

Entre menaces et opportunités : la réponse canadienne face à la Covid-19

Diane Alalouf-Hall, Jean Marc Fontan et David Grant-Poitras • Université du Québec
à Montréal

Yvan Conoir et Stéphanie Maltais • Université Laval (Canada)

Comment le Canada, particulièrement éprouvé par la pandémie, s'est-il organisé ? C'est à une revue de détail particulièrement instructive que s'est livrée ce collectif d'auteurs. On y apprend comment organisations non gouvernementales, Croix-Rouge canadienne, gouvernements provinciaux et militaires sont venus en renfort des équipes médico-sociales.

La Covid-19 pose d'énormes défis en matière de santé publique mondiale, de gestion des urgences humanitaires, de transparence et de vélocité des réponses à déployer par une multitude d'acteurs aux échelles locales et internationales. Depuis le début de la crise, l'état d'urgence sanitaire au Canada a entraîné l'arrêt temporaire des activités économiques dites non essentielles, ralenti les activités sociales et révélé la présence d'inégalités structurelles au sein de la population. Sur le plan humanitaire, cette crise a impliqué un repli des actions de l'État canadien sur son espace national, ayant pour corollaire une moins grande attention accordée aux enjeux internationaux. Au Canada, alors que les professionnel·le·s agissant en première ligne se révélaient en nombre insuffisant ou épuisé.e.s, la Croix-Rouge canadienne (CRC), de même que les Forces armées canadiennes (FAC), ont été appelées en renfort afin de prêter main-forte aux systèmes de santé de plusieurs provinces canadiennes.

Le gouvernement canadien a dû innover en prenant des décisions rapides et lourdes de sens. En appui aux systèmes publics de santé régis par les provinces et les territoires, le Canada a dû canaliser des ressources financières considérables et penser de nouveaux programmes d'aide publique, de concert avec les provinces et les territoires, pour faciliter une pause de l'économie et rendre acceptable le confinement de la population. En situation de gouvernement minoritaire, le Premier ministre a dû générer un environnement de travail collaboratif avec les autres formations politiques et amener la fonction publique à travailler en collaboration avec des organisations de la société civile pour faciliter la distribution de services essentiels à la population.

Notre article présente la façon dont le Canada a géré cette situation exceptionnelle au niveau national (par les autorités et les organisations non gouvernementales [ONG]) et l'impact de la crise sur le travail des ONG humanitaires canadiennes œuvrant à l'international. Pour ce faire, nous avons réalisé neuf entretiens semi-dirigés avec des ONG (Action contre la Faim, CRC, Développement et Paix, Islamic Relief [IR], Médecins du Monde [Mdm], Médecins Sans Frontières [MSF] et Save the Children), Affaires mondiales Canada (AMC) et des réseaux d'ONG dont Coopération Canada et le Réseau humanitaire national (Humanitarian Response Network, HRN). Cela nous permet de brosser un portrait varié de la réponse à la Covid-19 et de mieux comprendre l'impact de la pandémie sur la gouvernance, les ressources et la programmation de ces organisations.

Le contexte canadien

Le système canadien de santé est décentralisé. Le Canada est en effet une confédération qui réunit un gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux (dix) et territoriaux (trois). L'articulation des pouvoirs entre ces paliers est régie par une constitution, laquelle dévolue aux provinces et aux territoires la responsabilité des soins de santé et des services sociaux. Le gouvernement fédéral est aussi responsable des soins de santé à garantir aux personnes en détention et aux populations des premières nations.

Les 25 et 28 janvier 2020, les premiers cas isolés de Covid-19 ont été observés dans deux provinces : l'Ontario et la Colombie-Britannique¹. Des mesures d'urgence sanitaire ont été déployées à la mi-mars sur l'ensemble du pays. Depuis, la pandémie a connu deux vagues de propagation. La première s'est étendue de la mi-mars à la fin juin 2020. Une période d'accalmie de quelques mois a permis une forte diminution des nouveaux cas, avant une nouvelle recrudescence de la pandémie à la mi-septembre, alors que le nombre de nouveaux cas a explosé et que le bilan des décès s'est mis à fortement remonter².

En termes quantitatifs, en date du 3 octobre 2020, sur une population d'environ 38 millions, le Canada comptait 162 569 cas déclarés et 9 409 mortalités attribuées à la Covid-19, le Québec étant de loin la province la plus touchée ; sur une population de 8,5 millions, on dénombrait 76 273 cas pour 5 857 décès, soit à ce moment environ 62 % des décès reliés à la pandémie dans le pays. À titre comparatif, en Ontario, la province la plus peuplée avec 14,5 millions d'habitants, on dénombrait 2 927 décès sur 52 980 cas déclarés³.

Le profil de la pandémie de la première vague diffère de celui de la deuxième. Pour la première vague, des mesures de confinement ont rapidement été déclarées vers la fin du mois de mars limitant d'autant la propagation communautaire. En revanche, elle a lourdement frappé les résidences privées pour aîné.e.s et les centres publics d'hébergement offrant des soins de longue durée aux personnes âgées, lesquels ont connu le plus de létalité⁴.

Pour la deuxième vague, les mesures de protection des organisations et institutions victimes de la Covid-19 ont été efficaces au point de ne pas voir de foyers d'éclosion majeurs s'y développer. La propagation se fait principalement de façon communautaire et auprès de personnes plus jeunes – notamment chez les 20-29 ans qui représentent 25 % des nouveaux cas au Québec⁵. Le spectre du reconfinement et d'une fermeture de l'économie à des activités essentielles a forcé les gouvernements et les autorités de santé publique à s'adapter rapidement en développant de nouvelles mesures et de nouveaux moyens d'action, comme en limitant fortement les déplacements et rassemblements privés⁶.

¹ Daniel Blanchette Pelletier, « Comment s'est propagée la Covid-19 au Canada ? », *Radio Canada*, 6 mai 2020, <https://ici.radio-canada.ca/info/2020/05/traces-origine-premiers-cas-coronavirus-Covid-19-canada>

² La deuxième vague fait apparaître plus de contaminations dans la population jeune (donc moins de complications sévères et de décès). Le taux de létalité (c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès et le nombre de cas) n'a pas augmenté d'une vague à l'autre.

³ Voir Gouvernement du Canada, *Maladie à coronavirus (Covid-19) : Mise à jour sur l'éclosion – Situation actuelle*, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#a1>

⁴ 85 % des décès étaient dans ces milieux de vie. Voir Comparaisons Santé : Québec/Canada/OCDE, « Mortalité par Covid-19 au Québec : comparaisons nord-américaines et internationales », <https://comparaisons-sante-quebec.ca/mortalite-par-Covid-19-quebec-et-comparaisons-internationales>

⁵ Mélanie Meloche-Holubowski, « Les jeunes au cœur des nouvelles éclosions de Covid-19 », *Radio-Canada*, 9 septembre 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1732267/covid-coronavirus-jeunes-enfants-age-pandemie-canada>

⁶ Les mesures varient d'une province à l'autre. Par exemple, le Québec possède un système de couleur pour les alertes ; l'Ontario propose des mesures spécifiques pour l'éducation.

Les acteurs de la réponse

Le système sanitaire canadien : des limites structurelles propices au développement de la pandémie

En matière d'analyse de la vulnérabilité, le réflexe serait de penser qu'un État fort⁷ est en mesure d'offrir une couverture uniforme de biens et de services à l'échelle nationale. Dans les faits, le niveau de résilience au sein de tout espace étatique n'est pas uniforme⁸. Dans le contexte de la Covid-19, toutes les régions des pays affectés n'ont pas présenté une capacité similaire de résilience territoriale. Au Canada, certaines régions faiblement pourvues en capital socio-territorial⁹ ont été fortement désavantagées quant à la traversée de la crise, favorisant ainsi une propagation plus virulente du virus dans certaines communautés ou dans certains secteurs géographiques.

Le système de santé canadien repose sur cinq principes fondamentaux (Loi canadienne sur la santé de 1984) : universalité (tous les citoyens et toutes les citoyennes sont couvert.e.s) ; intégralité (tous les services médicaux et hospitaliers essentiels sont couverts) ; transférabilité (validité de la couverture dans l'ensemble des provinces et des territoires) ; gestion publique (les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent être gérés par un organisme public sans but lucratif) et accessibilité (levée des obstacles financiers diminuant l'accès aux soins de santé)¹⁰.

Le système public de santé canadien, tel que nous le connaissons aujourd'hui, pose ses premiers fondements en 1947¹¹. Les provinces et les territoires sont maîtres d'œuvre en matière de santé et de services sociaux. Elles et ils ont la responsabilité de maintenir la dimension publique, universelle et gratuite de leur système de santé.

Au Québec, face à une population vieillissante, la surreprésentation des aîné.e.s parmi les victimes de la pandémie¹² lors de la première vague a donné l'impression que la maladie affectait avant tout les personnes âgées. Pourtant, en plus des fragilités liées à l'âge ou à l'état de santé (maladies chroniques), la pandémie a montré qu'elle frappait durement celles et ceux que la société a rendus vulnérables et celles et ceux qui leur prodiguent quotidiennement des soins¹³. Au Québec, plus de 40 % des 85 ans et plus vivent dans un établissement d'hébergement privé ou public, soit le taux le plus élevé au Canada¹⁴. Ce n'est pas tant l'âge des aîné.e.s qui explique la propagation de la Covid-19 que la façon dont les aîné.e.s et le vieillissement sont traités au Québec. Deux enquêtes administratives mandatées par le ministère de la Santé (automne 2020) ont mis en évidence des failles structurelles et organisationnelles favorisant la propagation dans les établissements concernés de soins de santé de longue durée : des protocoles cliniques rarement à jour, des articles manquants, défectueux ou mal adaptés et, surtout, une grande pénurie de main-d'œuvre en raison du manque de ressources financières¹⁵.

⁷ Selon l'Index des États fragiles, développé par Fund for Peace (2019), le Canada est considéré comme un État efficace ou fort.

⁸ Diane Alalouf-Hall et Jean-Marc Fontan, « Gestion des catastrophes naturelles en sol québécois : rendre socialement et écologiquement responsables les processus de développement des territoires affligés », *Organisations & Territoires*, vol. 29, n° 2, p. 127-139, <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n2.1156>

⁹ « Cette capacité du local de créer de la "plus-value" sociale à partir de nouveaux arrangements organisationnels et institutionnels constitue un capital socio-territorial » (Jean-Marc Fontan et Juan-Luis Klein, « La mobilisation du capital socio-territorial : le cas du technopôle Angus », *Lien social et Politiques*, n° 52, automne 2004, p. 140).

¹⁰ La Loi canadienne sur la santé : <https://sencanada.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoc02vol6part7-f.htm>

¹¹ Gouvernement du Canada, *Le système des soins de santé du Canada*, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>

¹² Plus de 80 % des décès liés à la Covid-19 au Québec se sont produits dans des CHSLD jusqu'à la fin avril 2020.

¹³ Estelle Carde, « La Covid-19 creuse les inégalités d'aujourd'hui, mais aussi celles de demain », *The Conversation*, 27 mai 2020, <https://theconversation.com/la-covid-19-creuse-les-inegalites-daujourd'hui-mais-aussi-elles-de-demain-138288>

¹⁴ Fabien Deglise, « Pourquoi la Covid-19 frappe-t-elle plus le Québec ? », *Le Devoir*, 30 avril 2020, <https://www.ledevoir.com/societe/sante/577941/5-raisons-qui-pourraient-expliquer-pourquoi-la-covid-19-frappe-plus-le-quebec>

¹⁵ Ces problèmes ont été documentés par le ministère de la Santé et des Services sociaux : « Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la Covid-19 au CHSLD Herron », 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-834-04W.pdf> et « Rapport d'enquête sur l'écllosion de la Covid-19 au Centre d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée », 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-834-05W.pdf>

Le déploiement des acteurs militaires dans des établissements de soins de longue durée

Face à l'accroissement incontrôlé des contaminations et des décès dans plusieurs ESLD du Québec et de l'Ontario, les Premiers ministres de ces deux provinces se sont tournés vers le gouvernement fédéral pour demander une aide d'urgence. Celui-ci a répondu positivement à l'appel et décidé que l'opération LASER¹⁶ déploierait des effectifs militaires dans les ESLD les plus durement touchés par le virus.

Pour le Québec, un premier contingent de 1 000 membres des FAC a été déployé dans vingt centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Grand Montréal. Parmi ce contingent, 670 militaires détenaient une formation médicale, tandis que les autres étaient en appui à la logistique des opérations courantes en établissements¹⁷. Quelques jours après ce déploiement, un second contingent de 350 militaires est venu en renfort dans cinq autres ESLD dont la situation était jugée critique. Du côté de l'Ontario, le Premier ministre a obtenu l'envoi de 250 militaires à partir du 28 avril. Ces derniers ont été déployés par équipes de cinquante dans cinq ESLD de la région du Grand Toronto.

Aux termes de cette intervention, les FAC ont été présentes dans cinquante-quatre ESLD (quarante-sept au Québec et sept en Ontario). Les gouvernements provinciaux ont demandé au gouvernement fédéral une prolongation de la présence militaire jusqu'à la fin juin, date à partir de laquelle les FAC ont été progressivement remplacées par du personnel de la CRC. Au cours de cette opération, trente-neuf militaires ont contracté la Covid-19, vingt-quatre au Québec et quinze en Ontario¹⁸. Aucun des militaires infectés par la Covid-19 n'est décédé.

Il importe de rappeler le caractère exceptionnel d'une participation de l'armée visant à soutenir des autorités publiques canadiennes dans la prestation de services à des fins sanitaires. Normalement, ce type d'intervention est réalisé à l'extérieur du pays, et ce dans un contexte de solidarité internationale (Équipe canadienne de réponse aux catastrophes) et en réponse à des situations humanitaires d'ampleur (du type Tsunami 2004, Haïti 2010 ou encore en 2014 en réponse à la lutte contre le virus Ebola en Afrique de l'Ouest¹⁹). De façon exceptionnelle, l'armée est intervenue en sol canadien soit pour soutenir des enjeux de sécurité nationale (Crise d'octobre, Québec, 1970), soit pour aider la population à la suite de catastrophes naturelles²⁰. Mais en matière sanitaire, c'est la première fois que des militaires ont été mobilisés directement pour intervenir sur le sol canadien.

L'intervention des FAC en réponse à la pandémie a surtout été pensée en termes d'assistance logistique, principalement pour des opérations routinières devant être réalisées pour assurer le bon fonctionnement des établissements de soins de longue durée. En fonction des besoins, variables d'un établissement à l'autre, les membres des FAC ont réalisé une diversité de tâches : préparation des repas, aide à l'hygiène des personnes âgées et désinfection des lieux. Pour bien accomplir ce rôle, les militaires ne détenant pas de compétences médicales ont suivi une formation rapide donnée par des professionnels de la CRC²¹, laquelle a permis, entre autres, d'apprendre à bien utiliser les

¹⁶ L'opération LASER correspond à la réponse globale des FAC pour réduire les répercussions nationales de la pandémie. Dans ce texte, nous nous appuyons uniquement sur le volet de la mission de soutien dans les ESLD. Pour obtenir plus d'informations sur cette opération, voir Gouvernement du Canada, Opération LASER, <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/operations/operations-militaires/operations-en-cours/laser.htm>

¹⁷ Louis-Samuel Perron, « CHSLD : plus de 1 000 militaires déployés sur le terrain », *La Presse*, 7 mai 2020, <https://www.lapresse.ca/Covid-19/2020-05-07/chsld-plus-de-1000-militaires-deployes-sur-le-terrain>

¹⁸ *La Presse canadienne*, « 39 militaires infectés dans des CHSLD du Québec et de l'Ontario », *Radio-Canada*, 26 mai 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706334/militaires-infectes-chsld-quebec-ontario-coronavirus>

¹⁹ Gouvernement du Canada, *Intervention du Canada en réaction à l'écllosion du virus Ebola en Afrique de l'Ouest*, <https://www.canada.ca/fr/nouvelles/archive/2014/10/intervention-canada-reaction-eclosion-virus-ebola-afrique-ouest.html>

²⁰ Selon *La Presse canadienne*, il y aurait eu quarante-deux interventions des FAC à la suite de désastres naturels en sol canadien – soit douze fois entre 1996 et 2006, vingt fois entre 2007 et 2016 et dix fois au cours des deux dernières années (2017-2019). Voir Lee Berthiaume, « Désastres naturels : l'armée rappelle son rôle militaire », *La Presse canadienne*, 20 janvier 2020, <https://www.lapresse.ca/actualites/national/2020-01-20/desastres-naturels-l-armee-rappelle-son-role-militaire>

²¹ D'ailleurs, seulement au Québec, la CRC a formé quelque 9 600 personnes sur l'utilisation des EPI et la prévention et le contrôle des infections.

équipements de protection individuels (EPI) et à administrer certains services de base aux bénéficiaires. Les FAC ont aussi agi en tant que lanceurs d'alerte en publiant deux rapports critiques remis aux gouvernements ontariens et québécois. Le rapport ontarien²² (mai 2020) a relevé la présence de coquerelles, de moisissures dans les aliments distribués, l'utilisation de médicaments périmés, la réutilisation de matériel non décontaminé. Il a aussi mentionné que des aîné·e·s alité·e·s étaient laissés·es à elles-mêmes et eux-mêmes dans une literie souillée, entraînant le développement de plaies de lit chez plusieurs d'entre elles et eux²³. Des militaires ont subi des gestes d'intimidation de la part du personnel des établissements aidés. Le rapport québécois²⁴ est moins choquant. Il met en exergue des problèmes récurrents au sein des ESDL comme le laxisme de la part de directions d'établissement en matière de surveillance et de contrôle ; le manque de discipline dans certains centres concernant l'utilisation des EPI ; et enfin, le manque flagrant de préposé·e·s aux bénéficiaires.

L'acteur humanitaire « nationalisé »

Forte de son expérience dans la lutte contre les épidémies (choléra, Ebola...) dans dix-sept pays, la CRC est rapidement intervenue sur le territoire canadien en offrant un appui aux services consulaires débordés avec le rapatriement des ressortissant·e·s. Elle a déployé un hôpital de campagne sur la base militaire de Trenton et un appui à celle de Cornwall pour soutenir les Canadien·ne·s en quarantaine à leur retour de l'étranger. Bien vite, la CRC a été active dans une dizaine de sites de quarantaine à travers le pays pour soutenir plus de 3 000 Canadien·ne·s. Deux autres hôpitaux de campagne ont été déployés à Montréal et à Vancouver en appui aux centres hospitaliers qui étaient débordés. L'organisation a également appuyé 200 communautés autochtones du pays grâce à sa ligne de soutien.

Le rôle central de la CRC s'est traduit par un appui direct offert aux ESDL en Ontario et au Québec où l'on observait ce manque chronique de personnel. Ce sont 900 personnes de la CRC qui ont été impliquées directement dans les ESDL pour appuyer les professionnel·le·s de la santé. La réponse de la CRC, lors de la première vague et jusqu'à aujourd'hui, repose sur un financement à hauteur de 100 millions de dollars canadiens déboursés par le gouvernement fédéral.

La Covid-19 a mis sur la sellette l'importance de redéfinir le rôle de l'organisation en territoire canadien. Même avant la pandémie, la CRC était en négociation pour renforcer son rôle d'auxiliaire de services publics dans l'optique de combler des besoins en matière de protection en santé publique au pays²⁵. Depuis plusieurs années, la CRC répond à des crises de grande ampleur, mais ses financements privés ne suivent pas toujours. D'ailleurs, au début d'octobre 2020, on annonçait que le gouvernement fédéral prévoyait de faire une demande officielle pour que la CRC appuie les zones fortement touchées par la pandémie à travers, entre autres, un soutien logistique aux centres de dépistage, ainsi qu'aux résidences pour aîné·e·s²⁶.

La réponse nationale à la Covid-19 de la CRC a eu pour effet de consolider celle de l'organisation à l'international et d'augmenter son impact et sa prévisibilité grâce à une démonstration de ses compétences, de ses ressources et de sa capacité de sensibilisation. La CRC a également mis sur pied des équipes de prévention et de contrôle des infections pour appuyer 110 ESDL. En moins de vingt-quatre heures, chaque équipe pouvait évaluer un ESDL et produire un rapport qui fournissait des recommandations pour ensuite accompagner les établissements dans la mise en œuvre de celles-ci.

²² SCRIBD, « Rapport (en anglais) des Forces armées canadiennes sur les cinq centres de soins de longue durée dans la région de Toronto », https://fr.scribd.com/document/463110835/Rapport-en-anglais-des-Forces-armees-canadiennes-sur-les-cinq-centres-de-soins-de-longue-duree-de-la-region-de-Toronto#from_embed

²³ Marie Vastel et Magdaline Boutros, « L'armée décrit l'horreur dans les CHSLD en Ontario », *Le Devoir*, 27 mai 2020, <https://www.ledevoir.com/politique/canada/579629/residences-pour-aines-en-ontario-un-rapport-accablant-de-l-armee>

²⁴ « Rapport FAC – Observations », 2020, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/Covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216

²⁵ Au Canada, à part les FAC, il n'existe pas de mécanisme de protection civile doté de suffisamment de ressources – notamment humaines – pour intervenir lors des catastrophes de grande ampleur.

²⁶ Voir Catharine Tunney, "Federal government offering Red Cross support to Covid-19 hotspots: sources", *CBC News*, 1 October 2020, <https://www.cbc.ca/news/politics/red-cross-covid-second-wave-1.5744902>

HUMANITARIAN ALTERNATIVES

Cette façon de faire, fortement appréciée par les ESLD, avait pour avantage de demeurer confidentielle entre la CRC et l'établissement. Au fil de leurs interventions, les équipes de la CRC ont développé une approche standard pour les établissements et une banque de recommandations qui pourra être utile dans l'avenir.

D'autres ONG canadiennes ont répondu de différentes manières à la crise sanitaire. Par exemple, MSF a partagé son personnel disponible avec la CRC. N'ayant jamais été opérationnel au Canada, MSF a sérieusement considéré ouvrir un centre de 400 lits pouvant accueillir des populations marginalisées (personnes sans abri, réfugié.e.s, autochtones, etc.) à Toronto. Le centre n'a jamais vu le jour, l'organisation se heurtant au fait que les autorités ont préféré investir dans un modèle de gestion de crise consistant à envoyer les gens vulnérables dans les hôtels au lieu du centre proposé par MSF. L'organisation a quand même pu offrir du soutien pour l'évaluation des refuges pour sans-abris afin d'assurer le respect des mesures de santé publique et d'offrir du soutien aux communautés autochtones. Dans la même lignée, MdM a poursuivi son travail auprès de populations à statut précaire via des cliniques mobiles à Montréal et à Victoria. MdM a aussi développé rapidement des modalités de télémédecine grâce à l'appui d'une centaine de médecins bénévoles, et des infirmières des équipes mobiles sont vite retournées dans les rues avec leur sac à dos et des EPI pour venir en aide aux personnes dans le besoin. L'organisation poursuit son travail de prévention en fournissant du matériel d'injection de drogues et en faisant du plaidoyer auprès des autorités publiques. De son côté, IR a travaillé avec ses partenaires locaux pour faire de la sensibilisation, apporter de l'aide aux centres de quarantaine, offrir des trousseaux d'hygiène, etc.

La Croix-Rouge canadienne (CRC) crée une nouvelle « force de réserve » humanitaire face à la Covid-19

Fin octobre 2020, face à la remontée de la Covid-19, le gouvernement du Canada a établi un partenariat avec la CRC pour assurer la préparation et la riposte à la deuxième vague de la pandémie et mettre à profit son expérience et son expertise en appui au dépistage, à la vaccination, à la gestion de crise en cas d'éclosion, aux soins de longue durée, à la recherche de contacts et plus, au besoin.

Ceci exige le développement de nouvelles méthodes de travail pour rendre sa force humanitaire encore plus stable et rapide à se mobiliser, avec une nouvelle catégorie d'effectif : les « réservistes ». Les postes de la « force de réserve » se distingueront des bénévoles réguliers par l'engagement que doivent prendre les réservistes quant à leurs disponibilités. Les personnes sélectionnées seront déployées dans des délais très courts (habituellement dans les 24 à 48 heures). La force de réserve permettra à la CRC d'entreprendre rapidement de nouvelles opérations. La CRC affichera des offres de postes à temps plein, occasionnels, bénévoles pour combler cette nouvelle « force de réserve ».

Réponse humanitaire canadienne à l'international

Dès décembre 2019, la CRC a été impliquée en Chine. Grâce à des contacts étroits avec des personnes de ce pays, elle a procédé à un échange de bonnes pratiques, facilité la logistique et procédé à l'envoi de matériel (seize tonnes d'EPI au départ²⁷). Une première contribution de 2 millions de dollars a été allouée à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le but d'aider les pays vulnérables à se préparer à lutter contre la Covid-19.

²⁷ Une entente officielle prévoyait un retour d'aide multiplié par cinq en cas de besoin au Canada. L'histoire récente démontre que cet « investissement » a été profitable pour le Canada, puisque la Chine a appuyé le pays dans sa lutte contre la Covid-19.

Juste après que le Canada a eu fermé ses frontières, le gouvernement canadien a annoncé en mars 2020 un premier financement (50 millions), toujours dans l'optique d'aider les pays les plus vulnérables à se préparer à lutter contre la Covid-19 par le renforcement des systèmes de surveillance et de prévention des infections, pour l'approvisionnement en eau et en services d'assainissement et d'hygiène, pour les soins de santé d'urgence et le soutien psychosocial. La réponse canadienne pour soutenir les efforts mondiaux de lutte contre la pandémie s'est consolidée en juin avec l'annonce de contributions non dédiées (*unearmarked*) quasi exclusivement canalisées au travers du système humanitaire multilatéral, pour un montant de près de 170 millions dollars.

Ainsi, plus de 70 % du financement humanitaire non dédié a été octroyé aux organisations de santé et d'aide alimentaire. Au total, le gouvernement du Canada estime avoir engagé plus de 850 millions de dollars en recherche et développement tant au niveau national qu'en soutien international dans le cadre de la campagne de financement de la « réponse mondiale au coronavirus ». Ceci fait dire à Coopération Canada en juin 2020 qu'avec ces nouveaux financements, « la contribution du Canada à la réponse mondiale contre la pandémie représente moins de 0,25 % des dépenses du gouvernement fédéral au niveau national ». Pour le HRN canadien, « tout l'argent est allé au système global » et on n'est pas encore en mesure de voir s'il y aurait eu un effet de ruissellement par suite des financements qui auraient pu être octroyés à des agences canadiennes par certaines agences du système des Nations unies.

Les ONG humanitaires canadiennes n'ont pas non plus bénéficié de financements spécifiques de la part d'AMC pour participer à la lutte contre la Covid-19. Elles ont été invitées à continuer leurs engagements courants en poursuivant les mêmes objectifs et activités humanitaires financées par AMC avant la crise. Aucun appel à contributions n'a été lancé pour renforcer leur intervention programmatique à l'international. Les organisations qui se sont mobilisées sur le front de la pandémie l'ont fait en utilisant leurs ressources propres en association avec leurs partenaires locaux (comme Développement et Paix) ou leur réseau international (comme MdM ou IR). Le HRN n'a pas lancé d'appel spécifique à l'égard d'AMC pour construire une réponse commune entre agences humanitaires et le gouvernement canadien. Il s'inquiète du fait qu'en l'absence de contributions ciblées certaines agences ne puissent pas continuer à œuvrer de manière durable ou soit forcées d'engager une programmation plus réduite. Les organisations humanitaires sont conscientes du fait que des effets prolongés de la crise pourraient affecter de manière importante les réfugié.e.s ou déplacé.e.s dans plusieurs régions de la planète, mais qu'elles manquent de visibilité pour savoir comment les prendre en charge.

Tableau – Engagement humanitaire canadien en réponse à la Covid-19

ORGANISATIONS BÉNÉFICIAIRES (juin 2020)	MONTANTS ALLOUÉS (millions CAD\$)
Organisation mondiale de la santé (OMS)	62 940 389
Programme alimentaire mondial (PAM)	39 243 041
Organisation panaméricaine de la santé (OPS)	26 361 320
Fédération internationale de la CR et du Croissant-Rouge (FICR)	12 341 326
UNICEF	9 478 910
Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR)	6 442 377
Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	1 586 234
United Nations Relief & Works Agency (UNRWA)	1 073 729
Norwegian Refugee Council (NRC)	71 788
SOUS-TOTAL	169 560 812
Autres contributions	
OCHA ²⁸ – (Fonds communs nationaux)	13 000 000
Coalition pour les innovations en préparation aux épidémies (CEPI)	40 000 000
Système de garantie de marché du COVAX (achat de vaccins)	220 000 000
Demandes particulières	30 000 000
SOUS-TOTAL	303 000 000

— 28 Les fonds orientés vers OCHA pour les *Country Based Pooled Funds* ne sont pas comptabilisés dans le *Financial Tracking System* (FTS/OCHA).

Une nouvelle réponse est en préparation. Fin septembre, à l'occasion de la 75^e Assemblée générale des Nations unies, le Premier ministre du Canada a annoncé une contribution additionnelle de 400 millions de dollars pour soutenir la reprise et la résilience des pays en développement comme pour répondre aux besoins humanitaires à court terme liés à la pandémie²⁹.

L'impact de la Covid-19 sur l'humanitaire canadien

Nos entretiens ont permis de noter que l'impact de la pandémie sur les ressources humaines, les finances et la programmation des ONG canadiennes a été variable. Les organisations qui emploient des volontaires et des délégué.e.s internationaux.ales ont rapatrié plusieurs, voire l'ensemble de leurs employé.e.s canadien.ne.s. En matière de levée de fonds et de gestion, certaines organisations ont réussi à tirer leur épingle du jeu en adoptant une approche flexible. Par exemple, contre toutes attentes, IR a réussi à adapter ses méthodes de collecte de fonds et à générer plus d'argent au printemps (période du Ramadan) qu'à la même période l'année précédente. Quelques organisations ont vu la chute de leurs revenus privés (événements, collectes lors de cérémonies dans des lieux de culte – fermés) avoir des effets plus dévastateurs sur leurs finances, mettant à risque l'existence même de leur organisation. La Covid-19 va certainement forcer des changements significatifs dans les techniques de levée de fonds. Enfin, certains ont mis à pied des ressources humaines ou ont demandé l'aide gouvernementale pour pouvoir survivre ; d'autres se sont entendus avec leur personnel pour les faire travailler moins afin de réduire les coûts salariaux pendant un certain nombre de mois.

Certaines ONG internationales ont aussi décidé de mettre leur bureau national en mode dormant ou encore de transférer la responsabilité au niveau local³⁰. Pour la plupart, les nouvelles initiatives ont été mises en suspens, sauf pour les urgences soudaines comme après l'explosion à Beyrouth en août dernier. Les programmes et projets existants se poursuivent avec les budgets déjà existants, tout en adaptant les interventions aux mesures de la santé publique. Les nouvelles propositions de projet seront tributaires des annonces du gouvernement et de l'évolution de la pandémie.

Une étude de l'Université Guelph³¹ confirme plusieurs de nos constats. Le premier impact de la pandémie exposé par l'équipe est la diminution du financement : 60,1 % des organisations ont rapporté une diminution de financement depuis mars 2020 et la moyenne de cette dernière était de 26,4 %. Les petites et moyennes organisations sont les plus affectées ; elles disposent d'un portefeuille moins diversifié, et sont surtout financées par des dons privés. Bien que la pandémie ait exacerbé des problèmes préexistants dans les pays en développement, la prestation de programmes de nombreuses ONG a été suspendue (surtout en éducation et en égalité des genres). L'étude rapporte un optimisme du secteur quant à l'accélération du renforcement des acteurs locaux (localisation), mais rappelle les difficultés administratives et conditionnalités financières qui demeurent un frein à sa mise en œuvre.

Sommairement, l'impact sur les ONG dépend grandement du type d'organisation et du modèle de financement. À long terme, certaines organisations verront sûrement leur façon de travailler et remettront en question certaines de leurs politiques et pratiques.

²⁹ Justin Trudeau, Premier ministre du Canada, « Le Premier ministre copréside une réunion de haut niveau pour s'attaquer à la dévastation économique causée par la Covid-19 et annonce un nouveau financement pour la lutte contre la pandémie », 29 septembre 2020, <https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/09/29/premier-ministre-copreside-reunion-de-niveau-sattaquer-la>

³⁰ Cette tendance vers la *localisation* s'est principalement faite par la force des choses, mais sa durabilité demeure questionnée par de nombreux intervenants.

³¹ Andrea Paras et al., *The impact of the Covid-19 Pandemic on Canada's Foreign Aid Sector*, 2020, University of Guelph, https://qids.uoguelph.ca/system/files/Covid19%20Report_Final_2.pdf

De possibles opportunités

Au terme de notre démarche réflexive, nous constatons que la réponse canadienne à la menace que représente la pandémie causée par la Covid-19 fait montre d'opportunités.

Premièrement, cette crise sanitaire est la plus importante depuis l'épidémie engendrée par le VIH-sida. Son importance tient moins au nombre de décès, relativement faible par rapport au sida qu'à l'impact de la maladie sur les activités socio-économiques (récession) et les systèmes de santé les plus modernes au monde (entraînant des débordements et des dysfonctionnements). Bref, l'incidence de cette maladie est plus d'ordre socio-économique (atteinte à la croissance économique mondiale et nationale), socio-sanitaire (essoufflement des systèmes de santé et services sociaux), géopolitique par le brutal repli sur soi (rapatriement des ressources humanitaires et fermeture des frontières), que d'ordre sociodémographique (taux de létalité lié à la Covid-19).

Deuxièmement, et en lien avec le premier élément, la menace de cette pandémie tient au fait qu'elle agit sur deux faiblesses au Canada. La première est socio-économique. La Covid-19 s'attaque aux personnes en situation de vulnérabilité : personnes âgées, appauvries, souffrant de maladies chroniques, personnel médical fortement exposé à la maladie, etc. La deuxième faiblesse est institutionnelle. La Covid-19 a bénéficié des défaillances structurelles des systèmes de santé pour progresser. La pandémie a été renforcée par les inégalités sociales (plus grande exposition des groupes marginalisés et en situation de pauvreté) et les faiblesses institutionnelles en matière de politiques publiques (lacunes dans les politiques sur le vieillissement) et de manques importants de ressources dans les systèmes de santé et de services sociaux.

Troisièmement, pour l'État canadien, la réponse à la première vague de la pandémie a été ferme, même si chaotique par moment. Il s'est agi de :

- protéger la population : fermeture des frontières, mesures de confinement ;
- transférer des ressources financières pour maintenir en santé le système économique canadien : prestation universelle de revenu aux personnes en situation de travail, mesures pour aider les entreprises, programmes spéciaux en matière de fonds d'urgence ;
- mobiliser des organisations clés : en matière de sécurité nationale (les forces armées), d'aide humanitaire (la Croix-Rouge canadienne) et de services d'urgence à la population (support au secteur communautaire en mesure d'offrir des services de base : nourriture, abris...).

Pour la deuxième vague, jusqu'à ce jour, la réponse est à la fois ferme et pondérée : assurer un maximum d'activités économiques tout en maintenant un maximum de mesures préventives et un niveau relativement décent de mesures providentielles d'urgence.

Quatrièmement, pour les organismes humanitaires canadiens, la réponse s'est jouée sur plusieurs fronts en cumulant également des contraintes économiques. On a pu observer le retrait d'une partie du personnel humanitaire pour des raisons de sécurité des employés. Ce choix a placé *de facto* les organisations locales en première ligne. Par ailleurs, il faut s'attendre à des changements majeurs dans les techniques de levée de fonds.

En attendant la venue d'un vaccin, les différentes réponses canadiennes à cette pandémie ont ouvert la voie à des transformations importantes. La Covid-19 a représenté une opportunité de procéder à des changements majeurs dans les modes de vie (confinement et habitudes d'hygiènes), façon de travailler (télétravail) et dans les capacités de l'État de mobiliser une diversité de ressources (mesures providentielles d'urgence, armée canadienne, Croix-Rouge canadienne, organisations de la société civile...), mais aussi aux organismes humanitaires de repenser leur façon de travailler à l'international (localisation, transfert des ressources, financement...).

Somme toute, nous sommes loin d'avoir épuisé le potentiel des opportunités forcées par la Covid-19 et nous sommes aussi loin d'avoir mis en place des mesures pour contrer ses menaces.

Biographies

Diane Alalouf-Hall • Candidate au doctorat en sociologie à l'Université du Québec à Montréal sous la codirection de Jean-Marc Fontan et de François Audet, Diane est chercheuse au Réseau canadien de recherche partenariale sur la philanthropie (PhiLab), ainsi qu'à l'Observatoire canadien sur les crises et l'action humanitaires (OCCA) dans la veille Covid-19. Ses intérêts de recherche portent sur l'impact des pratiques occidentales normatives dans le contexte d'action humanitaire. Sa thèse, commencée en 2017, au croisement entre pratique professionnelle et résilience aux catastrophes, s'intéresse aux paradoxes entre l'évolution et la mise en place des standards humanitaires occidental-centrés dans des États fragiles à l'heure des enjeux de localisation.

Yvan Conoir • Ancien humanitaire ayant œuvré auprès des Nations unies et d'ONG canadiennes, Yvan Conoir travaille depuis douze ans comme consultant international en évaluation. Il enseigne depuis ses débuts à la maîtrise en développement international et action humanitaire de l'Université Laval. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *La Gestion des projets de développement international et d'action humanitaire* (PUL, 2016, 2021).

Jean-Marc Fontan • Professeur du département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, Jean-Marc est spécialisé dans le domaine de la sociologie économique et travaille sur les thèmes de l'économie sociale, des actions collectives de lutte contre la pauvreté, de la revitalisation socio-territoriale, de la philanthropie organisée et de la recherche partenariale. Membre du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), il dirige la collection « Innovation sociale » aux Presses de l'Université du Québec (<https://www.puq.ca/catalogue/collections/liste-innovation-sociale-39.html>) et il codirige, avec Peter Elson, le Réseau canadien de recherche partenariale sur la philanthropie (PhiLab, <https://philab.uqam.ca>).

David Grant-Poitras • Doctorant en sociologie à l'Université du Québec à Montréal, son projet de thèse porte sur le développement de communs urbains au sein du patrimoine industriel montréalais. David travaille aussi en tant qu'agent de recherche au PhiLab, le Réseau canadien de recherche partenariale sur la philanthropie, où il s'intéresse aux enjeux en lien avec la transition sociale et écologique dans les fondations subventionnaires.

Stéphanie Maltais • Titulaire d'un doctorat en développement international de l'École de développement international et mondialisation de l'université d'Ottawa, sa thèse portait sur la gestion des crises sanitaires dans les États fragiles avec une étude de cas sur l'épidémie d'Ebola en Guinée. Stéphanie est chargée de cours à la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval où elle enseigne dans la maîtrise en gestion du développement international et de l'action humanitaire. Elle travaille également comme professionnelle de recherche à l'Université Laval, à l'École nationale d'administration publique et à l'université d'Ottawa sur différents projets portant notamment sur la Covid-19, la carrière des femmes en développement international et action humanitaire, et les évaluations neutres au sein de la fonction publique fédérale canadienne. Elle est coordonnatrice éditoriale de la *Revue canadienne d'évaluation de programme*.

Reproduction interdite sans l'accord de la revue Alternatives Humanitaires.

Pour citer cet article : Diane Alalouf-Hall et al., « Entre menaces et opportunités : la réponse canadienne face à la Covid-19 », *Alternatives Humanitaires*, n°15, novembre 2020, p. 94-115,

<http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/11/25/entre-menaces-et-opportunites-la-reponse-canadienne-face-a-la-covid-19/>

ISBN de l'article (PDF) : 978-2-37704-746-8