

Numéro 28 - 25 avril 2020

Une humanité, une lutte
Notre sécurité est dans
la défense des droits de tous!



CALENDRIER D'ÉVÉNEMENTS DU PREMIER MAI

- Des forums ouvriers virtuels le Premier Mai
- Les travailleurs disent c'est assez! Il y a une alternative!
- *Pauline Easton* -
- L'effort des travailleurs pour s'investir de pouvoir
est la garantie de leur avenir
- *Anna Di Carlo* -

**Résistance aux conditions dans les résidences
pour personnes âgées**

- Le coeur du problème devant la mort de tant de personnes âgées
- *Christine Dandenault* -
- Lancement d'une action concertée pour briser la loi du silence
sur les conditions dans les établissements de soins de longue durée
et les résidences pour personnes âgées

- **Un tribunal de l'Ontario statue que les établissements de soins de longue durée doivent respecter le jugement professionnel et clinique des infirmières**

Mise à jour sur la COVID-19

- **La pandémie mondiale pour la semaine se terminant le 25 avril**
 - **Le travail de l'Organisation mondiale de la santé**
 - **L'immunité collective n'est pas la façon de procéder au déconfinement social, dit l'OMS**
 - **Possibilité de famine de masse en Inde**
- **Les infirmières des États-Unis défendent héroïquement la santé et la sécurité face à la pandémie et à la destruction néolibérale**
- **Le Canada reste silencieux pendant que la COVID-19 se propage parmi les détenus dans les prisons israéliennes**
- **Le gouvernement britannique ferme les yeux sur les décès dans les résidences pour personnes âgées**

Notre sécurité est dans la défense des droits de tous!

Des forums ouvriers virtuels le Premier Mai

Forum en français

Vendredi 1er mai

19 h

Forum en anglais

Dimanche 3 mai

14 h à 16 h

Partout au Canada et dans le monde, ce sont les travailleurs qui, en luttant pour défendre leurs droits, défendent les droits de tous et nous protègent pendant cette pandémie de la COVID-19.

À l'occasion du Premier Mai 2020, dans les conditions de la pandémie mondiale de la COVID-19, le Centre ouvrier du Parti communiste du Canada (marxiste-léniniste) organise plusieurs rencontres vidéo pour fournir un forum ouvrier aux travailleurs qui sont aux premières lignes de la lutte pour leurs droits et pour les droits de tous, pour témoigner de leur expérience et la partager.

Ce que la pandémie révèle avant toute chose, surtout maintenant que les travailleurs se font dire de retourner au travail pour redémarrer l'économie



et « revenir à la normale », est que notre société ne peut pas se permettre cette approche du « on continue comme d'habitude » qui a causé tant de dévastation.

Les conditions de la pandémie illustrent de manière on ne peut plus claire que les politiques néolibérales antisociales sont destructrices et créent des ravages que les peuples paient de leur vie.

On lit sur une murale à Madrid : *Nous n'allons pas revenir à la normale parce que la normale est le problème (No volveremos a la normalidad porque la normalidad era el problema).*

Dans cet esprit, le Centre ouvrier du PCC(M-L) appelle les travailleurs à faire du Premier Mai 2020 un point tournant de la lutte des travailleurs pour s'affirmer et s'investir de pouvoir. Les travailleurs ne doivent plus jamais être laissés dans l'ignorance pendant que des décisions sont prises qui affectent leur vie. Plus jamais doivent-ils se faire dire quoi faire sans qu'ils aient un mot décisif à dire. Ils doivent être ceux qui déterminent ce qui doit être fait. Ils doivent continuer pendant et après la pandémie de se mettre en position de faire en sorte que ce qu'ils disent est fait.

Ceux qui désirent participer aux consultations vidéo, contactez-nous à centreouvrier@cpcml.ca.

Les travailleurs disent c'est assez! Il y a une alternative!

- Pauline Easton -



Partout au pays, les travailleurs sont soumis à d'énormes pressions pour ne mener que des batailles défensives et laisser d'autres qu'eux-mêmes les représenter politiquement. Mais le heurt entre les conditions, où le peuple est confronté à la pandémie du coronavirus, et une autorité qui ne partage pas les mêmes conditions que les travailleurs amène de plus en plus de contingents de travailleurs à rompre avec cette manière de faire les choses comme par le passé.

Partout au pays, les travailleurs et leurs organisations prennent des mesures pour obliger les gouvernements à rendre des comptes. Ils élaborent des programmes qui défendent leur propre santé et sécurité et le droit de tous à être protégé. Cela veut dire prendre une position audacieuse contre ce qui est inacceptable en mettant tout le poids de la force de leur nombre pour s'assurer que *Non veut dire non !* Pendant ce temps, ceux qui se disent des représentants élus opèrent dans un système qui agit pour résoudre la crise en faveur d'intérêts privés qui imposent une dictature intenable au peuple. Ce diktat est la raison des catastrophes dans les maisons de retraite et les

centres de soins de longue durée. Dans les hôpitaux, les résidences pour personnes âgées, les mines, les usines et les manufactures, dans les transports et l'industrie agroalimentaire, le secteur de la vente au détail comme dans tous les autres secteurs de l'économie, les travailleurs sont traités comme des biens consommables, des choses remplaçables. Cela comprend les usines de transformation de la viande et les abattoirs où est employée une main-d'oeuvre migrante à contrat.

Les conditions de la pandémie révèlent chaque jour la brutalité et l'irrationalité du diktat monopoliste. Partout, ce diktat néolibéral entraîne la destruction de l'édifice national, l'appauvrissement et des guerres d'agression et d'occupation dévastatrices.

Chaque jour, le premier ministre Justin Trudeau utilise ce qu'on appelle des points de presse pour nous submerger d'annonces de grandes dépenses du gouvernement pour des mesures de lutte contre la pandémie. Chaque fois qu'on lui demande ce que le gouvernement fait en pratique, il rappelle quelles grandes sommes sont dépensées ici et là. En fait, la plupart des gens ne peuvent même pas imaginer à quoi ressemble un milliard de dollars et quel est leur rôle pour changer la situation.



Le fait est que le premier ministre semble être dans le déni, tout comme les autres membres de son cabinet et les premiers ministres provinciaux. Depuis son échec à remporter une majorité à la dernière élection, il a ajouté une apparence d'humilité plus grande que nature à ses talents de débateur narcissique, qui semblent être sa seule vraie compétence. Il exploite entre autres son habileté à éviter de répondre aux questions en répétant la même réponse encore et encore. Mais la manoeuvre perd de plus en plus son effet devant la réalité de la pandémie.

Trudeau et d'autres refusent d'agir dans le présent d'une manière qui favorise le peuple. Malgré tout l'argent qui est jeté dans toutes les directions pour désorienter et faire croire qu'il s'occupe du problème, pendant qu'en réalité les gens sont laissés pour compte et continuent d'être obligés de se débrouiller par leurs propres moyens, que fait Trudeau pour faire une différence ? S'assure-t-il que les aînés qui présentent des symptômes de la COVID-19 sont transférés dans des hôpitaux où ils peuvent être soignés comme il faut ? Non, dans trop de cas ces derniers continuent de mourir seuls, dans la détresse, dans des résidences qui ne sont pas équipées pour faire face à la maladie et à la contagion.

Trudeau répète qu'il est prêt à envoyer l'armée à la demande des premiers ministres de l'Ontario et du Québec ou des communautés autochtones, mais rien n'est fait pour renverser la décision de ne pas autoriser le transfert des personnes affectées vers des hôpitaux où elles peuvent recevoir les soins dont elles ont besoin. Trudeau répète encore et encore qu'il y aura amplement de temps dans les mois et les années à venir pour étudier « nos lacunes et nos faiblesses ».

Des mois et des années ? Des lacunes et des faiblesses ? La mise en oeuvre d'une politique qui laisse spécifiquement les personnes âgées mourir d'une mort horrible et douloureuse pratiquement seules dans des conditions de négligence n'est pas une « lacune » ou une « faiblesse ». Ce n'est pas une « erreur ». C'est une décision criminelle prise par les gouvernements de partis cartellisés qui, à la demande d'intérêts privés, ont créé un système sur lequel personne n'exerce de contrôle. Les partis de la loyale et royale opposition affirment qu'ils tiennent le gouvernement responsable, mais tout est fait pour que nous ne tirions pas les conclusions des tragédies qui se produisent sous nos yeux.

Qu'est-il advenu des nombreuses leçons tirées dans les mois et les années qui ont suivi l'épidémie du SRAS ? Où sont les stocks de blouses, de masques, de gants et de désinfectants pour les mains qui devaient préparer le système à la prochaine urgence ? La CBC et d'autres architectes de la désinformation pointent un doigt vers la Chine et l'accusent de saboter les efforts du Canada dans sa lutte contre le virus de la COVID-19 alors que ce sont les dirigeants au Canada qui doivent être accusés de négligence criminelle pour ce qui se passe. Ils ont une infinité d'excuses pour expliquer pourquoi ils n'ont rien fait, pourquoi ils n'ont pas fait le stockage nécessaire. Les lamentations « j'aurais donc dû » à la Doug Ford et à la François Legault sont comme les larmes du crocodile qui est prêt à vous déchiqueter si vous vous en approchez trop.

La réponse toute prête, quelle que soit la question, est : Oh oui, nous y injectons plus d'argent. C'est du mépris. Et s'il faudra « des mois et des années » pour comprendre qui profite des milliards qui sont dispensés par le gouvernement, en attendant ce sont les travailleurs qui défendent de facto les droits de tous en exigeant les salaires et les conditions de travail dont ils ont besoin pour être en sécurité.

La leçon d'aujourd'hui est que le seul moyen de sortir de la situation actuelle est que la classe ouvrière ouvre la voie en exerçant un contrôle sur les décisions qui affectent sa vie. Nous appelons les travailleurs qui se battent partout au pays à utiliser la force de leur nombre et de leur organisation pour mettre cet objectif au premier plan des luttes qui sont menées.

Seule la classe ouvrière a intérêt à défendre le principe fondamental que la société a le devoir de pourvoir aux besoins de tous. Face aux attaques des monopoles et des gouvernements fédéral et provinciaux, les travailleurs se font dire que rien ne peut être fait à propos de la crise sauf l'accepter et « en partager le fardeau », volontairement ou non. Mais les métallos de Hamilton ont donné le ton en 2005 avec leur courageuse lutte de dix ans lorsque leurs pensions ont été volées. Ils ont appelé les travailleurs d'un océan à l'autre à s'opposer au défaitisme idéologique et à la passivité que les élites dominantes et leurs médias cherchaient à leur imposer et les ont appelés à suivre leur propre voie. Ils ont adopté les mots d'ordre : *Les Canadiens parlent d'une seule voix pour défendre le droit public ! Oui au secteur manufacturier, non à la destruction nationale !* L'appel a depuis été repris par les travailleurs partout au pays, dans tous les secteurs de l'économie.

De cette façon, les travailleurs organisés du monde entier trouvent eux-mêmes une alternative en prenant la position militante que : Non c'est non ! Non, ils ne sont pas sacrificiables ! Non à la privatisation des services et des programmes sociaux ! Non à la politique de faire payer le peuple pour payer les riches !

Les travailleurs disent : *C'est assez ! Il y a une alternative !*



L'effort des travailleurs pour s'investir de pouvoir est la garantie de leur avenir

- Anna Di Carlo -

Dans cette pandémie du coronavirus, les travailleurs et les peuples opprimés du monde entier ressentent tout le poids de la grave crise du système capitaliste monopoliste et du diktat de l'oligarchie financière internationale et de ses oligopoles qui dominent tous les secteurs de l'économie. Pour ces derniers, le seul souci pour la société est leur recherche du profit maximum, peu importe ce qui est mis aux enchères ou qui et quoi est détruit. Les gouvernements utilisent tout le poids de l'État, de ses agences et de ses revenus pour répondre aux exigences des monopoles et des financiers.

Maintenant, encore une fois au nom du sauvetage de l'économie, leur slogan est que nous sommes tous ensemble et que l'entraide est la façon canadienne de faire. Le « nous » est sans doute l'Équipe Canada à laquelle Justin Trudeau fait sans cesse référence, reprenant le slogan de son prédécesseur Jean Chrétien. Il est honteux qu'après les conséquences de ce que Jean Chrétien a fait pour vendre le pays au nom d'Équipe Canada, Justin Trudeau en fasse la promotion comme le moyen de « gagner », de « sortir vainqueur » de la situation actuelle.



Ce n'est pas une définition de « gagner » que les Canadiens épousent. Loin de là, chaque jour révèle les conséquences des dommages que la soi-disant Équipe Canada et la « façon canadienne » ont causés à la société. Ce n'est pas pour rien que Jean Chrétien a également appelé à revenir au « business as usual », au « comme si de rien n'était » après la défaite de l'Accord de Charlottetown, lorsque les Canadiens ont exigé qu'ils soient eux-mêmes investis du pouvoir et ont voulu en finir avec la vieille façon de faire les choses. En raison de cette approche du « comme si de rien n'était », les travailleurs sont confrontés à une insécurité économique massive, au chômage et à la négation de leurs droits.

Les compressions dans les programmes sociaux au nom d'idéaux élevés ont rendu la vie de plus en plus intenable pendant des années, mais malgré cela, les seules réclamations à la société que les gouvernements aux niveaux fédéral et provincial reconnaissent sont celles des spéculateurs et des prêteurs d'argent. En ce qui concerne les réclamations des travailleurs, il y a toujours plein de prétextes mensongers pour expliquer pourquoi cela n'est pas possible.

Il est vraiment criminel d'utiliser le pouvoir de l'État et de ses institutions pour nier à la classe ouvrière et au peuple ce qui leur appartient de droit.

Même dans des conditions de pandémie, les oligarques financiers, les oligopoles et les pays et États impérialistes à leur service poursuivent l'avancement de leurs intérêts privés. L'état de droit au pays et à l'étranger est en lambeaux parce que l'anarchie a été érigée en autorité et cela a des conséquences dévastatrices. Les gouvernements suppriment tout obstacle sur leur chemin. Ils s'efforcent de perpétrer la fraude que ce sont les parlements qui prennent les décisions tandis que les partis cartellisés rivalisent de prétention et se félicitent d'être vraiment soucieux du bien-être de

la population et de tenir les gouvernements responsables.

Les travailleurs doivent intensifier leur mouvement pour s'affirmer et s'investir de pouvoir, pour ne pas se laisser diviser par la désinformation selon laquelle le parlement, même avec des séances virtuelles, obligera les gouvernements à rendre des comptes, comme si l'une ou l'autre des factions des riches était en meilleur position de critiquer l'autre.



Les travailleurs ne peuvent pas se permettre de rester dans le piège « gauche-droite ». Cela ne tient pas devant la réalité du système de cartels des institutions démocratiques libérales anachroniques sur lesquelles le peuple n'exerce aucun contrôle. L'indépendance de l'organisation, de la pensée et des actions de l'opposition ouvrière devient un rempart contre l'approche désastreuse qui consiste à réagir constamment à l'ordre du jour de l'oligarchie financière et de ses partis politiques cartellisés soi-disant de droite et de gauche.

En pratique, la position des travailleurs de défendre leur droit aux salaires et aux conditions de travail dont ils ont besoin ouvre les perspectives d'avenir. Sans cela, la vie s'assombrit, l'avenir est sombre. Partout au pays et sur le plan international, multiplions les efforts pour défendre la dignité du travail en nous opposant aux dangers auxquels l'humanité est confrontée, aggravés par la domination des riches qui sont un fléau pour la société, un fardeau qu'elle ne peut plus se permettre d'endurer.

Cette lutte des travailleurs pour s'affirmer et s'investir de pouvoir dans la réalité actuelle assurera leur avenir. Ils peuvent changer les choses en refusant l'ordre du jour fixé par l'élite dominante et en s'exprimant directement sur les choses qui les concernent. Discuter et trouver des moyens de résoudre les problèmes économiques, politiques, sociaux et environnementaux de manière à favoriser le peuple et non les riches est ce qui fait la différence. En s'engageant dans des actions avec analyse pour établir et renforcer des institutions indépendantes basées sur la lutte pour la défense des droits de tous, ils font avancer le renouveau politique. Cela fait naître le Nouveau.



Résistance aux conditions dans les résidences pour personnes âgées

Le coeur du problème devant la mort de tant de personnes âgées

- Christine Dandenault -

La situation insoutenable à laquelle font face les personnes âgées pendant cette pandémie est une très grande préoccupation pour les travailleurs, les familles et leurs proches.

Au 22 avril, le gouvernement du Québec avait rendu plus de 7 000 lits disponibles dans le système hospitalier. Or, seulement 1 400 des 21 838 personnes atteintes de COVID-19 ont été hospitalisées depuis le début de la pandémie. Plus de 5 000 lits restent inutilisés. Sur les 1 243 personnes décédées, 1 211 (97,5 %) avaient plus de 60 ans et de ce nombre 850, ou 81,7 %, sont décédées dans des résidences pour personnes âgées ou des centres de soins de longue durée (CHSLD) dans

des conditions de solitude et de détresse.

Le fait est que les 23 et 25 mars et le 9 avril, le ministère de la Santé et des Services publics a émis des directives aux CHSLD concernant le transfert de malades dans les hôpitaux.

La directive du 23 mars spécifie que « les patients COVID-19 suspectés ou confirmés ne doivent être transférés en CH [centres hospitaliers] que de façon exceptionnelle et après consultation avec le médecin de garde. [...] »



La directive du 25 mars prévoit spécifiquement que les transferts de ces personnes vers les centres hospitaliers doivent être évités et doivent être des cas d'exception. Cette même directive prévoit en outre une révision systématique de l'ensemble des niveaux de soins pour cette clientèle spécifique. La procédure est compliquée au point de rendre tout transfert pratiquement impossible.

Le 9 avril, la directive ajoutait la notion de volonté de l'usager et de sa famille concernant la quantité et la qualité des soins. « Si son état de santé le requiert, l'usager est transféré vers un centre hospitalier désigné COVID-19. **Cette décision dépend du niveau de soins, qui est déterminé en fonction de la volonté de**

l'usager et de sa famille et du jugement du médecin. » (*Notre souligné*)

Quand il dit que la décision est déterminée en fonction de l'usager et de sa famille et du jugement du médecin, le ministère semble faire expressément abstraction des conditions dans lesquelles la décision doit être prise : dans des institutions où il y a insuffisance de personnel et où souvent le personnel n'est pas qualifié parce qu'il faut des infirmières et des médecins. La personne est en isolement et possiblement en détresse, la famille n'a pas accès à la résidence, etc. Comment peut-on supposer un examen systématique des soins donnés ? Le gouvernement se soustrait à sa responsabilité de fournir le maximum de soins possible, avec le plus haut standard de soins de santé modernes, que le patient soit en CHSLD, en résidence de personnes âgées ou en centre hospitalier.

Introduire subrepticement la notion de la décision de l'usager est une façon d'éviter le cœur du problème. Qui est responsable de la mort de tant de personnes âgées ? Le gouvernement affirme que tous les soins sont disponibles dans ces endroits malgré toutes les preuves qui montrent que le niveau de soins est déjà bien en deçà de ce qui est nécessaire. Des patients ayant besoin d'assistance deviennent incontinents par manque de personnel et à cause du temps d'attente pour être assistés. D'autres ne reçoivent pas de ventilateur car il n'y en a pas sur place ou de disponible au moment voulu, et la famille est appelée pour avoir l'autorisation de donner de la morphine pour soulager la douleur, et voilà ce qui en est de l'« examen systématique de tous les niveaux de soins » requis par le patient en question. La phrase courante « Le patient a demandé uniquement d'être confortable et qu'il n'y ait pas d'acharnement » devient la justification de cette négligence. C'est ainsi qu'insidieusement, la responsabilité du gouvernement est reportée sur le dos des aînés et de leur famille, forcés de prendre des décisions dans ces conditions inacceptables qui, en tout état de cause, n'ont aucune incidence sur les mesures préventives qui auraient dû être prises et le traitement humain qui devrait être disponible.

Depuis 20 ans, les Québécois dénoncent les conditions dans bon nombre de ces résidences qui manquent de personnel. De plus, beaucoup de nos proches sont placés là en permanence à la suite

d'accidents cardiovasculaires et parce que l'institution médicale n'est pas autorisée à entreprendre leur réadaptation, ou parce qu'ils ont le Parkinson et l'establishment médical n'est pas disposé à s'attaquer à cette maladie. Le personnel dévoué est chroniquement sous-payé et souvent non qualifié, n'ayant pas les compétences infirmières requises pour répondre aux besoins des résidents. Qui au Québec ne sait pas que de nombreux patients qui ont besoin de réadaptation ou qui ont des maladies graves n'ont pas d'affaire dans des institutions où les gens sont envoyés pour mourir ? Pourquoi est-il « normal » d'avoir autant de morts dans ces endroits pendant la saison de la grippe ? Pourquoi ces personnes âgées ne sont-elles pas transférées à l'hôpital dès qu'elles présentent des symptômes pour y être soignées comme il faut ?



En raison du grand nombre de décès dans les CHSLD, beaucoup de choses sont révélées sur les conditions qui y règnent. Le Québec tout entier sait que cette situation existe à cause des politiques néolibérales et des coupures antisociales au fil des années. Les élites qui dominent les affaires politiques le savent puisque ce sont elles qui les ont mises en pratique et qui s'enrichissent grâce aux politiques d'austérité que les gouvernements des partis cartellisés adoptent et imposent en

toute impunité. Les travailleurs aussi le savent parce qu'ils en portent le fardeau et le paient de leur santé et de leur vie. Ces politiques ont fait l'objet de maintes élections, y compris celles durant laquelle le premier ministre actuel a usurpé le pouvoir.

Les Québécois sont déterminés à tenir les gouvernements responsables de leur refus d'assumer la responsabilité sociale des conditions qui prévalent dans les CHSLD. Et qu'advient-il des chirurgies électives qui ne peuvent plus être reportées ? Des lits ont été libérés dans les hôpitaux partout au Québec en reportant les interventions dites non urgentes. C'est un problème parce qu'il faudra tôt ou tard que les chirurgies électives recommencent, alors où iront les malades de la COVID-19 ? On rapporte qu'il se fait normalement 9000 interventions chirurgicales dans les hôpitaux chaque semaine. Dans la semaine du 28 mars, quelque 6750 opérations chirurgicales ont été reportées. Des médecins spécialistes prévoient un engorgement dès le mois de mai puisque ce seront des milliers de patients qui auront besoin d'être opérés en même temps.

Lancement d'une action concertée pour briser la loi du silence sur les conditions dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées

Le 21 avril, le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) ont annoncé la tenue d'une enquête conjointe pour évaluer la qualité des soins de santé et les pratiques au CHSLD privé Herron de Dorval qui appartient au groupe Katasa, ainsi que de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). À ce sujet, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) écrit : « Dans un contexte d'Omerta, nous espérons que cette enquête brisera la loi du silence dans les soins aux personnes âgées, et que la voix des ordres professionnels s'ajoutera enfin à celles de nos membres qui, elles aussi, souhaitent protéger le public. »

« Pour les professionnelles en soins, les faits sont là. Nos membres nous rapportent, depuis plusieurs années, qu'elles n'ont plus les conditions qui leur permettent de donner des soins sécuritaires et de qualité, il manque de personnel de façon chronique, la surcharge de travail est constante, les gestionnaires rationnent les soins, les CHSLD sont à l'agonie et malheureusement, nous en faisons le triste constat aujourd'hui. », déclare Nancy Bédard, présidente de la FIQ.



Au CHSLD Ste-Dorothée, à la demande des syndicats du personnel médical, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) est intervenue dans le centre pour ces mêmes raisons. Le rapport remis le 12 avril a fait état de plusieurs manquements. « Certains travailleurs présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ont continué à travailler, des membres du personnel ont dû réaliser des interventions risquées auprès de patients infectés sans équipements de protection adéquats », indique entre autres le rapport cité dans le document déposé à la cour. Des résidents infectés n'auraient pas été transférés à l'hôpital Cité de la santé à Laval, même si cela aurait pu permettre de mieux les soigner. »

Au CHSLD Ste-Dorothée à Laval, en date du 16 avril 2020, celui-ci comptait 150 cas de personnes atteintes de la COVID-19 chez les résidents, soit 78 % du nombre total de résidents, et 56 décès, en plus de 79 cas chez les employés.

Le fils d'une aînée décédée de la COVID-19 au CHSLD Ste-Dorothée vient d'intenter une action collective de plus de 13 millions de dollars contre le centre en l'accusant de grave négligence ayant coûté la vie à 56 résidents. Le 21 avril, le cabinet Ménard, Martin, avocats, a déposé une demande d'autorisation pour exercer une action collective contre le CHSLD Ste-Dorothée à Laval, ainsi que le Centre intégré de Santé et de Services sociaux de Laval.

Les avocats réclament des millions en dédommagement, au nom de 192 résidents du centre, mais aussi de leurs proches qui vivent encore une détresse psychologique face à la situation.

Dans une lettre en date du 3 avril dernier adressée à Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, le cabinet avait déjà fait part de ses préoccupations quant à la situation dans les CHSLD.

« Dans les derniers jours, plusieurs situations extrêmement préoccupantes nous ont été signalées par des personnes vivant en CHSLD ou en résidence privée pour aîné(e)s, de même que par des familles de ces personnes. La situation actuelle d'urgence sanitaire décrétée le 13 mars dernier donne des pouvoirs sans précédent au gouvernement du Québec. Cependant, ceux-ci ne sont pas sans limites. »

Il s'en prend directement à la décision émise par le ministère de réviser à la baisse l'ensemble des niveaux de soins qui étaient fournis. Il rejette également le prétexte de l'engorgement et de limitation des ressources alors que des centaines de lits ont été libérés, de même que la pression exercée sur les familles d'accepter de facto une baisse de soins.

Il écrit : « Nous sommes très préoccupés par certaines directives dont nous avons pris connaissance, notamment celles concernant les CHSLD émises les 23 et 25 mars dernier, par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

« D'abord, la décision de réviser l'ensemble des niveaux de soins, au moment même de cette

période de crise sanitaire, s'avère particulièrement problématique.



« Dans ce contexte, alors que le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant est essentiel pour l'établissement d'un niveau de soins, la révision systématique de l'ensemble des niveaux de soins pour tous les résidents des CHSLD est clairement inappropriée. Plusieurs familles nous ont rapporté un processus de révision inacceptable où le patient ou son représentant reçoit une pression très forte des médecins et des infirmières pour consentir à une baisse du niveau de soins ou se fait carrément imposer une décision à cet effet.

« Vos directives excèdent largement ce qui est strictement nécessaire pour faire face au contexte d'urgence actuelle. Il ne s'agit pas ici d'une question de limitation des ressources. En date du 2 avril 2020, le réseau comptait 365 hospitalisations de patients atteints du COVID-19, alors que 7 000 lits ont été libérés en prévision de la crise. De même, les places en soins intensifs sont toujours largement disponibles selon les informations que vous rendez publiques quotidiennement. Encore hier, le premier ministre Legault déclarait par ailleurs que le Québec ne manquait pas de ventilateurs. »



Un tribunal de l'Ontario statue que les établissements de soins de longue durée doivent respecter le jugement professionnel et clinique des infirmières

Un jugement de la Cour supérieure de l'Ontario rendu le 23 avril ordonne à quatre établissements de soins de longue durée de rectifier immédiatement plusieurs problèmes graves de santé et de sécurité qui ont entraîné des flambées dévastatrices de la COVID-19, écrit l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO). Le juge E.M. Morgan a statué sur une injonction urgente présentée par l'AIIO, selon laquelle les établissements doivent se conformer aux directives de la Santé publique. Selon ces directives, les foyers de soins de longue durée doivent respecter le jugement professionnel et clinique des infirmières lorsqu'elles décident comment se protéger, et donc de protéger leurs résidents. Le juge a aussi statué que la décision concernant les équipements de protection individuelle (ÉPI) et les autres mesures de santé et de sécurité nécessaires pour dispenser des soins à un résident devait être prise par les infirmières, sur la base de leur évaluation.



Dans son jugement, le juge Morgan a cité le principe de précaution : pécher par excès de prudence et prendre toutes les mesures raisonnables pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Le défunt juge Archie Campbell, dans son rapport de 2003 sur le SRAS, avait aussi souligné la

nécessité de faire appel au principe de précaution, rappelle l'AIIO.

Le juge Morgan a également écrit dans sa décision que les infirmières « sacrifient leurs intérêts personnels à ceux dont elles ont la charge » non seulement au profit immédiat de leurs patients, mais au profit de la société dans son ensemble. Le juge Morgan a aussi dit que la suggestion des établissements privés, selon laquelle la demande des infirmières pour des masques, de l'équipement de protection et le regroupement des patients en cohorte (en chambres partagées pour les patients infectés) servait « l'intérêt privé et étroit des infirmières », était « ironique » et « semble avoir manqué cruellement la cible ».

« Désormais, les infirmières et les professionnels de la santé auront accès aux ÉPI appropriés, les résidents seront regroupés en cohorte et des mesures appropriées de contrôle des infections seront introduites dans ces foyers », a déclaré la présidente de l'AIIO, Vicki McKenna, infirmière autorisée. « J'ai confiance que ces mesures pourraient bientôt entraîner la fin de la propagation de la COVID-19 dans ces établissements », a-t-elle ajouté.

L'AIIO est le syndicat représentant plus de 68 000 infirmières et infirmiers autorisés et professionnels paramédicaux, ainsi que 18 000 étudiants affiliés, prodiguant des soins dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les établissements de santé publique, la communauté, les cliniques et les entreprises.



Mise à jour sur la COVID-19

La pandémie mondiale pour la semaine se terminant le 25 avril

Nombre de cas dans le monde

En date du 25 avril, les statistiques mondiales sur la pandémie de la COVID-19 selon Worldometer étaient :

- nombre total de cas signalés : 2 855 699. C'est 568 376 de plus que le total déclaré le 18 avril de 2 287 323. L'augmentation du nombre de cas au cours de la semaine précédente était de 526 739.
- total des cas actifs : 1 841 276. C'est 297 259 de plus que le nombre déclaré le 18 avril de 1 544 017. L'augmentation du nombre total de cas actifs au cours de la semaine précédente était de 286 462.
- dossiers clos : 1 014 423. C'est 271 117 de plus que le nombre rapporté le 18 avril de 743 306. Cela se compare à une augmentation de 233 509 la semaine précédente.
- décès : 198 532 157 468. C'est 41 064 décès de plus qu'au 18 avril, alors que le bilan était de 101 485. Cela se compare à une augmentation de 55 983 la semaine précédente.
- rétablissements : 815 891. Cela représente une augmentation de 230 053 par rapport au chiffre de 585 838 enregistré le 18 avril et se compare à une augmentation de 190 434 rétablissements la semaine précédente.

Il y a eu 105 825 nouveaux cas du 23 au 24 avril, ce qui est comparable à l'augmentation d'une journée du 16 au 17 avril de 86 496 nouveaux cas.

La maladie était présente dans 210 pays et territoires, comme la semaine précédente. De ces cas, 68 pays ont eu moins de 100 cas, comparativement au 18 avril, alors que 79 pays avaient moins de 100 cas. Une évolution remarquable est que plusieurs pays et territoires n'ont plus de cas actifs. Sainte-Lucie (15 cas tous rétablis) ; Groenland (11 cas tous rétablis) ; Mauritanie (7 cas ; 6 rétablis ; 1 décès) ; Saint-Barthélemy (6 cas tous rétablis) ; Yémen (1 cas, rétabli).

Les cinq pays ayant le nombre le plus élevé de cas le 25 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 18 avril :

États-Unis : 926 530 (763 855 actifs ; 110 432 rétablis ; 52 243 décès) et 2 799 cas par million ; 158 décès par million

- 18 avril : 715 105 (613 375 actifs ; 63 841 rétablis ; 37 889 décès) et 2 160 cas par million ; 114 décès par million

Espagne : 223 759 (105 149 actifs ; 95 708 rétablis ; décès 22 902) et 4 786 cas par million ; 490 décès par million

- 18 avril : 191 726 (96 886 actifs ; 74 797 rétablis ; 20 043 décès) et 4 101 cas par million ; 429 décès par million

Italie : 192 994 (106 527 actifs ; 60 498 rétablis ; décès 25 969) et 3 192 cas par million ; 430 décès par million

- 18 avril : 175 925 (107 771 actifs ; 44 927 rétablis ; 23 227 décès) et 2 910 cas par million ; 384 décès par million

France : 159 828 (94 090 actifs ; 43 493 rétablis ; décès 22 245) et 2 449 cas par million ; 341 décès par million

- 18 avril : 147 969 (94 868 actifs ; 34 420 rétablis ; 18 681 décès) et 2 267 cas par million ; 286 décès par million

Allemagne : 155 054 (39 466 actifs ; 109 800 rétablis ; 5 788 décès) et 1 851 cas par million ; 69 décès par million

- 18 avril : 142 569 (52 764 actifs ; 85 400 rétablis ; 4 405 décès) et 1 702 cas par million ; 53 décès par million

Les États-Unis à eux seuls représentent environ 32,44 % de tous les cas dans le monde. Les cas en Europe représentent 43,46 % de tous les cas dans le monde.

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

En Europe, en date du 25 avril, le cinquième pays avec le nombre le plus élevé de cas signalés après les quatre précédents était le Royaume-Uni :

Royaume-Uni : 143 464 (123 614 actifs ; ND guérisons ; 19 506 décès) et 2 113 cas par million ; 287 décès par million

- 18 avril : 114 217 (98 409 actifs ; ND rétablis ; 15 464 décès) et 1 682 cas par million ; 228 décès par million

Le 16 avril, le secrétaire britannique à la Santé, Matt Hancock, a admis qu'au moins 15 000 personnes par jour (ou 105 000 personnes par semaine) se rendaient au Royaume-Uni sans contrôle de leurs conditions médicales, y compris des voyageurs en provenance de pays où la pandémie est très grave, comme les États-Unis, la Chine, l'Espagne et l'Italie. Le gouvernement a affirmé qu'étant donné l'ampleur de l'épidémie au Royaume-Uni, un tel dépistage ne contribuerait pas à stopper la propagation de la COVID-19.

La Belgique, avec une population de 11,46 millions d'habitants, a le taux de mortalité le plus élevé d'Europe (sans compter la minuscule République de Saint-Marin qui est enclavée par l'Italie), avec 518 décès par million.

Un autre pays notable est la Suède, qui a délibérément évité des mesures de confinement et de distanciation sociale généralisées, les écoles, les restaurants et les discothèques restant ouverts, en partant du principe que cela lui permettra d'atteindre l'immunité collective plus rapidement. En particulier, par rapport aux autres pays scandinaves qui ont institué de telles mesures, la Suède a enregistré 217 décès par million d'habitants, contre 72 pour le Danemark, 37 pour la Norvège et 34 pour la Finlande.

En Eurasie, au 25 avril :

Turquie : 104 912 (80 575 actifs ; 21 737 rétablis ; 2 600 décès) et 1 244 cas par million ; 31 décès par million

- 17 avril : 78 546 (68 146 actifs ; 8 631 rétablis ; 1 769 décès) et 931 cas par million ; 21 décès par million

Russie : 74 588 (67 657 actifs ; 6 250 rétablis ; 681 décès) et 511 cas par million ; 5 décès par million

- 17 avril : 32 008 (29 145 actifs ; 2 590 rétablis ; 273 décès) et 219 cas par million ; 2 décès par million

Kazakhstan : 2 564 (1 910 actifs ; 629 rétablis ; 5 décès) 137 cas par million ; 1 décès par million

- 17 avril : 1 546 (1 182 actifs ; 258 rétablis ; 5 décès) et 82 cas par million ; 0,9 décès par million

Azerbaïdjan : 1 617 (516 actifs ; 1 080 rétablis ; 21 décès) et 159 cas par million ; 2 décès par million)

- 17 avril : 1 340 (1 064 actifs ; 174 rétablis ; 66 décès) et 132 cas par million ; 1 décès par million

Arménie : 1 677 (846 actifs ; 803 rétablis ; 28 décès) 566 cas par million ; 9 décès par million

- 17 avril : 1 201 (780 actifs ; 402 rétablis ; 19 décès) et 405 cas par million ; 6 décès par million

En Asie occidentale, au 25 avril :

Iran : 89 328 (15 485 actifs ; 68 193 rétablis ; 5 650 décès) et 1 064 cas par million ; 67 décès par million

- 17 avril : 79 494 (20 472 actifs ; 54 064 rétablis ; 4 958 décès) et 946 cas par million ; 59 décès par million

Arabie saoudite : 16 299 (13 948 actifs ; 2 215 rétablis ; 136 décès) et 468 cas par million ; 4 décès par million

- 17 avril : 7 142 (6 006 actifs ; 1 049 rétablis ; 87 décès) et 205 cas par million ; 2 décès par million

Israël : 15 148 (8 791 actifs ; 6 159 rétablis ; 198 décès) 1 750 cas par million ; 23 décès par million

- 17 avril : 12 982 (9 705 actifs ; 3 126 rétablis ; 151 décès) et 1 500 cas par million ; 17 décès par million

Qatar : 9 358 (8 419 actifs ; 929 rétablis ; 10 décès) et 3 248 cas par million ; 3 décès par million

- 17 avril : 4 663 cas (4 192 actifs ; 464 rétablis ; 7 décès) et 1 619 cas par million ; 2 décès par million

Émirats arabes unis : 9 281 (7 457 actifs ; 1 760 rétablis ; 64 décès) et 938 cas par million ; 6 décès par million

- 17 avril : 5 825 (4 695 actifs ; 1 095 rétablis ; 35 décès) et 589 cas par million ; 4 décès par million

L'Iran, durement touché au début de la pandémie, avec un pic le 31 mars de 3 186 nouveaux cas par jour et un pic de cas actifs de 32 612 le 5 avril, a réussi à aplatir la courbe de l'infection. Le pays compte aujourd'hui environ 1 200 nouveaux cas par jour et 15 485 cas actifs. Iraj Harirchi, vice-ministre iranien de la Santé, a annoncé à Téhéran le 25 avril qu'« il y a une tendance à la baisse de la maladie du coronavirus dans la plupart des provinces et cela a été le résultat d'actions efficaces par le peuple et le gouvernement », ajoutant qu'« à une période où la distanciation sociale intelligente et progressive a lieu, toute violation peut avoir des conséquences graves et irréparables » et que des épidémies dans le monde sont encore probables et que les gens devraient éviter les déplacements inutiles hors du domicile. Le ministère iranien de la Santé a tweeté un jour plus tôt : « Aucune de nos provinces n'est dans le rouge, mais des avertissements demeurent et la situation ne sera pas du tout considérée comme normale. »

Le redressement en Iran a lieu malgré les sanctions et d'autres actions hostiles des États-Unis durant la pandémie. Plus récemment le mois dernier, les États-Unis ont décidé de bloquer la demande de l'Iran pour un prêt du FMI de 5 milliards de dollars, pour l'aider dans sa riposte et son redressement face à la pandémie, rapporte Press TV.

En Asie du Sud, au 25 avril :

Inde : 24 942 (18 664 actifs ; 5 498 rétablis ; 780 décès) 18 cas par million ; 0,6 décès par million
- 17 avril : 13 385 (11 606 actifs ; 1 777 rétablis ; 452 décès) et 10 cas par million ; 0,3 décès par million

Pakistan : 12 227 (9 216 actifs ; 2 755 rétablis ; 256 décès) 55 cas par million ; 1 décès par million
- 17 avril : 7 025 (5 125 actifs ; 1 765 rétablis ; 135 décès) et 32 cas par million ; 0,6 décès par million

Bangladesh : 4 998 (4 745 actifs ; 113 rétablis ; 140 décès) 30 cas par million ; 0,9 décès par million
- 17 avril : 1 838 (1 705 actifs ; 58 rétablis ; 75 décès) et 11 cas par million ; 0,5 décès par million

Afghanistan : 1 463 (1 228 actifs ; 188 rétablis ; 47 décès) et 38 cas par million et 1 décès par million
- 17 avril : 906 (777 actifs ; 99 rétablis ; 30 décès) et 23 cas par million ; 0,8 décès par million

Sri Lanka : 440 (315 actifs ; 118 rétablis ; 7 décès) et 21 cas par million ; 0,3 décès par million
- 17 avril : 244 (160 actifs ; 77 ; 7 décès) et 11 cas par million ; 0,3 décès par million

En Inde, le 23 avril, l'Association médicale indienne a observé la Journée noire pour protester contre la violence, le boycottage social et les abus verbaux contre les médecins et les infirmières qui traitent des patients atteints de coronavirus. Il existe de nombreux rapports indiquant que des propriétaires ont expulsé des médecins et des agents de santé de leur domicile. Ils sont devenus les nouveaux intouchables. L'anarchie, l'anxiété et la violence qui imprègnent la société, déclenchées par l'élite dirigeante, montrent sa laideur sous de nombreuses formes. Une forme que cela prend est le blâme que les politiciens du parti au pouvoir et ses affiliés rejettent sur les musulmans pour le coronavirus et l'incitation qu'ils font à des attaques contre eux. L'Organisation de la coopération islamiques (OCI) a demandé au gouvernement indien de prendre des mesures contre ces politiciens. Près de 100 000 étudiants provenant de différentes régions de l'Inde sont bloqués à Kota Rajasthan. Ils font appel à leurs gouvernements respectifs pour la nourriture et le transport.

En Asie du Sud-Est, au 25 avril :

Singapour : 12 693 (11 725 actifs ; 956 rétablis ; 12 décès) 2 170 cas par million ; 2 décès par million

- 17 avril : 5 050 (4 331 actifs ; 708 rétablis ; 11 décès) et 863 cas par million ; 2 décès par million

Indonésie : 8 607 (6 845 actifs ; 1 042 rétablis ; 720 décès) et 31 cas par million ; et 3 décès par million

- 17 avril : 5 923 (4 796 actifs ; 607 rétablis ; 520 décès) et 22 cas par million ; 2 décès par million

Philippines : 7 294 (6 008 actifs ; 792 rétablis ; 494 décès) et 67 cas par million ; 5 décès par million

- 17 avril : 5 878 (5 004 actifs ; 487 rétablis ; 387 décès) et 54 cas par million ; 4 décès par million

Malaisie : 5 742 (1 882 actifs ; 3 762 rétablis ; 98 décès) 177 cas par million ; 3 décès par million

- 17 avril : 5 251 (2 198 actifs ; 2 967 rétablis ; 86 décès) et 162 cas par million ; 3 décès par million

Thaïlande : 2 907 (309 actifs ; 2 547 rétablis ; 51 décès) 42 cas par million ; 0,7 décès par million

- 17 avril : 2 700 (964 actifs ; 1 689 rétablis ; 47 décès) et 39 cas par million ; 0,7 décès par million.

La situation à Singapour continue de se détériorer dramatiquement à cause des conditions de vie en dessous de toute norme pour des travailleurs migrants qui sont logés dans des dortoirs surpeuplés, où la distanciation sociale est pratiquement impossible et où les travailleurs n'ont pas accès aux installations et aux équipements sanitaires requis. Singapour possède maintenant le plus grand nombre de cas en Asie du Sud-Est. Une étude publiée en septembre 2019 par le *Singapore Medical Journal* révèle que les travailleurs migrants font face à « de fortes barrières à l'accès aux soins de santé [...] de plus, plusieurs avaient très peu d'information sur leur couverture en fait de soins de santé et faisaient face à des barrières financières à l'accès aux soins. Souvent, les travailleurs migrants doivent assumer les frais, ou font face à des barrières financières, pour des soins externes ; souvent, les assurances pour les soins en cas d'hospitalisation ne couvrent pas les cas de maladie catastrophique. » Cet état de choses indique que la situation dans laquelle se trouvent ces travailleurs va probablement s'aggraver alors que plusieurs d'entre eux tombent malades pendant la pandémie à cause de leurs conditions de vie.

Au Vietnam, un pays de 95,52 millions d'habitants qui partage une frontière avec la Chine, le nombre total de cas déclarés s'est maintenu à 268 depuis le 15 avril, soit 3 cas par million d'habitants. De ce nombre, 160 ont été infectés suite à un voyage à l'étranger, soit 59,7 %, tandis que 108 ont été infectés dans la communauté, soit 40,3 %. Il y a encore 45 cas actifs, 223 rétablis et aucun décès.

À Ho-Chi-Minh-Ville, qui a une population de 9 millions d'habitants, le Centre de contrôle des maladies de la ville a annoncé, le 23 avril, qu'il va cesser les tests de dépistage de masse pour la COVID-19 dans les aéroports et les gares ferroviaires parce qu'il n'y a pas eu de nouveau cas déclaré depuis 16 jours. Selon le centre, depuis que les tests ont débuté, 13 861 échantillons ont été recueillis auprès des passagers de l'aéroport international Tan Son Nhat et 5 599 de ceux des gares ferroviaires, et 6 281 personnes ont aussi été testées pour le virus dans les logements des travailleurs d'usine. Avec ces résultats qui montrent que le virus n'existe plus dans la communauté, il a été décidé que la continuation des tests n'est plus nécessaire. Il y a eu 54 cas dans la ville, dont 52 rétablis, selon le Tuoi Tre News. De ce nombre, 45 sont toujours sous surveillance par les travailleurs de la santé de la ville, et 38 ont été testés. Trente-sept d'entre eux ont été déclarés négatifs, et une personne attend toujours les résultats.

Le 22 avril, le gouvernement vietnamien a décidé qu'à l'échelle nationale les restrictions de distanciation sociale seront abaissées compte tenu de la baisse du taux d'infection depuis le 4 avril, ce qui permettra la réouverture de magasins et services non essentiels selon les conditions locales. On recommande toujours au public d'éviter de sortir de la maison à moins que cela soit nécessaire. Lorsqu'ils sortent de chez eux, il est requis qu'ils portent un masque facial et maintiennent une distance physique d'au moins deux mètres dans toute interaction sociale.

« Les représentants du pays ont dit publiquement que celui-ci doit être prêt à adopter une 'nouvelle normalité ' dans la conduite de sa vie alors que la maladie n'a pas été entièrement éradiquée compte tenu de l'absence d'un médicament ou d'un vaccin qui ont fait leurs preuves », rapporte le *Tuoi Tre News*.

En Asie de l'Est, au 25 avril :

Chine : 82 816 (838 actifs ; 77 346 rétablis ; 4 632 décès) 58 cas par million ; 3 décès par million
- 17 avril : 82 692 (116 actifs ; 77 944 rétablis ; 4 632 décès) et 57 cas par million ; 3 décès par million

Japon : 12 829 (10 954 actifs ; 1 530 rétablis ; 345 décès) 101 cas par million ; 3 décès par million
- 17 avril : 9 231 (8 106 actifs ; 935 rétablis ; 190 décès) et 73 cas par million ; 2 décès par million

Corée du Sud : 10 718 (1 843 actifs ; 8 635 rétablis ; 240 décès) 209 cas par million ; 5 décès par million
- 17 avril : 10 635 (2 576 actifs ; 7 829 rétablis ; 230 décès) et 207 cas par million ; 4 décès par million

Taïwan : 429 (148 actifs ; 275 rétablis ; 6 décès) et 18 cas par million ; 0,3 décès par million
- 17 avril : 395 (223 actifs ; 166 rétablis ; 6 décès) et 17 cas par million ; 0,3 décès par million

La semaine dernière, le Japon a dépassé la Corée du sud pour le deuxième plus grand nombre de cas dans la région. À Taiwan, une flambée récente de cas a été attribuée à l'infection de personnel à bord d'un vaisseau militaire qui revenait d'exercices conjoints avec Palau.

En Amérique du Nord, au 25 avril :

États-Unis : 926 530 (763 855 actifs ; 110 432 rétablis ; 52 243 décès) et 2 799 cas par million ; 158 décès par million
- 18 avril : 715 105 (613 375 actifs ; 63 841 rétablis ; 37 889 décès) et 2 160 cas par million ; 114 décès par million

Canada : 43 888 (26 117 actifs ; 15 469 rétablis ; 2 302 décès) et 1 163 cas par million ; 61 décès par million
- 18 avril : 32 412 (20 523 actifs ; 10 543 rétablis ; 1 346 décès) et 859 cas par million ; 36 décès par million

Mexique : 12 872 (4 502 actifs ; 7 149 rétablis ; 1 221 décès) et 100 cas par million ; 9 décès par million
- 18 avril : 6 875 (4 204 actifs ; 2 125 rétablis ; 546 décès) et 53 cas par million ; 4 décès par million

Aux États-Unis, le nombre de décès de la COVID-19 a doublé en juste 10 jours et c'est le plus élevé au monde, selon Reuters. Le nombre des décès était de 50 031 au matin du 24 avril, selon le suivi que fait l'Université Johns Hopkins. Ce nombre fait partie des 875 000 résidents des États-Unis qui ont contracté la COVID-19 depuis que le premier cas a été déclaré le 6 février. Cependant, les rapports indiquent que le nombre des décès est probablement beaucoup plus élevé parce que la plupart des États comptent uniquement ceux qui sont morts à l'hôpital ou dans des foyers et ignorent ceux qui sont morts à la maison. Environ 40 % des décès se sont produits dans l'État de New York qui est l'épicentre de l'éclosion aux États-Unis, suivi du New Jersey, du Michigan et du Massachusetts.

En Amérique centrale et dans les Caraïbes, au 25 avril :

République dominicaine : 5 749 (4 719 actifs ; 763 rétablis ; 267 décès) 530 cas par million ; 25

décès par million

- 17 avril : 3 755 (3 344 actifs ; 215 rétablis ; 196 décès) et 346 cas par million ; 18 décès par million

Panama : 5 338 (4 865 actifs ; 319 rétablis ; 154 décès) et 1 237 cas par million ; 36 décès par million

- 17 avril : 4 016 (3 809 actifs ; 98 rétablis ; 109 décès) et 931 cas par million ; 25 décès par million

Cuba : 1 285 (820 actifs ; 416 rétablis ; 49 décès) et 113 cas par million ; 4 décès par million

- 17 avril : 862 (664 actifs ; 171 rétablis ; 27 décès) et 76 cas par million ; 2 décès par million

Costa Rica : 687 (465 actifs ; 216 rétablis ; 6 décès) et 135 cas par million ; 1 décès par million

- 17 avril : 642 (564 actifs ; 74 rétablis ; 4 décès) et 126 cas par million ; 0,8 décès par million

Honduras : 591 (478 actifs ; 58 rétablis ; 55 décès) et 60 cas par million ; 6 décès par million

- 17 avril : 442 (391 actifs ; 10 récupérés ; 41 décès) et 45 cas par million ; 4 décès par million

À Cuba, le système de santé traite chaque Cubain maison par maison et tous les aînés dans les foyers pour gens âgés, avec une combinaison de remèdes homéopathiques pour prévenir les maladies respiratoires comme le coronavirus et la dengue. Cette semaine, le vice-premier ministre de Cuba, responsable du groupe de travail temporaire sur la pandémie de la COVID-19 a dit que sur les 1 085 garderies de jour de l'île, 444 fonctionnent avec le personnel requis pour minimiser les dommages économiques.

En Amérique du Sud, au 25 avril :

Brésil : 54 043 (22 684 actifs ; 27 655 rétablis ; 3 704 décès) et 254 cas par million ; 17 décès par million

- 17 avril : 30 891 (14 913 actifs ; 14 026 rétablis ; 1 954 décès) et 145 cas par million ; 9 décès par million

Équateur : 22 719 (20 777 actifs ; 1 366 rétablis ; 576 décès) et 1 288 cas par million ; 33 décès par million

- 17 avril : 8 225 (6 984 actifs ; 838 rétablis ; 403 décès) et 466 cas par million ; 23 décès par million

Pérou : 21 648 (13 518 actifs ; 7 496 rétablis ; 634 décès) et 657 cas par million ; 19 décès par million

- 17 avril : 12 491 (6 097 actifs ; 6 120 rétablis ; 274 décès) et 379 cas par million ; 8 décès par million

Chili : 12 306 (5 805 actifs ; 6 327 rétablis ; 174 décès) et 644 cas par million ; 9 décès par million

- 17 avril : 8 807 (5 403 actifs ; 3 299 rétablis ; 105 décès) et 461 cas par million ; 5 décès par million

Colombie : 4 881 (3 653 actifs ; 1 003 rétablis ; 225 décès) et 96 cas par million ; 4 décès par million

- 17 avril : 3 233 (2 539 actifs ; 550 rétablis ; 144 décès) et 64 cas par million ; 3 décès par million

En Afrique, au 25 avril :

Afrique du Sud : 4 220 (2 668 actifs ; 1 473 rétablis ; 79 décès) et 71 cas par million ; 1 décès par million

- 17 avril : 2 605 (1 654 actifs ; 903 rétablis ; 48 décès) et 44 cas par million ; 0,8 décès par million

Égypte : 4 092 (2 723 actifs ; 1 075 rétablis ; 294 décès) et 40 cas par million ; 3 décès par million
- 17 avril : 2 673 (1 881 actifs ; 596 rétablis ; 196 décès) et 26 cas par million ; 2 décès par million

Maroc : 3 889 (3 232 actifs ; 498 rétablis ; 159 décès) et 105 cas par million ; 4 décès par million
- 17 avril : 2 528 (2 122 actifs ; 273 rétablis ; 133 décès) et 68 cas par million ; 4 décès par million

Algérie : 3 127 (1 304 actifs ; 1 408 rétablis ; 415 décès) et 71 cas par million ; 9 décès par million
- 17 avril : 2 268 (1 137 actifs ; 783 rétablis ; 133 décès) et 52 cas par million ; 8 décès par million

Cameroun : 1 518 (768 actifs ; 697 rétablis ; 53 décès) et 57 cas par million ; 2 décès par million
- 17 avril : 996 (810 actifs ; 164 rétablis ; 22 décès) et 38 cas par million ; 0,8 décès par million

Le nombre total de cas en Afrique au 25 avril est de 30 192, en hausse par rapport à environ 20 000 la semaine précédente..

Le 20 avril, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a informé que « les vols de solidarité continuent de transporter dans toute l'Afrique des fournitures médicales vitales destinées à protéger les agents de santé qui sont les fers de lance des efforts déployés pour sauver des vies et ralentir la pandémie.

« Au cours de la semaine écoulée, l'OMS a collaboré étroitement avec le Programme alimentaire mondial pour livrer dans 40 pays des masques, des lunettes de protection, des kits de dépistage, des écrans faciaux et d'autres équipements médicaux.

Cette démarche s'intègre dans le cadre d'un effort global visant à maintenir le fonctionnement des chaînes d'approvisionnement et à garantir la livraison de fournitures essentielles dans 120 pays prioritaires. »

En Océanie, au 25 avril :

Australie : 6 695 (1 243 actifs ; 5 372 rétablis ; 80 décès) et 263 cas par million ; 3 décès par million
- 17 avril : 6 523 (2 639 actifs ; 3 819 rétablis ; 65 décès) et 256 cas par million ; 3 décès par million

Nouvelle-Zélande : 1 461 (325 actifs ; 1 118 rétablis ; 18 décès) et 303 cas par million ; 4 décès par million
- 17 avril : 1 409 (582 actifs ; 816 rétablis ; 11 décès) et 292 cas par million ; 2 décès par million

Guam : 136 (5 décès)
- 17 avril : 135 (5 décès)

Polynésie française : 57 (16 actifs ; 41 rétablis) et 203 cas par million
- 17 avril : 55 et 196 par million

Nouvelle-Calédonie : 18 (1 actif ; 17 rétablis)
- 17 avril : 18 (4 actifs ; 14 rétablis)

(Sources OMS, Euractiv, Tuoi Tre News, Reuters)



Le travail de l'Organisation mondiale de la santé



Le directeur général de l'OMS, le docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, en vidéoconférence sur la stratégie nationale pour le Pakistan face à la COVID-19, le 23 avril 2020

Les prochaines mesures de transition vers le déconfinement éventuel du pays

Les pays de diverses régions du monde songent à réduire la distanciation sociale et les mesures de confinement. Le 19 avril, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a appelé à ce que la réouverture des sociétés et des économies suive une démarche progressive, et a rappelé que ce n'est pas la fin de la pandémie mais une prochaine phase dans la gestion de la situation où on doit mettre l'accent sur éduquer la population, la faire participer et lui donner les moyens d'agir pour prévenir et répondre rapidement à tout retour en force de la pandémie. Il est aussi essentiel, a-t-il souligné, que pendant cette période, les pays développent leur capacité de « détecter, de tester, d'isoler et de prendre en charge chaque cas et de rechercher chaque contact. Enfin, de manière à faire en sorte que leurs systèmes de santé soient en mesure d'absorber toute augmentation du nombre de cas ».

Dans son point de presse du 22 avril, le docteur Tedros a continué d'être prudent devant la situation, recommandant la pondération : « Ne commettons pas d'erreur : il nous reste un long chemin à parcourir. Ce virus nous accompagnera pendant longtemps. Il ne fait aucun doute que les obligations de rester chez soi et les autres mesures de distanciation physique soient parvenues à enrayer la transmission dans de nombreux pays. Il n'en demeure pas moins que le virus reste extrêmement dangereux. Les premières données concrètes laissent apparaître que la majorité de la population mondiale y reste sensible, ce qui signifie que l'épidémie peut facilement repartir.

« L'un des plus grands dangers qui nous guettent aujourd'hui serait de baisser la garde. Dans les pays dont les habitants sont tenus de rester chez eux, on peut comprendre la frustration qu'ils éprouvent à se trouver confinés pendant des semaines. On peut comprendre que les gens veuillent reprendre le cours de leur vie, parce que leur vie, justement, et leurs moyens de subsistance en dépendent.

« Telle est également la volonté de l'OMS et c'est ce pour quoi nous travaillons sans relâche, tous les jours. Cependant, les choses ne seront plus pareilles et ne peuvent plus l'être.

Une « nouvelle normalité » doit s'installer — un monde en meilleure santé, plus sûr et mieux préparé. Les mesures de santé publique que nous prônons depuis le début de la pandémie doivent rester au cœur de la riposte dans tous les pays. »

Une des caractéristiques abominables de cette pandémie est précisément la complaisance des gouvernements qui n'ont pas tiré leur leçon de l'épidémie du SRAS 2002-2003 afin d'être prêts, avec l'équipement et les procédures nécessaires pour agir rapidement pour protéger les populations et les travailleurs de la santé en première ligne, avec la participation active des travailleurs de la santé dans ces préparatifs. Dans des pays comme le Canada où les gouvernements néolibéraux ont plutôt affaibli les systèmes de santé à coup de compressions et de privatisation, la question à laquelle la classe ouvrière est confrontée est précisément comment veiller à ce qu'elle soit investie du pouvoir de changer la situation pour éviter « un retour à la normale » après la pandémie.

Les efforts de l'OMS pour développer la capacité mondiale en dépistage, l'accès à l'équipement de protection et la thérapeutique

Afin d'assurer que tous les pays soient en mesure de mettre en oeuvre les directives mises de l'avant par l'OMS pour dépister tous les cas potentiels, celle-ci « apporte un soutien technique, scientifique et financier à la mise en place d'études séro-épidémiologiques partout dans le monde », a informé le docteur Tedros le 20 avril. Il a expliqué : « Les premiers résultats de certaines de ces études [séro-épidémiologiques] tendent à indiquer que l'infection n'aurait touché qu'un pourcentage relativement restreint de la population, même dans les zones fortement touchées. Pas plus de 2 à 3 pour cent.

« Bien que les tests sérologiques soient importants pour savoir qui a été infecté, les tests de dépistage du virus restent l'outil de base pour la recherche active, le diagnostic, l'isolement et le traitement des cas. »

Il a aussi expliqué que l'OMS travaille en collaboration avec d'autres organisations « afin d'identifier et de valider cinq tests susceptibles d'être fabriqués en grandes quantités. En association avec le Fonds mondial, l'UNICEF et UNITAID, nous avons désormais commandé 30 millions de tests pour les quatre prochains mois.

Les premiers tests seront expédiés la semaine prochaine, par l'intermédiaire de l'équipe spéciale des Nations unies pour la chaîne d'approvisionnement que nous avons mise sur pied avec le Programme alimentaire mondial et d'autres partenaires. »

Pour ce qui est de la recherche pour trouver des vaccins et leur éventuelle distribution à tous les pays, le docteur Tedros a affirmé le 24 avril :

« Depuis janvier, l'OMS collabore avec des milliers de chercheurs dans le monde entier pour accélérer et suivre le développement de vaccins, depuis la mise au point de modèles animaux jusqu'à la conception des essais cliniques, en passant par toutes les étapes intermédiaires. Nous avons également mis au point les produits de diagnostic qui sont utilisés partout dans le monde. Enfin, nous coordonnons un essai mondial sur l'innocuité et l'efficacité de quatre traitements contre la COVID-19. La communauté internationale a besoin de ces outils et elle en a besoin rapidement. Nous savons par expérience que même lorsque des outils sont disponibles, ils ne le sont pas pour tous de façon équitable. Nous ne pouvons accepter cela.

« Aujourd'hui, l'OMS est fière de s'associer à de nombreux partenaires pour lancer le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, ou Dispositif ACT. Il s'agit là d'une collaboration qui fera date pour accélérer la mise au point, la production et la distribution équitable de vaccins, de produits de diagnostic et de traitement contre la COVID-19. Nous partageons le même engagement : faire en sorte que toutes les personnes aient accès à tous les outils pour venir à bout de la COVID-19. Le Dispositif ACT rassemble la puissance combinée de plusieurs organisations pour agir rapidement et à grande échelle. Chacun d'entre nous accomplit un travail formidable, mais nous ne pouvons travailler seuls. »

L'immunité collective n'est pas la façon de procéder au déconfinement social, dit l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un mémoire le 24 avril qui dit qu'il n'y a « actuellement aucune preuve » que les personnes qui se sont rétablies de la COVID-19 et qui ont des anticorps seraient protégées contre une deuxième infection. Ils aboutiraient néanmoins à « un certain niveau de protection », a précisé par la suite l'OMS.

L'OMS a averti dans son mémoire qu'en raison du manque de preuves, l'octroi de « laissez-passer immunitaires » basés sur le rétablissement suite à une infection au virus pourrait conduire les gens à ignorer les conseils de la santé publique alors qu'ils pourraient encore être réinfectés et continuer la chaîne de transmission.

Le fait d'avoir une grande partie d'une population avec des anticorps qui la rendraient immunisée contre une autre infection par le même virus est connu sous le nom d'« immunité collective », en ce sens que ceux qui n'ont pas encore été infectés et qui manquent d'anticorps bénéficient également d'un certain niveau de protection parce que le virus ne peut pas s'installer dans l'ensemble de la population. La notion d'immunité collective est promue au Canada et ailleurs alors que les régions et les pays cherchent à mettre un terme au confinement et aux mesures de distanciation sociale.

Par exemple, le premier ministre du Québec, François Legault, a déclaré lors d'une conférence de presse le 23 avril où il a annoncé son plan de redémarrage de l'économie : « L'idée est de graduellement - et c'est le mot important - de laisser graduellement les gens sortir, laisser les enfants sortir. » Ceux de moins de 60 ans pourraient être candidats au développement de l'immunité, a-t-il suggéré.

L'administrateur en chef de la santé publique du Canada, la Dre Theresa Tam, lors d'une conférence de presse le 25 avril, a déclaré qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour soutenir l'immunité collective afin de déconfiner la société, comme l'a suggéré le premier ministre du Québec.

« L'idée de [...] générer une immunité naturelle n'est en fait pas quelque chose qui devrait être entreprise », a déclaré le Dr Tam. Elle a appelé les gens à être « extrêmement prudents » face à ce concept. « Même un jeune peut tomber gravement malade ou entrer en USI, ce n'est donc pas un concept qui devrait être soutenu », a-t-elle déclaré.

La position officielle du Canada est que tant qu'un vaccin ne sera pas développé contre le virus COVID-19, la population ne sera pas à l'abri d'une infection.

En réponse aux demandes des premiers ministres pour rouvrir l'économie après une fermeture d'un mois, les premiers ministres du Canada, y compris le premier ministre du Canada, ont convenu le 24 avril de travailler sur un ensemble conjoint de lignes directrices nationales qui expliqueraient comment réaliser le processus. Trudeau a déclaré lors de sa conférence de presse du 25 avril que ces plans ne reposent pas sur l'utilisation de l'immunité comme forme provisoire de protection.

« Dans l'approche que nous prenons très soigneusement dans les provinces et à travers le pays pour envisager la réouverture, je ne pense pas qu'il existe des plans qui reposent sur l'immunité ou l'immunité de certaines personnes ou individus contre la COVID-19 », a déclaré Trudeau.

Certains pays comme le Chili s'appêtent à délivrer des « passeports immunitaires » à ceux qui se sont rétablis du virus, selon les médias. Les laissez-passer seraient délivrés pour exempter

progressivement les personnes des restrictions mises en place pour limiter la propagation de la COVID-19, leur permettant de retourner au travail, d'assister à des rassemblements de masse ou même de voyager par-delà les frontières.

Le Dr Tam a déclaré que sans une compréhension claire des tests d'immunité pour la COVID-19, il est trop tôt pour penser à délivrer des laissez-passer à ceux qui pourraient être protégés.



Possibilité de famine de masse en Inde

Un récent article publié par l'agence de presse indienne *The Wire* attire l'attention sur le problème actuel d'insécurité alimentaire de millions de travailleurs indiens, qui a été exacerbé par les conditions de confinement en Inde qui ont été prolongées jusqu'au 11 mai.

Le système public de distribution (PDS) de l'Inde, établi en vertu de la Loi de 2013 sur la sécurité alimentaire nationale (National Food Security Act, NFSA), est destiné à fournir des denrées alimentaires et d'autres biens subventionnés aux secteurs pauvres de la population. L'accès au système PDS dépend de la possession d'une carte de rationnement. Ce ne sont pas tous les travailleurs ou leurs familles qui devraient avoir droit aux cartes de rationnement qui en ont. De même, les travailleurs migrants [inter-États], qui font partie des travailleurs pauvres qui pourraient bénéficier du PDS, ne peuvent pas recevoir leurs rations s'ils sont loin de leur État d'origine.

« Les universitaires Meghana Mungikar, Jean Drèze et Reetika Khera [...] ont récemment estimé que 108,4 millions de personnes en Inde sont exclues du PDS. Cela représente environ 8 % de la population indienne », souligne *The Wire*.

Dans l'ensemble, la NFSA couvre 67 % de la population. Sur la base des données du recensement de 2011, lorsque la population de l'Inde était de 1,22 milliard d'habitants, il y a 814 millions de personnes admissibles au PDS. En 2020, la population est estimée par ces chercheurs à 1,37 milliard, ce qui signifie que 922 millions devraient être admissibles au PDS. Cependant, le système continue de fonctionner sur la base des données de 2011, ce qui signifie que 108,4 millions de personnes qui devraient avoir droit à des rations au titre du PDS ne sont pas couvertes.

L'article poursuit en soulignant que les gouvernements des États ont déjà épuisé leurs quotas, qui sont gelés depuis la mise en vigueur de la NFSA. Par exemple, Jharkhand a cessé d'émettre de nouvelles cartes de rationnement il y a plusieurs années et les demandes de 8,4 lakh (840 000) ménages sont en attente.

The Wire souligne qu'environ 90 % de la main-d'œuvre indienne est employée dans le secteur informel où la sécurité d'emploi est minimale et les salaires bas. Il est dit qu'« environ 85 % de la main-d'œuvre indienne - en supposant que 68 % de la main-d'œuvre est masculine, selon le recensement de 2011 - gagne moins de 10 000 roupies par mois [184,86 \$ CA]. Et environ 50 % de la main-d'œuvre gagne moins de 5 000 roupies par mois [92,43 \$ CA], ou moins de 166 roupies par jour [3,07 \$ CA]. Même ce revenu aurait désormais, dans le cas de la plupart de ces travailleurs, été anéanti en raison du confinement.

Un rapport publié le 15 avril par le Stranded Workers Action Network (SWAN) - commencé par un groupe de 73 volontaires le 27 mars alors qu'il était évident que les travailleurs migrants sont extrêmement vulnérables - note que 50 % des 11 000 travailleurs avec qui ils ont été en contact avaient des rations pour moins d'un jour.

96 % des travailleurs n'avaient pas reçu de rations du gouvernement et 70 % n'avaient reçu aucun

aliment cuit. Pour aggraver les problèmes, 89 % d'entre eux n'avaient pas été payés par leurs employeurs pendant la période de confinement, souligne le Réseau.

The Wire fournit également des statistiques sur les migrants inter-États. « Selon les estimations, l'Inde pourrait compter entre 120 millions et 150 millions de migrants internes qui travaillent dans les villes comme aides-domestiques, travailleurs de la construction, dans des briqueteries et dans le secteur des transports, entre autres. Ils sont désormais extrêmement vulnérables alors que leurs sources de revenus se sont taries et la plupart se trouveraient dans des villes où ils n'ont ni carte de rationnement ni filet de sécurité. Ces migrants sont désormais contraints de dépendre de la charité. »

« Cette dépendance envers la bienveillance de ceux qui sont mieux nantis en tant que politique de l'État est également évidente à partir d'une contribution faite par le Centre à la Cour suprême la semaine dernière », écrit *The Wire*. « Il a montré que dans 13 États, les organisations non gouvernementales (ONG) avaient mis en place plus de camps de nourriture et nourri plus de personnes que les gouvernements des États respectifs, alors que le Centre n'a rien fait de tel. En Inde, 9 473 camps ont été mis en place par des ONG, tandis que 7 848 avaient été créées par les gouvernements des États. »

« Les 5 kilogrammes de céréales supplémentaires et 1 kilogramme de légumineuses qu'elle a annoncés n'atteindront pas les plus de 100 millions de personnes qui ne sont pas éligibles au PDS en raison de l'utilisation des données du recensement de 2011. Ils n'atteindront pas les millions de travailleurs migrants bloqués loin de leur État d'origine sans aucune source de revenus. »

De plus, les sans-abri, les mendiants, les personnes âgées et les tribus non déclarées ne sont sur la liste de personne, selon Nikhil Dey, cofondateur du groupe de défense des droits Mazdoor Kisan Sangathan.

Parallèlement, *The Wire* rapporte qu'en mars, « la Food Corporation of India détenait 77 millions de tonnes de stocks de riz et de blé, ce qui représente plus de trois fois le stock régulateur requis. Ce stock augmentera davantage à mesure que le gouvernement prévoit se procurer 40 millions de tonnes de blé pendant la récolte de rabi (légumineuses indiennes), qui aura lieu bientôt. Une moyenne des trois dernières années montre que le PDS a besoin d'environ 54 millions de tonnes de céréales pour assurer les provisions pour une année complète. Il faudrait 20 millions de tonnes supplémentaires pour universaliser le système pendant un an. »

Les décès par famine ont déjà commencé selon les rapports des chercheurs Thejesh G.N., Kanika Sharma et Aman.

The Wire conclut : « Avec les entrepôts de la FCI [Food Corporation of India] remplis à ras bord de stocks de nourriture, il est important de rappeler l'étude d'Amartya Sen sur la famine du Bengale de 1943 dans laquelle il a constaté qu'il ne s'agissait pas d'une pénurie de nourriture mais d'un manque d'accès à la nourriture, ce qui a conduit à des morts par famine. »

« Les personnes décédées devant des magasins d'alimentation bien approvisionnés et protégés par l'État se sont vu refuser de la nourriture en raison de l'absence de droits légaux, et non pas parce que ceux-ci avaient été violés », a écrit Sen dans son livre *Pauvreté et famines* en 1981.



Les infirmières des États-Unis défendent héroïquement la santé et la sécurité face à la pandémie et à la destruction néolibérale



Des infirmières devant la Maison-Blanche à Washington rendent hommage aux travailleurs de la santé morts de la COVID-19 et exigent des équipements de protection adéquats pour faire leur travail, le 21 avril 2020.

En pleine pandémie, la vie des travailleurs de la santé des États-Unis et du public est inutilement mise en danger par l'inaction du gouvernement et les conflits entre les gouvernements des États et les gouvernements fédéraux. Comme en témoigne l'expérience des travailleurs de la santé au Canada, ce sont les travailleurs eux-mêmes qui défendent la santé et les normes de sécurité contre les gouvernements et les employeurs qui ont d'autres ordres du jour, surtout dans le système américain qui est largement organisé pour générer des profits pour des intérêts privés. De février à aujourd'hui, les Infirmières nationales unies (NNU) et d'autres associations d'infirmières nationales ont publié des communiqués de presse réguliers et organisé des manifestations publiques pour continuer de mettre de l'avant les revendications des infirmières.

Un communiqué de presse du NNU du 28 février au sujet d'un patient atteint de la COVID-19 soigné au centre médical UC Davis en Californie montre ce à quoi les infirmières font face à l'échelle des États-Unis. Le NNU souligne que ce cas « met en lumière la vulnérabilité des hôpitaux de la nation face à ce virus et l'insuffisance des récentes directives du Centre pour le contrôle des maladies.

« Le seul patient de la COVID-19 admis à l'établissement le 19 février a mené au confinement volontaire à domicile d'au moins 36 infirmières licenciées et de 88 autres travailleurs de la santé.

« Ces 124 infirmières et travailleurs de la santé, qui sont plus que jamais nécessaires, ont au contraire été immobilisés. Le manque de préparation va engendrer une crise nationale intenable du personnel de la santé.

« Pour les infirmières, la gestion de ce cas de COVID-19 représente un échec du système et non un succès. Les infirmières licenciées du NNU se font entendre parce qu'elles se consacrent à la



protection de la santé et de la sécurité de leurs patients, des travailleurs de la santé et du public.

« Les infirmières employées par les centres médicaux de l'Université de la Californie ont rencontré les représentants de l'université quatre fois et écrit de nombreuses lettres depuis le 28 janvier pour les avertir de l'urgence de se préparer au coronavirus, faire des demandes d'information et offrir de travailler avec eux. Le 18 février, les infirmières de l'UC ont écrit à Janet Napolitano, la présidente du système de l'UC, afin d'exiger une protection accrue pour les infirmières et les patients contre le coronavirus. Le 11 février, les infirmières Davis de l'UC, huit jours avant l'admission du patient en question, avaient approché les gestionnaires de l'hôpital pour leur demander d'appliquer le plan de contrôle des infections déjà en place en raison de la pandémie de l'Ebola en 2014, mais l'hôpital a refusé. »



Manifestation devant l'hôpital Antioch en Californie le 24 mars 2020. La National Nurses United estime que plus de 150 manifestations ont eu lieu aux États-Unis.

« Nous savons que nous pouvons réussir à mettre tous nos hôpitaux en état de préparation afin de contrôler la propagation de ce virus », a dit Bonnie Castillo, infirmière licenciée, directrice générale de NNU. « Nous sommes engagées à travailler avec les hôpitaux, l'État et les agences fédérales afin d'être prêtes. Mais les infirmières et les travailleurs de la santé doivent avoir les effectifs, l'équipement et le matériel nécessaires pour y arriver. Ce n'est pas le temps pour les réseaux d'hôpitaux de couper les coins ronds et de prioriser les profits. C'est le temps de faire un effort supplémentaire et de faire en sorte que les travailleurs de la santé, les patients et le public soient protégés en vertu des plus hauts standards. »

Le mois suivant, dans un communiqué de presse du 10 mars, le NNU a déclaré : « Les infirmières licenciées sont scandalisées d'apprendre que le Centre pour le contrôle des maladies (CCM), en date du 10 mars, a dilué encore plus ses directives pour contenir la COVID-19. Entre autres changements, il y a eu une réduction des normes entourant l'équipement de protection individuelle (ÉPI) comme le fait de remplacer les respirateurs N95 par de simples masques chirurgicaux, ne pas exiger que les patients de la COVID-19 confirmés ou soupçonnés soient placés dans des chambres d'isolement de pression négative en tout temps et la détérioration des protections pour les travailleurs de la santé faisant la cueillette



d'échantillons de diagnostic respiratoire. Ce sont des changements qui, selon le NNU, mettront les infirmières, les travailleurs de la santé, les patients et nos communautés dans une situation de danger grave. »

Du mois de mars à aujourd'hui, les infirmières ont organisé des rassemblements lors des changements de quart de travail pour appuyer leurs revendications ainsi que des actions pour défendre les infirmières suspendues parce qu'elles refusent de travailler sans qu'on leur fournisse l'ÉPI nécessaire pour travailler en toute sécurité.

Conflits entre les autorités des États et les autorités fédérales au sujet de l'équipement



Comme au Canada, les travailleurs des États-Unis sont confrontés à une économie qui n'est pas autosuffisante pour répondre aux besoins du peuple. Dans la situation actuelle, cela veut dire fournir l'ÉPI nécessaire, les ventilateurs et les autres équipements requis par les travailleurs de la santé et les patients de la COVID-19. La situation est exacerbée par les luttes intestines entre l'État fédéral et les autorités de chaque état au sujet de l'équipement médical.

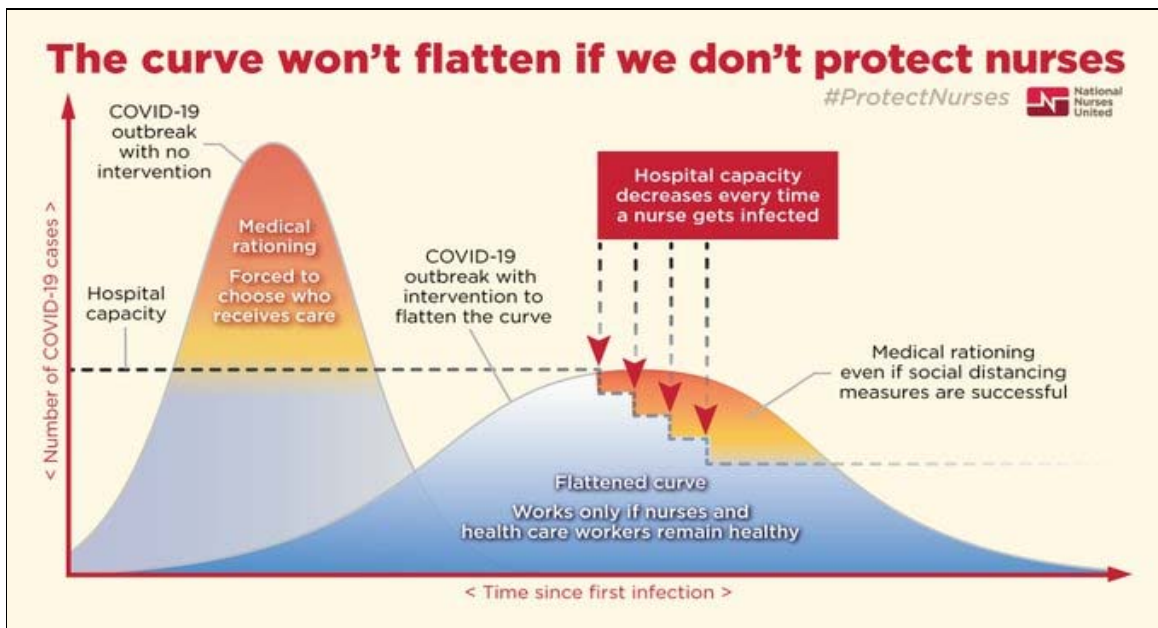
On lit dans le *New York Times* du 6 avril : « Au Massachusetts, les dirigeants de cet État ont dit qu'ils avaient confirmé une vaste commande d'équipement de protection individuelle pour leurs travailleurs de la santé. Puis, l'administration Trump a saisi ces livraisons.

« Au Kentucky, le dirigeant du système des hôpitaux a dit aux membres du congrès que son intermédiaire avait résilié l'entente pour la livraison de quatre cargaisons d'équipement médical désespérément attendues après que le Federal Emergency Management Agency l'ait pris en main.

« Le gouverneur Jared Polis du Colorado pensait que son État avait obtenu 500 ventilateurs mais ceux-ci ont été 'confisqués par la FEMA'.

« Pendant des semaines, l'administration Trump a exercé une pression sur les États pour qu'ils se procurent leurs propres ventilateurs et leurs propres équipements de protection tels que masques, gants et visières. Mais une nouvelle tentative de la part de l'administration de créer un système hybride de distribution — partagé entre le gouvernement fédéral, les représentants locaux et les compagnies de services de santé privées — a engendré une nouvelle confusion qui frise le chaos et des accusations de confiscation. »

La destruction néolibérale du Centre américain de contrôle et de prévention des maladies



Le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies (CDC) est une agence fédérale sous l'égide du département des services humains et de santé. Dès le début de l'écllosion de la COVID-19, plusieurs questions ont été soulevées au sujet du CDC et de son manque d'actions fermes et de direction pour combattre la pandémie.

Un problème initial a été le fait que le CDC n'a pas fourni des tests fiables pour la COVID-19 dès le début de janvier, après que les États-Unis aient décidé de fabriquer leur propre test, plutôt que de prendre comme modèle le test proposé par l'Organisation mondiale de la santé. Selon le *Washington Post* du 18 avril : « L'absence de mesures proposées par le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies pour produire rapidement une trousse de dépistage pour déceler le nouveau coronavirus est due à un effondrement scientifique flagrant au complexe central des laboratoires du CDC à Atlanta, selon les scientifiques compétents en la matière et une lettre de détermination des contrôleurs fédéraux.

« Les installations du CDC qui fabriquaient les trousse ont violé les principes de fabrication appropriés, ce qui a résulté en une contamination de l'une des trois composantes utilisées dans le processus excessivement sensible de détection, ont dit les scientifiques.

« La contamination croisée a sans doute eu lieu parce que des mélanges chimiques étaient intégrés aux trousse dans un espace de laboratoire où étaient aussi manipulés des matériaux synthétiques du coronavirus. Les scientifiques ont aussi dit que la proximité n'était pas conforme aux procédures appropriées et avait compromis le dépistage du virus.

« Le *Washington Post* a confirmé séparément que le Food and Drug Administration avait reconnu que le CDC avait violé ses propres normes de laboratoire dans la fabrication de ces trousse. En raison de ces pratiques médiocres, les trousse ont été exposées à la contamination.

« Le volet défectueux du test n'était pas déterminant pour déceler le nouveau coronavirus, ont dit les experts. Mais après que le problème eut été observé, les représentants du CDC ont procédé pendant plus d'un mois à retirer cette étape non nécessaire des trousse, exacerbant ainsi les délais de dépistage à l'échelle nationale, selon un examen de documents fédéraux et des entrevues avec plus de trente scientifiques actuels et anciens et d'autres personnes au fait des événements. »

Un rapport du *New York Times* du 18 avril souligne que « les tests de dépistage sont encore rationnés dans certains états et sont inégaux dans d'autres, et les médecins et les patients peuvent attendre plusieurs jours avant d'en obtenir les résultats. Plusieurs experts de la santé publique et des maladies infectieuses disent que les tests de dépistage ne sont pas suffisants pour ouvrir à nouveau le pays ou retourner à une vie à peu près normale. »

La question qui se pose est pourquoi le CDC n'a pas été en mesure d'adhérer aux procédures de base afin d'éviter la contamination de ses trousse de dépistage.

En 2017, en raison d'un gel d'embauche fédéral, 700 postes au CDC ont été laissés vacants, ce qui « selon les représentants et les chercheurs a eu des répercussions sur les programmes d'appui à la préparation aux urgences de la santé publique locale et de l'État, au contrôle des maladies infectieuses et à la prévention des maladies chroniques », a écrit le *Washington Post* à ce moment-là. Même en 2017, « dans les institutions nationales de la santé, selon le personnel, le travail clinique, le soin des patients et le recrutement sont précaires », selon l'article du *Post*.

D'autres compressions au CDC ont eu lieu dans les années qui ont suivi, dont une compression de 80 % aux efforts du CDC pour contribuer à l'effort mondial de lutte contre les épidémies de maladies infectieuses comme l'Ebola.

Tout indique que la crise de la COVID-19 aux États-Unis est la conséquence directe des compressions néolibérales qui ont frappé l'institution même qui doit prévenir les éclosions massives de maladies, faisant en sorte que le CDC ne peut même pas respecter les normes de base pour les laboratoires ni jouer son rôle de fournir des directives nationales de sécurité pour protéger les travailleurs de la santé.

Le Canada reste silencieux pendant que la COVID-19 se propage parmi les détenus dans les prisons israéliennes

Il y a environ 4 520 détenus palestiniens dans les prisons israéliennes surpeuplées, des hommes, des femmes et même des enfants de 14 ans. Face aux inquiétudes fondées que la COVID se propage dans ses prisons, un tollé mondial s'est élevé pour exiger qu'Israël libère les prisonniers palestiniens, en particulier les femmes et les enfants et ceux qui sont détenus sans inculpation dans le cadre de ce qu'on appelle la « détention administrative ». Mais Peter Larson, président du Forum israélo-palestinien d'Ottawa (OFIP), dit que jusqu'à présent, le Canada, qui prétend être un « ami du peuple palestinien », n'a manifesté aucun intérêt.

Larson rappelle que des prisonniers palestiniens sont détenus dans plus d'une douzaine de prisons réparties en Israël et en Cisjordanie. Les centres d'interrogatoire où la torture est souvent utilisée sont indiqués par un triangle rouge.

Pendant des années, les organisations palestiniennes de défense des droits humains ont utilisé cette journée pour faire la lumière sur ce qu'elles affirment être les politiques répressives d'Israël à l'égard de ses prisonniers palestiniens provenant de la Cisjordanie et de Gaza, souligne Larson.

Selon le Centre palestinien pour les droits de l'homme basé à Gaza, cela inclut :

- des conditions de détention inhumaines et cruelles ;
- la torture psychologique et physique et un isolement cellulaire ;
- la détention administrative ;

- des ordres et décisions militaires injustes ; et
- l'interdiction des visites par des professionnels de la santé



Dans un appel récent, Addameer, une organisation de défense des droits des prisonniers basée en Cisjordanie, a appelé la communauté internationale « à se joindre à nous dans une campagne urgente pour libérer tous les prisonniers palestiniens afin de les protéger de la COVID-19, en particulier à la lumière des restrictions accrues de leurs droits par l'administration pénitentiaire israélienne. »



Des artistes palestiniens peignent des murales en hommage aux prisonniers le 17 avril 2020.

L'appel d'Addameer souligne qu'au début de mars 2020, les Services pénitentiaires israéliens (IPS) :

- ont interrompu toutes les visites par les familles et les avocats des prisonniers palestiniens ;
- ont reporté tous les procès devant les tribunaux militaires ;
- ont cessé d'amener des Palestiniens en détention provisoire ou en interrogatoire pour prolonger leur détention ; [...]
- ont empêché les représentants juridiques des prisonniers palestiniens de communiquer directement avec leurs clients

Partout dans le monde, des organisations de défense des droits humains ont abordé avec inquiétude la question de la propagation de la COVID parmi les détenus, écrit Larson. «J'exhorte tous les États à libérer toutes les personnes détenues sans fondement juridique, y compris celles dont la détention est contraire aux obligations relatives aux droits de l'homme », a déclaré Michelle Bachelet, commissaire des Nations unies aux droits de l'homme.

Larson souligne qu'en fait, Israël a annoncé la libération d'environ 400 prisonniers israéliens pour freiner la propagation du coronavirus, mais cela ne semble pas avoir inclus des Palestiniens.

Larson indique également qu'aux États-Unis, les Amis de Sabeel en Amérique du Nord, une organisation chrétienne, a lancé une pétition exhortant les États-Unis à faire pression sur Israël pour qu'il libère ses prisonniers palestiniens. Pour atteindre le même but, la Campagne américaine pour les droits humains palestiniens (USCPR) a lancé sa propre campagne.



Larson dénonce le fait que le Canada n'a exprimé aucune préoccupation. Une lettre envoyée à la mission du Canada à Ramallah il y a trois semaines, lui demandant d'enquêter sur la situation des prisonniers palestiniens, n'a pas reçu d'accusé de réception et est demeurée sans réponse, dit-il.

La lettre du 32 mars à la mission canadienne à Ramallah se lit:

Lorsque notre groupe « Come and See » était à Ramallah l'automne dernier, nous avons rencontré des représentants d'Addameer, l'organisation palestinienne des droits des prisonniers. Nous avons reçu un excellent exposé détaillé sur la façon dont les Palestiniens accusés sont « traités » par les autorités israéliennes. La plupart sont détenus pendant des mois sans inculpation sous « détention administrative ». Tous sont sous l'effet de la contrainte, avec peu de soins médicaux. Beaucoup sont torturés. Il semble maintenant que les visites par les familles aient également été suspendues, ce qui rend presque impossible toute surveillance extérieure.

Je viens de recevoir un appel urgent d'Addameer indiquant que certains de ces prisonniers (toujours non inculpés) ont été infectés par le virus de la COVID-19 durant leur interrogatoire.

Je vous exhorte, en tant que représentants du gouvernement canadien, à enquêter sur la véracité de ces allégations et à vous adresser au gouvernement israélien pour libérer ceux qui n'ont été reconnus coupables d'aucun crime.

Merci d'avance.

Peter Larson, dirigeant du groupe^[1]

Quiconque croit que le Canada devrait prendre en main la demande de libérer les prisonniers palestiniens détenus dans les prisons israéliennes est invité à envoyer une note au premier ministre, au ministre des Affaires étrangères, à l'ambassadeur du Canada à Tel Aviv ou au représentant en chef du Canada auprès de l'Autorité palestinienne à Ramallah. Des copies peuvent être envoyées aussi à votre député fédéral.

Note

1. La lettre a été publiée par *Canada Talks Israel Palestine* (CTIP), le bulletin hebdomadaire de Peter Larson, président du Forum israélo-palestinien d'Ottawa (OFIP). Le bulletin vise à « promouvoir une discussion sérieuse au Canada sur l'enjeu complexe et émotionnel qu'est Israël et la Palestine ».

Le gouvernement britannique ferme les yeux sur les décès dans les résidences pour personnes âgées

Le vendredi 17 avril, le gouvernement britannique a reconnu pour la première fois que les chiffres sur les décès de personnes dans les résidences pour aînés et dans la communauté dus à la COVID-19 étaient faux. Matt Hancock, le secrétaire d'État à la Santé, a confirmé que ces chiffres avaient été « substantiellement sous-estimés » lorsqu'il a comparu devant le Comité spécial de la Chambre des communes. Il a avoué qu'il y avait eu plus de décès dans les résidences pour aînés que ce qui avait été annoncé par le Bureau de la statistique nationale (BSN), et que la part de décès s'étant produits dans des résidences était beaucoup plus élevée que ce qui avait été annoncé jusque-là. « J'ai demandé à la Commission de la qualité des soins de veiller à ce que nous recueillions les données sur les cas de décès des personnes qui sont dans ces résidences pour aînés. Elle a commencé à recueillir les données hier et les publiera sous peu. »

Le *Health Service Journal* a commenté : « L'ampleur de l'écart seulement pour la semaine finissant le 3 avril est telle que le total des décès dus à la COVID-19 – 1 400 – dans les résidences pour aînés publié cette semaine par Santé Angleterre pourrait représenter une sous-estimation substantielle. »[1]

Puisque des données concrètes n'ont pas été recueillies par le gouvernement ni par le BSN, le Forum national sur la santé a fait part d'une « augmentation importante de décès liés au coronavirus dans les résidences pour aînés », qui, lorsque mise à jour, indique que « plus de 2 500 personnes en résidence pour aînés ont peut-être perdu la vie dans ces résidences suite à des cas de la COVID-19, soit confirmés ou soupçonnés, au cours de la dernière semaine seulement, représentant une augmentation de 193 %. Cette analyse laisse entendre qu'un total de 4 040 personnes ont peut-être perdu la vie dû à cette maladie dans des résidences de soins pour aînés avant le 13 avril. Incluant les décès d'individus ayant été admis à l'hôpital, ce nombre représente 7 337 personnes décédées dans nos communautés les plus vulnérables. »[2]



L'aveu de ce gouvernement révèle plus que la criminalité avec laquelle il gère la pandémie de la COVID-19 en ignorant les décès des patients dans les résidences pour aînés. Ce mauvais décompte des décès révèle le niveau du mépris pour la vie humaine qui a toujours été un trait

saillant de l'élite dirigeante et des gouvernements britanniques successifs. Par exemple, pendant ces nombreuses années, au cours de la « crise d'hiver » du Service national de la Santé, il y a eu des décès évitables dus au manque de lits, aux listes d'attente, etc., qui n'ont jamais été officiellement notés et soulignés par le gouvernement, et il en est de même pour les décès tragiques dans les résidences pour aînés durant la pandémie actuelle. Aussi, pendant la guerre de l'Irak, non seulement le gouvernement Blair de l'époque a-t-il commis des actes de guerre criminels en envahissant l'Irak, mais il a aussi refusé de compter les centaines de milliers de personnes tuées ou blessées en Irak à la suite de cette invasion. En ce sens, la pandémie révèle au grand jour le mépris criminel de la vie humaine affiché par les forces au pouvoir, dont la conception du monde est de servir les intérêts privés, et non de défendre la vie humaine et le bien-être du public.



réduite » et de « démarches de gestion de la mort » est impossible à ignorer.

En effet, un des aspects frappants de la *Loi sur le coronavirus 2020*, qui a reçu la sanction royale le 25 mars, est sa perspective d'une « main-d'oeuvre réduite, une pression accrue sur les services de santé et sur les démarches de gestion des morts » et d'« introduire de nouveaux pouvoirs statutaires conçus pour atténuer ces impacts », comme il est affirmé dans les notes explicatives du projet de loi. Le contraste entre défendre la santé et le bien-être publics, y compris éviter les décès dus à la maladie, et son objectif d'une « main-d'oeuvre

Aussi, l'aveu du gouvernement à savoir que ses chiffres liés aux décès dus à la COVID-19 sont faux lève le voile sur les arrangements démodés et inacceptables où la vie et les préoccupations du peuple sont ignorées et les travailleurs de la santé n'ont pas voix au chapitre ou si peu sur ces arrangements. Les travailleurs de la santé et le peuple dans les communautés luttent pour un système de santé et de soins sociaux axé sur l'humain qui répond aux besoins de tous, que ce soit dans les hôpitaux ou les résidences communautaires, de santé mentale et de soins. Au coeur de ce système est la nécessité d'investir les travailleurs de la santé du pouvoir de prendre les décisions cruciales. Cela comprend aussi la capacité de mobiliser la classe ouvrière et le peuple à leur pleine capacité et avec leur entière participation, en particulier en temps de crise comme celle de la pandémie de la COVID-19.

Rien de moins n'est acceptable.

Notes

1. Dave West, « [Care home deaths substantially underestimated as Hancock moves to speed reporting](#) », HSJ, 17 avril, 2020
2. « [Ring of steel needed to support care homes as deaths double in a week](#) », NCF press release, 18 avril, 2020

(Workers' Weekly, 18 avril 2020. Traduit de l'anglais par LML)