à coordonner les plans de sortie du coronavirus afin d'éviter une réactivation du virus. Le ministre des Affaires étrangères de l'Allemagne Heiko Maas propose qu'une application de cellulaire soit utilisée partout en Union européenne pour aider les pays membres à coordonner quand et comment lever les directives de confinement et de veiller à des mesures sécuritaires partout.

« Il est important que nous ne nous retrouvions avec un méli-mélo de 27 applications pour le coronavirus et 27 systèmes de protection des données, mais coordonnez du mieux que vous le pouvez », a dit Maas en entrevue le 14 avril avec le groupe médiatique Funke. Il a dit qu'une telle application contribuerait à lever les interdictions de voyage et les fermetures de frontières partout en UE tout en protégeant la vie privée.

En Eurasie le 17 avril :

Turquie : 78 546 (68 146 actifs ; 8 631 rétablis ; 1 769 décès)

- 931 cas par million ; 21 décès par million

- 10 avril : 42 282 (39 232 actifs ; 2 142 rétablis ; 908 décès) et 501 cas par million ; 11 décès par million

Russie : 32 008 (29 145 actifs ; 2 590 rétablis ; 273 décès)

- 219 cas par million ; 2 décès par million

- 10 avril : 11 917 (11 028 actifs ; 795 rétablis ; 94 décès) et 82 cas par million ; 0,6 décès par million

Kazakhstan : 1 546 (1 182 actifs ; 258 rétablis ; 5 décès)

- 82 cas par million ; 0,9 décès par million

- 10 avril : 764 (697 actifs ; 60 rétablis ; 7 décès) et 43 cas par million ; 0,5 décès par million

Azerbaïdjan : 1 340 (1 064 actifs ; 174 rétablis ; 66 décès)

- 132 cas par million ; 1 décès par million

- 10 avril : 991 (822 actifs ; 159 rétablis ; 10 décès) et 98 cas par million ; 1 décès par million

Arménie : 1 201 (780 actifs ; 402 rétablis ; 19 décès)

- 405 cas par million ; 6 décès par million

- 10 avril : 937 (776 actifs ; 149 rétablis ; 12 décès) et 316 cas par million ; 4 décès par million

Le nombre de cas en Turquie a considérablement augmenté au cours de la dernière semaine et le nombre total de cas signalés se rapproche maintenant de celui de l'Iran et de la Chine, deux pays parmi ceux où les cas sont les plus nombreux. Le 16 avril, la Turquie a signalé 4801 cas au cours des dernières 24 heures, le deuxième plus élevé au monde, dépassé uniquement par les États-Unis avec 5603 au cours de la même période.

Sinan Adiyaman, chef de l'Association médicale turque (TBB), a averti que, contrairement aux affirmations du ministère turc de la Santé selon lesquelles le taux d'infection se stabilisait, l'ampleur de l'épidémie restait floue, car les tests de diagnostic n'avaient qu'une précision de 55 à 60 % et que de nombreux patients décédés des symptômes de la COVID-19 avaient été exclus du nombre de décès.

« Nous recevons des informations basées sur les observations de nos membres à travers le pays selon lesquelles les chiffres des cas et des décès sont beaucoup plus élevés », a déclaré Adiyaman.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré le 14 avril que les éclosions se multipliaient en Grande-Bretagne et en Turquie.

« En fait, les prévisions de l'OMS sont plus précises pour la Turquie. Parce qu'il est trop tôt pour dire que nous avons pris le contrôle, même si les professionnels de la santé travaillent avec grand dévouement », a déclaré Adiyaman.

En Asie de l'Ouest le 17 avril :

Iran : 79 494 (20 472 actifs ; 54 064 rétablis ; 4 958 décès)

- 946 cas par million ; 59 décès par million

- 10 avril : 68 192 (28 495 actifs ; 35 465 rétablis ; 4 232 décès) et 812 cas par million ; 50 décès par million

Israël : 12 982 (9 705 actifs ; 3 126 rétablis ; 151 décès)

- 1 500 cas par million ; 17 décès par million

- 10 avril : 9 968 (8 871 actifs ; 1 011 rétablis ; 86 décès) et 1 166 cas par million ; 11 décès par million

Arabie saoudite : 7 142 (6 006 actifs ; 1 049 rétablis ; 87 décès)

- 205 cas par million ; 2 décès par million

- 10 avril : 3 287 (1 663 actifs ; 351 rétablis ; 25 décès) et 105 cas par million ; 1 décès par million

Émirats arabes unis : 5 825 (4 695 actifs ; 1 095 rétablis ; 35 décès)

- 589 cas par million ; 4 décès par million

- 10 avril : 2 659 (2 408 actifs ; 239 rétablis ; 12 décès) et 302 cas par million ; 1 décès par million

Qatar : 4 663 cas (4 192 actifs ; 464 rétablis ; 7 décès)

- 1 619 cas par million ; 2 décès par million

- 10 avril : 2 376 (2 164 actifs ; 206 rétablis ; 6 décès) et 872 cas par million ; 2 décès par million

En Asie du Sud le 17 avril :

Inde : 13 385 (11 606 actifs ; 1 777 rétablis ; 452 décès)

- 10 cas par million ; 0,3 décès par million

- 10 avril : 6 725 (5 879 actifs ; 620 rétablis ; 226 décès) et 5 cas par million ; 0,2 cas par million

Pakistan : 7 025 (5 125 actifs ; 1 765 rétablis ; 135 décès)

- 32 cas par million ; 0,6 décès par million
- 10 avril : 6 495 (5 702 actifs ; 727 rétablis ; 66 décès) et 29 cas par million ; 0,3 décès par million

Bangladesh : 1 838 (1 705 actifs ; 58 rétablis ; 75 décès)

- 11 cas par million ; 0,5 décès par million
- 10 avril : 424 (364 actifs ; 33 rétablis ; 27 décès) et 3 cas par million ; 0,2 décès par million

Afghanistan : 906 (777 actifs ; 99 rétablis ; 30 décès)

- 23 cas par million ; 0,8 décès par million
- 10 avril : 521 (474 actifs ; 32 rétablis ; 15 décès) et 13 cas par million ; 0,4 décès par million

Sri Lanka : 244 (160 actifs ; 77 ; 7 décès)

- 11 cas par million ; 0,3 décès par million
- 10 avril : 190 (129 actifs ; 54 rétablis ; 7 décès) et 9 cas par million ; 0,1 décès par million

En Asie du Sud-Est le 17 avril :

Indonésie : 5 923 (4 796 actifs ; 607 rétablis ; 520 décès)

- 22 cas par million ; 2 décès par million
- 10 avril : 3 293 (2 761 actifs ; 252 rétablis ; 280 décès) et 13 cas par million ; 1 décès par million

Philippines : 5 878 (5 004 actifs ; 487 rétablis ; 387 décès)

- 54 cas par million ; 4 décès par million
- 17 avril : 4 076 (3 749 actifs ; 124 rétablis ; 203 décès) et 38 cas par million ; 2 décès par million

Malaisie : 5 251 (2 198 actifs ; 2 967 rétablis ; 86 décès)

- 162 cas par million ; 3 décès par million
- 10 avril : 4 346 (2 446 actifs ; 1 830 rétablis ; 70 décès) et 134 cas par million ; 2 décès par million

Singapour : 5 050 (4 331 actifs ; 708 rétablis ; 11 décès)

- 863 cas par million ; 2 décès par million
- 10 avril : 2 108 (1 444 actifs ; 492 rétablis ; 7 décès) et 360 cas par million ; 1 décès par million

Thaïlande : 2 700 (964 actifs ; 1 689 rétablis ; 47 décès)

- 39 cas par million ; 0,7 décès par million
- 17 avril : 2 473 (1 427 actifs ; 1 013 rétablis ; 33 décès) et 35 cas par million ; 0,5 décès par million

L'Indonésie a connu une augmentation relativement forte des infections à la COVID-19, dépassant les Philippines et la Malaisie au cours de la semaine dernière pour avoir maintenant le plus de cas dans la région. Reuters a rapporté que le 17 avril « un responsable indonésien a déclaré que le nombre de cas pourrait atteindre 106 000 d'ici juillet et fait suite aux critiques selon lesquelles un faible taux de dépistage a masqué l'étendue de la propagation du virus.

« L'Indonésie a accéléré les tests et Achmad Yurianto, un responsable du ministère de la Santé, a déclaré le [17 avril] que 42 000 tests avaient été effectués, soit environ trois fois plus en deux semaines.

« 'La transmission est toujours en cours. C'est devenu un désastre national', a déclaré Yurianto lors d'une émission télévisée [...] »

NPR rapporte que « l'Indonésie, qui est le quatrième pays le plus peuplé du monde, n'a confirmé ses premiers cas que le 2 mars. Depuis lors, les cas ont connu une croissance exponentielle et quotidienne, s'étendant à l'ensemble des 34 provinces d'un archipel de quelque 17 000 îles. Pourtant, les premières ordonnances de confinement n'ont été émises que plus d'un mois plus tard,

et les restrictions ne s'appliquaient qu'à la région de la capitale de Jakarta et à sa population d'environ 30 millions d'habitants.

« Cette semaine, le président Joko Widodo a étendu les restrictions à d'autres parties du pays. Il a également conseillé au public de rester à la maison pendant le mois sacré musulman du Ramadan, qui commence plus tard en avril. [...] 19,5 millions de personnes environ ont voyagé pour les fêtes de l'Aïd al-Fitr marquant la fin du Ramadan l'année dernière, selon Bloomberg News. »

Singapour, qui au début de la pandémie était considérée comme un pays modèle pour endiguer l'épidémie, a vu une augmentation rapide des cas depuis le 10 avril. Elle a enregistré un nombre record de nouveaux cas le 16 avril avec 728, alors que le taux quotidien de nouveaux cas était inférieur à 100 jusqu'au 4 avril. La grande majorité des nouveaux cas concernent des travailleurs étrangers qui vivent dans des conditions de vie exiguës et insalubres. Selon les données publiées par le ministère singapourien de la Main-d'oeuvre en 2019, le pays comptait 1 399 600 travailleurs étrangers, soit près de 25 % sur une population totale de 5,7 millions d'habitants.

Le 22 mars, le groupe Transient Workers Count Too a averti que les pratiques des employeurs rendaient les travailleurs étrangers vulnérables à l'infection. Le groupe a déclaré :

« Avec la COVID-19 qui devrait maintenant être un danger pendant encore plusieurs mois, la préparation à divers scénarios est essentielle. Une possibilité est qu'une éclosion du virus éclate dans un dortoir de travailleurs étrangers.

[...]

« Actuellement, les travailleurs étrangers sont hébergés de 12 à 20 hommes par pièce dans des lits à deux étages. Ils sont transportés pour travailler à l'arrière de camions assis côte à côte. Aucune de ces conditions n'est conforme à l'éloignement social.

« Le risque d'une nouvelle propagation au sein de ce groupe reste indéniable. »

Le groupe a également indiqué que certains employeurs infligent de lourdes amendes si les travailleurs ne se présentent pas au travail, tandis que d'autres refusent d'accorder des congés de plus d'un ou deux jours pour des raisons médicales.

The Guardian a rapporté le 17 avril que « Neuf dortoirs, dont le plus grand contient 24 000 hommes, ont été déclarés unités d'isolement par les autorités, tandis que tous les autres bâtiments abritant les 300 000 travailleurs [de la construction] de la ville-État ont été placés sous confinement effectif. Les restrictions, une tentative de réduire la transmission, ont laissé les dortoirs encore plus encombrés que d'habitude, car seuls les travailleurs essentiels sont autorisés à partir. »

Concernant les conditions de vie, *The Guardian* rapporte que « Pendant que les migrants recevaient de la nourriture pour ne pas utiliser de cuisines partagées, la qualité des repas était médiocre et manquait de nutrition. Dans certains cas, 100 hommes partageaient cinq toilettes et cinq douches ».

Mohan Dutta, professeur à l'Université Massey en Nouvelle-Zélande, qui a interviewé 45 travailleurs migrants à Singapour depuis le début de l'épidémie, a déclaré que beaucoup craignaient qu'une épidémie soit inévitable en raison des conditions. « Les participants m'ont dit que même jusqu'à lundi [13 avril], ils n'avaient pas accès au savon et aux produits de nettoyage adéquats », a-t-il dit.

En Asie de l'Est le 17 avril :

Chine : 82 692 (116 actifs ; 77 944 rétablis ; 4 632 décès)

- 57 cas par million ; 3 décès par million

- 10 avril : 81 907 (1 160 actifs ; 77 370 rétablis ; 3 335 décès) et 57 cas par million ; 2 décès par million

Corée du Sud : 10 635 (2 576 actifs ; 7 829 rétablis ; 230 décès)

- 207 cas par million ; 4 décès par million

- 10 avril : 10 450 (3 125 actifs ; 7 117 rétablis ; 208 décès) et 204 cas par million ; 4 décès par million

Japon : 9 231 (8 106 actifs ; 935 rétablis ; 190 décès)

- 73 cas par million ; 2 décès par million

- 10 avril : 5 530 (4 746 actifs ; 685 rétablis ; 99 décès) et 44 cas par million ; 0,8 décès par million

Taïwan : 395 (223 actifs ; 166 rétablis ; 6 décès)

- 17 cas par million ; 0,3 décès par million

- 10 avril : 382 (285 actifs ; 91 rétablis ; 6 décès) et 16 cas par million ; 0,3 décès par million

Le 17 avril, la province chinoise du Hubei a publié un « Avis sur la correction du nombre de nouveaux cas de pneumonie coronarienne diagnostiqués et du nombre de décès diagnostiqués à Wuhan » dans lequel elle a signalé 1 290 décès supplémentaires qui n'avaient pas été précédemment comptés et signalés, ce qui porte le nombre total de décès à Wuhan de 2 579 à 3 869, soit une augmentation de 50 %, à la suite d'une révision par le Wuhan New Coronary Pneumonia Epidemic Prevention and Control. Dans le cadre de cette révision, 325 cas supplémentaires à Wuhan ont également été ajoutés. Par ailleurs, la Commission nationale chinoise de la santé (NHC) a signalé 26 nouveaux cas (et aucun décès) dans son rapport quotidien.

Le Japon fait exception à la tendance générale d'un nombre très limité de nouveaux cas en Asie de l'Est. Le nombre de cas au Japon a presque doublé au cours de la semaine dernière, tandis que le premier ministre Shinzo Abe a déclaré l'état d'urgence dans tout le pays du 16 avril au moins jusqu'au 6 mai, prolongé par rapport au 8 avril, date à laquelle l'état d'urgence a été déclaré dans six des 47 préfectures. Yasutoshi Nishimura, le ministre chargé des mesures d'urgence au Japon, a déclaré que le prolongement de l'état d'urgence à l'ensemble du pays était « nécessaire » avant les vacances de la Golden Week, qui commencent fin avril. Il s'agit de quatre jours fériés nationaux qui tombent en l'espace de sept jours, dont le dernier est le 6 mai.

Le 17 avril, le gouvernement a annoncé qu'il offrirait un paiement en espèces de 100 000 yens (930 \$ US) à chaque résident. Le ministre des Finances Taro Aso a déclaré que le gouvernement espérait commencer les paiements en mai.

Deutsche Welle a rapporté le 15 avril que « neuf des 47 préfectures du Japon sont sur le point de remplir tous les lits d'hôpitaux d'urgence réservés aux cas de coronavirus, selon la chaîne de télévision nationale NHK, dont celles de Tokyo, Osaka, Hyogo et Fukuoka [...] ».

« Le gouvernement de la ville d'Osaka a lancé [le 14 avril] un appel aux résidents pour qu'ils donnent des manteaux imperméables aux hôpitaux alors que les travailleurs de la santé manquent de vêtements de protection, une indication que le coronavirus se propage plus rapidement que prévu et suscite de nouvelles critiques à l'encontre du gouvernement central [...] Le maire d'Osaka, Ichiro Matsui, a déclaré que les médecins et les infirmières d'un certain nombre d'hôpitaux sont obligés de porter des sacs poubelles lorsqu'ils traitent les patients. La ville a demandé des dons d'imperméables non utilisés et a demandé aux fabricants locaux de vêtements similaires d'augmenter la production. et vendre du matériel à la ville à des prix équitables. »

En Amérique du Nord le 18 avril :

États-Unis : 715 105 (613 375 actifs ; 63 841 rétablis ; 37 889 décès)

- 2 160 cas par million ; 114 décès par million

- 11 avril : 521 714 (473 070 actifs ; 28 580 rétablis ; 20 064 décès) et 1 519 cas par million d'habitants ; 57 décès par million d'habitants

Canada : 32 412 (20 523 actifs ; 10 543 rétablis ; 1 346 décès)

- 859 cas par million ; 36 décès par million

- 11 avril : 22 148 (15 566 actifs ; 6 013 rétablis ; 569 décès) et 587 cas par million ; 15 décès par million

Mexique : 6 875 (4 204 actifs ; 2 125 rétablis ; 546 décès)

- 53 cas par million ; 4 décès par million

- 11 avril : 3 441 (2 614 actifs ; 633 rétablis ; 194 décès) et 27 cas par million ; 2 décès par million

Malgré les niveaux terribles d'infection et de décès aux États-Unis, des licenciements massifs ont lieu dans le système médical, en raison de la recherche du profit privé sur lequel le système est basé. Le New York Times a rapporté le 3 avril : « Alors que les hôpitaux à travers le pays se préparent à un assaut de patients atteints du coronavirus, les médecins, les infirmières et autres travailleurs de la santé - même dans les points chauds émergents - sont mis en congé, réaffectés ou informés qu'ils doivent accepter une réduction de salaire.

« Les suppressions d'emplois, qui s'étendent du Massachusetts au Nevada, sont un problème nouveau et peut-être urgent pour un système de santé axé sur les entreprises dont les hôpitaux doivent générer des revenus même en cas de crise nationale. Les hôpitaux, grands et petits, ont annulé de nombreux services facultatifs - souvent sous les ordres du gouvernement de l'État - alors qu'ils se préparent au virus, les revenus chutent.

« Cela a eu comme conséquence d'écarter les travailleurs de la santé formés, même dans les régions de Détroit et de Washington, où les taux d'infection grimpent, et même lorsque les hôpitaux durement touchés demandent de l'aide.

[...]

« [L]e ministère des Anciens Combattants se démène pour embaucher des travailleurs de la santé pour ses hôpitaux gérés par le gouvernement, en particulier à la Nouvelle-Orléans et à Détroit, où de nombreux membres du personnel sont tombés malades. Le ministère a demandé une dérogation fédérale pour embaucher des travailleurs médicaux à la retraite pour renforcer les effectifs.

« Mais même si certains hôpitaux s'efforcent de gérer l'afflux de patients atteints de coronavirus, les lits d'hôpitaux vides ailleurs apportent leur propre fardeau.

[...]

« Dans des dizaines d'États, les gouverneurs ont émis des décrets ou des directives contraignant les hôpitaux à interrompre les procédures et les chirurgies non urgentes à divers degrés. Le mois dernier, le chirurgien général des États-Unis, le Dr Jerome M. Adams, a également imploré les hôpitaux d'arrêter les interventions non urgentes.

« Cela a fait que de nombreux réseaux de la santé ont du mal à survivre. »

USA Today a rapporté le 2 avril que « d'ici juin, environ 60 000 pratiques familiales fermeront ou diminueront considérablement, et 800 000 de leurs employés seront licenciés, mis en congé ou

verront leurs heures réduites, car ils constatent une baisse d'activité pendant la pandémie du coronavirus, selon un rapport publié par Health Landscape et l'Académie américaine des médecins de famille [2 avril].

« Cela représente 43 % du quelque 1,9 million de personnes employées dans les cabinets de médecine familiale, notamment les réceptionnistes, les assistants médicaux, les infirmières, les médecins, le personnel de facturation et les concierges.

« Le chiffre n'inclut pas les réductions dans les hôpitaux et les cliniques spécialisées qui ressentent également le contrecoup. »

Le *Washington Post* a rapporté le 9 avril que « les travailleurs de première ligne restants sont confrontés à des heures de travail plus longues, et certains ont vu leur salaire et leurs avantages sociaux diminuer.

« Pour les hôpitaux déjà en mauvaise santé financière avant l'épidémie, la perte de revenus a soulevé des doutes quant à leur capacité à continuer à traiter les patients.

[...]

« Ces expériences reflètent les pertes subies par l'ensemble du réseau de soins de santé en raison de l'annulation des procédures non essentielles, selon les analystes. Un réseau hospitalier typique avec 1 000 lits et la capacité d'effectuer des chirurgies ambulatoires devrait perdre environ 140 millions de dollars - la moitié de ses revenus d'exploitation. - sur une période de trois mois, rapporte le Conseil consultatif, un cabinet de consultants, cette semaine.

« 'Ce qui a exacerbé les problèmes est la nécessité de financer l'achat d'équipements supplémentaires pour protéger le personnel et se préparer aux patients atteints du coronavirus.

« Les établissements ont dépensé des sommes importantes pour créer des chambres à pression d'air négative, de sorte que les patients infectés peuvent être efficacement isolés de ceux qui n'ont pas contracté le virus. Beaucoup ont également mis en place des cliniques de service au volant et des installations de tentes, épuisant encore plus leurs coffres, a dit [l'inspecteur général du ministère de la Santé et des Services sociaux dans un rapport en date du 3 avril].

[...]

« Dans le cadre du plan de relance promulgué le mois dernier, le gouvernement fédéral a alloué 100 milliards de dollars aux hôpitaux et à d'autres prestataires de soins de santé pour aider à compenser la perte de revenus, payer la construction d'installations temporaires et de rénovations et acheter du matériel et des fournitures.

« Mais les dirigeants et les analystes des soins de santé doutent que cela suffise. Ce montant de 100 milliards de dollars équivaut à peu près aux revenus totaux de l'industrie hospitalière par mois, selon le Conseil consultatif. Les hôpitaux prévoient traiter les patients de la COVID-19 pendant plusieurs mois à venir. »

En Amérique centrale et dans les Caraïbes, au 17 avril :

Panama : 4 016 (3 809 actifs, 98 rétablis, 109 décès)

- 931 cas par million : 25 décès par million

- 10 avril : 2 752 (2 670 actifs, 16 rétablis, 66 décès) et 638 cas par million ; 15 décès par million

République dominicaine : 3 755 (3 344 actifs, 215 rétablis, 196 décès)

- 346 cas par million : 18 décès par million

- 10 avril : 2 620 (2 396 actifs, 98 rétablis, 126 décès) et 242 cas par million ; 12 décès par million

Cuba : 862 (664 actifs, 171 rétablis, 27 décès)

- 76 cas par million : 2 décès par million

- 10 avril : 565 (498 actifs, 51 rétablis, 15 décès) et 50 cas par million ; 1 décès par million

Costa Rica : 642 (564 actifs, 74 rétablis, 4 décès)

- 126 cas par million : 0,8 décès par million

- 10 avril : 539 (506 actifs, 30 rétablis, 3 décès) et 106 cas par million ; 0,6 décès par million

Honduras : 442 (391 actifs, 10 rétablis, 41 décès)

- 45 cas par million : 4 décès par million

- 10 avril : 382 (352 actifs, 7 rétablis, 23 décès) et 39 cas par million ; 2 décès par million

Cuba compte désormais 21 brigades médicales, composées de quelque 1 200 personnes, qui contribuent aux efforts de lutte contre la pandémie dans 20 pays d'Europe, d'Afrique, du Moyen-Orient, d'Amérique latine et des Caraïbes. En même temps, le blocus américain continue de nuire à la capacité de Cuba de veiller au bien-être de son peuple. Le directeur général pour l'Amérique latine et les Caraïbes du ministre cubain des Relations extérieures, Eugenio Martínez Enríquez, a indiqué sur son compte Twitter officiel que l'entreprise étasunienne Vyaire Medical Inc a acheté IMT Medical and Acutronic, le fournisseur de ventilateurs à Cuba, et a annoncé la suspension de ses liens avec Cuba, parce que « le guide d'affaires que nous avons aujourd'hui demande la suspension de toutes les relations commerciales avec Medicuba ».

Le vice-président de Medicuba, Luis Silva, a dit que Cuba a essayé de se procurer des médicaments et des fournitures auprès de 60 firmes des États-Unis, dont deux seulement ont répondu, notamment Bayer, avec lequel une entente signée n'a pas pu être mise en oeuvre à cause de l'interdiction émise par le département du Trésor américain, sous prétexte que, supposément, le permis d'exécution de l'entente avait expiré.

Le 1er avril, l'ambassadeur de Cuba en Chine, Carlos Miguel Pereira, a dénoncé le fait que le blocus a empêché l'entreprise chinoise Alibaba de faire parvenir de l'aide humanitaire à Cuba pour lutter contre la COVID-19. Le 22 mars, Jack Ma, le fondateur d'Alibaba et de la fondation qui porte son nom, a annoncé que deux millions de masques, 400 000 trousseaux de diagnostics rapides et 104 respirateurs, allaient être envoyés, en plus d'équipement comme des gants et des combinaisons protectrices dans 24 pays de l'Amérique latine, dont Cuba. Cependant, comme l'a mentionné l'ambassadeur Pereira, la compagnie américaine de transport américaine a refusé d'honorer le contrat à la dernière minute, donnant comme raison que la réglementation qui fait partie du blocus économique, commercial et financier impose au pays destinataire, lui interdisait de le faire.

Les Cubains n'ont pas oublié qu'en 1981, une épidémie de dengue hémorragique a frappé Cuba, que celle-ci a été attribuée à la guerre biologique menée par les États-Unis et qui a tué 158 personnes, dont 101 enfants. L'impossibilité d'acquérir de l'équipement de fumigation des États-Unis dans le temps requis a retardé le moment où la maladie a été contrôlée, ce qui a augmenté de beaucoup le nombre de cas et de décès.

Le fait que le blocus continue de mettre en péril des vies cubaines, surtout en pleine pandémie mondiale, illustre le caractère criminel et génocidaire du blocus des États-Unis et l'urgence d'y mettre fin immédiatement.

À cet égard, les pays de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) ont été convoqués par la Barbade à une conférence vidéo le 15 avril pendant laquelle ils ont demandé que les sanctions des États-Unis contre le Venezuela et Cuba soient levées, disant que « tous les pays doivent faire partie

de l'effort mondial pour combattre la COVID-19 ». CARICOM a aussi condamné la décision des États-Unis de suspendre leur financement de l'OMS. « Il est malheureux que les ressources de l'OMS soient menacées, en ces moments qui requièrent que nous soyons unis pour mener la lutte contre la pandémie. »

La rencontre a aussi abordé la question de la situation de la santé, de la sécurité alimentaire et de la protection des personnes âgées face à la maladie dans la région. En général, « la région a très bien répondu à la pandémie », a déclaré à la rencontre le directeur général de l'Agence de santé publique des Caraïbes, le docteur Joy St. John. Selon le docteur St. John, l'application rapide de mesures dans la région a aidé à contenir le coronavirus. Mais une approche plus coordonnée est nécessaire pour aborder la prochaine phase de la pandémie.

CARICOM va examiner un protocole qui a été proposé pour la réouverture des frontières. Une fois que la décision est prise, tous les États membres vont adhérer en même temps à cette proposition. Les pays se sont aussi entendus pour que le transport interrégional de personnes et de biens par air et par mer soit examiné, en particulier les opérations des transporteurs aériens régionaux.

En Amérique du Sud, au 17 avril :

Brésil : 30 891 (14 913 actifs ; 14 026 rétablis ; 1 954 décès)

- 145 cas par million ; 9 décès par million

- 10 avril : 18 397 (17 250 actifs ; 173 rétablis ; 974 décès) et 87 cas par million ; 5 décès par million

Pérou : 12 491 (6 097 actifs ; 6 120 rétablis ; 274 décès)

- 379 cas par million ; 8 décès par million

- 10 avril : 5 897 (4 159 actifs ; 1 569 rétablis ; 169 décès) et 179 cas par million ; 5 décès par million

Chili : 8 807 (5 403 actifs ; 3 299 rétablis ; 105 décès)

- 461 cas par million ; 5 décès par million

- 10 avril : 6 501 (4 865 actifs ; 1 571 rétablis ; 65 décès) et 340 cas par million ; 3 décès par million

Équateur : 8 225 (6 984 actifs ; 838 rétablis ; 403 décès)

- 466 cas par million ; 23 décès par million

- 10 avril : 7 161 (4 354 actifs ; 339 rétablis ; 272 décès) et 406 cas par million ; 17 décès par million

Colombie : 3 233 (2 539 actifs ; 550 rétablis ; 144 décès)

- 64 cas par million ; 3 décès par million

- 10 avril : 2 223 (1 980 actifs ; 174 rétablis ; 69 décès) et 44 cas par million ; 1 décès par million

Il y a eu une forte augmentation du nombre de cas au Pérou au cours de la semaine dernière, ce qui en fait le deuxième plus grand nombre de cas dans la région, supplantant l'Équateur, où malgré une augmentation relativement faible du nombre de cas la semaine dernière, le nombre de cas actifs et de décès continue d'augmenter. L'Équateur a de loin le taux de décès par million le plus élevé de la région, soit 23. Ce nombre reflète les rapports officiels qui, pendant des semaines, ont été largement considérés comme une sous-estimation flagrante, étant donné l'effondrement des hôpitaux et des services funéraires dans les régions durement frappées comme la ville portuaire de Guayaquil, dans la province de Guayas, où des corps sont restés pendant des jours dans les maisons où des personnes sont décédées.

On rapportait cette semaine que dans la province de Guayas, plus de 5 000 décès pourraient être

liés à la COVID-19. Au cours des deux premières semaines d'avril, les chiffres du gouvernement indiquaient que 6 700 personnes étaient décédées dans la province.

En réfutant les chiffres officiels qui continuent d'être rapportés, la mairesse de Guayaquil, Cynthia Viteri, a dit que les patients continuent de mourir sans jamais avoir été testés, et qu'il n'y a pas d'espace, de temps ou de ressources pour pouvoir faire d'autres tests et déterminer s'ils sont morts ou non du coronavirus. Elle a également indiqué qu'en mars, il y avait 1500 décès de plus dans la ville que pendant la même période en 2019.

Un autre fait alarmant est que 70 médecins auraient succombé au virus en Équateur.

Sous le gouvernement de Lénine Moreno, le système de santé de l'Équateur a été soumis à des coupes budgétaires et à des privatisations draconiennes, le budget de la santé pour 2019 ayant été réduit de 36 % par rapport à 2018. En outre, le programme qui a reçu le plus grand « investissement » était un secteur dédié à une restructuration des services de santé en se débarrassant des employés du système public. Cette initiative de privatisation a dépassé les investissements dans les infrastructures et l'entretien des équipements dont le système avait grandement besoin, contribuant à la catastrophe dont nous sommes témoins aujourd'hui.

Comme si cela ne suffisait pas, le gouvernement Moreno a jugé bon de verser 324 millions de dollars américains sur la dette extérieure du pays au milieu de la pandémie plutôt que d'investir dans son système de santé affaibli et ainsi sauver des vies.

La sous-déclaration des cas et des décès n'est pas unique à l'Équateur, elle est caractéristique d'autres pays de la région dominés par des gouvernements néolibéraux, dont beaucoup ont été amenés au pouvoir par des coups d'État d'un type ou un autre soutenus par l'étranger pour démanteler les services publics existants, comme dans le cas du Brésil et de la Bolivie. D'autres sont maintenus au pouvoir avec un soutien étranger pour consolider les systèmes privatisés traditionnels de soins de santé, d'éducation et autres par la corruption et la force, comme au Chili et en Colombie.

Dans beaucoup de ces pays, les médecins et les infirmières ont organisé des manifestations publiques contre le manque d'ÉPI, même de base, et d'autres ressources qui font gravement défaut pour pouvoir traiter leurs patients. Dans une lettre ouverte, la Fédération médicale colombienne, l'Association colombienne des sociétés scientifiques, le Collège médical colombien et la Fédération des syndicats de la santé déclarent qu'ils ne travailleront plus avec le ministre de la Santé, Fernando Ruiz, à qui ils reprochent une mauvaise gestion de la crise, et exhortent les gouverneurs des États à ne pas appliquer la directive du président Ivan Duque de lever prématurément la quarantaine. Ils déclarent également qu'ils n'obéiront pas au décret gouvernemental sur le travail obligeant les médecins et les infirmières à travailler sans aucune mesure de protection, affirmant qu'ils respecteraient le serment qu'ils avaient prêté lors de leur diplôme, mais que personne ne pouvait les forcer à se suicider.

Outre les problèmes de la région, l'Organisation panaméricaine de la santé signale qu'il y a eu plus d'un million de cas de dengue, une maladie transmise par les moustiques qui est parfois mortelle, dans les Amériques. La plupart des cas se trouvent au Brésil et au Paraguay, dépassant de loin le nombre signalé pour la même période l'année dernière. Les autres pays touchés sont la Bolivie et la Colombie.

Au Venezuela, le président Nicolas Maduro a dit le 15 avril que son administration entend effectuer 10 millions de tests de la COVID-19, « avec l'aide de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Organisation panaméricaine de la santé, de la Chine, de la Russie, de l'Iran et de Cuba ». Il a ajouté que le Venezuela a effectué 250 123 tests jusqu'à maintenant et vise un objectif intérimaire d'un million de tests.

Le 14 avril, le ministre des Communications Jorge Rodriguez a dit que le Venezuela est le pays de l'Amérique latine qui a effectué le plus de dépistage de la COVID-19, ce que l'Université John Hopkins a confirmé.

Au 17 avril, le Venezuela avait 204 cas (84 actifs ; 111 rétablis ; 9 décès), avec un taux de 7 cas par million et de 0,3 décès par million.

En Afrique, au 17 avril :

Égypte : 2 673 (1 881 actifs ; 596 rétablis ; 196 décès)

- 26 cas par million ; 2 décès par million

- 10 avril : 1 699 (1 233 actifs ; 348 rétablis ; 118 décès) et 17 cas par million ; 1 décès par million

Afrique du Sud : 2605 (1654 actifs ; 903 rétablis ; 48 décès)

- 44 cas par million ; 0,8 décès par million

- 10 avril : 2 003 (1 569 actifs ; 410 rétablis ; 24 décès) et 34 cas par million ; 0,4 décès par million

Maroc : 2 528 (2 122 actifs ; 273 rétablis ; 133 décès)

- 68 cas par million ; 4 décès par million

- 10 avril : 1 448 (1 168 actifs ; 109 rétablis ; 97 décès) et 39 cas par million ; 3 décès par million

Algérie : 2 268 (1 137 actifs ; 783 rétablis ; 133 décès)

- 52 cas par million ; 8 décès par million

- 10 avril : 1 761 (1 100 actifs ; 405 rétablis ; 256 décès) et 40 cas par million ; 6 décès par million

Cameroun : 996 (810 actifs ; 164 rétablis ; 22 décès)

- 38 cas par million ; 0,8 décès par million

- 10 avril : 820 (710 actifs ; 54 rétablis ; 12 décès) et 31 cas par million ; 2 décès par million

Au 17 avril, il y avait 19 398 cas en Afrique, environ le double du nombre de cas de la semaine dernière. L'Égypte a dépassé l'Afrique du Sud pour le plus grand nombre de cas la semaine dernière.

Le 13 avril, l'Union africaine a annoncé que « dans le cadre des efforts pour renforcer la réponse et le niveau de préparation de l'Afrique pour la lutte contre la pandémie de la COVID-19, la Commission de l'Union africaine, de concert avec les centres de l'Afrique pour le contrôle des maladies et la prévention (Afrique du CDC), et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), ont conçu en commun un programme pour appuyer les efforts en cours en Afrique.

« Le programme commun vise à coordonner la réponse à la COVID-19 en vue d'efforts de reprise avec les États membres, les communautés économiques régionales et les Mécanismes régionaux (CER/MR), les organisations de la société civile (OSC), et les organisations confessionnelles (OC) pour garantir une coopération et une communication et pour adopter une approche holistique. Les quatre secteurs d'intervention commune sont :

- La Coordination régionale et la construction de synergies ;
- Les aspects socio-économiques, la santé, la gouvernance et les évaluations de l'impact politique ;
- La construction de la capacité et le partage de la connaissance ;
- Les stratégies de la communication du risque et les campagnes de sensibilisation.

« Ces secteurs correspondent au mandat de l'Afrique du CDC et à la stratégie continentale sur la préparation et la réponse à la COVID-19 de même qu'à l'approche régionale du PNUD en réponse à la reprise.

« La concentration spécifique sur la surveillance ; le laboratoire ; les guides pour les contre-mesures ; la préparation des soins de santé ; les communications du risque et l'engagement social, et la gestion de la chaîne d'approvisionnement continuent d'être menés par l'Afrique du CDC. »

Le 14 avril, l'Afrique du CDC a indiqué que « le premier 'vol de solidarité' des Nations unies a quitté Addis-Abeba en Éthiopie aujourd'hui, pour aller livrer une cargaison médicale vitale à tous les pays d'Afrique, où il y a un besoin désespéré de fournitures pour contenir la propagation de la COVID-19.

« La cargaison de l'OMS comprend aussi une grande quantité de matériel médical donné par le premier ministre éthiopien Abiy Ahmed et l'Initiative de la Fondation Jack Ma pour renverser la COVID-19 en Afrique. L'Union africaine, par le biais des centres de l'Afrique pour le contrôle des maladies et la prévention (Afrique du CDC), fournit le support technique et la coordination de la distribution du matériel. »

Le directeur général de l'OMS, le Dr Tedros, a noté que « le vol de solidarité fait partie d'un effort plus vaste pour expédier des fournitures médicales vitales dans 95 pays. »

La cargaison de l'OMS comprend un million de masques faciaux, ainsi que des équipements de protection individuelle, qui seront suffisants pour protéger les travailleurs de la santé tout en traitant plus de 30 000 patients à travers le continent.

La région de l'OMS de l'Afrique signale que l'expérience des pays en matière de lutte contre l'Ebola et la grippe est en train d'être mise à profit pour la pandémie de la COVID-19. Il donne l'exemple de la Tanzanie et déclare : « la Tanzanie utilise les compétences du personnel de santé déjà équipé dans la lutte contre les maladies infectieuses, la mise en place du système de surveillance sentinelle de la grippe et la réaffectation des infrastructures pour lutter contre le nouveau virus.

« Lorsque la dixième épidémie d'Ebola a éclaté en République démocratique du Congo en 2018, la Tanzanie avait formé 2 400 professionnels de santé. Les sessions de formation initialement prévues pour Ebola ont été revues pour inclure le COVID-19. Plus de 300 d'entre eux ont été présent recyclés pour rejoindre la lutte contre le COVID-19 dans le pays.

« Dans les régions qui avaient été identifiées comme étant à haut risque d'Ebola, des équipes d'intervention rapide ont été constituées et formées, et les autorités ont identifié des zones d'isolement dans des structures de santé spécifiques dans chaque district et des professionnels de santé ont été formés pour gérer ces unités et gérer les cas suspects. Le personnel de santé et les ressources se révèlent maintenant essentiels dans la réponse au COVID-19.

« En outre, des structures telles que des unités d'isolement dans les établissements de santé de district, mises en place pour la préparation à Ebola, sont maintenant transformées en unités de COVID-19. Toutes les 26 régions du pays ont été chargées de désigner des zones d'isolement pour d'éventuelles infections au COVID-19, et la formation des agents de santé au triage des patients pour la préparation à Ebola compte désormais parmi les atouts pour freiner la propagation du nouveau coronavirus.

[...]

« L'OMS Tanzanie travaille avec les ministères de la Santé de la Tanzanie continentale et de Zanzibar pour renforcer les capacités du personnel de la santé en matière de soins cliniques, d'amélioration de la prévention des infections, de tests de laboratoire et d'autres mesures de prévention. Au total, 182 structures ont été identifiées pour isoler et traiter le COVID-19 dans tous les districts. Le gouvernement a également identifié 26 centres de référence régionaux habilités à fournir des soins intensifs. La plupart des structures de référence disposent déjà d'un personnel

formé aux soins avancés pour Ebola, y compris les soins intensifs.

[...]

« Le gouvernement a également intensifié l'éducation à la santé publique, en travaillant avec l'OMS, l'UNICEF, les chefs religieux et les sociétés de télécommunications pour présenter les faits et réfuter les rumeurs sur le COVID-19. »

En Océanie le 17 avril :

Australie : 6 523 (2 639 actifs ; 3 819 rétablis ; 65 décès)

- 256 cas par million ; 3 décès par million

- 10 avril : 6 328 (3 043 actifs ; 3 141 rétablis ; 54 décès) et 245 cas par million ; 2 décès par million

Nouvelle-Zélande : 1 409 (582 actifs ; 816 rétablis ; 11 décès)- 292 cas par million ; 2 décès par million

- 10 avril : 1 239 (921 actifs ; 317 rétablis ; 1 décès) et 266 cas par million ; 0,4 décès par million

Guam : 135 (5 décès)

- 10 avril : 128 (4 décès)

Polynésie française : 55

- 196 par million

- 10 avril : 51 et 182 par million

Nouvelle-Calédonie : 18 (4 actifs ; 14 rétablis)

- 10 avril : 18 (17 actifs ; 1 rétabli)

(sources : Worldometer, OMS, teleSUR, Granma, Prensa Latina, Reuters, USA Today, Washington Post, New York Times, Guardian, Ahval, Deutsche Welle, Africa CDC)



(Pour voir les articles individuellement, cliquer sur le titre de l'article.)

PDF

Lisez Le Marxiste-Léniniste

Site web: www.pccml.ca Courriel: redaction@cpcml.ca