



Examen des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 du ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut

Préparé pour le ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut

Mai 2024

Résumé

Contexte et portée

La maladie à coronavirus 2019 (« COVID-19 ») est une maladie contagieuse causée par le nouveau coronavirus SRAS-CoV-2. Le premier cas connu a été identifié à Wuhan, en Chine, en décembre 2019. Le virus s'est propagé rapidement dans le monde entier. Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (« OMS ») a déclaré que la COVID-19 était une urgence de santé publique de portée internationale et le 11 mars 2020, elle a été confirmée comme étant une pandémie (« pandémie »).

Le 18 mars 2020, le gouvernement du Nunavut a déclaré l'état d'urgence sanitaire en réponse à la pandémie de COVID-19. Cette déclaration a été renouvelée toutes les deux semaines jusqu'à ce que l'état d'urgence soit déterminé comme étant terminé le 11 avril 2022. Le 5 mai 2023, l'OMS a déclaré la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale liée à la COVID-19.

La pandémie a obligé le ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut (« Ministère » ou « Santé ») à adapter rapidement ses politiques, ses processus, ses programmes et son flux de travail pour assurer la prise de mesures coordonnées et efficaces. En 2022, la Santé a embauché une société de conseil indépendante, MNP LLP (MNP), pour effectuer un examen des mesures qu'elle a prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19 (« examen des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 » ou « examen »). L'examen vise à mettre en lumière des leçons tirées qui pourront appuyer l'élaboration de politiques qui orienteront les mesures de santé publique d'urgence futures.

Conformément à cet objectif, l'examen a porté sur cinq domaines : la gouvernance, la préparation à la gestion de la santé et des urgences, les mesures liées à la gestion de la santé et des urgences, le rétablissement à la suite de la gestion de la santé et des urgences, et la communication et la participation. Une évaluation approfondie de l'administration des vaccins n'entrait pas dans le cadre de cet examen, car elle a été traitée par le Bureau du vérificateur général du Canada. De plus, une évaluation approfondie de l'approche pangouvernementale face à la pandémie de COVID-19 n'a pas fait partie de l'examen, car l'analyse a déjà été effectuée par la société de conseil DPRA Canada (2023) et un rapport sur le programme des centres d'isolement a été produit au début de 2023.

Approche

L'approche de ce projet a été adaptée pour répondre au besoin propre à la Santé d'une évaluation équilibrée et crédible. L'examen des documents comprenait les procédures, les études antérieures, les rapports du Vérificateur général, les guides, les notes d'information et d'autres documents fournis par la Santé. Les conclusions de l'examen des documents ont été utilisées pour étayer les leçons et les conclusions des consultations. Afin d'assurer que ces consultations tiennent compte d'un éventail de points de vue, MNP a mené des entrevues avec 36 représentants de la Santé ainsi qu'avec des résidentes et résidents de toutes les régions du Nunavut. À la suite des communications de la Santé avec des représentants élus et des représentants en santé communautaire (RSC) d'environ dix collectivités, MNP a consulté les maires et les agents administratifs principaux (AAP) de six collectivités et les RSC de deux collectivités pour obtenir des renseignements.

Résumé des résultats

Les conclusions de l'évaluation ont été présentées à l'équipe du projet de la Santé et validées par celle-ci. Les principales conclusions liées à chacun des domaines du projet sont les suivantes :

- **Gouvernance** : la Santé a été en mesure de déterminer rapidement des orientations ainsi que d'établir et d'adopter les politiques et les procédures nécessaires, mais elle a utilisé un plan d'intervention d'urgence obsolète pour le faire. Au début de la pandémie, la Santé a utilisé le document de 2012 intitulé « Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector », qui n'était plus à jour et n'offrait que des lignes directrices d'ordre général. À l'avenir, il serait utile d'assurer une compréhension commune et plus précise du processus décisionnel, des pouvoirs, des responsabilités et des rôles, ainsi qu'une prise en compte cohérente et ouverte des principes du *qaujimajatuqangit* inuit.
- **État de préparation — Gestion de la santé et des urgences** : La Santé a été en mesure de réagir rapidement et les collectivités se sentaient généralement préparées, mais à l'avenir, il faudrait mettre l'accent sur l'obtention de technologies appropriées et sur la capacité de financer davantage les mesures.
- **Mesures — Gestion de la santé et des urgences** : Reconnaissant que la collaboration est à la base du succès des mesures de lutte contre la pandémie, il serait possible à l'avenir de renforcer les rôles et les contributions des différents ministères, d'améliorer l'accessibilité du financement et de veiller à ce qu'une gamme de mesures de soutien soit disponible pour aborder les nombreuses répercussions de l'isolement.
- **Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences** : La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions notables sur la santé mentale des dirigeants et du personnel du gouvernement, ainsi que sur la santé mentale des résidentes et résidents. Dans toute planification pandémique future, ces répercussions doivent être prises en compte.
- **Communication et participation** : Les communications au sein du gouvernement et avec les collectivités étaient fréquentes et opportunes, mais il est important d'assurer que ces communications conviennent aux publics et que tout changement d'orientation, de politique ou de procédure est facilement compris.

Recommandations

Plusieurs possibilités d'amélioration fondées sur les conclusions principales ont été élaborées aux fins de l'examen par la Santé, notamment :

1. **Prévoir un plan de gestion des urgences complet et axé sur l'action** : La Santé devrait avoir en place un plan global de gestion des urgences qui sert de base à une planification plus précise, comme le plan de grippe pandémique de 2012. Ce dernier devrait être axé sur la mise en œuvre, c'est-à-dire sur la façon dont la prise de décision se déroulera, notamment en intégrant des références à des principes directeurs comme les valeurs sociétales inuites. De plus, il devrait aborder les responsabilités partagées en décrivant les efforts et les processus harmonisés et établir les façons dont les rôles et les responsabilités généraux seront adoptés et communiqués. Le plan devrait également être examiné chaque année, notamment en tenant compte de l'harmonisation avec les politiques, les procédures et les protocoles actuels.
2. **Améliorer les protocoles de communication interne et externe** : La Santé devrait adopter une

approche intégrée des communications internes et externes en mettant l'accent sur la consultation communautaire dans le cadre d'une approche robuste et résiliente pour relever les défis de santé publique. Cette approche collaborative favorise la transparence, l'inclusion et la souplesse, améliorant ainsi l'efficacité et la durabilité des efforts de mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie dans l'ensemble du Ministère.

3. **Faire progresser l'utilisation des technologies numériques de gestion des renseignements en matière de santé et de stocks :** La Santé devrait faire progresser l'utilisation de renseignements numériques de santé publique en association avec la gestion des stocks en temps réel pour assurer un suivi efficace et précis des ressources, la diffusion de renseignements critiques et la coordination des efforts entre les réseaux de soins de santé. Cette approche pourrait également permettre une mise en œuvre des mesures plus rapide et efficace afin de protéger la santé publique. À cette fin, la Santé pourrait être tenue de mettre en œuvre une loi officielle liée aux renseignements de santé qui établit des directives et des protocoles formels pour l'accès et l'utilisation des renseignements de santé dans les activités quotidiennes des professionnels de la santé.
4. **Adopter un modèle d'utilisation des ressources collaboratif interministériel dans le cadre des mesures de la Santé en matière d'urgences complexes :** Lors de la planification et de la préparation aux urgences sanitaires futures, la Santé devrait envisager l'utilisation de ressources interministérielles complètes qui intègrent une approche pangouvernementale, afin d'assurer la coordination et la collaboration entre tous les ministères et organismes concernés ainsi que de réduire la charge de travail extrême imposée au personnel de la Santé lors de la mise en œuvre des mesures d'urgence.
5. **Examiner et optimiser les mesures de soutien à la santé et au bien-être du personnel :** La Santé devrait envisager d'élaborer une stratégie de recrutement solide pour attirer et retenir du personnel compétent et renforcer les capacités dans tout le territoire, ce qui nécessite l'établissement d'un protocole d'entente avec le gouvernement fédéral pour assurer qu'il y ait un soutien pour le recrutement et la rétention du personnel, en particulier lors d'urgences futures. De plus, la Santé devrait envisager de mener un sondage sur la culture du milieu de travail ainsi qu'un examen des mesures de soutien existantes qui font la distinction entre l'aide au personnel pour faire face aux répercussions résiduelles de la pandémie de COVID-19 et les réponses aux demandes probables qui seront imposées au personnel lors d'une future situation d'urgence, le tout du point de vue de la santé et du bien-être. En ce qui concerne les répercussions résiduelles de la pandémie de COVID-19, les principales mesures de soutien seraient les programmes d'aide aux employés, les ressources en santé mentale et les initiatives de mieux-être. Dans une perspective d'avenir, des avantages sociaux, des conditions de travail flexibles, des services de garde, des mesures d'indemnisation et des structures de primes pourraient également être ajoutés.

La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve les réseaux de soins de santé partout au monde. Le Nunavut n'a pas fait exception et a éprouvé des défis supplémentaires en raison de l'éloignement géographique et de la population plus faible par rapport aux autres administrations. Grâce aux conclusions du présent examen, la Santé peut déterminer les améliorations possibles et les meilleurs champs d'application des efforts en vue d'une urgence de santé publique future.

Table des matières

1.0 Introduction	1
1.1 Mise en contexte.....	1
1.2 Objet et portée de l'examen	1
1.3 Approche	2
2.0 Contexte	4
2.1 À propos du ministère de la Santé.....	4
2.2 La pandémie de COVID-19 au Nunavut	8
3.0 Conclusions principales de l'évaluation	16
4.0 Recommandations	22
5.0 Annexes	39
Annexe A Résultats détaillés de l'évaluation selon les domaines d'orientation.....	39
Annexe B Références	55
Annexe C Sujets de l'examen de MNP des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19.....	58
Annexe D Questions d'évaluation d'orientation	59
Annexe E Le modèle logique du projet.....	62
Annexe F Limitations du rapport.....	66
Annexe G Guide d'entrevue maitre	67
Annexe H Guide d'entrevue pour le ministre de la Santé	73
Annexe I Comités et groupes de travail liés à la COVID-19	76

1.0 Introduction

1.1 Mise en contexte

La maladie à coronavirus 2019 (« COVID-19 ») est une maladie contagieuse causée par le nouveau coronavirus SRAS-CoV-2. Le premier cas connu a été identifié à Wuhan, en Chine, en décembre 2019. Le virus s'est propagé rapidement dans le monde entier. Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (« OMS ») a déclaré que l'éclosion du nouveau coronavirus de 2019 était une urgence de santé publique de portée internationale et le 11 mars 2020, elle l'a confirmée comme étant une pandémie (« pandémie »).

Au Nunavut, une urgence de santé publique a été déclarée le 18 mars 2020 et le premier cas de COVID-19 a été détecté en novembre 2020. Cette urgence de santé publique a été renouvelée toutes les deux semaines jusqu'à ce qu'elle soit déclarée terminée le 11 avril 2022. Le 5 mai 2023, l'OMS a confirmé la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale liée à la COVID-19.

La pandémie a obligé le ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut (« Ministère » ou « Santé ») à adapter rapidement ses politiques, ses processus, ses programmes et son flux de travail pour assurer la prise de mesures coordonnées et efficaces. Dès le début de la pandémie, la Santé a travaillé en collaboration avec d'autres ministères et collectivités sur les mesures de lutte contre la pandémie du gouvernement du Nunavut afin de minimiser les répercussions sanitaires, économiques et sociales de cette urgence de santé publique en évolution rapide.

1.2 Objet et portée de l'examen

La Santé a embauché une société de conseil indépendante, MNP LLP (MNP), pour effectuer un examen des mesures qu'elle a prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19 (« examen des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 » ou « examen »). L'examen vise à mettre en lumière les leçons tirées qui pourront appuyer l'élaboration de mesures de santé publique d'urgence à l'avenir.

Objet de l'examen

L'examen vise à :

- Comprendre les objectifs des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé et comment cette dernière a réussi à les atteindre;
- Déterminer les points forts, les leçons tirées et les domaines d'amélioration possibles liés aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé.

Portée de l'examen

L'Appendix C décrit les cinq domaines que l'examen des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 vise à aborder et l'Appendix D fournit les questions qui ont orienté l'examen. Une évaluation approfondie de l'administration des vaccins n'entre pas dans le cadre de l'examen, car elle a été abordée par le Bureau du vérificateur général du Canada. De plus, une évaluation approfondie de l'approche pangouvernementale face à la pandémie de COVID-19 n'a pas fait partie de l'examen, car l'analyse a déjà été effectuée par DPRA Canada (2023) et un rapport sur le programme des centres d'isolement a été produit au début de 2023.

L'évaluation a été réalisée dans le cadre de cinq domaines directeurs :

- **Gouvernance.** Ce domaine concerne la structure et l'évolution de l'élaboration des politiques, des lois et des règlements, ainsi que la planification et la prise de décisions au sein de la Santé. Il aborde aussi la façon dont la Santé a collaboré avec d'autres ministères et a pris en compte le *qaujimajatuqangit* inuit pour assurer l'harmonisation avec ses mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19.
- **État de préparation — Gestion de la santé et des urgences.** Ce domaine concerne l'état de préparation de la Santé avant la pandémie de COVID-19.
- **Mesures — Gestion de la santé et des urgences.** Ce domaine concerne les mesures mises en œuvre au cours de la pandémie de COVID-19 pour favoriser et protéger la santé et le bien-être des gens.
- **Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences.** Ce domaine concerne les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la main-d'œuvre en santé et sur le système de santé du gouvernement du Nunavut de manière globale.
- **Communication et participation.** Ce domaine concerne la façon dont les politiques et les procédures d'orientation liées aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé ont été communiquées à l'interne au sein du gouvernement et à l'externe avec les collectivités.

Pour chacun de ces domaines, des questions d'évaluation d'orientation et un cadre logique ont été élaborés et utilisés pour éclairer l'examen des documents et la participation des représentants de la Santé et des résidentes et résidents.

1.3 Approche

L'approche de ce projet était fondée sur une méthodologie éprouvée qui s'arrime avec celle des agences du gouvernement central, y compris le Conseil du Trésor du Canada, et qui est adaptée pour répondre aux besoins particuliers de la Santé afin de créer une évaluation équilibrée et crédible.

La conception globale de l'examen a tenu compte d'autres cadres d'évaluation, dont les suivants :

- Cadre de suivi et d'évaluation de 2020 de l'Organisation mondiale de la Santé;¹
- Rapport de 2020 des Centres de collaboration nationale en santé publique sur la gouvernance pour la santé du public;²
- Examen des mesures de lutte contre la pandémie de l'Association canadienne de santé publique, 2021;³
- Rapport sur les leçons de la pandémie de Médecins de santé publique du Canada, 2022.⁴

Une ébauche de cadre d'évaluation a été présentée au comité directeur du projet et, en collaboration avec la Santé, MNP a terminé l'élaboration du document. Le cadre d'évaluation est fondé sur les domaines

¹ Organisation mondiale de la Santé. 2020. « Monitoring and Evaluation Framework: COVID-19 Strategic Preparedness and Response. » <https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-and-evaluation-framework>

² Centres de collaboration nationale en santé publique. 2022. « Gouverner pour la santé du public : Options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada. » <https://ccnsp.ca/projets/rapport-2021-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-et-rapports-associes/gouverner-pour-la-sante-du-public-options-de-gouvernance-pour-un-systeme-de-sante-publique-renforce-et-renouvele-au-canada/>

³ Association canadienne de santé publique. 2021. « La riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19 ». <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/2021-02-covid-19-initial-review-f.pdf>

⁴ Médecins de santé publique du Canada. 2022. « Public Health Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic. » https://www.phpc-mspc.ca/resources/Documents/PHPC_Public%20Health%20Lessons%20Learned%20from%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf

directeurs décrits ci-dessus : la gouvernance, la préparation à la gestion de la santé et des urgences, les mesures liées à la gestion de la santé et des urgences, le rétablissement à la suite de la gestion de la santé et des urgences, et la communication et la participation (Appendix C).

Pour chacun de ces domaines, des questions d'évaluation d'orientation ont été élaborées et utilisées pour éclairer l'examen des documents et la participation des représentants de la Santé et des résidentes et résidents (Appendix D). L'examen des documents a porté sur les politiques, les procédures, les études antérieures, les rapports du Vérificateur général sur l'administration des vaccins et l'état du système de santé au Nunavut, les guides, les notes d'information et d'autres documents fournis par la Santé. Les résultats de l'examen des documents ont été utilisés pour étayer les leçons et les conclusions des consultations. Pour garantir que ces consultations tiennent compte d'un éventail de points de vue, MNP a travaillé avec la Santé pour déterminer des personnes au sein du ministère qui ont participé aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 et qui pourraient discuter des domaines de l'évaluation. La Santé a fourni à MNP une liste de postes concernées. Compte tenu de leurs expériences précédentes, les personnes occupant ces postes au sein du ministère pourraient fournir des renseignements sur les domaines abordés. En raison des départs et des changements de rôle, les personnes occupant les postes déterminées n'étaient pas toutes disponibles pour une entrevue. Dans ces situations, l'équipe du projet de la Santé a trouvé des remplaçants en mesure de discuter des domaines d'évaluation.

MNP a mené des entrevues avec 36 représentants de la Santé ainsi qu'avec des résidentes et résidents de toutes les régions du Nunavut. À la suite des communications de la Santé avec des représentants élus et des représentants en santé communautaire (RSC) d'environ dix collectivités, MNP a consulté les maires et les agents administratifs principaux (AAP) de six collectivités et les RSC de deux collectivités pour obtenir des renseignements.

Après l'examen des documents et de la participation, MNP a réuni toutes les leçons et a mis au point des sous-thèmes pour chaque domaine principal. Un résumé des résultats a été fourni au comité directeur du projet de la Santé pour permettre l'examen et la validation de ces résultats. Les résultats validés ont éclairé les possibilités de changement que MNP présente dans ce rapport à la Santé à des fins d'examen, alors que cette dernière continue à élaborer des politiques et des processus pour faire face aux futures urgences de santé publique.

2.0 Contexte

2.1 À propos du ministère de la Santé

Le Ministère est responsable d'établir les politiques et les lois qui régissent le système de santé, ainsi que de veiller à la prestation des services de santé au Nunavut. Le Ministère travaille en collaboration avec plusieurs autres ministères du gouvernement du Nunavut pour s'acquitter de ses rôles et responsabilités.

Deux lois territoriales, la *Loi sur la santé publique* (2016) et la *Loi sur les mesures d'urgence* (2010), ainsi que d'autres plans, comme le document « *Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector* », orientent la prestation des services de la Santé. Ces lois et ces plans, ainsi que la façon de leur mise en œuvre, ont influencé la manière dont la Santé a dirigé les mesures de lutte contre la pandémie.

2.1.1 *Qaujimajatuqangit inuit*

La mission du Ministère est de favoriser, de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être des Nunavoises et Nunavois tout en intégrant le *qaujimajatuqangit* inuit dans tous les niveaux de la conception et de la prestation des services. Le QI fait référence au savoir autochtone des Inuits, reconnu comme étant un « système unifié de croyances et de connaissances caractéristiques de la culture inuite ». ⁵ Le gouvernement du Nunavut reconnaît les principes suivants en matière de QI. ⁶

- **Inuuqatigiitsiarniq** : Respecter les autres et les liens qui les unissent, et faire preuve de bienveillance envers les autres;
- **Tunnganarniq** : Promouvoir un bon état d'esprit en étant ouvert, accueillant et intégrateur;
- **Pijitsirniq** : Servir la famille et l'entourage et subvenir à leurs besoins;
- **Aajiiqatigiinniq** : Discuter et arriver à un consensus lors de la prise de décisions;
- **Pilimmaksarniq/Pijariuqsarniq** : Perfectionner les compétences par l'observation, le mentorat, la pratique et l'effort;
- **Piliriqatigiinniq/Ikajuqtigiinniq** : Travailler ensemble dans un but commun;
- **Qanuqtuurniq** : Faire preuve d'innovation et d'ingéniosité;
- **Avatittinnik Kamatsiarniq** : Respecter la terre, les animaux et l'environnement, et en prendre soin.

L'ensemble du gouvernement du Nunavut s'est engagé à intégrer les principes du QI dans l'élaboration de ses politiques et de ses lois, ainsi que dans la prestation des programmes et des services.

2.1.2 *Le système de santé au Nunavut*

La Santé cherche à tirer des leçons de l'expérience acquise lors de la pandémie de COVID-19 et à élaborer des politiques qui influenceront les futures mesures de santé publique d'urgence, mais il est important de comprendre les personnes auxquelles les services de santé sont fournis et la manière dont ils le sont.

Le recensement du Canada de 2021 indique que la population du Nunavut est de 36 858 personnes, soit une augmentation de 2,5 % par rapport au recensement de 2016. ⁷ Environ 85 % de la population

⁵ Tagalik, S. 2010. « Inuit Qaujimajatuqangit: The Role of Indigenous Knowledge in Supporting Wellness in Inuit Communities in Nunavut. » *National Collaborating Centre for Aboriginal Health*. [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁶ Gouvernement du Nunavut. S.d. « Inuit Societal Values. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁷ Statistique Canada. 2023. « Census Profile, 2021 Census of Population: Nunavut. » Consulté en mars 2024.

s'identifie comme Inuit, 0,5 % comme Première Nation, 0,01 % comme Métis et 13 % comme non-Autochtone. Les cinq collectivités les plus peuplées sont Iqaluit, Rankin Inlet, Arviat, Baker Lake et Igloolik. La culture et le savoir traditionnel inuits intègrent de riches forces socioculturelles. Il existe également d'importantes inégalités sociales et économiques qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des Inuits au Canada. Un profil statistique de 2018 préparé par l'Inuit Tapiriit Kanatami (« ITK »)⁸ l'illustre. La Table 1 fournit aussi des statistiques qui mettent en lumière les inégalités du système de santé pour les Inuits.

Tableau 1 : Inégalités dans le système de santé pour les Inuits⁹

<p>52 %</p> <p>des Inuits du Nunangat inuit vivent dans des logements surpeuplés, par rapport à 9 % de tous les Canadiens.</p>	<p>12,3</p> <p>Le taux de mortalité infantile par 1 000 nourrissons inuits, par rapport à la population non autochtone de 4,4.</p>	<p>63 %</p> <p>des adultes inuits du Nunangat inuit fument quotidiennement, par rapport à 16 % des adultes du reste du Canada.</p>
--	--	--

Le gouvernement fédéral est le principal agent de financement de presque toutes les prestations de santé au Nunavut. Cependant, « les organisations inuites, les hameaux, les organismes non gouvernementaux et les organismes de bienfaisance participent tous au système de santé en offrant des programmes de santé et de mieux-être à l'échelle communautaire et régionale, dont la majeure partie du financement provient également du gouvernement fédéral ».¹⁰

Il y a plus de 30 établissements de santé au Nunavut¹¹ qui fournissent des soins de santé primaires et publics aux Nunavoises et Nunavois, y compris des centres de santé, un hôpital général et des centres de soins continus (Table 2). L'approche des soins de santé primaires place la collectivité, plutôt que l'infirmier, le médecin et les autres travailleurs de la santé, au cœur des services et n'exclut pas les méthodes de guérison traditionnelles.¹² Des services de santé publique, comme la promotion de la santé et l'éducation (y compris des programmes pour les enfants en santé et les familles et la réduction de la toxicomanie), la distribution de vaccins et le suivi des maladies, sont également offerts dans ces centres, entre autres, et constituent un élément essentiel du système de santé du Nunavut. La Stratégie des services de santé publique du gouvernement du Nunavut reconnaît que de nombreux organismes contribuent à la santé publique et qu'elle est donc fondée sur la collaboration et le partenariat avec d'autres ministères et secteurs non gouvernementaux.¹³

Tableau 2 : Établissements de santé au Nunavut

⁸ ITK. 2018. « Inuit Statistical Profile 2018. » <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/Inuit-Statistical-Profile.pdf>. Consulté en mars 2024.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ NTI. 2008. « Nunavut's Health System: A Report Delivered as Part of Inuit Obligations Under Article 32 of the Nunavut Land Claims Agreement. » Consulté en mai 2024. [https://www.tunnngavik.com/documents/publications/2007-2008%20Annual%20Report%20on%20the%20State%20of%20Inuit%20Culture%20and%20Society%20\(English\).pdf](https://www.tunnngavik.com/documents/publications/2007-2008%20Annual%20Report%20on%20the%20State%20of%20Inuit%20Culture%20and%20Society%20(English).pdf)

¹¹ Gouvernement du Nunavut, s.d. « Nunavut Seniors' Information Handbook. » [https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-286-4\(3\)-EN-Nunavut-Senior-Information-Handbook.pdf](https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-286-4(3)-EN-Nunavut-Senior-Information-Handbook.pdf) Consulté en mars 2024.

¹² NTI. 2008. « Nunavut's Health System: A Report Delivered as Part of Inuit Obligations Under Article 32 of the Nunavut Land Claims Agreement. » Consulté en mai 2024. [https://www.tunnngavik.com/documents/publications/2007-2008%20Annual%20Report%20on%20the%20State%20of%20Inuit%20Culture%20and%20Society%20\(English\).pdf](https://www.tunnngavik.com/documents/publications/2007-2008%20Annual%20Report%20on%20the%20State%20of%20Inuit%20Culture%20and%20Society%20(English).pdf)

¹³ *Ibid.*

Type d'établissement	Nombre	Lieu	Services fournis
Hôpital général Qikiqtani	1	<ul style="list-style-type: none"> • Iqaluit 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de soins intensifs de 35 lits. Il fournit des services hospitaliers de traitement interne et externe au titre de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. L'Hôpital général Qikiqtani offre un service d'urgence 24 heures sur 24, l'hospitalisation pour la prestation de soins (soins obstétricaux, pédiatriques et palliatifs), des soins chirurgicaux, des services de laboratoire, des services d'imagerie diagnostique et d'inhalothérapie, ainsi que l'accès aux archives médicales et à des renseignements.
Établissements de santé régionaux	2	<ul style="list-style-type: none"> • Rankin Inlet • Cambridge Bay 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins 24 heures sur 24 pour les patients hospitalisés; les patients externes sont pris en charge par du personnel sur appel. • Les services de la clinique et les soins d'urgence sont disponibles, y compris sur appel, 24 heures sur 24.
Clinique de santé publique et de santé familiale	2	<ul style="list-style-type: none"> • Rankin Inlet • Iqaluit 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de santé publique et soins à domicile • Programmes de santé publique, soins à domicile et pratique familiale dirigée par des infirmiers praticiens
Centres de santé locaux	22	<ul style="list-style-type: none"> • 22 (sur 25) collectivités du Nunavut 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des services de santé publique, des soins à domicile, des services de soins externes et des services de traitement d'urgence.
Centres de soins continus	3	<ul style="list-style-type: none"> • Igloolik • Gjoa Haven • Cambridge Bay 	<ul style="list-style-type: none"> • Igloolik et Gjoa Haven possèdent des établissements de dix lits, plus un lit supplémentaire pour les soins palliatifs, qui offrent des soins infirmiers et personnels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. • Cambridge Bay dispose d'un établissement de huit lits qui offre des soins infirmiers et personnels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
Résidences pour personnes âgées	2	<ul style="list-style-type: none"> • Iqaluit • Arviat 	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux sont des résidences d'aide à la vie autonome de huit lits.
Établissements de santé mentale	2	<ul style="list-style-type: none"> • Iqaluit (Centre de santé mentale Akausisarvik) • Cambridge Bay 	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement d'Akausisarvik compte 16 lits pour les programmes d'hospitalisation. Il offre également des programmes d'hospitalisation et de porte ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. • L'établissement de Cambridge Bay compte 12 lits pour les programmes d'hospitalisation. Il offre également des programmes d'hospitalisation et de porte ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

En raison de l'emplacement éloigné des collectivités du Nunavut, qui ne sont accessibles que par voie aérienne ou maritime (pendant les mois les plus chauds), l'accès aux établissements de santé du Sud est soutenu par un programme de transport médical. Des vols commerciaux réguliers sont disponibles pour

les voyages non urgents et des ambulances aériennes sont utilisées en cas d'urgence.

En 2017, le Bureau du vérificateur général a examiné les services de santé au Nunavut afin de déterminer « si le ministère de la Santé avait géré et soutenu adéquatement certains membres du personnel de la santé qui offrent des services dans les centres de santé locaux et régionaux du Nunavut ». ¹⁴ L'examen a révélé que la prestation des services de santé comporte des points forts, comme les infirmiers en santé communautaire, qui sont l'« épine dorsale des centres de santé locaux ». ¹⁵ Cependant, des défis en matière de dotation ont également été relevés, l'examen ayant révélé qu'en décembre 2016, 46 % des postes étaient vacants et occupés par du personnel temporaire, comme des infirmiers occasionnels ou d'agences privées. ¹⁶ Au moment de l'examen du Vérificateur général, le Ministère pouvait embaucher du personnel infirmier et gérer les contrats avec les professionnels de la santé, tandis que le ministère des Finances pouvait embaucher des employés non infirmiers. Tout changement organisationnel à la Santé devait être approuvé par le ministère des Finances, qui élabore également des politiques et des procédures en matière de ressources humaines. En juin 2016, la Santé a fait appel à un conseiller pour terminer le processus de refonte des services, ¹⁷ bien qu'il ne soit pas clair au moment de la rédaction du présent rapport si et comment ce processus a été mené à bien.

Il est important de comprendre les conclusions du rapport du Vérificateur général, particulièrement en ce qui a trait aux problèmes de capacité du personnel et au rôle du ministère des Finances dans les changements organisationnels et l'élaboration de politiques et de procédures en matière de ressources humaines, dans le contexte des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19. Ces conclusions mettent en évidence les problèmes de capacité existants avant la pandémie et les limites des capacités décisionnelles de la Santé dans l'élaboration de mesures pandémiques.

¹⁴ Bureau du vérificateur général du Canada. 2017. « Report of the Auditor General of Canada to the Legislative Assemblée of Nunavut - 2017- Health Care Services Nunavut. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Bureau du vérificateur général du Canada. 2017. « Report of the Auditor General of Canada to the Legislative Assemblée of Nunavut - 2017- Health Care Services Nunavut. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

2.2 La pandémie de COVID-19 au Nunavut

L'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que la COVID-19 était une pandémie le 11 mars 2020. Le 18 mars 2020, en réponse à cette déclaration, le gouvernement du Nunavut a prononcé un état d'urgence de santé publique et a adopté des mesures pour réduire la propagation du virus. La déclaration de l'état d'urgence de santé publique a été prolongée toutes les deux semaines jusqu'en avril 2022. Dans le cadre des restrictions établies, le Nunavut a mis en place des restrictions de voyage et des exigences d'isolement obligatoire, ce qui a permis d'éviter la pénétration de la COVID-19 dans le territoire pendant plusieurs mois. Au cours de cette période, le gouvernement du Nunavut, y compris la Santé, a pu apprendre d'autres administrations pour préparer leurs mesures de lutte contre la pandémie.

Tout au long de 2020, des cas de COVID-19 ont été recensés dans les mines et des résultats faussement positifs ont également été observés dans certaines collectivités. Le premier cas confirmé de COVID-19 identifié dans une collectivité a été enregistré en novembre 2020, à Sanikiluaq. D'autres cas et éclosions importantes ont été enregistrés le même mois à Rankin Inlet, à Whale Cove et à Arviat. Alors que la pandémie se poursuivait en 2021 et 2022, d'autres cas et éclosions sont apparus et un vaccin a été mis au point, ce qui a obligé la Santé à adapter ses mesures pandémiques. La Santé a modifié ses mesures de lutte contre la pandémie en réorientant les ressources et en modifiant les directives sanitaires à mesure que de nouvelles informations et recherches sur le virus apparaissaient, et en mettant l'accent sur une campagne de vaccination à mesure que les vaccins devenaient disponibles. Les étapes d'adaptation sont indiquées dans le document « Vivre avec la COVID-19 » du gouvernement du Nunavut, qui établit une stratégie pour l'approche du gouvernement et les critères utilisés par celui-ci pour l'élimination ou l'augmentation graduelle des mesures sanitaires selon la connaissance du virus, les outils à notre disposition pour lutter contre la COVID-19 et les dernières données probantes en matière de santé publique.¹⁸

La section suivante fournit un résumé de la préparation et des mesures de lutte contre la pandémie de la Santé, fondé sur l'examen des documents effectué dans le cadre du présent rapport.

2.2.1 Plan d'intervention et procédures opérationnelles liés à la pandémie de COVID-19

Au début de la pandémie, le comité de direction sur la COVID-19 (« le Comité de direction ») a été mis sur pied pour diriger les mesures pangouvernementales de lutte contre la pandémie. Le Comité de direction interdisciplinaire était composé des participants suivants :¹⁹

- Administrateur en chef de la santé publique;
- Sous-ministre, ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales;
- Sous-ministre délégué, ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales — mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19;
- Sous-ministre, ministère de la Santé;
- Sous-ministre, ministère des Services communautaires et gouvernementaux.

En mars 2020, le Comité de direction a élaboré un plan alternatif pour la capacité de mobilisation du personnel infirmier en réponse à la COVID-19 afin de fournir des stratégies pour répondre aux besoins

¹⁸ Gouvernement du Nunavut. 2021. « L'approche du Nunavut : Living with COVID-19. » https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2021-11/nunavuts_path_living_with_covid-19_fre.pdf. Consulté en mars 2024.

¹⁹ DPRA Consulting Itée. 2023. « Review of the Government of Nunavut's Response to the COVID-19 Pandemic ». [Ébauche du rapport à l'intention du ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales du gouvernement du Nunavut]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

supplémentaires en infirmiers pendant la pandémie.²⁰ Le plan se voulait souple afin de pouvoir répondre à la gravité de la pandémie au fur et à mesure de son évolution. Toutefois, il est à noter que dans la version fournie pour ce rapport, les conditions d'activation des étapes du plan d'urgence n'étaient pas indiquées.

La structure de commandement en cas d'incident (« SCI ») du gouvernement du Nunavut a été créée en 2020 pour fournir un soutien logistique à l'administrateur en chef de la santé publique. La SCI était dirigée par le sous-ministre délégué, ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales (EAI), qui était responsable des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19, et appuyée par le directeur de la Gestion des urgences du Nunavut (Sécurité publique et Urgences). La SCI était responsable d'assurer les communications avec la Santé dans le cadre de mesures coordonnées de lutte contre les éclosions et d'urgence liées à la COVID-19, et de veiller à ce que les services gouvernementaux essentiels et les mesures de soutien continuent d'être fournis dans les collectivités touchées par la COVID-19.

Au début de la pandémie, les mesures de lutte contre la COVID-19 étaient fondées sur le document du gouvernement de 2012 intitulé « Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector ». Cependant, en juin 2020, la Santé a élaboré le plan de lutte contre la pandémie « Government of Nunavut: COVID-19 Pandemic Response Plan » pour relever les défis spécifiques à la COVID-19. Les objectifs déclarés du plan étaient les suivants :²¹

- Prévenir les épidémies, retarder la propagation, ralentir et arrêter la transmission;
- Assurer une prise en charge optimisée de tous les patients, en particulier des plus gravement malades;
- Réduire au minimum les répercussions de la pandémie sur les systèmes de santé, les services sociaux et les activités économiques.

Le plan établit quatre niveaux d'intervention visant à ralentir et à arrêter la transmission (Table 3) et la façon dont elle serait déclenchée. Chaque niveau décrit des tâches précises et les personnes responsables de chaque tâche. Le plan reconnaît aussi que l'intention était de réévaluer continuellement le plan selon l'évolution de la pandémie.

Tableau 3 : Niveaux d'intervention dans le plan de lutte contre la pandémie du gouvernement du Nunavut

<p>Niveau 0 : Plan de préparation : Préparer des plans qui peuvent être rapidement mis en œuvre en réponse à l'évolution de la COVID-19 sur le territoire afin d'assurer des mesures coordonnées et efficaces. L'accent est mis sur la préparation du public, du système de santé et du personnel de santé.</p>
<p>Niveau 1 : Plan d'intervention rapide : Prévenir la transmission dans les collectivités et entre celles-ci grâce à des mesures strictes de confinement, de dépistage et de recherche des contacts.</p>
<p>Niveau 2 : Plan amélioré de services de santé communautaires : Prévenir la transmission (aplatir la courbe) et confiner les résidentes et résidents malades de la collectivité chez eux en augmentant la capacité du système de santé local à effectuer des évaluations fréquentes de la santé à domicile. L'accent est mis sur l'isolement des patients et des familles à la maison et sur l'évitement du besoin de sites d'isolement de groupe.</p>

²⁰ Gouvernement du Nunavut. 2020. « Nunavut COVID-19 Nurse Staffing Surge Capacity Contingency Plan. » [Document Word]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

²¹ Gouvernement du Nunavut. 2020. « COVID-19 Pandemic Response Plan. » [Document Word]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

Niveau 3 : Plan régional de site de surveillance : Transférer les patients légèrement à modérément malades, qui nécessitent une surveillance de santé accrue, vers un site de surveillance régional désigné.

Pour appuyer le plan de lutte contre la pandémie, la Santé a également élaboré des procédures opérationnelles normalisées (« procédures opérationnelles ») afin de fournir un cadre fondé sur les pratiques exemplaires et les données probantes pour orienter les mesures et les décisions liées à la gestion d'une éclosion de COVID-19 au Nunavut, ainsi que pour définir clairement les rôles et les responsabilités afin d'éclairer les mesures de santé publique.²² Ces procédures opérationnelles ont été mises à jour tout au long de la pandémie et fournies à l'équipe de soins, y compris les rôles suivants :

- Directeurs généraux;
- Directeurs des programmes de santé;
- Directeurs de la santé de la population;
- Superviseurs des programmes de santé;
- Coordonnateurs régionaux du Programme de lutte aux maladies transmissibles;
- Spécialistes des maladies transmissibles du territoire;
- Gestionnaire du Centre de santé publique d'Iqaluit;
- Infirmiers enseignants;
- Directeur général des Services de santé d'Iqaluit;
- Responsables de la qualité des soins médicaux;
- Administrateurs de programmes;
- Directeur territorial de la santé buccodentaire;
- Directeur des programmes de santé liés aux déplacements;
- Directeur de la santé mentale;
- Directeur territorial des soins à domicile et en milieu communautaire.

Dans une note de service jointe aux procédures opérationnelles mises à jour, il est indiqué que les anciennes versions doivent être remplacées dans le classeur des communications et le manuel des maladies transmissibles de chaque centre de santé. La note de service souligne aussi les principales modifications apportées aux procédures opérationnelles mises à jour pour faciliter la consultation. Les procédures opérationnelles décrivent les membres de l'équipe de santé et leurs rôles et responsabilités, les procédures de gestion des éclosions et le flux des renseignements lors de la prise de mesures de lutte contre une éclosion. Une série d'annexes est également fournie avec les procédures opérationnelles, y compris des modèles de réunions, des formulaires de recherche des contacts, des procédures de dépistage et des organigrammes d'information pour les prestataires de soins de santé. L'élaboration, la mise à jour et la communication des procédures opérationnelles normalisées indiquent que la Santé modifiait l'orientation du personnel de première ligne selon l'évolution des renseignements liés à la pandémie. Toutefois, il est incertain si les commentaires du personnel de première ligne ont été intégrés dans l'élaboration des plans ou si les circonstances propres aux collectivités ont été prises en compte.

Entre la première procédure opérationnelle examinée dans le cadre du présent rapport (2020) et la plus récente (2022), une différence notable est une section sur la « sécurisation culturelle », qui est présente dans la version de 2020, mais pas dans la mise à jour de 2022. La section sur la « sécurisation culturelle » de la version 2020 invite les professionnels de la santé à « rester conscients des traumatismes historiques et intergénérationnels causés par les maladies transmissibles aux collectivités inuites ».²³ Cependant, des références spécifiques aux principes IQ du savoir traditionnel ne sont pas notées. L'absence de références aux principes IQ du savoir traditionnel et l'élimination de la « sécurisation culturelle » des procédures

²² Gouvernement du Nunavut. 2020. « Standard Operating Procedure – COVID-19 Outbreak Management Team. » [PDF – NOTE DE SERVICE]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

²³ *Ibid.*

opérationnelles normalisées créent une incertitude quant à la façon dont les principes IQ du savoir traditionnel ont été pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des procédures.

2.2.2. Création de la division des opérations spéciales liées à la COVID-19 de la Santé

En fin 2020, l'EAI et la Santé ont présenté une demande au Conseil de gestion financière du ministère des Finances pour la création d'un Secrétariat temporaire de lutte contre la pandémie.²⁴ Dans le cadre de cette initiative, la Santé a créé la division des opérations spéciales liées à la COVID-19 et la division des services à la clientèle. La division des opérations spéciales était composée de membres dévoués qui fournissent la capacité, le leadership et l'orientation nécessaires pour relever les défis urgents et émergents liés à la COVID-19.²⁵ Les principaux domaines d'intervention de la division des opérations spéciales étaient les suivants :

- Mettre l'accent sur la coordination des mesures de lutte contre les éclosons et en matière de stratégies de vaccination;
- Administrer les centres d'isolement et le programme d'examen des voyages de l'administrateur en chef de la santé publique;
- Soutenir les mesures de santé publique en élaborant des options et des recommandations fondées sur des données probantes et en assurant la communication avec la Division des affaires intergouvernementales de l'EAI;
- Soutenir le groupe des communications liées à la COVID-19;
- Aider à documenter les processus et les technologies à l'appui des mesures de lutte contre la pandémie.

La division des opérations spéciales a fourni régulièrement des notes d'information sur l'état de la pandémie. Les membres de l'équipe ont également participé à plus de 15 comités et groupes de travail liés à la COVID-19 (une liste est fournie dans l'[Annexe I](#)). Les groupes de travail semblent avoir été représentés uniquement par le personnel de la Santé. La manière exacte dont ces comités rendaient compte les uns aux autres ou étaient liés aux activités des autres ministères du GN, et vice versa, reste inconnue.

La division des services à la clientèle a été créée pour administrer et superviser les centres d'isolement et le programme d'examen des voyages de l'administrateur en chef de la santé publique.

2.2.3. L'industrie minière et les préoccupations liées aux vols aériens

L'une des principales industries économiques du Nunavut est le secteur minier. Il y a quatre mines en activité au Nunavut : la mine d'or Meliadine à Rankin Inlet, la mine d'or Meadowbank dans la région du Kivalliq, la mine d'or Hope Bay dans la région du Kitikmeot et la mine de fer Mary River sur l'île de Baffin.²⁶ En plus de ces opérations établies, des projets d'exploration sont en cours sur le territoire.²⁷ Ces activités d'exploitation et d'exploration établies emploient des Nunavoises et Nunavois locaux, mais comptent aussi beaucoup sur des travailleurs de lieux et de milieux divers et qui entrent et sortent régulièrement

²⁴ Gouvernement du Nunavut. 2020. « Health Pandemic Response Secretariat. » [Présentation au Conseil de gestion financière]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

²⁵ Gouvernement du Nunavut. 2023. « Annual Report 2022/23: Special Operations Division- COVID-19. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

²⁶ NWT and Nunavut Chamber of Mines. S.d. « Our Industry. » Consulté en avril 2024. <https://www.miningnorth.com/our-industry>

²⁷ Le nombre et l'emplacement des mines et des activités d'exploration n'ont pas été divulgués.

du Nunavut.²⁸ Ces travailleurs ont souvent des contacts avec les travailleurs et les populations locales.

Au début de la pandémie, les sociétés minières ont été confrontées à la décision de poursuivre leurs activités, ce qui aurait des répercussions en matière de risque d'exposition des collectivités locales à la COVID-19, ou d'interrompre les activités, ce qui aurait des conséquences sur l'économie du Nunavut et le revenu des travailleurs. De plus, en raison du nombre inconnu de travailleurs sur les sites d'exploitation et d'exploration, il y avait un fardeau supplémentaire potentiel pour le système de santé du territoire.²⁹ Les mines n'ont pas fermé leurs portes pendant la pandémie, mais ont augmenté la capacité de dépistage de la COVID-19 sur place afin de limiter autant que possible les répercussions sur la main-d'œuvre.³⁰

Tout au long de la pandémie, les sociétés minières ont rencontré régulièrement le ministère du Développement économique et des Transports, de la Santé et d'autres ministères (Annexe I) pour discuter des éclosons, des mesures pandémiques et du soutien fourni par les deux parties.

2.2.4. Équipes d'intervention rapide

La Santé a élaboré un programme d'intervention rapide afin d'atténuer les répercussions de la COVID-19 dans les collectivités du Nunavut. Dans le cadre du programme, les équipes d'intervention rapide ont été déployées dans les collectivités touchées dans les 24 heures suivant l'identification d'un cas positif de COVID-19. Les équipes d'intervention rapide intégraient des compétences multidisciplinaires, y compris des ressources physiques et virtuelles. Elles mettaient en place des mesures de confinement, effectuaient la recherche des contacts et surveillaient la santé et le bien-être des personnes faisant l'objet d'un ordre d'isolement à domicile (Figure 1).³¹ En date de février 2022, des équipes d'intervention rapide avaient été déployées dans 24 collectivités.³²

²⁸ Pike, M., Cunsolo, A., Babujee, A., Papadopoulos, A., et Harper, S. 2021. « How Did the Media Report the Mining Industry's Initial Response to COVID-19 in Inuit Nunangat? A Newspaper Review. » *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). DOI : 10.3390/ijerph182111266

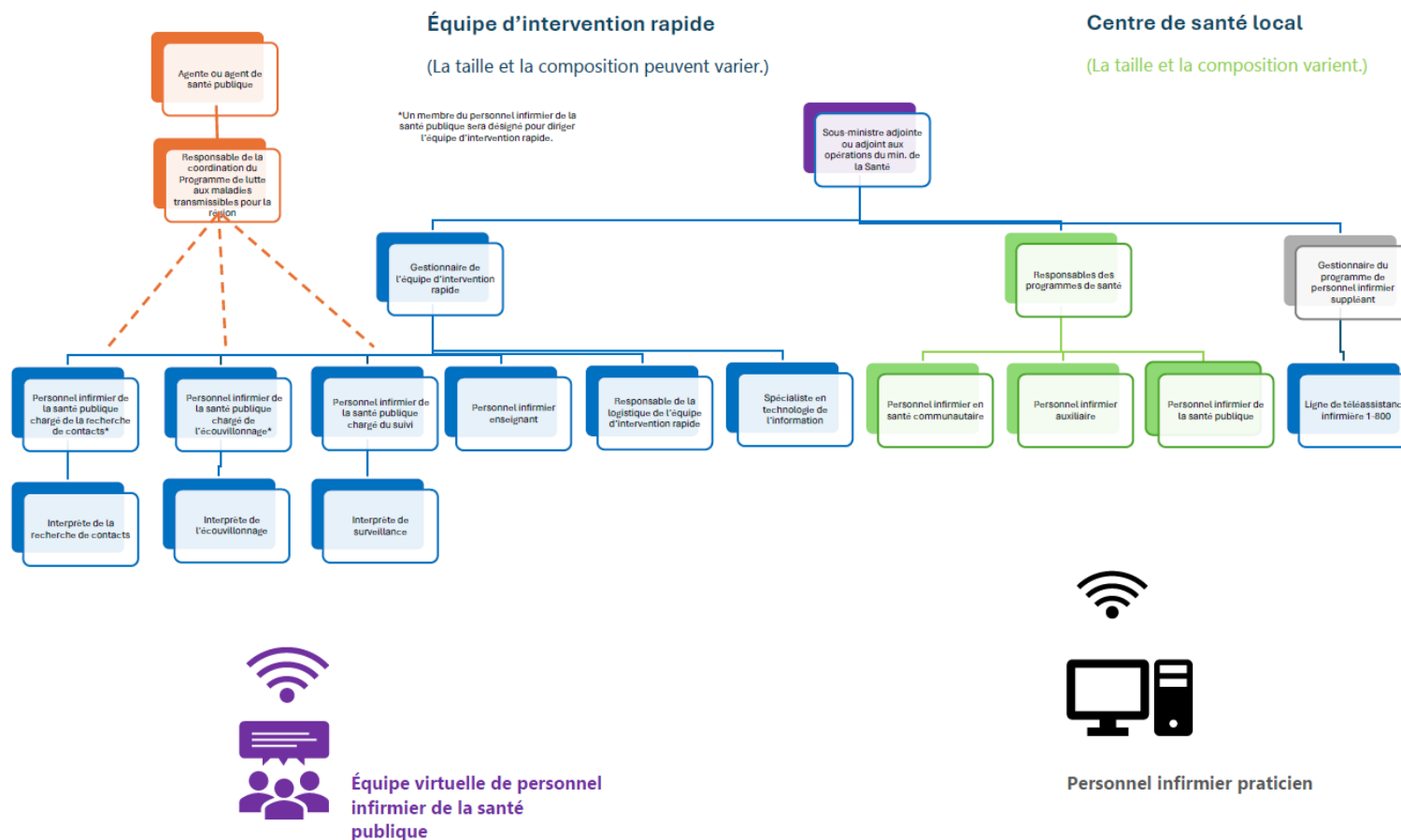
²⁹ *Ibid.*

³⁰ Gouvernement du Nunavut. 2021. « Government of Nunavut (GN) Department of Economic Development and Transportation (EDT) COVID-19 Business Recovery Plan. » *Department of Economic Development and Transportation COVID 19 Business Recovery Plan*. Consulté en avril 2024. [https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-415-5\(2\)-EN-EDT-COVID-Business-Recovery-Plan.pdf](https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-415-5(2)-EN-EDT-COVID-Business-Recovery-Plan.pdf)

³¹ Gouvernement du Nunavut. 2020. « COVID 19 Response plan RRTCHC structure and R R Draft v3 May 14 2020. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

³² Gouvernement du Nunavut. 2023. « Annual Report 2022/23: Special Operations Division- COVID-19. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

Figure 1 : Structure de signalement temporaire des équipes d'intervention rapide et du personnel du centre de santé local³³



Note de bas de page : Cette structure des équipes d'intervention rapide a été créée pour indiquer les domaines de responsabilité de l'équipe des opérations lorsque les équipes d'intervention rapide ont été activées aux fins de la gestion clinique de la COVID-19. Elle n'indique pas explicitement l'orientation et le soutien des différentes parties du Ministère, y compris le Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique, l'Unité de l'information sur la santé et d'autres. Le rôle des épidémiologistes territoriaux, des médecins de santé publique et des infirmiers spécialisés dans les maladies transmissibles dans ces autres structures était un complément particulièrement important aux structures des équipes d'intervention rapide.

³³ Gouvernement du Nunavut. 2020. « COVID 19 Response plan RRTCHC structure and R R Draft v3 May 14 2020. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

Un classeur de renseignements des équipes d'intervention rapide a été élaboré qui comprenait un organigramme des processus, des listes de personnes-ressources et des listes de vérification pour les trousseaux de prédéploiement et d'approvisionnement.³⁴ Aucune date d'élaboration n'est fournie pour ce document. La mise au point de la ressource du classeur indique l'étendue de la préparation de la Santé pour assurer l'accès des équipes d'intervention rapide à tous les renseignements nécessaires pour lutter contre les éclosions. Des bilans ont été effectués avec les équipes d'intervention rapide après les éclosions, mais il est incertain si les commentaires du personnel de première ligne ont été intégrés dans les mises à jour subséquentes du classeur ou si les circonstances propres aux collectivités ont été prises en compte.

2.2.5. Dépistage

Le rapport de 2020-2021 sur la COVID-19 de l'administrateur en chef de la santé publique indique qu'au début de la pandémie, la capacité de dépistage du territoire représentait un défi important en raison de la dépendance à l'égard des laboratoires de l'extérieur du territoire. Par conséquent, le délai moyen pour obtenir les résultats était de 6 à 7 jours.³⁵ Au printemps de 2020, des capacités de dépistage ont été mises en œuvre sur le territoire à Iqaluit et à Rankin Inlet, réduisant le délai d'obtention des résultats à 2 ou 3 jours.

2.2.6. Infirmiers de la santé publique virtuels

Les soins virtuels sont devenus une partie intégrante des mesures de lutte contre la pandémie du Nunavut. Le gouvernement du Nunavut a travaillé avec un entrepreneur indépendant, Calian Itée, pour concevoir et gérer un programme virtuel de lutte contre la COVID-19 qui comprenait un infirmier de la santé publique virtuel et un service d'assistance téléphonique pour les soins infirmiers liés à la COVID-19.³⁶ Tout au long de la pandémie, les infirmiers de la santé publique virtuels ont été intégrés à une partie importante des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19. Leurs responsabilités comprenaient les suivantes :³⁷

- Surveillance des cas de COVID-19 et des contacts identifiés au Nunavut;
- Recherche des contacts;
- Coordination virtuelle des soins liés à la COVID-19;
- Éducation des clients sur les mesures d'isolement liées à la COVID-19 et d'autres sujets connexes;
- Notification des résultats des tests de dépistage de la COVID-19;
- Autres tâches liées à la COVID-19 (le cas échéant).

Les services des infirmiers de la santé publique virtuels ont évolué durant la pandémie selon les éclosions et les capacités territoriales. Au plus fort de la pandémie, le programme des infirmiers de la santé publique virtuels comptait 81 infirmiers et des quarts de travail intégrant de 16 à 24 infirmiers prenant en moyenne jusqu'à 170 appels par jour.³⁸

³⁴ Gouvernement du Nunavut. S.d. « Rapid Response Team (RRT) Binder. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

³⁵ Gouvernement du Nunavut. 2021. « The Chief Public Health Officer of Nunavut's 2020-21 Report on COVID-19. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

³⁶ Calian Itée 2023. « Virtual COVID-19 Nursing Services Program Exit Report. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

2.2.7. Centres d'isolement

Afin de réduire la propagation de la COVID-19 au Nunavut, le 24 mars 2020, l'administrateur en chef de la santé publique a imposé des restrictions de voyage, établissant des conditions et des interdictions pour les voyages au Nunavut en provenance de l'extérieur des frontières du territoire. Sept centres d'isolement à Iqaluit et dans les municipalités aux frontières du Nunavut ont été établis (Table 4). Les voyageurs en provenance de l'extérieur du territoire devaient s'isoler pendant une période de quatorze jours à un endroit désigné et obtenir une lettre d'autorisation de l'administrateur en chef de la santé publique avant d'entrer au Nunavut.

Tableau 4 : Centres d'isolement liés à la COVID-19 du Nunavut ³⁹

Emplacement du centre	Gestion du centre	Clients
Ottawa	Société Qikiqtaaluk et le sous-traitant Malti Consulting	Tous les voyageurs
Ottawa	Ministère des Services communautaires et gouvernementaux, soutenu par le ministère de la Santé	Arrivée du personnel de construction au Nunavut
Ville de Québec	Ministère des Services communautaires et gouvernementaux, soutenu par le ministère de la Santé	Arrivée du personnel de construction au Nunavut
Winnipeg	Gouvernement du Nunavut	Tous les voyageurs
Edmonton	Société Qikiqtaaluk et le sous-traitant Malti Consulting	Tous les voyageurs
Yellowknife	Société Qikiqtaaluk et le sous-traitant Malti Consulting	Tous les voyageurs
Iqaluit	Société Qikiqtaaluk et le sous-traitant Malti Consulting	Tous les voyageurs

Un manuel de protocole pour les centres d'isolement a initialement été élaboré en avril 2020. Il a été mis à jour en juillet 2020 et en avril 2021 pour tenir compte « des nouveaux développements et des réalités opérationnelles ». Parmi les améliorations que les versions mises à jour ont apporté figurent un processus plus détaillé en matière de production de rapports d'incident et de mesures de la direction, des procédures et des considérations supplémentaires pour les problèmes de santé mentale, ainsi que des renseignements sur l'évolution de la pandémie et son incidence sur la capacité des centres d'isolement.

Du 25 mars 2020 au 12 avril 2022, les centres d'isolement ont accueilli plus de 22 800 personnes⁴⁰.

³⁹ 2023. « Government of Nunavut Department of Health Isolation Program Review ». [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁴⁰ *Ibid.*

3.0 Conclusions principales de l'évaluation

Les conclusions suivantes (Table 5) ont été tirées à partir de l'examen des documents fournis pour le présent rapport, ainsi que des résultats des entrevues avec 36 membres du personnel de la Santé et 14 résidentes et résidents de dix collectivités différentes. Les résultats de l'évaluation ont été présentés à l'équipe du projet de la Santé et validés par celle-ci Table 5.

Les données des entrevues avec le personnel de la Santé et les résidentes et résidents ont été analysées au moyen d'un processus de codage manuel, qui comprenait l'insertion de commentaires et de renseignements importants des notes dans une feuille de calcul organisée selon les domaines d'évaluation. Ainsi, les réponses de chaque domaine d'évaluation ont été codées et catégorisées selon le sujet. Les résultats de l'évaluation ont été pris en compte dans l'élaboration des recommandations formulées dans le présent rapport.

Tableau 5 : Conclusions principales de l'évaluation

Sujets d'orientation	Résultats connexes
Gouvernance	<p>La Santé a été en mesure de déterminer rapidement des orientations ainsi que d'établir et d'adopter les politiques et les procédures nécessaires, mais elle a utilisé un plan d'intervention d'urgence obsolète pour le faire. Au début de la pandémie, la Santé a utilisé le document de 2012 intitulé « Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector », qui n'était plus à jour et n'offrait que des lignes directrices d'ordre général. À l'avenir, il serait utile d'assurer une compréhension commune et plus précise du processus décisionnel, des pouvoirs, des responsabilités et des rôles, ainsi qu'une prise en compte cohérente et ouverte des principes du <i>qaujimajatuqangit</i> inuit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au début de la pandémie, les mesures de lutte contre la COVID-19 étaient fondées sur le document du gouvernement de 2012 intitulé « Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector », qui, selon le personnel, n'était pas suffisamment complet pour fournir des conseils à l'échelle communautaire. En juin 2020, la Santé a élaboré le document « Government of Nunavut: COVID-19 Pandemic Response Plan » pour relever les défis spécifiques à la COVID-19. • Des priorités ont été établies et des décisions ont été prises pendant cette période difficile, mais le personnel interrogé de la Santé a souligné qu'il aurait pu y avoir une meilleure compréhension commune des rôles et des responsabilités. Les orientations stratégiques et les politiques prises pendant la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie ont été largement comprises par les représentants de la Santé. Cependant, il y avait une certaine ambiguïté quant au responsable des décisions importantes et de l'établissement des orientations. L'amélioration de la clarté à cet égard et

	<p>l'appel aux principes communs pour orienter la prise de décision, p. ex. la distribution équitable de vaccins et d'ÉPI, devraient autant faire partie de la planification future de mesures pandémiques que la préparation⁴¹.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parmi les personnes interrogées, il est généralement convenu que la Santé a été en mesure d'adopter rapidement et de communiquer en temps opportun les politiques et les procédures qui ont soutenu l'opérationnalisation des mesures de lutte contre la pandémie de la COVID-19. • Certains représentants de la Santé expliquent que l'inclusion des principes du <i>qaujimajatuqangit</i> inuit était au cœur du cadre des mesures de lutte contre la COVID-19. D'autres, y compris des résidentes et résidents, soulignent qu'il était possible de tenir une consultation élargie des Inuits pour assurer que les mesures de lutte contre la pandémie prennent en compte les besoins et le savoir des Nunavoises et Nunavois. Il convient également de noter que les documents de gouvernance et de politique fournis et examinés dans le présent rapport ne faisaient pas expressément référence, de quelque manière que ce soit, au <i>qaujimajatuqangit</i> inuit. Un rapport publié en 2021 par l'Inuit Tapiriit Kanatami, intitulé « Systemic Discrimination in the Provision of Healthcare in Inuit Nunangat », souligne l'importance de soins culturellement pertinents dans le territoire. Un seul document de lutte contre la pandémie fourni dans le cadre du présent examen, le document « COVID-19 Protocol Package V7 » de 2021, comportait une section sur les « considérations culturelles », bien qu'elle n'est pas présente dans la version ultérieure du document. Cela suggère qu'à l'avenir, il pourrait y avoir une utilisation plus ouverte et cohérente du <i>qaujimajatuqangit</i> inuit dans la planification et la préparation de mesures pandémiques. • La Santé a effectué des bilans après chaque éclosion pour déterminer les leçons tirées. Cependant, certains de ces bilans ont pris jusqu'à six mois après l'éclosion en question, ce qui a compliqué l'utilisation des renseignements obtenus dans le cadre des mesures de logistique, de flux de travail, de communication et de l'appel aux infirmiers de la santé publique virtuels.
<p>État de préparation — Gestion de la santé et des urgences</p>	<p>La Santé a été en mesure de réagir rapidement et les collectivités se sentaient généralement préparées, mais à l'avenir, il faudrait mettre l'accent sur l'obtention de technologies appropriées et sur la capacité de financer davantage les mesures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Santé a été en mesure de réagir rapidement lorsque la COVID-19 est devenue une menace imminente grâce à l'établissement de centres d'isolement et de restrictions de voyage strictes.

⁴¹ Pendant le processus d'entrevue, on a demandé au personnel de décrire les principes qui ont guidé les décisions. Des exemples de ces principes ont été donnés, dont les suivants : *établir et maintenir la confiance du public, veiller à l'inclusivité (p. ex. accès équitable aux services, établissement des priorités en matière de vaccins), respecter l'importance pour les collectivités et les personnes de pouvoir exprimer leurs opinions et leurs convictions, minimiser le risque de préjudice et de souffrance.*

	<p>Cependant, les représentants de la Santé sont d’avis que le gouvernement du Nunavut, y compris la Santé, n’était pas entièrement préparé à la pandémie. Selon les personnes interrogées, la Santé aurait pu accorder plus d’attention à la mise en place de systèmes virtuels de gestion des cas et des contacts ainsi qu’à des systèmes d’inventaire des vaccins et des médicaments. Il est également mentionné que l’insuffisance des ressources humaines, combinée à un taux de rotation élevé, a rendu la préparation à la pandémie plus difficile. Ce qui a aidé, c’est le travail d’équipe et la collaboration importants qui ont eu lieu au sein de la Santé et avec d’autres ministères.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les représentants de la Santé soulignent que des mises à jour fréquentes et cohérentes des politiques et des procédures de planification en cas de pandémie devraient être mises à jour afin d’assurer une meilleure préparation dans l’éventualité d’une urgence sanitaire future. • Du point de vue de la collectivité, six des résidentes et résidents interrogés soulignent comment le retard dans l’apparition des premiers cas au Nunavut a permis à la Santé de tirer des leçons de l’expérience des administrations du Sud. Bien qu’il y ait eu quelques problèmes, les représentants de la collectivité estiment généralement que le territoire était prêt pour la COVID-19 lorsqu’elle est apparue.
<p>Mesures — Gestion de la santé et des urgences</p>	<p>Reconnaissant que la collaboration est à la base du succès des mesures de lutte contre la pandémie, il serait possible à l’avenir de renforcer les rôles et les contributions des différents ministères, d’améliorer l’accessibilité du financement et de veiller à ce qu’une gamme de mesures de soutien soit disponible pour aborder les nombreuses répercussions de l’isolement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mesures et le soutien fournis par la Santé et les membres de l’équipe, comme le programme de soins virtuels, la mise en œuvre des vaccins et la distribution d’équipement de protection individuelle, étaient conformes aux objectifs et aux priorités établis. Cependant, certains représentants de la Santé expriment des inquiétudes quant au caractère restrictif des règles d’isolement et aux restrictions liées à l’entrée et à la sortie des centres d’isolement, ainsi que des préoccupations connexes concernant les répercussions sur la santé mentale des personnes qui y séjournent. Aussi, certains représentants de la Santé soulignent que le champ d’activité des soins virtuels était parfois trop restreint (c.-à-d. il aurait été possible d’intégrer la gestion des cas et des contacts), ce qui a réduit le nombre d’infirmiers et de médecins sur le terrain, entraînant une augmentation de la charge de travail pour ceux qui sont restés dans la collectivité. • Les personnes interrogées remarquent également que la Santé a été en mesure de fournir un financement adéquat pour soutenir tous les éléments des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19. Bien que des fonds aient été disponibles pour les mesures de lutte contre la pandémie, certains représentants de la Santé et résidentes et résidents ont eu de la difficulté à accéder aux fonds

	<p>pour le traitement de questions non liées à la COVID et des répercussions sociales de la pandémie (p. ex. problèmes de santé mentale et consommation de substances au sein des collectivités).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compte tenu des défis continus sur le territoire, de nombreux représentants de la Santé ont assumé des rôles et des responsabilités supplémentaires qui dépassaient leur champ d'activité prévu. De telles situations montrent l'importance d'accorder la priorité au recrutement et à la rétention du personnel de santé par rapport à d'autres professionnels du territoire afin de réduire la charge de travail et les heures supplémentaires importantes vécues pendant la pandémie. Cette constatation est appuyée par un rapport de 2017 du Bureau du vérificateur général sur les services de santé au Nunavut. Bien que la Santé ait élaboré un plan d'urgence pour l'augmentation de la dotation en personnel infirmier pendant la COVID-19, on ne sait pas exactement comment il a été utilisé dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie. • Les représentants de la Santé ont des opinions mitigées sur la force des partenariats avec d'autres ministères. On croyait qu'une telle collaboration était essentielle au succès de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie, mais certains affirment être préoccupés par le fait que d'autres ministères s'en remettaient presque entièrement à la Santé pour gérer la situation. Une leçon à tirer est donc qu'il est important d'être clair sur ce que signifie la collaboration avec différents ministères, comme l'EAI et le SCG, dans de futures mesures pandémiques. • Les résidentes et résidents affirment que les divers partenariats et collaborations ont contribué au succès des mesures de lutte contre la pandémie. Les personnes interrogées citent les exemples suivants de collaboration efficace : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le gouvernement du Nunavut et les centres de santé ont régulièrement échangé des messages et des renseignements avec la collectivité. ○ Des partenariats avec des organismes comme Nunavut Tunngavik inc. ont permis d'offrir du soutien comme des paniers alimentaires, des paniers pour les personnes en isolement et des activités pour les enfants afin d'alléger le fardeau de la pandémie sur les collectivités. • Bien que les résidentes et résidents s'entendent généralement pour dire que la collaboration a été efficace, l'une des personnes interrogées a suggéré que les municipalités pourraient être davantage habilitées à diriger des mesures sur le terrain et que cet élément pourrait être abordé dans la planification en matière de pandémies.
Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences	La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions notables sur la santé mentale des dirigeants et du personnel du gouvernement, ainsi que sur celle des résidentes et résidents et le développement des jeunes, ce qui doit être pris en compte dans la planification future en matière de pandémies.

	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les entrevues avec les représentants de la Santé, les personnes sont confrontées aux défis qui peuvent suivre une situation stressante et à haute pression, comme si elles étaient atteintes d'un type de trouble de stress posttraumatique. D'après les personnes interrogées, les exigences et les attentes extrêmes imposées à la direction et au personnel de la Santé ont contribué à des niveaux élevés de stress et de fatigue (p. ex. des commentaires ont été faits sur l'interdiction de quitter le territoire et sur l'obligation de travailler sans congé pendant plus d'un an). • Les participants à l'entrevue soulignent aussi l'importance de l'appréciation et du soutien. Cet élément comprend la distribution équitable des primes et des incitations salariales liées à la pandémie, ainsi que l'accès insuffisant aux soutiens en matière de santé mentale et de bien-être. • Les résidentes et résidents interrogés ont abordé les répercussions de la pandémie sur la santé mentale des collectivités et des travailleurs de la santé. En général, les résidentes et résidents indiquent qu'on n'avait pas tenu suffisamment compte des répercussions que diverses mesures (p. ex. les exigences et les centres d'isolement) auraient sur les collectivités, surtout si l'on tient compte des valeurs d'« unité » des aînés et des Inuits. Les participants à l'entrevue soulèvent des préoccupations concernant l'augmentation des taux de suicide et des sentiments de déconnexion après la pandémie. Ils ajoutent qu'ils souhaiteraient que la santé mentale soit prise en compte dans la planification future de mesures d'urgence. • Plusieurs rapports et examens postpandémiques liés à la COVID-19 explorent les répercussions des mesures de lutte sur les jeunes, particulièrement en ce qui concerne l'éducation et le développement social. Ces études révèlent que de nombreux jeunes Canadiens ont connu des problèmes chroniques d'assiduité, ainsi que des baisses de rendement scolaire, de développement social et de santé mentale. Les entrevues avec les représentants de la Santé et les résidentes et résidents ont fait écho à certaines de ces préoccupations, notant également que l'effet de la pandémie sur les jeunes Inuits a entraîné une déconnexion de leur culture.
<p>Communication et participation</p>	<p>Les communications au sein du gouvernement et avec les collectivités étaient fréquentes et opportunes, mais il est important d'assurer que ces communications conviennent aux publics et que tout changement d'orientation, de politique ou de procédure est facilement compris.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les communications avec les collectivités sont considérées comme ayant été fréquentes et se faisaient par divers moyens comme la radio, les bulletins de nouvelles et les médias sociaux, afin de diffuser les renseignements au plus grand nombre de personnes possible. Les émissions de radio sont considérées comme un moyen de communication essentiel pour les collectivités afin de recevoir de l'information et de poser des questions aux dirigeants locaux et du gouvernement du Nunavut sur les répercussions

des protocoles et des politiques liées à la COVID-19. Cependant, il y avait un manque perçu sur le plan de la consultation et de la participation des dirigeants et des membres de la collectivité en ce qui concerne les messages utilisés. Les résidentes et résidents remarquent que les communications ne tenaient pas toujours compte du public, p. ex. le contenu écrit compliqué et difficile à comprendre.

- Les communications au sein du gouvernement sont considérées comme ayant été suffisamment fréquentes pour permettre des changements dans les politiques, les procédures et les protocoles. Cependant, les représentants de la Santé remarquent également que lorsque les politiques étaient changées, les modifications n'étaient pas toujours évidentes, ce qui avait une incidence sur la formation et les communications. Par conséquent, la recommandation des participants de l'entrevue est d'expliquer les modifications apportées aux politiques, aux procédures ou aux orientations afin de faciliter l'intégration dans les opérations et d'assurer que les activités associées puissent être adaptées au besoin.

4.0 Recommandations

La section suivante présente les recommandations fondées sur les conclusions principales. Chaque section de recommandation comprend un aperçu des occasions de changement, suivi du contexte de ce que le changement signifie pour la Santé et de conseils pour soutenir la mise en œuvre. Des approches ou des outils pertinents sont mis en évidence afin d'aider à faire progresser l'adoption des recommandations.

Recommandation n° 1 : Prévoir un plan de gestion des urgences complet et axé sur l'action :

Domaine d'orientation :



L'occasion

La Santé a été en mesure d'adopter rapidement des politiques et des procédures pour soutenir la mise en œuvre de mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19, mais les participants remarquent qu'il y avait souvent un manque de clarté et de compréhension commune dans les mesures relativement aux rôles et aux responsabilités. Les défis continus liés au roulement du personnel et aux taux de postes vacants élevés ont créé des défis en matière de gouvernance et de finalisation des processus, des politiques, des procédures et des communications. En plus des autres conclusions, la Santé devrait élaborer un plan global de gestion des urgences qui :

1. repose sur une approche « tous risques » qui aborde les quatre phases de la gestion des urgences (atténuation et prévention, préparation, intervention et rétablissement);
2. décrit clairement la structure des mesures d'urgence, la gouvernance, la prise de décisions et les rôles de la Santé, ainsi que ses responsabilités;
3. précise la façon dont les valeurs sociétales inuites et les principes du *qaujimajatuqangit* inuit seront pris en compte;
4. comprend un processus documenté de mobilisation et de création d'espaces intentionnels pour les Inuits et les parties prenantes de la collectivité dans l'ensemble de l'élaboration du plan **et** en cas d'urgence sanitaire, afin d'assurer l'harmonisation avec les besoins de la collectivité et les considérations essentielles pour réussir;
5. est coordonné avec les efforts fédéraux en matière de politiques et de planification;
6. établit clairement un système de commandement en cas d'incident qui définit les rôles et les responsabilités du personnel et de la direction de la Santé, de la direction du gouvernement du Nunavut et d'autres ministères qui pourraient jouer un rôle déterminant dans les mesures pandémiques, comme l'Éducation et les Services à la famille;
7. s'arrime avec les efforts déployés par d'autres ministères du gouvernement du Nunavut pour mettre à jour leurs plans ou leurs lois, comme le recommandent d'autres évaluations indépendantes (c.-à-d. examen pangouvernemental, rapport du Vérificateur général sur la

distribution des vaccins).

Ce plan devrait aussi être examiné régulièrement pour assurer que les politiques, les procédures et les protocoles sont conformes aux pratiques exemplaires actuelles.

Ce que cela signifie pour la Santé

La planification complète de la gestion des urgences sert de modèle essentiel pour gérer efficacement les crises. Un élément essentiel de l'efficacité de la planification réside dans la clarté des modèles de gouvernance. Des modèles de gouvernance clairs, qui intègrent les principes décisionnels, délimitent les rôles et les responsabilités et établissent des structures de responsabilisation (rapports), sont des éléments essentiels de tout plan de gestion des urgences solide. De tels modèles fournissent un cadre pour la prise de mesures rapides et décisives et assurent une compréhension commune des rôles et des responsabilités, ainsi que des mesures appropriées à prendre en cas de crise. En optimisant ces cadres et ces modèles fondamentaux, la Santé peut améliorer sa capacité à intervenir dans des situations futures de pandémie ou d'autres urgences sanitaires, en minimisant la confusion et en maximisant l'efficacité des efforts.

Considérations liées à la mise en œuvre

Pour réussir à mettre en œuvre cette recommandation, la Santé devrait envisager d'utiliser une approche axée sur les ateliers et la planification collaborative. Cette approche comprend une série d'ateliers d'élaboration de plans ciblés et animés qui tiennent compte les points suivants :

- **Participation des parties prenantes et des titulaires de droits** : Veiller à ce que les principaux intervenants et titulaires de droits, y compris les responsables de la santé publique, les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux et les représentants de la collectivité, participent à l'élaboration et à l'examen du plan de gestion des urgences. La participation précoce et cohérente des dirigeants communautaires, par exemple en cas d'urgence sanitaire, permettra d'assurer la connaissance du plan et des mesures associées de l'intervention collaborative.
- **Souplesse** : La gouvernance devrait pouvoir s'adapter à différents scénarios et à l'évolution des circonstances. La souplesse permet de procéder à des ajustements en fonction de la nature et de la gravité de la pandémie ou de l'urgence sanitaire en cours, des pratiques exemplaires émergentes en matière de gestion de crise et des différences dans les réalités opérationnelles des collectivités.
- **Formation et sensibilisation** : Chercher à fournir une formation complète et à assurer la sensibilisation à l'ensemble du personnel participant à la mise en œuvre du plan de gestion des urgences. Il s'agit non seulement de comprendre les rôles et les responsabilités particuliers, mais aussi de se familiariser avec les processus décisionnels et les mesures de responsabilisation. La formation devrait être mise à jour dans le cadre du processus d'examen annuel.
- **Protocoles de communication** : Établir des canaux et des protocoles clairs pour diffuser les renseignements, coordonner les mesures de lutte contre la pandémie et fournir des mises à jour aux parties prenantes, tant à l'interne qu'à l'externe.
- **Affectation de ressources** : Évaluer et affecter les ressources nécessaires, y compris le personnel, l'équipement, le financement et les infrastructures, pour appuyer la mise en œuvre du plan de gestion des urgences. Compte tenu des défis continus liés au roulement du personnel et aux taux de postes vacants, il pourrait être nécessaire de collaborer avec une agence ou un organisme externe pour mettre en œuvre cette recommandation. Si l'externalisation est nécessaire, un cadre

de collaboration devrait être élaboré pour assurer que les considérations éthiques sont prises en compte, ainsi que pour garantir l'intégration des perspectives et des valeurs inuites l'ensemble du plan de gestion des urgences.

L'optimisation du plan de gestion des urgences nécessitera beaucoup de temps pour assurer qu'il tienne compte des considérations ci-dessus.

Recommandation n° 2 : Améliorer les protocoles de communication interne et externe :

Domaine d'orientation :



Communication
et participation



Gouvernance



État de
préparation

L'occasion

Les communications avec les collectivités et au sein du gouvernement sont considérées comme ayant été fréquentes et se faisaient par divers moyens comme la radio, les bulletins de nouvelles et les médias sociaux. Les émissions de radio étaient un moyen de communication essentiel pour les collectivités afin de recevoir de l'information. Cependant, il y avait un manque perçu sur le plan de la consultation et de la participation des dirigeants et des membres de la collectivité en ce qui concerne les messages utilisés. De plus, il n'était pas toujours évident de communiquer clairement au personnel de la Santé en ce qui concerne les changements apportés aux politiques, aux procédures et aux protocoles principaux, ce qui a eu une incidence sur la formation et les communications.

Communications liées aux urgences communautaires

La Santé devrait renforcer les protocoles de communication d'urgence communautaires qui :

- documentent les processus et les lignes directrices pour la consultation communautaire lors de l'élaboration des décisions en matière de politiques, de procédures et de protocoles;
- adaptent les stratégies pour répondre aux besoins de divers publics, en tenant compte de facteurs comme les préférences linguistiques, les origines culturelles et les niveaux de littératie en santé;
- grâce à une délimitation claire des pouvoirs établie avant les futures urgences sanitaires, donner aux centres régionaux les moyens d'adapter les directives et les politiques pour répondre au contexte local et aux besoins opérationnels.

Communications liées aux urgences internes

La Santé devrait également optimiser les protocoles de communication interne pour assurer que le personnel est correctement informé, comprend ses rôles et ses responsabilités et reçoit des mises à jour claires et opportunes concernant les modifications apportées aux politiques, aux procédures et aux protocoles dans la situation d'une pandémie. D'autres domaines d'intérêt comprennent :

- Mettre en place des canaux rationalisés de diffusion des renseignements.
- Veiller à la clarté des rôles et des responsabilités liés aux communications internes et externes entre l'EAI et la Santé dans les situations d'urgence.
- Offrir des formations et du soutien aux membres du personnel sur les stratégies de communication efficaces, la compétence culturelle et la sensibilité aux publics issus de la diversité.
- Mettre en œuvre des mécanismes de communication transparente des mises à jour des politiques

au personnel.

- Inclure des exigences et des lignes directrices pour l'élaboration et la diffusion de rapports de situation consolidés quotidiens à toutes les personnes participant à la mise en œuvre des mesures d'urgence, favorisant ainsi une prise de telles mesures cohérente et efficace. Cela permettra également d'assurer que les mises à jour des politiques, des procédures et des protocoles sont communiquées fréquemment et de manière cohérente à tous les membres du personnel.

En intégrant à la fois les protocoles de communication interne et la consultation communautaire dans la planification et les stratégies de lutte pandémique, la Santé peut établir un cadre plus solide et résilient pour relever les défis de santé publique. Cette approche collaborative favorise la transparence, l'inclusion et la souplesse, améliorant ainsi l'efficacité et la durabilité des efforts de lutte pandémique.

Ce que cela signifie pour la Santé

L'amélioration des protocoles de communication interne aidera la Santé à assurer que les membres du personnel sont bien informés et équipés pour remplir efficacement leurs rôles en cas d'urgence sanitaire future. L'établissement de voies de communication claires et transparentes permettra la diffusion en temps opportun de renseignements essentiels, de mises à jour sur les politiques et les procédures, ainsi que de conseils sur l'évolution des recommandations de santé publique.

Parallèlement, il est tout aussi essentiel d'améliorer les protocoles et les lignes directrices pour la consultation communautaire et d'adapter les renseignements à des publics issus de la diversité. La consultation communautaire permettra d'assurer que les points de vue et les besoins de toutes les parties prenantes, y compris les groupes marginalisés et vulnérables (p. ex. les personnes de la communauté LGBTQIA2S+, les personnes en situation de handicap physique ou mental, etc.), sont pris en compte dans les processus décisionnels liés aux mesures sanitaires d'urgence. En consultant activement les collectivités dans l'élaboration de protocoles et de politiques, la Santé peut établir des partenariats plus solides, favoriser l'inclusion et promouvoir un sentiment d'appropriation et de responsabilité au sein des collectivités.

L'adaptation des renseignements à des publics diversifiés tient compte de la diversité culturelle, linguistique et socioéconomique des 25 collectivités du Nunavut. La fourniture des renseignements dans des langues, des dialectes et des formats accessibles aide à surmonter les obstacles à la compréhension et garantit que les messages trouvent un écho dans les différents contextes culturels et linguistiques. Cela contribuera à améliorer la portée et l'incidence des efforts de communication de la Santé et à promouvoir la confiance, la collaboration et le respect des directives de santé publique.

Considérations liées à la mise en œuvre

Pour assurer la mise en œuvre réussie de cette recommandation, la Santé devrait prendre en compte plusieurs considérations, notamment :

- **Établir des protocoles avant la prochaine urgence sanitaire** : la consultation peut être difficile à entreprendre une fois qu'une urgence de santé publique ou toute autre urgence a commencé. Une mobilisation précoce assurera que des protocoles sont en place lorsque le besoin se présentera.
- **Engagement des parties prenantes et des titulaires de droits** : La participation de parties prenantes et de titulaires de droits issus de la diversité, y compris les membres du personnel de la Santé, les dirigeants communautaires, les organismes externes (c.-à-d. NTI) et les représentants communautaires, comme les aînés et les RSC, dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies

et de protocoles de communication peut améliorer l'efficacité des messages et garantir que les communications sont adaptées aux réalités uniques de la collectivité, aux taux d'alphabétisation et aux langues.

- **Examen et adaptation :** L'amélioration continue des protocoles et des stratégies de communication fondée en partie sur les commentaires de la collectivité et des parties prenantes aidera à assurer que les besoins sont compris et, par conséquent, satisfaits. Dans les situations d'urgence et compte tenu des contraintes de capacité continues, il peut être impossible de procéder régulièrement à un examen et à une adaptation. La Santé devrait s'efforcer de communiquer les mises à jour en temps opportun dans les situations d'urgence au mieux de ses capacités.
- **Affectation de ressources :** La Santé devrait être en mesure d'allouer des ressources, y compris du personnel, du budget et des infrastructures technologiques, pour assurer qu'un soutien suffisant est offert pour la formation, l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles, ainsi que les activités de communication continues.
- **Gestion des risques :** La Santé devrait disposer d'un plan alternatif et de stratégies d'atténuation pour faire face aux risques potentiels comme la résistance au changement, la mésinformation ou les contraintes de capacité.

En tenant compte de ces facteurs, la Santé peut élaborer des protocoles et des stratégies de communication réalistes et efficaces, adaptés aux besoins du personnel et de collectivités diverses en cas d'urgence de santé publique.

Recommandation n° 3 : Faire progresser l'utilisation des technologies numériques de gestion des renseignements de santé et liés aux stocks :

Domaine d'orientation :



État de
préparation



Communication
et participation



Mesures

L'occasion

La mise en œuvre du programme de soins virtuels, ainsi que le dévouement et le travail d'équipe collaboratif de la Santé, ont été des facteurs importants qui ont contribué au succès global des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 dans le territoire. Toutefois, l'utilisation limitée des renseignements numériques en santé publique et des systèmes de gestion des stocks en temps réel est une préoccupation soulignée par les personnes interrogées.

D'autres administrations, comme la Colombie-Britannique et la First Nations Health Authority, ont rapidement élargi les initiatives de santé virtuelle, y compris le triage virtuel aux urgences, les visites virtuelles de soins avec des médecins de famille et le service virtuel de toxicomanie et de psychiatrie des Premières Nations.⁴² Pourtant, ces administrations ont connu des défis semblables en matière d'accès aux technologies, en particulier dans les collectivités éloignées et parmi les communautés de réfugiés, d'immigrants et de personnes racisées.⁴³

L'obtention de meilleurs résultats en matière de santé et de mesures d'intervention agiles aux menaces repose sur la prise de décisions éclairées par les fournisseurs de soins de santé, les décideurs et les personnes. Cela est rendu possible grâce à une base et à un système de données de santé robustes qui offrent un accès rapide aux renseignements essentiels pour prendre des décisions à jour. Afin de se préparer aux urgences de santé publique futures, la Santé devrait mettre en œuvre des systèmes qui permettront un suivi exact et efficace des ressources, la diffusion de renseignements essentiels et des efforts coordonnés entre les réseaux de soins de santé, afin de garantir la mise en œuvre de mesures rapide et efficace pour protéger la santé publique. Ces systèmes de renseignements liés à la santé publique et de gestion des stocks en temps réel devraient permettre les fonctions essentielles suivantes :

- **Collecte et analyse centralisées des données** : L'obtention de données en temps réel sur les tendances en matière de maladies, d'éclotions et d'utilisation des soins de santé, ainsi que la fourniture d'un lieu central de gestion et d'accès aux données, permettront une analyse et une interprétation rapides par la Santé.
- **Recherche des contacts et gestion des cas** : Le soutien aux efforts de recherche des contacts en identifiant et en informant efficacement les personnes qui pourraient avoir été exposées à des maladies infectieuses renforcera l'efficacité des mesures.

⁴² First Nations Health Authority. 2024. FNHA's Statement on the Societal Consequences of BC's COVID-19 Response. Consulté en mai 2024.

⁴³ BC Centre for Disease Control. 2024. Emergency Department Use in B.C. During COVID-19 Pandemic. Consulté en mai 2024.

- **Communication et sensibilisation du public** : La facilitation de la diffusion de renseignements exacts en temps opportuns aux fournisseurs de soins de santé, aux décideurs politiques et aux résidentes et résidents, comme des mises à jour sur les directives de santé publique, les campagnes de vaccination et les mesures préventives, favorisera la sensibilisation et l'adhésion aux protocoles recommandés.
- **Collaboration et coordination** : Le fait de favoriser la collaboration et la coordination entre les diverses parties prenantes aux mesures de lutte contre la pandémie, ainsi que dans les domaines du partage des données, de la communication et de la prise de décisions collaboratives, améliore l'efficacité des efforts visant à relever les défis de santé publique.
- **Suivi et distribution des ressources** : Ces systèmes permettent un suivi et une distribution efficaces des ressources essentielles, comme les vaccins et les équipements de protection individuelle (ÉPI), garantissant ainsi une allocation et une utilisation optimales des ressources pour les travailleurs de première ligne et les collectivités.

Ensemble, ces systèmes amélioreront la connaissance de la situation, faciliteront la prise de décisions fondées sur des données probantes et favoriseront la collaboration entre les parties prenantes, ce qui renforcera la capacité de la Santé à atténuer les répercussions des pandémies et à protéger la santé des Nunavoises et Nunavois.

Ce que cela signifie pour la Santé

En mettant en œuvre cette recommandation, la Santé modernisera ses infrastructures de santé publique en réponse à la complexité croissante d'événements comme les pandémies. En tirant parti des technologies de pointe pour améliorer sa capacité de préparation et de mise en œuvre de mesures en cas de pandémie, la Santé pourra :

1. Améliorer la gestion des données;
2. Améliorer la coordination et la collaboration;
3. Optimiser l'affectation de ressources;
4. Rationaliser la gestion des cas et des contacts;
5. Améliorer la préparation et la résilience.

Cela permettra de mieux protéger la santé et le bien-être des Nunavoises et Nunavois, d'atténuer l'incidence des pandémies futures et de bâtir un système de santé plus résilient pour l'avenir.

Considérations liées à la mise en œuvre

Afin d'assurer la mise en œuvre réussie de cette recommandation, la Santé devrait intégrer plusieurs considérations :

- **Législation sur les renseignements liés à la santé** : La Santé devrait s'assurer que la législation est officialisée avant l'élaboration et la mise en œuvre d'un système de renseignements liés à la santé publique et de gestion des stocks en temps réel. La législation sur les renseignements liés à la santé devrait comprendre des politiques relatives à l'accès aux dossiers des patients, à l'accès aux dossiers numériques, à la confidentialité et à la sécurité des données. Le fait d'assurer que les politiques de santé de l'ère numérique sont incluses dans la législation sur les renseignements liés à la santé permet à la Santé de donner la priorité à l'utilisation des données pour le bien public tout en garantissant la sécurité et la confidentialité des données.
- **Évaluation des besoins et établissement des priorités** : Il est essentiel de trouver des moyens

systemiques d'instaurer la confiance et de déterminer les besoins individuels et communautaires en matière de données de santé. La Santé devra établir la confiance au moyen d'un engagement significatif avec les membres du personnel et les parties prenantes concernées afin de recueillir des renseignements sur les technologies nécessaires pour soutenir les soins de santé et la prestation de services et de hiérarchiser les technologies en fonction des besoins déterminés.

- **Affectation de ressources** : La mise en œuvre de ces systèmes nécessitera un investissement en temps considérable de la part du personnel et de la direction de la Santé, ainsi que des engagements financiers de la part des gouvernements du Nunavut et fédéral. Il sera également important de veiller à ce que les technologies soient mises à la disposition du personnel, notamment en fournissant des ordinateurs portables et de bureau et en établissant une connectivité à large bande pour mettre en œuvre les systèmes avec succès.
- **Dépistage et mise en œuvre** : La Santé devrait s'assurer que les technologies sont testées et évaluées de manière approfondie avant leur mise en œuvre. Cela contribuera à réduire les interruptions des flux de travail et à garantir que les systèmes sont en mesure de répondre aux besoins et aux exigences de la prestation des services de santé.
- **Formation et renforcement des capacités** : Il sera également essentiel pour la Santé d'offrir une formation sur la sécurité et la confidentialité des données, afin de garantir la conformité aux réglementations et à la législation en matière de protection de la vie privée.

En tenant compte de ces facteurs, la Santé peut renforcer sa capacité à répondre aux demandes et aux besoins changeants des membres du personnel en matière de prestation de soins efficaces et cohérents, ainsi qu'à mieux comprendre l'évolution des besoins liés à la santé des Nunavoises et Nunavois.

Recommandation n° 4 : Adopter un modèle d'utilisation de ressources collaboratif interministériel dans le cadre des mesures de la Santé en matière d'urgences complexes :

Domaine d'orientation :



L'occasion

Le personnel de la Santé a fait preuve d'un dévouement, d'un engagement en temps et d'une capacité d'adaptation considérables tout au long de la pandémie de COVID-19. Toutefois, les participants aux entrevues soulèvent des préoccupations concernant l'attribution et la répartition des charges de travail, le personnel de la Santé ayant souvent mené la charge durant la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie, ainsi que des défis liés à la coordination entre les ministères. En réaction à la pandémie, plus de 15 comités et groupes de travail ont été créés au sein de la Santé (Annexe I) et semblent avoir été représentés principalement ou uniquement par le personnel de la Santé. La manière exacte dont ces comités rendaient compte les uns aux autres ou étaient liés aux activités des autres ministères du GN, et vice versa, reste inconnue. Cela a pu ajouter aux préoccupations concernant la charge de travail lourde attribuée au personnel de la Santé. L'impression générale parmi le personnel de la Santé est qu'il était confronté à une répartition inégale de la charge de travail. Il souligne aussi l'importance d'établir des processus formels d'intégration et de formation dans le cadre des initiatives de préplanification.

Pour aider la Santé à planifier et à se préparer aux urgences sanitaires futures, un processus devrait être utilisé pour élaborer des ressources interministérielles complètes, comme un modèle de groupe de travail, qui adoptent une approche pangouvernementale pour les mesures d'urgence particulières. L'adoption de groupes de travail pour des mesures d'urgence particulières, comme les mesures d'isolement et de restriction de voyage, peut assurer la coordination et la collaboration entre tous les ministères et les organismes concernés, contribuant ainsi à réduire la charge de travail extrême imposée au personnel de la Santé pendant les pandémies. Il est essentiel d'assurer une compréhension des compétences vastes et uniques du personnel du GN qui sont disponibles lors d'événements d'urgence, y compris les personnes qui n'ont pas d'antécédents en matière de santé. Cette recommandation s'ajoute à l'utilisation de groupes de travail interdisciplinaires. Pour soutenir une mise en œuvre efficace des mesures tout en répartissant équitablement les charges de travail, la Santé devrait :

- Mettre en place des groupes d'intervention comportant des équipes consacrées responsables de différents éléments de la gestion des urgences, y compris la prestation de soins de santé de première ligne et virtuels, la planification et la coordination logistiques, les communications et le soutien en santé mentale.
- Assurer que les équipes disposent des ressources, de la formation et du soutien nécessaires pour s'acquitter efficacement de leurs responsabilités.
- Inclure des protocoles et des lignes directrices fondés sur les principes tenant compte des traumatismes pour garantir que des pauses régulières, des périodes de repos et un accès rapide

aux ressources en santé mentale sont intégrés dans les modèles de dotation.

Les modèles de groupe d'intervention doivent comprendre plusieurs éléments pour assurer leur efficacité dans l'éventualité de la mise en œuvre de mesures d'urgence :

1. **Objectifs et mandat clairs** : Définir la mission, les objectifs et la portée des groupes d'intervention, en décrivant les principaux objectifs et les domaines de responsabilité afin de fournir des clarifications et une orientation aux membres du groupe d'intervention, aux parties prenantes et aux titulaires de droits.
2. **Représentation multidisciplinaire** : Veiller à ce que les groupes d'intervention soient composés de membres de l'ensemble du GN ayant des antécédents, une expertise et des expériences diversifiés qui sont pertinents pour les mesures pandémiques, comme les soins de santé, la santé publique et la gestion des urgences. Il est également important d'assurer que les personnes qui n'ont pas de formation ou d'expérience particulière en matière de santé soient incluses dans ce modèle de groupe de travail et que leurs compétences et expériences respectives soient identifiées et mises à profit.
3. **Structure de direction** : Mettre en place une structure de direction dans les groupes de travail, y compris un dirigeant désigné responsable de superviser les opérations, de faciliter la prise de décision et d'assurer la communication avec les parties prenantes et les titulaires de droits concernés.
4. **Structures d'équipe fonctionnelles** : Organiser les groupes de travail en équipes fonctionnelles ou en groupes de travail responsables d'éléments précis des mesures pandémiques, comme la prestation de soins de santé de première ligne et virtuelle, la logistique et la gestion de l'approvisionnement, la communication et la sensibilisation du public, l'analyse des données et le soutien en santé mentale. Les rôles et les responsabilités de chaque équipe ou groupe de travail doivent être clairement définis et décrits.
5. **Protocoles de communication** : Inclure des protocoles de communication clairs et des voies de diffusion de l'information, des mises à jour et des décisions au sein des groupes de travail et auprès des parties prenantes et des titulaires de droits externes.
6. **Cadres de prise de décision éthique** : Définir des processus décisionnels transparents et des cadres éthiques au sein des groupes de travail, y compris des critères d'établissement des priorités, de prise en compte des inégalités structurelles, sociales et systémiques, des procédures d'acheminement à l'échelon supérieur pour résoudre les problèmes ou les défis, et des mécanismes de résolution des conflits.
7. **Formation et renforcement des capacités** : Établir des procédures et des lignes directrices claires en matière de formation et de renforcement des capacités sur divers sujets, notamment la préparation aux pandémies, la gestion des crises, l'utilisation des ÉPI, les stratégies de communication et le soutien en santé mentale. Les formations devraient s'étendre au-delà des employés de la Santé et offrir un programme polyvalent au personnel du GN, au besoin, pour que les ressources puissent être allouées par divers ministères.
8. **Protocoles de suivi et d'évaluation** : Veiller à ce que des mécanismes de suivi et d'évaluation de l'efficacité des modèles de groupes de travail soient mis en œuvre. Ces mécanismes comprennent des évaluations régulières des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs, des retours d'information des membres du groupe de travail, des parties prenantes et des

titulaires de droits, et des leçons tirées des efforts en matière de lutte pandémique.

- 9. Souplesse et faculté d'adaptation :** Maintenir la souplesse et l'adaptabilité des modèles de groupes de travail afin de répondre efficacement aux circonstances en évolution, aux défis émergents et aux besoins changeants tout au long des efforts de lutte pandémique.

En intégrant ces considérations dans les structures de planification et les modèles de personnel, la Santé peut soutenir une approche globale et durable des mesures d'urgence. L'intégration de compétences et de capacités diverses dans les mesures d'urgence est essentielle pour maximiser l'efficacité, l'efficacités et l'adaptabilité face à des défis complexes, et favoriser une résilience globale au sein du gouvernement et des collectivités.

Ce que cela signifie pour la Santé

Pendant la pandémie de COVID-19, le gouvernement du Canada a mis sur pied plusieurs comités consultatifs et groupes de travail composés de parties prenantes de divers secteurs, notamment du secteur public, du secteur privé et du milieu universitaire et de recherche. Les parties prenantes participant aux groupes de travail ont formulé des recommandations ou des mesures pour lutter contre la COVID-19 au Canada. Parmi les comités consultatifs et les groupes de travail qui ont été mis sur pied, mentionnons le groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19, le groupe de travail sur les thérapeutiques de la COVID-19, le groupe de travail sur les soins virtuels et le comité consultatif d'experts sur la stratégie pancanadienne de données sur la santé. Les groupes de travail et les comités consultatifs ont joué un rôle essentiel pour aider le gouvernement du Canada à prendre des décisions et à trouver des solutions fondées sur des données probantes afin de protéger la santé et la sécurité des Canadiens pendant la pandémie.⁴⁴

L'adoption de modèles de groupe de travail qui intègrent une approche pangouvernementale en matière de mesures d'urgence est d'une importance capitale pour la Santé pour plusieurs raisons :

- **Affectation efficace des ressources :** Un groupe de travail coordonné permettra à la Santé de mettre en commun les ressources, l'expertise et les capacités de divers ministères, parties prenantes, titulaires de droits et agences. Cela permettra à la Santé d'être mieux préparée et de relever de manière proactive les divers défis posés pendant une pandémie.
- **Prise de décision collaborative :** La participation de parties prenantes de plusieurs ministères et sphères de compétence facilite les processus décisionnels collaboratifs qui sont éclairés par des perspectives et des idées diverses.
- **Intervention globale :** Une approche pangouvernementale permet d'assurer que tous les éléments d'une intervention pandémique efficace, y compris la prestation de soins de santé de première ligne et virtuelle, la planification et la coordination logistiques, la communication et le soutien en santé mentale, sont abordés de manière exhaustive. La coordination des efforts entre les ministères et les organismes gouvernementaux facilite l'échange de renseignements, de ressources et de pratiques exemplaires, ce qui permet une prise de mesures plus cohérente et efficace.
- **Confiance et assurance du public :** Une réponse coordonnée et proactive à la pandémie, associée à une communication transparente et à des efforts visibles pour soutenir le bien-être du personnel, renforce la confiance du public dans la capacité de la Santé et du gouvernement du

⁴⁴ Agence de la santé publique du Canada. 2020. Fiche d'information sur les comités consultatifs et les groupes de travail sur la COVID-19. Consulté en mai 2024.

Nunavut à gérer efficacement les urgences sanitaires et autres crises. Cela encourage le respect des mesures de santé publique et contribue à la résilience globale de la collectivité.

L'adoption d'un modèle de groupes de travail et d'une approche pangouvernementale en matière de lutte pandémique, tout en accordant la priorité au bien-être du personnel, sera essentielle pour la gestion efficace de la Santé des défis posés par les urgences futures et la protection de la santé et du bien-être des Nunavoises et Nunavois.

Considérations liées à la mise en œuvre

Afin d'assurer la mise en œuvre réussie de cette recommandation, la Santé devrait prendre les éléments suivants en compte :

- **Direction et gouvernance claires** : La Santé devrait établir des structures de direction et des mécanismes de gouvernance clairs pour superviser les activités et les processus décisionnels du groupe de travail. Il sera essentiel pour la Santé de définir clairement les rôles, les responsabilités et les structures de rapport afin d'assurer la responsabilisation et la coordination efficace des mesures d'urgence.
- **Collaboration interministérielle** : Il sera important pour la Santé d'élaborer et d'établir des mécanismes formels de transmission de renseignements, de coordination et de résolution des conflits afin d'assurer des mesures d'urgence cohérentes et intégrées.
- **Formation et soutien du personnel** : La Santé devra investir dans des procédures et des directives de formation et de renforcement des capacités pour assurer qu'au moment de la mise en œuvre du modèle, les membres du personnel disposent des compétences, des connaissances et des ressources nécessaires pour s'acquitter efficacement de leurs rôles. La formation sur des sujets comme les protocoles d'intervention en cas de pandémie, la communication efficace en temps de crise, le soutien en santé mentale et l'autogestion de la santé fera partie intégrante du modèle de formation du personnel. La Santé devrait envisager d'engager des discussions internes et avec d'autres ministères sur la formation polyvalente des employés afin d'assurer que le personnel de l'ensemble du GN puisse être affecté à différentes tâches selon les besoins.

En tenant compte de ces facteurs, la Santé peut mettre en œuvre efficacement des modèles de groupes de travail pour des mesures d'urgence précises en intégrant une approche pangouvernementale, ce qui favorisera les collaborations, les solutions fondées sur des données probantes, la résilience et l'efficacité des efforts de lutte pandémique.

Recommandation n° 5 : Examiner et optimiser les mesures de soutien à la santé et au bien-être du personnel :

Domaine d'orientation :



Rétablissement



Gouvernance



État de
préparation

L'occasion

Le personnel de la Santé a fait preuve d'un dévouement, d'un travail d'équipe et d'une capacité d'adaptation considérables tout au long de la pandémie de COVID-19. Toutefois, les participants aux entrevues soulèvent également des préoccupations concernant le niveau élevé de stress, de fatigue, d'épuisement professionnel et de problèmes de santé mentale parmi les membres du personnel de la Santé après le pic des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19. Ils expriment le besoin d'améliorer le soutien et l'appréciation du personnel, ainsi que le recrutement et la rétention du personnel de santé.

Recommandation n° 5a :

Pour faire face aux répercussions résiduelles de la pandémie de COVID-19 tout en renforçant la préparation en cas d'urgence sanitaire future, la Santé devrait :

- **Élaborer une stratégie de recrutement :** Une stratégie de recrutement solide devrait être élaborée dès que possible pour aider la Santé à attirer et à retenir du personnel compétent, en particulier dans des rôles qui pourraient être essentiels à toute intervention pandémique future, y compris du personnel non clinique, comme des représentants en santé communautaire. Il peut s'agir d'offrir une rémunération concurrentielle, des avantages sociaux, des possibilités de perfectionnement professionnel et des modalités de travail flexibles pour attirer les meilleurs talents. Dans le cadre de cette stratégie, un protocole d'entente avec le gouvernement fédéral devrait être élaboré pour assurer que du soutien et de l'aide sont offerts pour le recrutement et la rétention du personnel, en particulier lors d'urgences futures. L'élaboration de ce protocole d'entente dès maintenant permettra d'éviter à l'avenir des processus potentiellement compliqués et exigeants en ressources qui seraient nécessaires pour demander des mesures de soutien d'urgence.
- **Passer en revue les mesures de soutien existantes :** effectuer un examen formel des mesures de soutien existantes, comme les régimes d'avantages sociaux des employés, les programmes d'aide aux employés, les ressources en santé mentale, les initiatives de mieux-être, les modalités de travail flexibles, les services de garde d'enfants pour les membres du personnel de la Santé, la rémunération et les structures de primes, afin de déterminer l'harmonisation avec les normes de l'industrie.
- **Adapter les initiatives de soutien :** élaborer et mettre en œuvre des initiatives de soutien sur mesure en fonction des résultats du sondage et des commentaires du personnel. Il peut s'agir de ressources supplémentaires en santé mentale, de programmes de soutien par les pairs, d'ateliers

de gestion du stress et d'activités de mieux-être conçues pour répondre aux besoins particuliers des employés.

- **Mener un sondage sur la culture organisationnelle** : dialoguer avec le personnel par le biais d'un sondage sur la culture d'entreprise afin de déterminer les motivations, les croyances et les mesures de soutien nécessaires pour le personnel. Cela aidera la Santé à mieux comprendre les points de vue du personnel sur la culture organisationnelle et à assurer que les membres du personnel reçoivent le soutien et l'appréciation dont ils ont besoin. Les résultats du sondage pourraient être utilisés pour déterminer les domaines prioritaires et éclairer l'élaboration d'initiatives de soutien adaptées.

Recommandation n° 5b :

Dans l'éventualité d'une urgence sanitaire future, la Santé devrait s'assurer que les membres du personnel sont soutenus tout au long de la mise en œuvre des mesures. La Santé peut envisager d'intégrer les mesures de soutien suivantes dans les futures interventions sanitaires d'urgence :

- **Répartition équitable des rôles et des responsabilités** : Mettre en place des procédures de prise de décision transparentes, fournir une formation et des ressources adaptées aux divers besoins des membres du personnel, et promouvoir des voies de communication ouvertes pour assurer que tous les membres du personnel sont habilités et engagés dans les efforts de mise en œuvre des mesures, favorisant ainsi une culture d'inclusion et de collaboration. De plus, des pratiques et des principes tenant compte des traumatismes doivent être utilisés dans le cadre des activités entre les équipes de la Santé et de manière générale avec d'autres ministères, en communiquant explicitement les réussites et les forces de l'équipe et en soulignant les réalisations et les étapes clés.
- **Suivi de la charge de travail des membres de l'équipe** : Élaborer un système simple pour suivre la charge de travail des membres du personnel afin de cerner les déséquilibres importants entre les tâches, les rôles et les responsabilités. Un tel système de suivi devrait être conçu de manière à ne pas créer de travail supplémentaire pour les membres de l'équipe et à ne pas consommer les ressources requises pour les tâches importantes.
- **Contrôles fréquents** : Mettre en place des contrôles informels fréquents auprès du personnel pendant la pandémie afin d'évaluer leur bien-être, répondre à leurs préoccupations et fournir un soutien continu. Ces contrôles peuvent être effectués spontanément et ne nécessitent pas beaucoup de temps. Ils peuvent prendre la forme d'une question courte, comme « comment allez-vous? », qui favorise une communication ouverte et un environnement positif pour les membres du personnel.
- **Promotion de l'utilisation des vacances** : Promouvoir activement l'utilisation des vacances auprès du personnel, au besoin, afin de prévenir l'épuisement professionnel, de réduire le stress et de promouvoir l'équilibre entre le travail et la vie personnelle.
- **Suivi et ajustement** : Évaluer continuellement l'efficacité du programme de soutien au personnel tout au long de la pandémie et l'ajuster au besoin en fonction des commentaires. À cela s'ajouterait la surveillance des taux d'utilisation, des niveaux de satisfaction et des résultats pour assurer que les initiatives de soutien atteignent les objectifs prévus malgré les défis de pandémie.

Ce que cela signifie pour la Santé

Il est essentiel pour la Santé de veiller à ce que des mesures de soutien du personnel soient adoptées et

maintenues tout au long d'une intervention pandémique, et ce, pour plusieurs raisons :

- **Bien-être du personnel** : Il est essentiel de donner la priorité à la santé mentale et physique des membres du personnel pour maintenir le moral, la résilience et la productivité lors d'efforts d'intervention prolongés et exigeants. En fournissant un soutien et des ressources adéquats, la Santé peut aider à prévenir l'épuisement professionnel, à répartir plus efficacement les charges de travail et à assurer le bien-être des membres du personnel.
- **Résilience de la main-d'œuvre** : Une main-d'œuvre résiliente est essentielle pour maintenir des efforts d'intervention pandémique efficaces au cours d'une période prolongée. En donnant immédiatement la priorité au soutien du personnel, la Santé peut aider les employés à commencer ou à continuer à se remettre de leurs expériences de la pandémie de COVID-19, à faire face aux exigences de leurs rôles, à s'adapter à des circonstances qui évoluent rapidement et à rester productifs et engagés avant et pendant les mesures de lutte contre la pandémie.
- **Recrutement et rétention** : L'investissement dans le soutien du personnel améliore la satisfaction et la fidélité des employés, ce qui contribue à réduire les taux de roulement et à assurer la continuité des activités. Le fait d'accorder la priorité au bien-être des employés peut rendre la Santé plus attrayante pour les candidats potentiels, facilitant ainsi les efforts de recrutement avant et pendant une pandémie. Le renforcement des capacités du personnel contribuera à réduire la charge de travail élevée et les attentes qui sont souvent imposées au personnel de la Santé. Il est essentiel de veiller à ce que les stratégies de recrutement et de rétention ainsi que les modèles de dotation comprennent des rôles et des mesures de soutien non cliniques pour assurer que la Santé dispose d'une main-d'œuvre diversifiée et interdisciplinaire.

Il est extrêmement important de veiller à ce que les mesures de soutien du personnel, au mieux des capacités de la Santé, soient en place avant et se poursuivent tout au long de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie pour maintenir et renforcer le bien-être des employés, maintenir la résilience de la main-d'œuvre, retenir et recruter des talents, favoriser l'engagement et soutenir le moral des employés.

Considérations liées à la mise en œuvre

Afin d'assurer la mise en œuvre réussie de cette recommandation, la Santé devrait tenir compte de plusieurs considérations :

- **Engagement de la direction** : La direction de la Santé devrait démontrer son appui et son engagement à donner la priorité au bien-être du personnel et à allouer des ressources à la mise en œuvre d'initiatives de soutien.
- **Accessibilité et disponibilité** : La Santé devrait s'assurer que les initiatives de soutien sont facilement accessibles et disponibles pour tous les membres du personnel, quel que soit leur emplacement, leur horaire de travail ou leur rôle au sein de l'organisme.
- **Promotion et sensibilisation** : Il sera important pour la Santé de promouvoir et de faire connaître les initiatives de soutien disponibles au moyen de diverses voies de communication, notamment par courriel, d'affiches dans les espaces communs et lors de réunions du personnel.
- **Souplesse et faculté d'adaptation** : La Santé devrait rester flexible et s'adapter à l'évolution des circonstances et des besoins. À cette fin, elle devrait surveiller continuellement le bien-être du personnel et ajuster les initiatives de soutien au besoin pour relever les défis émergents en temps opportun et de manière efficace.

- **Allocation des ressources et établissement des priorités :** La Santé doit être en mesure d'allouer des ressources, y compris du personnel, du budget et des infrastructures technologiques, pour assurer qu'un soutien suffisant est offert pour la mobilisation du personnel, l'examen intégral des mesures de soutien existantes, l'appui de l'élaboration et de la mise en œuvre de mesures d'incitation, et les activités de communication continues. Compte tenu des défis continus liés aux postes vacants et au roulement du personnel, la Santé devra peut-être donner la priorité à certaines mesures ou initiatives par rapport à d'autres, ce qui signifie que certains travaux resteront inachevés pendant certaines périodes. Le fait de veiller à l'établissement d'un système de hiérarchisation des priorités pour permettre de prendre des décisions efficaces peut aider à réduire la charge de travail élevée et les préjudices involontaires subis par les membres du personnel.

En prenant ces facteurs en compte, la Santé peut soutenir efficacement les membres du personnel et favoriser le bien-être, la résilience et la productivité dans des contextes évolutifs et difficiles. Donner la priorité à la santé et au bien-être des membres du personnel améliore non seulement leur résilience et leur productivité, mais contribue également à l'efficacité et au succès globaux des efforts de lutte contre la pandémie.

5.0 Annexes

Annexe A Résultats détaillés de l'évaluation selon les domaines d'orientation

Aperçu des participants aux entrevues et des documents examinés

L'examen des documents comprenait les procédures, les études antérieures, les rapports du Vérificateur général, les guides, les notes d'information et d'autres documents fournis par la Santé. Les résultats de l'examen des documents ont été utilisés pour étayer les leçons et les conclusions de la mobilisation.

Afin d'assurer que la mobilisation tienne compte d'un éventail de points de vue, MNP a mené des entrevues avec 36 représentants de la Santé ainsi qu'avec des membres de collectivités de toutes les régions du Nunavut. À la suite des communications de la Santé avec des représentants élus et des représentants en santé communautaire (RSC) d'environ dix collectivités, MNP a consulté les maires et les agents administratifs principaux (AAP) de six collectivités et les RSC de deux collectivités pour obtenir des renseignements.



36 représentants de la Santé

ont participé à des entrevues dans le cadre de ce projet. Au total, environ 41 représentants de la Santé ont été invités à participer à des entretiens, mais ils n'étaient pas tous disponibles ou n'ont pas tous accepté l'invitation.



14 résidentes et résidents

y compris des représentants en santé communautaire, des AAP et des maires de hameau, ont fourni des renseignements provenant de sept collectivités différentes pour ce projet. Au total, environ 10 collectivités ont été invitées à participer à des entretiens, mais ils n'étaient pas tous disponibles ou n'ont pas tous accepté l'invitation.



Plus de 50 documents

y compris des politiques, des procédures, des examens effectués par d'autres consultants et le Vérificateur général, des guides, des notes d'information et d'autres documents, ont été fournis par la Santé et examinés pour ce projet. Il est entendu qu'il ne s'agit pas de tous les documents qui ont été élaborés dans le cadre des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19.



Trois régions du Nunavut

Les régions du Qikiqtaaluk, du Kivalliq et du Kitikmeot sont représentées par les résidentes et résidents interrogés.

Les résultats principaux de la mobilisation ne sont pas attribués à des personnes particulières, mais sont présentés par thème. Les questions d'évaluation d'orientation (Appendix D) ont éclairé l'élaboration des questions d'entrevue du guide d'entrevue maître (Appendix G). Toutefois, ce guide a été adapté pour chaque groupe d'entretien. De plus, il se peut que les participants aux entrevues n'aient pas répondu à toutes les questions pendant l'examen en raison de contraintes de temps ou de la nature de leur rôle pendant la pandémie.

Gouvernance

Objectifs et priorités

Lorsque la pandémie a été déclarée en mars 2020, deux lois territoriales, la *Loi sur la santé publique* (2016) et la *Loi sur les mesures d'urgence* (2010), ainsi que d'autres plans, comme le document « Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector », ont orienté la prestation des services de la Santé et la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie. Ces lois et ces plans, ainsi que la façon dont ils ont été mis en œuvre, ont influencé la façon dont la Santé a dirigé les mesures de lutte contre la pandémie. Cependant, il convient de noter que le plan de lutte contre la pandémie avait huit ans et que rien n'indiquait qu'il avait été mis à jour depuis son élaboration en 2012.

En juin 2020, la Santé a élaboré le document « Government of Nunavut: COVID-19 Pandemic Response Plan », adapté des lignes directrices précédentes, afin de mettre en œuvre des mesures de lutte spécifiques aux défis de la COVID-19. Les objectifs déclarés du plan étaient les suivants :⁴⁵

- Prévenir les éclosions, retarder la propagation, ralentir et arrêter la transmission;
- Assurer une prise en charge optimisée de tous les patients, en particulier des plus gravement malades;
- Réduire au minimum les répercussions de la pandémie sur les systèmes de santé, les services sociaux et les activités économiques.

Nous avons demandé au personnel et aux résidentes et résidents de décrire les objectifs et les priorités en matière de mesures de lutte contre la COVID-19 afin de déterminer s'ils étaient bien compris et communiqués. Lors de cet examen, nous avons constaté que les participants aux entrevues avaient des compréhensions différentes des objectifs et des priorités des mesures de la Santé. Certains membres du personnel indiquent que les objectifs et les priorités n'étaient pas toujours clairs, particulièrement au début de la pandémie, ce qui a été attribué, en partie, à « l'absence d'un plan officiel de lutte contre la pandémie pour le territoire ». Comme nous l'avons mentionné, le gouvernement du Nunavut avait un plan en place au début de la pandémie. Cependant, comme le plan avait huit ans, il est possible que le

⁴⁵ Gouvernement du Nunavut. 2020. « COVID-19 Pandemic Response Plan. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

personnel en ignorait l'existence ou qu'il ne s'appliquait pas aux réalités de la pandémie. En revanche, d'autres membres du personnel affirment que les objectifs et les priorités globaux des mesures de la Santé étaient clairs et largement compris par l'ensemble des membres du personnel et des résidentes et résidents. Quelques membres du personnel indiquent que l'objectif principal était de limiter la propagation en raison d'un manque général de personnel, d'infrastructures et d'équipement pour répondre adéquatement aux problèmes de santé associés à l'infection à la COVID-19. Les résidentes et résidents interrogés s'accordent pour indiquer que l'objectif du gouvernement du Nunavut était de maintenir le nombre de cas à un faible niveau et d'offrir des soins localement. Voici quelques-uns des principaux objectifs et priorités des mesures de lutte contre la COVID-19 soulevés par les membres du personnel :

- Prévenir l'introduction de la COVID-19 au Nunavut;
- Atténuer et minimiser la transmission de la COVID-19;
- Protéger la santé et le bien-être des Nunavoises et Nunavois;
- Planifier le lancement rapide du vaccin contre la COVID-19 et se préparer à celui-ci;
- Gérer la planification logistique en matière de distribution d'ÉPI et d'autres ressources, ainsi que des voyageurs médicaux.

Les membres du personnel ont réfléchi à la façon dont les objectifs et les priorités sont passés d'une approche « zéro COVID » à une approche d'atténuation et de protection une fois que la COVID-19 a pénétré le territoire, conformément au document « Government of Nunavut: COVID-19 Pandemic Response Plan ».

« Tous les ordres de gouvernement ont réagi aussi rapidement que possible selon les renseignements dont ils disposaient à ce moment-là. En y repensant maintenant, il est facile de critiquer ce qu'ils ont fait, mais il faut comprendre que les décisions étaient fondées sur la science de l'époque. » — Participant de l'entrevue du personnel de la Santé

En résumé, la compréhension générale des orientations s'arrimait avec les objectifs et les priorités énoncés dans le document « Government of Nunavut: COVID-19 Pandemic Response Plan », ce qui indique une communication relativement efficace des objectifs des mesures de lutte contre la pandémie.

Structure de prise de décision

Au début de la pandémie, le comité de direction sur la COVID-19 a été mis sur pied pour diriger les mesures pangouvernementales de lutte contre la pandémie. Le Comité de direction interdisciplinaire était composé des participants suivants :⁴⁶

- Administrateur en chef de la santé publique;
- Sous-ministre, ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales;
- Sous-ministre délégué, ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales — mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19;
- Sous-ministre, ministère de la Santé;
- Sous-ministre, ministère des Services communautaires et gouvernementaux.

⁴⁶ DPRA Consulting ltée. 2023. « Review of the Government of Nunavut's Response to the COVID-19 Pandemic ». [Ébauche du rapport à l'intention du ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales du gouvernement du Nunavut] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

La structure de commandement en cas d'incident (« SCI ») du gouvernement du Nunavut a été créée en 2020 pour fournir un soutien logistique à l'administrateur en chef de la santé publique. La SCI était dirigée par le sous-ministre délégué, ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales, qui était responsable des mesures de lutte contre la COVID-19, et appuyée par le directeur de la Gestion des urgences du Nunavut. La SCI était responsable d'assurer les communications avec la Santé dans le cadre de mesures coordonnées de lutte contre les éclosions et d'urgence liées à la COVID-19, et de veiller à ce que les services gouvernementaux essentiels et des mesures de soutien continuent d'être fournis dans les collectivités touchées par la COVID-19.

Les participants aux entrevues indiquent que la Santé a utilisé une approche descendante pour l'établissement des politiques et des directives, notant une participation insuffisante des membres du personnel, des autres ministères et des collectivités dans l'établissement des politiques et des processus. De plus, certains membres du personnel expriment la nécessité d'adopter une approche pangouvernementale, soulignant les difficultés rencontrées pour assurer la coordination interministérielle. Les participants aux entrevues affirment que la coordination des mesures de lutte contre la pandémie relevait souvent de la seule responsabilité de la Santé. Un examen des mesures pangouvernementales de lutte contre la COVID-19 n'est pas l'objectif du présent rapport, mais une étude distincte des mesures pangouvernementales effectuée par DPRA Consulting ltée en 2023 a corroboré ces résultats : « [...] à l'exception des participants directs de l'EAI, les fonctionnaires ne connaissaient pas la structure des mesures de lutte contre la pandémie à l'échelle du GN (p. ex. Secrétariat de lutte contre la COVID-19, le CGI, la SCI du GN, le Comité de direction de la COVID-19) et leur rôle dans les mesures de lutte contre la pandémie. Les fonctionnaires indiquent que, par conséquent, la direction et l'orientation des ordres supérieurs du gouvernement n'étaient pas claires. De plus, comme dans de nombreux autres secteurs du GN, il n'y avait pas assez de personnes travaillant à l'EAI et au Secrétariat de la COVID-19 pour soutenir efficacement le travail requis.⁴⁷

En fin 2020, le ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales et la Santé ont présenté une demande au Conseil de gestion financière du ministère des Finances pour la création d'un Secrétariat temporaire de lutte contre la pandémie.⁴⁸ Dans le cadre de cette initiative, la Santé a créé la division des opérations spéciales liées à la COVID-19. La division des opérations spéciales était composée de « membres dévoués qui fournissent la capacité, le leadership et l'orientation nécessaires pour relever les défis urgents et émergents liés à la COVID-19 ». ⁴⁹ Les principaux domaines d'intervention de la division des opérations spéciales étaient les suivants :

- Mettre l'accent sur la coordination des mesures de lutte contre les éclosions et en matière de stratégies de vaccination;
- Administrer les centres d'isolement et le programme d'examen des voyages de l'administrateur en chef de la santé publique;
- Soutenir les mesures de santé publique en élaborant des options et des recommandations fondées sur des données probantes et en assurant la communication avec la Division des affaires intergouvernementales de l'EAI;

⁴⁷ DPRA Consulting ltée. 2023. « Review of the Government of Nunavut's Response to the COVID-19 Pandemic ». [Ébauche du rapport à l'intention du ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales du gouvernement du Nunavut] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁴⁸ Gouvernement du Nunavut. 2020. « Health Pandemic Response Secretariat. » [Présentation au Conseil de gestion financière] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁴⁹ Gouvernement du Nunavut. 2023. « Annual Report 2022/23: Special Operations Division- COVID-19. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

- Soutenir le groupe des communications liées à la COVID-19;
- Aider à documenter les processus et les technologies à l'appui des mesures de lutte contre la pandémie.

La division des opérations spéciales a fourni régulièrement des notes d'information au Secrétariat de la lutte contre la pandémie concernant l'état de la pandémie. Les membres de l'équipe ont également participé à plus de 15 comités et groupes de travail liés à la COVID-19. Le personnel remarque que les réunions des comités et les groupes de travail ont joué un rôle essentiel dans la diffusion de l'information et à la prise de décisions au début de la pandémie. Toutefois, certains membres du personnel notent que la fréquence et la productivité de ces réunions diminuaient au fil du temps, car de nombreux membres du personnel avaient une charge de travail extrêmement élevée et n'avaient pas le temps d'assister au grand nombre de réunions qui avaient lieu durant cette période.

La perception et la compréhension du personnel concernant les structures décisionnelles mises en place pour lutter contre la pandémie de COVID-19 étaient diverses. Les représentants de la Santé ont largement compris les orientations stratégiques et politiques à prendre pendant les mesures de lutte contre la pandémie, mais une certaine ambiguïté a été constatée quant à la responsabilité de la prise des décisions cruciales et de leur mise en œuvre. Les membres du personnel soulignent l'importance de fournir cette clarté à la lumière des principes communs pour aider à guider la prise de décisions sur les questions liées à la pandémie, y compris la distribution équitable des vaccins et de l'ÉPI.⁵⁰ Certains membres du personnel interrogés soulèvent des préoccupations sur les structures décisionnelles, particulièrement en ce qui concerne l'éthique globale des décisions. Ces membres du personnel comprennent qu'il n'y avait pas de cadre éthique établi pour la prise de décisions et expriment la nécessité d'une contribution accrue des membres du personnel et des résidentes et résidents inuits pour assurer que les décisions sont dans l'intérêt supérieur des Nunavoises et Nunavois. Certains membres du personnel font également part de préoccupations concernant la structure de la SCI, car il n'y a pas eu de rotation de la direction tout au long de la pandémie. Cette situation soulève aussi des questions parmi les membres du personnel sur les éléments et les structures de gouvernance et de prise de décision en ce qui concerne les mesures de lutte contre la COVID-19. Les membres du personnel affirment l'importance d'avoir des dirigeants inuits qui peuvent fournir des idées et des commentaires sur les décisions importantes, afin d'assurer le respect du *qaujimajatuqangit* inuit et son intégration dans les mesures.

Certains membres du personnel interrogés indiquent que les structures décisionnelles appuyaient la mobilisation rapide des principaux protocoles et décisions liés aux mesures de lutte contre la pandémie. Plus précisément, ils associent le succès global des mesures de lutte contre la COVID-19 aux structures de prise de décision en équipe; les décisions étaient le fruit d'un effort d'équipe et représentaient souvent la contribution des principaux dirigeants.

Politiques et procédures

Au début de la pandémie, les mesures de lutte étaient fondées sur le document de 2012 du gouvernement intitulé « Pandemic Influenza : Planning and Response Guidelines for the Health Sector ». Toutefois, en juin 2020, la Santé a élaboré le document « Government of Nunavut: COVID-19 Pandemic Response Plan », adapté des lignes directrices précédentes, afin de mettre en œuvre des mesures de lutte

⁵⁰ Pendant le processus d'entrevue, on a demandé au personnel de décrire les principes qui ont guidé les décisions. Des exemples de ces principes ont été donnés, dont les suivants : *établir et maintenir la confiance du public, veiller à l'inclusivité (p. ex. accès équitable aux services, établissement des priorités en matière de vaccins), respecter l'importance pour les collectivités et les personnes de pouvoir exprimer leurs opinions et leurs convictions, minimiser le risque de préjudice et de souffrance.*

spécifiques aux défis uniques de la COVID-19. La Santé a également élaboré des procédures opérationnelles normalisées (« procédures opérationnelles ») afin de soutenir le plan et de fournir un cadre fondé sur les pratiques exemplaires et les données probantes pour guider les mesures et les décisions liées à la gestion des éclosions de COVID-19 au Nunavut et de définir clairement les rôles et les responsabilités pour éclairer les mesures de lutte contre la pandémie.⁵¹ Ces procédures opérationnelles ont été mises à jour tout au long de la pandémie et distribuées à l'équipe de soins.

Aux fins du présent rapport, les procédures opérationnelles de 2021 et de 2022 sont fournies et examinées. Des notes de service sont jointes à chacune et il est indiqué que les anciennes versions des procédures opérationnelles doivent être remplacées par de nouvelles versions dans le classeur des communications et le manuel des maladies transmissibles de chaque centre de santé. La note de service souligne aussi les principales modifications apportées aux procédures opérationnelles mises à jour pour faciliter la consultation. La note de service indique que les procédures opérationnelles ont été distribuées aux entités suivantes :

- Directeurs généraux;
- Directeurs des programmes de santé;
- Directeurs de la santé de la population;
- Superviseurs des programmes de santé;
- Coordonnateurs régionaux du Programme de lutte aux maladies transmissibles;
- Spécialistes des maladies transmissibles du territoire;
- Gestionnaire du Centre de santé publique d'Iqaluit;
- Infirmiers enseignants;
- Directeur général des Services de santé d'Iqaluit;
- Responsables de la qualité des soins médicaux;
- Administrateurs de programmes;
- Directeur territorial de la santé buccodentaire;
- Directeur des programmes de santé liés aux déplacements;
- Directeur de la santé mentale;
- Directeur territorial des soins à domicile et en milieu communautaire.

Malgré certaines données probantes selon lesquelles les notes de service indiquaient les changements proposés, certains membres du personnel remarquent qu'il était difficile de distinguer les modifications apportées aux diverses versions des politiques et des procédures. Cela indique qu'il y avait peut-être des problèmes de communication et de distribution des documents et des notes de service connexes. L'élaboration, la mise à jour et la communication des procédures opérationnelles normalisées indiquent que la Santé modifiait l'orientation du personnel de première ligne selon l'évolution des renseignements liés à la pandémie. Toutefois, il est incertain si les commentaires du personnel de première ligne ont été intégrés dans l'élaboration des plans ou si les circonstances propres à la collectivité ont été considérées.

Parmi les personnes interrogées, il est généralement convenu que la Santé a été en mesure d'adopter rapidement et de communiquer en temps opportun les politiques et les procédures qui ont soutenu l'opérationnalisation des mesures de lutte contre la pandémie de la COVID-19. Les membres du personnel indiquent que les politiques et les procédures étaient généralement communiquées en temps opportun et de manière efficace, tant à l'interne qu'à l'externe, aux collectivités. En revanche, d'autres membres du personnel font état de défis, notamment l'inefficacité des communications et de la formation aux nouvelles technologies de soins virtuels, ainsi que les politiques de nature générale, qui n'étaient pas réalisables dans le contexte particulier des collectivités.

⁵¹ Gouvernement du Nunavut. 2020. « Standard Operating Procedure – COVID-19 Outbreak Management Team. » [PDF – NOTE DE SERVICE] Consulté en décembre 2023, janvier 2024 et mars 2024.

Rôles et responsabilités

Dans l'ensemble, les participants aux entrevues indiquent que les priorités étaient établies et faisaient l'objet de délibérations rapidement. Cependant, certains membres du personnel soulignent qu'une compréhension claire et commune des rôles et des responsabilités aurait pu être renforcée, et des défis sont soulignés quant à la capacité de la Santé à définir clairement les responsabilités compte tenu de la nature changeante de la pandémie. Cette rétroaction va à l'encontre des indications du plan de lutte contre la pandémie de COVID-19 et de la procédure opérationnelle normalisée, qui décrivent les rôles et les responsabilités des divers postes. Cela indique qu'il y a peut-être eu une mauvaise communication ou interprétation de la façon dont les plans et les procédures étaient communiqués et mis en œuvre, ou que les procédures ne fournissaient pas suffisamment de renseignements pour être utilisées efficacement.

La capacité de dotation, le recrutement et la rétention ont entraîné d'autres complications, car certains membres du personnel devaient assumer des responsabilités qui ne correspondaient pas à leurs compétences ou à la portée de leur poste, ce qui a entraîné une charge de travail élevée et un manque de capacité à prendre des congés. Quelques membres du personnel expriment également des incohérences entre les messages du département des ressources humaines et la Santé en ce qui concerne la façon dont l'embauche pourrait être effectuée pendant la pandémie et les messages liés au travail à domicile. Cette constatation concernant les incohérences entre les politiques du département des ressources humaines et celles d'autres ministères est également soulevée dans l'examen pangouvernemental de DPRCA Canada Ltée.

Prise en compte et intégration des valeurs sociétales inuites et des principes IQ du savoir traditionnel

La mission de la Santé est de favoriser, de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être des Nunavoises et Nunavois tout en intégrant le *qaujimajatuqangit* inuit à tous les échelons de la conception et de la prestation des services. Le *qaujimajatuqangit* inuit fait référence au savoir autochtone des Inuits, reconnu comme étant un « système unifié de croyances et de connaissances caractéristiques de la culture inuite ».⁵²

Certains représentants de la Santé expliquent que l'inclusion des principes IQ du savoir traditionnel était au cœur des mesures de lutte contre la COVID-19. D'autres, y compris des résidentes et résidents, soulignent qu'il était possible de tenir une consultation élargie des Inuits pour assurer que les mesures de lutte prennent en compte les besoins et le savoir des Nunavoises et Nunavois. Il convient également de noter que la plupart des documents de gouvernance et de politique fournis ne faisaient pas expressément référence, de quelque manière que ce soit, au *qaujimajatuqangit* inuit. Un seul document de lutte contre la pandémie fourni dans le cadre du présent examen, le document « COVID-19 Protocol Package V7 » de 2021, comportait une section sur les « considérations culturelles », bien qu'elle n'est pas présente dans la version ultérieure du document. Cela donne à penser que la Santé n'a pas tenu compte de façon exhaustive des principes IQ du savoir traditionnel et qu'il serait possible d'être plus cohérent dans l'utilisation du *qaujimajatuqangit* inuit dans la planification et les mesures pandémiques futures. De nombreux membres du personnel indiquent que les principes IQ du savoir traditionnel comme la prise de décision par consensus (*Ajiiqatigiinniq*), servir la famille et la collectivité et subvenir aux besoins de celles-ci (*Pijitsirniq*) et travailler ensemble dans un but commun (*Piliriqatigiinniq/Ilkajuqtigiinniq*) devraient être des considérations clés lors de l'adaptation future de la Santé des mesures de lutte pandémiques. Le personnel et les résidentes et résidents soulignent également la nécessité d'une meilleure prise en compte

⁵² Tagalik, S. 2010. « Inuit Qaujimajatuqangit: The Role of Indigenous Knowledge in Supporting Wellness in Inuit Communities in Nunavut. » *National Collaborating Centre for Aboriginal Health*. [PDF] Consulté en janvier 2024.

de l'intégration des principes IQ du savoir traditionnel et des valeurs sociétales inuites, et d'inclure davantage d'Inuits dans la prise de décisions afin d'élaborer des mesures qui sont mieux adaptées aux besoins des Nunavoises et Nunavois et intègrent ces besoins davantage.

Le personnel et les résidentes et résidents interrogés soulignent à quel point les membres respectés de la collectivité, comme les aînés et les RSC, ont joué un rôle déterminant dans le succès des mesures de lutte contre la COVID-19 en raison de leurs liens et de leurs relations étroites avec les résidentes et résidents.

Gestion de la santé d'urgence : Préparation

La Santé éprouvait déjà des problèmes de personnel avant la pandémie de COVID-19. Par conséquent, les taux élevés de postes vacants ont eu une incidence sur la capacité de la Santé à se préparer à la pandémie et à établir les rôles et les responsabilités. Les défis continus en matière de recrutement sont soulignés dans le rapport de 2017 du Vérificateur général, qui a examiné les services de santé au Nunavut afin de déterminer « si le ministère de la Santé avait géré et soutenu adéquatement certains membres du personnel de la santé qui offrent des services dans les centres de santé locaux et régionaux du Nunavut ». ⁵³ L'examen a révélé que la prestation des services de santé comporte des points forts, comme les infirmiers en santé communautaire, qui sont l'« épine dorsale des centres de santé locaux ». ⁵⁴ Cependant, des défis en matière de dotation ont également été relevés, l'examen ayant révélé qu'en décembre 2016, 46 % des postes étaient vacants et occupés par du personnel temporaire, comme des infirmiers occasionnels ou d'agences privées. ⁵⁵

Il est important de comprendre les conclusions du rapport du Vérificateur général, particulièrement en ce qui a trait aux problèmes de capacité du personnel et au rôle du ministère des Finances dans les changements organisationnels et l'élaboration de politiques et de procédures en matière de ressources humaines, dans le contexte de la préparation à la pandémie de COVID-19 et des mesures subséquentes. Le rapport met en évidence les problèmes de capacité existants avant la pandémie et les limites des capacités décisionnelles de la Santé dans l'élaboration de mesures. Les conclusions du rapport de 2017 du Vérificateur général sont étayées par les commentaires des participants aux entrevues recueillis dans le cadre du présent rapport de 2023-2024, qui mettent en lumière les défis actuels et préexistants en matière de dotation dans le territoire.

Préparation au changement et mesures de soutien

De nombreux membres du personnel remarquent que la Santé a été en mesure de réagir rapidement lorsque la COVID-19 est devenue une menace imminente grâce à l'établissement de centres d'isolement et de restrictions de voyage strictes, qui ont contribué à la pénétration tardive de la pandémie dans le territoire. Cependant, les représentants de la Santé sont en grande partie d'avis que le gouvernement du Nunavut, y compris la Santé, n'était pas entièrement préparé à la pandémie et n'a pas profité de la période prolongée avant l'arrivée de la COVID-19 sur le territoire pour se préparer. Cela étant dit, selon les participants aux entrevues, un facteur de complication a été une attaque par rançongiciel en 2019. Du côté positif, cela a également permis à la Santé d'être mieux préparée aux flux de travail virtuels, ce qui a

⁵³ Bureau du vérificateur général du Canada. 2017. « Report of the Auditor General of Canada to the Legislative Assembly of Nunavut - 2017- Health Care Services Nunavut. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

conduit à l'établissement réussi du programme de soins virtuels.

Selon les participants aux entrevues, la Santé aurait pu accorder plus d'attention à l'embauche de personnel et à l'établissement de renseignements liés à la santé publique, ainsi qu'aux systèmes d'inventaire des vaccins et des médicaments. Quelques membres du personnel soulèvent aussi la mauvaise anticipation des répercussions possibles sur la santé mentale des résidentes et résidents en raison de l'isolement accru et des restrictions de voyage. De nombreux représentants de la Santé remarquent que la capacité insuffisante du personnel, combinée à des taux de rotation du personnel élevés, rendait la préparation à la pandémie plus difficile. Pour remédier à cette situation, la Santé a dû s'appuyer sur un travail d'équipe considérable au sein du Ministère et à l'externe. Par opposition, certains des résidentes et résidents interrogés soulignent la manière dont le retard dans l'apparition des premiers cas au Nunavut a permis à la Santé de tirer des leçons de l'expérience des administrations du Sud. Certains membres du personnel soulignent les défis liés à l'entreposage et à la capacité des entrepôts sur le territoire avant et pendant la pandémie, ce qui a eu une incidence sur la capacité de la Santé à entreposer un grand volume de fournitures, en particulier les ÉPI. Malgré ces problèmes, les représentants de la collectivité estiment généralement que le territoire était prêt pour la COVID-19.

Certains représentants de la Santé soulignent l'importance de mises à jour fréquentes et cohérentes de la planification pandémique pour assurer une meilleure préparation dans l'éventualité d'une urgence sanitaire future. Le plan de lutte contre la pandémie de COVID-19, les procédures opérationnelles normalisées et les autres documents de procédure examinés dans le cadre du présent rapport indiquent que des mises à jour ont été apportées aux documents pendant la pandémie de COVID-19.

Défis liés aux technologies

Les représentants de la Santé soulignent que le Ministère ne disposait pas d'un système d'information électronique en matière de santé publique pour la gestion virtuelle des stocks, l'accès aux dossiers des patients et la gestion des cas et des contacts. Les Nunavoises et Nunavois n'ont pas accès aux versions numériques de leur dossier de santé — par exemple, de nombreuses personnes ont rencontré des difficultés lorsque le gouvernement fédéral a exigé une preuve de vaccination pour les voyages en avion. De plus, certains membres du personnel de la Santé indiquent que les systèmes du Ministère n'étaient pas équipés pour gérer les opérations quotidiennes à grande échelle de la pandémie. Les représentants de la Santé, en particulier ceux qui occupent des postes de direction, soulignent l'importance d'avoir un système d'information en matière de santé publique. L'absence d'un système d'information en matière de santé publique territorial virtuel global a eu une incidence sur la capacité de la Santé à répondre et à se préparer à la demande accrue provoquée par la pandémie. Les participants aux entrevues affirment que le système et les améliorations requis n'avaient pas encore été mis en œuvre, ce qui a eu des répercussions continues sur la planification de la préparation dans le territoire.

Gestion de la santé d'urgence : Mesures de lutte contre la pandémie

Lorsque le personnel a dû assumer d'autres rôles pendant la pandémie, il a été difficile de maintenir des niveaux de service cohérents pour les résidentes et résidents. Bien que la Santé ait élaboré un plan d'urgence pour l'augmentation de la dotation en personnel infirmier pendant la pandémie de COVID-19, nous ignorons la manière exacte dont ce plan a été utilisé lors de la mise en œuvre des mesures, car la plupart des membres du personnel indiquent que la Santé a continué à fonctionner à un taux de postes vacants de 50 % pendant la majeure partie de la pandémie.

Les participants aux entrevues expriment que la Santé a été en mesure de fournir un financement

adéquat pour soutenir tous les éléments des mesures de lutte contre la COVID-19. Ils indiquent aussi que les décisions de financement semblaient être prises rapidement pour répondre aux besoins changeants. Cependant, bien que des fonds aient été disponibles pour les mesures de lutte contre la pandémie, certains représentants de la Santé et résidentes et résidents ont eu de la difficulté à y accéder pour le traitement de questions non liées à la COVID et des répercussions sociales de la pandémie (p. ex. problèmes de santé mentale et consommation de substances au sein des collectivités).

Les mesures de lutte contre la pandémie de la Santé s’articulaient autour de quatre domaines : les équipes d’intervention rapide, le dépistage, les soins infirmiers publics virtuels et les centres d’isolement. Les conclusions suivantes de la présente section sont présentées en fonction de ces domaines de mesures.

Équipes d’intervention rapide

Comme indiqué précédemment, la Santé a élaboré un programme d’intervention rapide afin de minimiser les répercussions de la COVID-19 dans les collectivités du Nunavut. Dans le cadre du programme, les équipes d’intervention rapide ont été déployées dans les collectivités touchées dans les 24 heures suivant l’identification d’un cas positif de COVID-19.

Un classeur de renseignements des équipes d’intervention rapide a été élaboré pour les équipes de mise en œuvre qui comprenait un organigramme des processus, des listes de personnes-ressources et des listes de vérification pour les trousse de prédéploiement et d’approvisionnement.⁵⁶ La mise au point du classeur pour les équipes d’intervention rapide indique l’étendue de la préparation de la Santé pour assurer l’accès des équipes d’intervention rapide à tous les renseignements nécessaires pour intervenir en réponse à une éclosion.

Certains membres du personnel offrent l’exemple de collègues qui ont élaboré des feuilles de travail et des feuilles de suivi distinctes pour les tâches et les activités. Les modèles élaborés par la Santé pour ces activités ont été fournis dans le classeur des équipes d’intervention rapide et dans les procédures opérationnelles normalisées. Le fait que le personnel créait ses propres modèles alors que certains existaient déjà indique que malgré l’élaboration des ressources, elles n’étaient pas bien communiquées ou n’étaient pas bien adaptées aux besoins des utilisateurs.

Des comptes rendus d’éclosion de six mises en œuvre d’équipes d’intervention rapide sont fournis à des fins d’examen (Table 6). Les comptes rendus d’éclosion comprenaient des entrevues avec des membres clés de l’équipe d’intervention rapide afin de réfléchir aux réussites et aux leçons tirées.

Tableau 6 : Date des comptes rendus d’éclosion

Lieu de l’éclosion	Date de l’éclosion	Date du compte rendu
Pond Inlet	29 avril 2020 (faux positif)	Mai 2020
Mine Hope Bay (sur le site minier)	19 septembre 2020	Octobre 2020
Sanikiluaq	6 novembre 2020	26 novembre 2020
Whale Cove	11 novembre 2020	Janvier 2021

⁵⁶ Gouvernement du Nunavut. S.d. « Rapid Response Team (RRT) Binder. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

Rankin Inlet	12 novembre 2020	30 novembre 2020
Iqaluit	15 avril au 20 juin 2021	Janvier 2022

Les comptes rendus ont permis de tirer des conclusions semblables pour les domaines d'amélioration, catégorisés par thème, qui comprennent les suivants :

- Logistique préalable à la mise en œuvre;
- Logistique d'arrivée;
- Logistique générale;
- Communications;
- Infirmiers de la santé publique virtuels;
- Autres leçons tirées.

Quatre des comptes rendus ont souligné la nécessité de clarifier les rôles de l'équipe d'intervention rapide, des infirmiers en santé publique virtuels et du personnel de santé local, d'améliorer les communications au sein de l'équipe et avec la collectivité, et d'organiser des réunions préalables à la mise en œuvre. Certains comptes rendus ont eu lieu des mois après l'éclosion initiale, et entretemps, d'autres éclosions se sont produites. Nous ignorons l'identité du récepteur des comptes rendus sur les éclosions et la manière dont les leçons tirées ont été mises en œuvre. Cependant, la détermination cohérente de points d'amélioration semblables indique que les leçons n'ont peut-être pas été communiquées et mises en œuvre efficacement, ce qui a entraîné la répétition des mêmes problèmes et de défis.

Dépistage

Le rapport de 2020-2021 sur la COVID-19 de l'administrateur en chef de la santé publique indique qu'au début de la pandémie, la capacité de dépistage du territoire représentait un défi important en raison de la dépendance à l'égard des laboratoires de l'extérieur du territoire. Par conséquent, le délai moyen pour obtenir les résultats était de 6 à 7 jours.⁵⁷ Au printemps de 2020, des capacités de dépistage ont été mises en œuvre sur le territoire à Iqaluit et à Rankin Inlet, réduisant le délai d'obtention des résultats à 2 ou 3 jours.

Les procédures d'écouvillonnage fournies aux fins de l'examen du présent rapport sont conformes aux protocoles généralement acceptés pendant la pandémie de COVID-19.

Infirmiers de la santé publique virtuels

Les soins virtuels sont devenus une partie intégrante des mesures de lutte contre la pandémie du Nunavut. Les mesures et le soutien offerts par les infirmiers de la santé publique virtuels étaient conformes aux objectifs et aux priorités établis. Les rôles et les responsabilités des infirmiers de la santé publique virtuels ont été décrits dans de nombreuses procédures opérationnelles des programmes d'intervention de la Santé, y compris la recherche des contacts et l'équipe d'intervention rapide. Leurs responsabilités comprenaient les suivantes :⁵⁸

- Surveillance des cas de COVID-19 et des contacts identifiés au Nunavut;
- Recherche des contacts;

⁵⁷ Gouvernement du Nunavut. 2021. « The Chief Public Health Officer of Nunavut's 2020-21 Report on COVID-19. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁵⁸ *Ibid.*

- Coordination virtuelle des soins liés à la COVID-19;
- Éducation des clients sur les mesures d'isolement liées à la COVID-19 et d'autres sujets connexes;
- Notification des résultats des tests de dépistage de la COVID-19;
- Autres tâches liées à la COVID-19 (le cas échéant).

Certains représentants de la Santé soulignent que le champ d'activité des soins virtuels était parfois trop restreint (c.-à-d. qu'il aurait fallu tenir compte de la gestion des cas et des contacts), ce qui a réduit le nombre d'infirmiers et de médecins sur le terrain, entraînant une augmentation de la charge de travail pour ceux qui sont restés dans la collectivité.

Un rapport sur l'expérience des patients du suivi virtuel et de la ligne d'assistance téléphonique a été réalisé par Colliers International en février 2021.⁵⁹ L'étude a constaté que les utilisateurs du programme en ont eu une expérience « extrêmement positive ».⁶⁰

Centres d'isolement

Afin de réduire la propagation de la COVID-19 au Nunavut, le 24 mars 2020, l'administrateur en chef de la santé publique a imposé des restrictions de voyage, établissant des conditions et des interdictions pour les voyages au Nunavut en provenance de l'extérieur des frontières du territoire. Du 25 mars 2020 au 12 avril 2022, les centres d'isolement ont accueilli plus de 22 800 personnes⁶¹.

Le personnel de la Santé interrogé exprime des préoccupations au sujet de certains des processus décisionnels liés aux centres d'isolement, notamment :

- le caractère restrictif des règles d'isolement dans les centres (p. ex. restrictions sur les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du centre et réinitialisation des périodes d'isolement);
- le manque de prise en compte des répercussions sur la santé mentale associées aux séjours dans les centres d'isolement;
- le traitement nuisible et discriminatoire des personnes séjournant dans les centres d'isolement.

Un manuel de protocole pour les centres d'isolement a initialement été élaboré en avril 2020. Il a été mis à jour en juillet 2020 et en avril 2021 pour tenir compte « des nouveaux développements et des réalités opérationnelles ». Parmi les améliorations et réalités opérationnelles que les versions mises à jour ont intégré figurent un processus plus détaillé en matière de production de rapports d'incident et de mesures de la direction, des procédures et des considérations supplémentaires pour les problèmes de santé mentale, ainsi que des renseignements sur l'évolution de la pandémie et son incidence sur la capacité des centres d'isolement.

Plus de 2 700 incidents ont été signalés dans les centres d'isolement entre 2020 et 2022.⁶² Un examen effectué en 2023 du programme des centres d'isolement a révélé que les Nunavoises et Nunavois ayant séjourné dans les centres d'isolement ont soulevé plusieurs problèmes auprès de la Santé mentale et dépendances, qui effectuait des vérifications de mieux-être. Le rapport indique que : « la Division de la santé mentale et des dépendances est demeurée sur place à Ottawa, à Winnipeg, à Yellowknife et à

⁵⁹ Colliers International. 2021. « COVID-19 Virtual Monitoring and Hotline Patient Experience Report. » [Ébauche du rapport en PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

⁶² 2023. « Government of Nunavut Department of Health Isolation Program Review ». [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

Edmonton entre avril et juillet 2020 pour examiner et superviser les opérations, formuler des recommandations et apporter des modifications à la gestion des centres d'isolement [...] L'équipe a confié la gestion du centre d'isolement à une agence responsable de prendre en charge les opérations sur le terrain en juillet 2020 ».⁶³ Bien que des protocoles et des mesures de soutien aient été mis en place, de nombreux Nunavoises et Nunavois n'ont pas réussi à terminer les deux semaines de quarantaine.

Collaboration

De nombreux membres du personnel interrogés soulignent le travail solide et dévoué de l'équipe, ainsi que les innombrables heures d'efforts consacrées au soutien des Nunavoises et Nunavois. Toutefois, les représentants de la Santé ont des opinions mitigées sur la force perçue des partenariats avec d'autres ministères. Certains croient qu'une telle collaboration était à la base du succès de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la COVID-19, mais d'autres se disent préoccupés par le fait que les ministères s'appuyaient presque entièrement sur la Santé. Les participants sont favorables à la clarification des attentes en matière de collaboration entre les divers ministères afin d'améliorer la mise en œuvre de mesures futures. De plus, certains représentants de la Santé soulignent l'importance de maintenir les relations de collaboration et les partenariats établis avec des partenaires et des organismes externes durant la mise en œuvre des mesures de lutte contre la COVID-19.

Plusieurs représentants de la Santé soulignent la nécessité d'améliorer la collaboration et la communication en ce qui concerne la délégation des rôles et des responsabilités au sein du Ministère afin d'assurer l'uniformité de la planification et du soutien offert aux collectivités.

Les membres de la collectivité remarquent que la collaboration de la Santé et d'organismes externes a contribué au succès des mesures. Les résidentes et résidents ont réfléchi à la relation étroite entre le gouvernement du Nunavut et les centres de soins de la santé, comme en témoignent les échanges fréquents de messages et de renseignements et la collaboration avec la Santé et Nunavut Tunngavik inc. (« NTI ») pour fournir du soutien. Par exemple, des paniers de nourriture, des paniers d'isolement et des activités pour les enfants ont pu être distribués aux résidentes et résidents afin d'alléger le fardeau de la pandémie.

« À l'échelle locale, des organismes comme l'Association inuite du Qikiqtani et NTI nous ont aidés de toutes les façons possibles en nous offrant des dépliants, des paniers de nourriture et d'autres renseignements. Nous avons reçu un bon soutien et une prestation d'information adéquate. Nous nous sommes tous efforcés de comprendre la situation pour éliminer la peur autant que possible. » — Résident

Les résidentes et résidents s'entendent généralement pour dire que la collaboration a été efficace, mais l'un des participants suggère que les municipalités pourraient être davantage habilitées à diriger la mise en œuvre de mesures sur le terrain. Les résidentes et résidents ont discuté de l'importance de collaborer avec la municipalité, d'assurer que les points de vue des maires, des agents administratifs principaux et des RSC sont pris en compte, et d'habiliter les dirigeants à diriger la mise en œuvre des mesures compte tenu de leur connaissance profonde des collectivités locales. Certains participants aux entrevues affirment que la Santé aurait pu mieux s'engager auprès des collectivités et solliciter leurs commentaires alors que le Ministère adaptait et modifiait ses priorités durant la pandémie. Malgré cette remarque, les relations avec les collectivités sont indiquées comme un point fort essentiel qui a contribué aux mesures de lutte

⁶³ *Ibid.*

contre la COVID-19 de la Santé.

« Un plan d'urgence peut être en place, mais s'il indique qu'il faut suivre les directives de la municipalité, ce n'est pas l'idéal. Il faut écouter les gens sur le terrain pour véritablement connaître les mesures de soutien requises dans l'éventualité d'évènements futurs. » — Résident

Technologies

Comme mentionné précédemment, certains membres du personnel de la Santé indiquent que le Ministère n'était pas préparé à l'ampleur des mesures de lutte contre la pandémie et à la demande qu'elles imposeraient à des systèmes souvent insuffisamment équipés pour gérer les simples opérations quotidiennes normales.

Les membres du personnel soulèvent des défis liés à la mise en œuvre et à l'utilisation de technologies comme Microsoft Teams, Meditech et les systèmes d'inventaire des vaccins, ainsi qu'une forte dépendance sur les processus papier. Cette constatation était également présente dans le rapport de 2023 du Vérificateur général sur les vaccins contre la COVID-19 au Nunavut, qui a trouvé que « le ministère de la Santé disposait de systèmes inadéquats pour surveiller et communiquer les données liées à la mise en œuvre ». ⁶⁴ En raison de la dépendance de la Santé à l'égard de processus manuels pour gérer les stocks et les fournitures de vaccins et d'ÉPI, il y a eu des erreurs et de fausses déclarations sur le nombre réel de vaccins et d'ÉPI reçus, utilisés et gaspillés.

De plus, la Santé ne dispose pas d'un système électronique d'information en matière de santé publique, ce qui entraîne le suivi papier des maladies. L'absence d'un système d'information en matière de santé publique soulève des inquiétudes chez certains membres du personnel concernant la sécurité, la confidentialité et l'exactitude des données des patients.

Gestion de la santé d'urgence : Rétablissement

Le personnel de la Santé de tous les échelons indique que les défis les plus courants associés à la phase de rétablissement ont été la santé mentale et l'épuisement du personnel. De nombreux membres du personnel indiquent que les exigences et les attentes qui leur incombaient, ainsi que celles de leurs collègues, entraînaient des niveaux élevés de stress et de fatigue, ce qui a conduit à l'épuisement professionnel et à un nombre important de démissions. Des exigences extrêmes, comme l'absence de congés pendant un an, de longues journées de travail et l'incapacité de quitter le territoire, ont fortement contribué aux problèmes de santé mentale et à l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel persistant a aggravé les défis liés au recrutement et à la rétention du personnel dans le territoire. Les membres du personnel remarquent que certaines personnes éprouvent des symptômes semblables au syndrome de stress posttraumatique, qu'ils attribuent à la pression élevée et à la situation stressante.

Les participants aux entrevues soulignent l'importance de la reconnaissance, de l'appréciation et du soutien. Des frustrations sont soulevées en raison de la distribution inéquitable des primes et des incitations salariales liées à la pandémie, ainsi que de l'accès insuffisant aux soutiens en matière de santé mentale et de bien-être.

Effets de la pandémie sur les collectivités et les jeunes

⁶⁴ Bureau du vérificateur général du Canada. 2023. « COVID-19 Pandemic : COVID-19 Vaccines in Nunavut. » Consulté en décembre 2023, mars 2024.

Les résidentes et résidents ont discuté des répercussions continues de la pandémie sur la santé mentale des collectivités et des travailleurs de la santé. Ils indiquent que l'on ne tenait pas suffisamment compte des répercussions des mesures sanitaires (p. ex. les centres et les exigences d'isolement) sur la santé mentale et le bien-être des collectivités, surtout si l'on tient compte des valeurs d'« unité » des aînés et des Inuits. Les participants aux entrevues soulèvent des préoccupations concernant l'augmentation des taux de suicide et les sentiments de déconnexion après la pandémie.

« Si un jour nous nous retrouvons dans une autre pandémie, il faut nous assurer de tenir compte des répercussions sur la santé mentale. Des mesures de soutien doivent être prévues. Après la COVID-19, il y avait des préoccupations parmi le personnel liées à la santé mentale. Dans ce type de situation, il est essentiel d'offrir des mesures de soutien en matière de santé mentale. » — Résident

Certains représentants de la Santé et résidentes et résidents expriment des inquiétudes par rapport à l'incidence de la pandémie de COVID-19, en particulier les confinements, sur l'éducation et le développement social des jeunes. Plus particulièrement, certains soulignent que chez les jeunes Inuits, la pandémie a engendré une déconnexion de leur culture. Quelques représentants de la Santé s'inquiètent aussi du manque de services de garde d'enfants disponibles, notamment de garderies pour soutenir le personnel de première ligne, qui conciliait de longues heures de travail et le fait d'avoir des enfants à la maison qui avaient besoin de soins.

L'examen pangouvernemental des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de DPRA Canada Ltée souligne les moyens dont le ministère de l'Éducation a soutenu les mesures de lutte contre la COVID-19 et la façon dont les divers ministères ont travaillé ensemble pour soutenir la mise en œuvre des mesures pandémiques. Les participants à cette étude n'ont pas fait part de détails de la collaboration entre la Santé et le ministère de l'Éducation.

Plusieurs rapports et examens postpandémiques liés à la COVID-19 explorent les répercussions des mesures de lutte sur les jeunes, particulièrement en ce qui concerne l'éducation et le développement social. Ces études révèlent que de nombreux jeunes Canadiens ont connu des problèmes chroniques d'assiduité, ainsi que des baisses de rendement scolaire, de développement social et de santé mentale.⁶⁵

Une étude qualitative sur la façon dont les jeunes Nunavoises et Nunavois ont fait face à la pandémie a révélé que les jeunes du Nunavut éprouvaient une tristesse et une peur généralisées pour leur propre santé ainsi que celle de leur collectivité en raison de la fermeture des écoles, de l'annulation des activités communautaires, particulièrement des sports, et de la diminution des sorties sociales et des possibilités d'emploi.⁶⁶

Communication et participation

Les communications au sein du gouvernement sont considérées comme ayant été suffisamment fréquentes pour permettre des changements dans les politiques, les procédures et les protocoles. Cependant, les représentants de la Santé remarquent également que les mises à jour apportées n'étaient pas toujours évidentes, ce qui a eu une incidence sur la formation et les communications. Par conséquent, les participants aux entrevues recommandent d'expliquer les modifications apportées aux politiques, aux

⁶⁵ Société royale du Canada. 2021. « Children and Schools During COVID-19 and Beyond: Engagement and Connection Through Opportunity. » [PDF]. Consulté en mars 2024.

⁶⁶ Thomas, A., Bohr, Y., Hankey, J., Oskalns, M., Barnhardt, J., Singoorie, C. 2022. « How Did Nunavummiut Youth Cope During the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Exploration of the Resilience of Inuit Youth Leaders Involved in the I-SPARX Project. » *International Journal of Circumpolar Health*, 81:1. DOI: 10.1080/22423982.2022.2043577. Consulté en mars 2024.

procédures ou aux orientations afin d'améliorer l'opérationnalisation et l'adaptation des politiques aux contextes régionaux. Comme mentionné précédemment, lorsque certains protocoles étaient mis à jour, ils étaient accompagnés d'une note de service qui soulignait les changements apportés au nouveau document. Cela indique que la Santé a fait des efforts pour faciliter la compréhension des modifications par le personnel de première ligne, mais compte tenu de la rétroaction du personnel, ces efforts devront peut-être être repensés à l'avenir pour assurer que le personnel de première ligne obtienne rapidement les renseignements dont il a besoin.

Les communications avec les collectivités sont considérées comme ayant été fréquentes et se faisaient par divers moyens comme la radio, les bulletins de nouvelles et les médias sociaux. Les émissions de radio sont considérées comme un moyen de communication essentiel pour les collectivités afin de recevoir de l'information et de poser des questions aux dirigeants locaux et du gouvernement du Nunavut sur les répercussions des protocoles et des politiques liées à la COVID-19. Cependant, les résultats suggèrent que la consultation des collectivités s'est rarement produite. La circulation des renseignements est perçue comme ayant eu lieu principalement dans une seule direction : du gouvernement au public et aux collectivités. Les commentaires de la collectivité n'étaient pas nécessairement recueillis ou intégrés dans les communications futures. Les membres du personnel soulignent l'importance de faire appel à des partenaires communautaires, comme les représentants en santé communautaire, car ils ont des liens étroits avec les collectivités et peuvent donner des conseils sur les méthodes appropriées de communication et de transmission de messages pour leurs collectivités, y compris les exigences en matière de langage clair, de traduction et d'interprétation. Cela pourrait également comprendre la détermination du porte-parole de la collectivité, comme les aînés ou les jeunes inuits. Cet élément est particulièrement important, car les résidentes et résidents remarquent que les communications ne tenaient pas toujours compte du public, par exemple le contenu écrit compliqué et difficile à comprendre dans les collectivités aux taux d'alphabétisation faibles.

Annexe B Références

2023. « Government of Nunavut Department of Health Isolation Program Review ». [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- BC Centre for Disease Control. 2024. Emergency Department Use in B.C. During COVID-19 Pandemic. Consulté en mai 2024.
- Calian Itée 2023. « Virtual COVID-19 Nursing Services Program Exit Report. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- Association canadienne de santé publique. 2021. « La riposte initiale du Canada à la pandémie de COVID-19 ». <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/2021-02-covid-19-initial-review-f.pdf>
- Colliers International. 2021. « COVID-19 Virtual Monitoring and Hotline Patient Experience Report. » [Ébauche du rapport en PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- DPR Consulting Itée 2023. « Review of the Government of Nunavut's Response to the COVID-19 Pandemic ». [Ébauche du rapport à l'intention du ministère de l'Exécutif et des Affaires intergouvernementales du gouvernement du Nunavut]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- First Nations Health Authority. 2024. FNHA's Statement on the Societal Consequences of BC's COVID-19 Response. Consulté en mai 2024.
- Gouvernement du Nunavut. S.d. « Inuit Societal Values. » [PDF]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . S.d. « Nunavut Seniors' Information Handbook. » [https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-286-4\(3\)—EN-Nunavut-Senior-Information-Handbook.pdf](https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-286-4(3)—EN-Nunavut-Senior-Information-Handbook.pdf) Consulté en mars 2024.
- . S.d. « Rapid Response Team (RRT) Binder. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2020. « COVID-19 Pandemic Response Plan. » [Document Word]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2020. « COVID-19 Pandemic Response Plan. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2020. « COVID 19 Response plan RRTCHC structure and R R Draft v3 May 14 2020. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2020. « Health Pandemic Response Secretariat. » [Présentation au Conseil de gestion financière]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2020. « Nunavut COVID-19 Nurse Staffing Surge Capacity Contingency Plan. » [Document Word]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2020. « Standard Operating Procedure – COVID-19 Outbreak Management Team. » [PDF — NOTE DE SERVICE]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- . 2021. « The Chief Public Health Officer of Nunavut's 2020-21 Report on COVID-19. » [PDF] Consulté

en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.

- . 2021. « Government of Nunavut (GN) Department of Economic Development and Transportation (EDT) COVID-19 Business Recovery Plan. » *Department of Economic Development and Transportation COVID 19 Business Recovery Plan*. Consulté en avril 2024.
[https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-415-5\(2\)—EN-EDT-COVID-Business-Recovery-Plan.pdf](https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-415-5(2)—EN-EDT-COVID-Business-Recovery-Plan.pdf)
- . 2021. « L'approche du Nunavut : Vivre avec la COVID-19. »
https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2021-11/nunavuts_path_living_with_covid-19_fre.pdf. Consulté en mars 2024.
- . 2023. « Annual Report 2022/23: Special Operations Division- COVID-19. » [Document Word] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- ITK. 2018. « Inuit Statistical Profile 2018. » <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/Inuit-Statistical-Profile.pdf>. Consulté en mars 2024.
- Centres de collaboration nationale en santé publique. 2022. « Gouverner pour la santé du public : Options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada. » <https://ccnsp.ca/projets/rapport-2021-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-et-rapports-associes/gouverner-pour-la-sante-du-public-options-de-gouvernance-pour-un-systeme-de-sante-publique-renforce-et-renouvele-au-canada/>
- NTI. 2008. « Nunavut's Health System: A Report Delivered as Part of Inuit Obligations Under Article 32 of the Nunavut Land Claims Agreement. » Consulté en mai 2024.
[https://www.tungavik.com/documents/publications/2007-2008%20Annual%20Report%20on%20the%20State%20of%20Inuit%20Culture%20and%20Society%20\(English\).pdf](https://www.tungavik.com/documents/publications/2007-2008%20Annual%20Report%20on%20the%20State%20of%20Inuit%20Culture%20and%20Society%20(English).pdf)
- NWT and Nunavut Chamber of Mines. S.d. « Our Industry. » Consulté en avril 2024.
<https://www.miningnorth.com/our-industry>
- Bureau du vérificateur général du Canada. 2017. « Report of the Auditor General of Canada to the Legislative Assembly of Nunavut - 2017- Health Care Services Nunavut. » [PDF] Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.].
- Bureau du vérificateur général du Canada. 2023. « COVID-19 Pandemic: COVID-19 Vaccines in Nunavut. » Consulté en décembre 2023, mars 2024.
- Pike, M., Cunsolo, A., Babujee, A., Papadopoulos, A., et Harper, S. 2021. « How Did the Media Report the Mining Industry's Initial Response to COVID-19 in Inuit Nunangat? A Newspaper Review. » *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). DOI : 10.3390/ijerph182111266
- Agence de la santé publique du Canada. 2020. Fiche d'information sur les comités consultatifs et les groupes de travail sur la COVID-19. Consulté en mai 2024.
- Médecins de santé publique du Canada. 2022. « Public Health Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic. » https://www.phpc-mspc.ca/resources/Documents/PHPC_Public%20Health%20Lessons%20Learned%20from%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf
- Société royale du Canada. 2021. « Children and Schools During COVID-19 and Beyond: Engagement

- and Connection Through Opportunity. » [PDF]. Consulté en mars 2024.
- Statistique Canada. 2023. « Census Profile, 2021 Census of Population: Nunavut. » Consulté en mars 2024.
- Tagalik, S. 2010. « Inuit Qaujimagatuqangit : The Role of Indigenous Knowledge in Supporting Wellness in Inuit Communities in Nunavut.» *National Collaborating Centre for Aboriginal Health*. [PDF]. Consulté en décembre 2023, janvier 2024, mars 2024.
- Thomas, A., Bohr, Y., Hankey, J., Oskalns, M., Barnhardt, J., Singoorie, C. 2022. «How Did Nunavummiut Youth Cope During the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Exploration of the Resilience of Inuit Youth Leaders Involved in the I-SPARX Project.» *International Journal of Circumpolar Health*, 81:1. DOI: 10.1080/22423982.2022.2043577. Consulté en mars 2024.
- Organisation mondiale de la Santé. 2020. « Monitoring and Evaluation Framework: COVID-19 Strategic Preparedness and Response. » <https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-and-evaluation-framework>

Annexe C Sujets de l'examen de MNP des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19



Gouvernance. Ce domaine concerne la structure et l'évolution de l'élaboration des politiques, des lois et des règlements, ainsi que la planification et la prise de décisions au sein de la Santé. Il aborde aussi la façon dont la Santé a collaboré avec d'autres ministères et a pris en compte le *qaujimajatuqangit* inuit pour assurer l'harmonisation avec ses mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19.



État de préparation — Gestion de la santé et des urgences. Ce domaine concerne l'état de préparation de la Santé *avant* la pandémie de COVID-19.



Mesures — Gestion de la santé et des urgences. Ce domaine concerne les mesures entreprises au cours de la pandémie de COVID-19 pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être des gens.



Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences. Ce domaine concerne les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la main-d'œuvre en santé et sur le système de santé du GN de manière globale.



Communication et participation. Ce domaine concerne la façon dont les politiques et les procédures d'orientation liées aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé ont été communiquées à l'interne au sein du gouvernement et à l'externe avec les collectivités.

Annexe D Questions d'évaluation d'orientation

Les questions d'orientation fournies dans le tableau 1 serviront de point de départ à l'examen des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19. Ces questions d'orientation ne sont pas conçues pour être des questions d'entrevue. Un guide d'entrevue maître sera élaboré à partir de ces questions et une série de questions d'entrevue sera établie pour chaque groupe de discussion afin de mieux comprendre les questions d'évaluation.

Tableau 1 : Questions d'évaluation d'orientation

Sujets d'évaluation	Questions d'évaluation d'orientation
1. Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Quels étaient les objectifs et les priorités globaux de la Santé en ce qui concerne les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19, et comment cette planification s'est-elle adaptée aux expériences de prestation? • Comment ces objectifs et priorités de la Santé ont-ils été intégrés dans les politiques, les procédures et l'attribution des responsabilités liées aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19, au sein de la Santé et des autres ministères? • De quelles façons la Santé a-t-elle tenu compte du <i>qaujimajatuqangit</i> inuit pour assurer l'harmonisation avec les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19? <ul style="list-style-type: none"> a. Quels sont les points forts et les défis rencontrés? b. Comment les défis ont-ils été surmontés? c. Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment?
2. État de préparation — Gestion de la santé et des urgences	<ul style="list-style-type: none"> • Quel était l'état de préparation de la Santé avant la pandémie de COVID-19 du point de vue : <ul style="list-style-type: none"> a. des soins primaires (p. ex. traitements)? b. de la santé publique (p. ex. gestion des cas et des contacts, gestion de l'approvisionnement, suivi des données)? c. des collectivités (p. ex. liens avec les écoles, centre d'isolement et restrictions de voyage)? • Du point de vue de la préparation, quels sont les points forts et les domaines d'amélioration possibles?
3. Mesures de lutte contre la pandémie — Gestion de la santé et des urgences⁶⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Quels types de soutiens et de mesures connexes ont été mis en œuvre⁶⁸ pour favoriser et protéger la santé et le bien-être des personnes pendant la pandémie de COVID-19, du point de vue : <ul style="list-style-type: none"> a. des soins primaires (p. ex. traitements)? b. de la santé publique (p. ex. gestion des cas et des contacts, gestion de l'approvisionnement, suivi des données)? c. des collectivités (p. ex. liens avec les écoles, centre d'isolement et

⁶⁷ Une évaluation approfondie de la livraison des vaccins n'entre pas dans le cadre de cet examen, car elle a été examinée par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le rapport complet de cet examen peut être consulté [ici](#).

⁶⁸ Par exemple, la réglementation liée au port du masque, les mesures sanitaires territoriales, la livraison et la promotion des vaccins, etc.

Sujets d'évaluation	Questions d'évaluation d'orientation
	<p>restrictions de voyage)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ces soutiens et mesures s'harmonisent-ils avec les objectifs et priorités (plans) des mesures de lutte contre la COVID-19 de la Santé? • Quelles ressources, quels systèmes et quels financements ont permis de fournir ces soutiens et mesures connexes? • Quel a été le processus décisionnel pour établir et prendre ces mesures? <ul style="list-style-type: none"> a. De quelles façons le caractère éthique des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 a-t-il été pris en compte? Y avait-il une compréhension commune de l'éthique des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19? • À quel niveau ces mesures ont-elles été gérées de manière cohérente et ont intégré la collaboration (coordination) avec : <ul style="list-style-type: none"> a. les organismes communautaires (p. ex. les écoles) pour assurer l'harmonisation avec les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19? b. d'autres ministères du GN pour assurer l'harmonisation avec les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19? c. le <i>qaujimajatuqangit</i> inuit pour assurer l'harmonisation avec les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19? • Du point de vue des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19, quels sont les points forts et les domaines d'amélioration possibles?
<p>4. Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Globalement, quelles ont été les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la main-d'œuvre en santé et sur le système de santé du GN et comment pourraient-elles être atténuées? • Du point de vue du rétablissement, quelles leçons tirées guideront la planification et les efforts futurs?
<p>5. Communication et participation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les politiques et les procédures d'orientation liées aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé ont-elles été communiquées à l'interne, au sein de la Santé, et à l'externe⁶⁹? <ul style="list-style-type: none"> a. Quelles stratégies de communication ont été utilisées pour transmettre les exigences de santé publique? b. La Santé a-t-elle fourni des renseignements clairs et suffisants pour informer et soutenir divers groupes et collectivités? c. Est-ce que des communications régionales ont présenté des difficultés? Comment ces difficultés ont-elles été surmontées? d. Comment les communications ont-elles évolué au fil du temps et en fonction des expériences, par exemple avec les populations difficiles à atteindre? • Du point de vue des communications et de la participation, quels sont les points forts et les domaines d'amélioration possibles?

⁶⁹ Par exemple, à d'autres ministères et groupes, y compris les collectivités et les Nunavoises et Nunavois, Nunavut Tunngavik inc. et d'autres administrations.

Annexe E Le modèle logique du projet

Le modèle logique des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé a été élaboré au début du projet, sur la base d'un examen des documents de base fournis par la Santé. Le modèle était conçu pour être un document vivant qui serait adapté au cours de l'examen.

Le modèle logique cherche à illustrer visuellement les relations entre ce qui a été consacré à la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie et l'atteinte des résultats visés (à améliorer au moyen de consultations avec les partenaires, les parties prenantes et les titulaires de droits).

Les principaux éléments du modèle, décrits plus en détail ci-dessous, sont les suivants :

- Ressources d'habilitation
- Dirigeants de la mise en œuvre
- Activités et résultats
- Résultats visés

Ressources d'habilitation

Les ressources d'habilitation, aussi appelées « ressources d'appoint », sont les soutiens financiers et non financiers qui permettent la conception et la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie. Dans le contexte des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé, les ressources d'habilitation comprennent :

- **des ressources financières** pour aider à maintenir les services essentiels ainsi que des mesures de soutien supplémentaires liées à la COVID-19 (c.-à-d. les coûts opérationnels associés aux mesures de lutte contre la COVID-19);
- **les ressources humaines**, y compris les soins de santé (à l'intérieur et à l'extérieur du territoire), qui ont contribué à la prise de mesures en réponse aux éclosions de COVID-19;
- **les infrastructures**, y compris les installations (p. ex. centres de santé communautaires, centres d'isolement) et les mesures de distanciation physique;
- **des fournitures**, comme les trousseaux de dépistage, les vaccins et l'équipement de protection individuelle;
- **les lois territoriales** qui ont guidé les mesures de lutte contre la pandémie du GN.

Dirigeants de la mise en œuvre

Avec l'appui d'organismes et de centres de santé communautaire, et de comités et de groupes de travail spécialisés, les principaux ministères qui ont dirigé les efforts du plan de lutte contre la pandémie de COVID-19 (y compris la logistique de la planification et de la mise en œuvre) comprenaient la Santé, le SCG et l'EAI.

Veillez noter que le présent examen est axé sur les mesures de lutte contre la pandémie de la Santé.

Activités et réalisations

Cet élément du modèle logique représente les activités (c.-à-d. le travail effectué par le personnel, les principaux titulaires de droits et parties prenantes, et les partenaires pour mettre en œuvre les mesures de lutte contre la pandémie), ainsi que les réalisations essentielles qui contribuent à la progression vers l'atteinte des résultats visés. Il s'agit d'événements qui se sont produits dans le cadre du processus de mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie.

Comme le présent examen est axé sur les mesures de lutte contre la pandémie de la Santé, les activités et les réalisations présentées dans le modèle logique ne sont que celles du Ministère.

Les activités et les réalisations comprennent :

- **L'élaboration de protocoles, de lignes directrices et de documents stratégiques pour orienter les mesures de lutte contre la pandémie de la Santé.** Cela comprend, mais sans s'y limiter, les protocoles de suivi des cas, les lignes directrices, y compris pour les chambres d'isolement dans les centres de santé et la lutte contre les infections, les protocoles en matière de COVID-19 pour les centres de santé, des plans de continuité des activités à l'échelle du Ministère, des documents de recherche et d'options pour les décideurs, ainsi que des cadres d'assouplissement des mesures sanitaires.
- La recherche, le suivi et la coordination de l'examen, de l'approbation et de la communication des mesures sanitaires.
- **La réaffectation et la formation du personnel pour soutenir les activités liées à la COVID-19** à temps plein ou à temps partiel (p. ex. formation obligatoire sur la COVID-19 pour tous les fournisseurs de soins de santé qui pénètrent le territoire, formation sur les nouveaux protocoles liés à la COVID-19).
- Organiser les installations des centres de santé pour assurer la préparation.
- Mettre en œuvre des mesures coordonnées pour gérer les cas de COVID-19 et les éclosions dans les collectivités du territoire. Ces activités comprenaient les éléments suivants :
 - Élaboration d'un plan d'intervention rapide.
 - Établissement d'une ligne d'assistance téléphonique en matière de COVID-19.
 - Mise en place d'un programme de voyages et de gestion des demandes de voyages internes et à l'extérieur du territoire.
 - Établissement et gestion de centres d'isolement.
 - Mise en place d'un soutien en santé mentale dans les centres.
 - Établissement de solutions virtuelles en collaboration avec les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, y compris l'investissement dans les technologies et les infrastructures et l'amélioration de celles-ci afin d'accroître l'accès des Nunavoises et Nunavois aux services de santé malgré la pandémie.
 - Ouverture de cliniques de vaccination de masse dans toutes les collectivités.
- **Maintien des canaux de communication avec d'autres services et organismes** pour obtenir de la rétroaction; fournir de l'éducation et des ressources (p. ex. le GN et les comités de la santé liés à la COVID-19).
- **Participation et collaboration avec les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux** pour assurer que les mesures de lutte contre la pandémie du Nunavut sont coordonnées avec celles d'autres administrations.
- **Gestion d'une base de données sur les réussites et les leçons tirées** pour éclairer les initiatives futures et la planification des mesures de lutte pandémiques.

Résultats visés

Les résultats se rapportent aux changements mis en œuvre par l'exécution des activités et des réalisations

connexes. Un « résultat » est une conséquence externe qui peut raisonnablement être attribuée⁷⁰ aux mesures de lutte contre la pandémie. Les résultats sont généralement nuancés par le calendrier prévu pour la mise en œuvre.

Les résultats de la Santé dans le cadre de ce modèle ont été établis comme suit :

- **Les résultats de la Santé** sont ceux qui devraient être obtenus à la suite de la mise en œuvre des activités et qui sont le plus étroitement attribuables aux activités et aux réalisations des mesures de lutte contre la pandémie. Par exemple, la réaffectation et la formation du personnel pour soutenir les activités liées à la COVID-19 (c'est-à-dire les « activités ») ont permis d'assurer que des ressources suffisantes sont disponibles et formées pour soutenir les mesures (c'est-à-dire les « résultats de la Santé »).

Les résultats de la Santé dans le cadre de ce modèle ont été catégorisés comme suit :

- **Les résultats à court terme** sont ceux qui devraient être obtenus après l'atteinte des résultats de la Santé. Par exemple, le fait de veiller à ce que les mesures de santé publique soient claires, fondées sur des données probantes et communiquées clairement (c.-à-d. les « résultats de la Santé ») a permis d'améliorer la sensibilisation et la mise en œuvre des mesures sanitaires (c'est-à-dire les « résultats à court terme »).
- **Les résultats à moyen terme** devraient être obtenus et se maintenir progressivement après la mise en œuvre. Nous nous attendons à les obtenir après l'atteinte d'au moins un résultat immédiat. En nous appuyant sur l'exemple ci-dessus, nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que l'amélioration de la sensibilisation et de la mise en œuvre des mesures sanitaires (c.-à-d. les « résultats à court terme ») mène à une application plus rapide et cohérente des mesures sanitaires (c.-à-d. un « résultat à moyen terme »).
- **Les résultats à long terme** constituent les résultats les plus souhaités des mesures de lutte contre la pandémie. Ils peuvent raisonnablement être associés aux mesures, mais ils sont également influencés par d'autres facteurs et événements. En s'appuyant sur l'exemple ci-dessus, l'application plus rapide et cohérente des mesures de santé publique (c.-à-d. un « résultat à moyen terme ») a contribué à l'optimisation des soins et de la protection de la santé et du bien-être des Nunavoises et Nunavois (c.-à-d. les « résultats à long terme »).

Il convient de noter que l'obtention des résultats dépend de plusieurs présomptions sous-jacentes, comme il est indiqué ci-dessous.

Présomptions

- Disponibilité et suffisance du financement, du personnel et des autres ressources nécessaires.
- Formation adéquate pour exécuter les activités comme prévu.
- Mise en œuvre de protocoles, de lignes directrices et d'outils qui ont guidé les mesures de lutte contre la pandémie de la Santé.

⁷⁰ Le terme « attribution » dénote le lien qui peut être établi entre des mesures et leurs résultats. En ce qui concerne la mesure du rendement, les organismes veulent que leurs programmes obtiennent des résultats à long terme. La présence de forces externes rend difficile l'attribution de ces résultats à long terme aux programmes de l'organisme, mais l'espoir est qu'ils contribuent, au moins en partie, aux résultats visés. Le degré d'attribution ou d'influence d'un programme sur les résultats visés commence à diminuer à long terme, car de nombreux autres facteurs contribuent au changement.

Figure 2 : Modèle logique des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 de la Santé



Annexe F Limitations du rapport

Certaines limitations ont été rencontrées durant le projet, comme décrit ci-dessous :

- **Échéancier du projet** : Initialement, MNP a été mandatée en novembre 2022 afin de réaliser un examen des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 pour la Santé. Le projet devait être achevé d'ici juin 2023. En raison de changements dans les responsabilités du projet au sein du Ministère et d'un retard dans l'approbation du cadre d'évaluation et des questions d'orientation, la Santé a accepté de prolonger l'échéancier de l'examen à avril 2024.
- **Portée du projet** : Au fur et à mesure que l'examen se déroulait, la portée changeait aussi. Comme l'indiquaient la proposition initiale de MNP et le contrat, diverses méthodes de mobilisation des résidentes et résidents, y compris des entrevues et des séances de narration, devaient être utilisées. Sur la base de cette participation, MNP avait également l'intention de réaliser des études de cas afin de présenter divers éléments des mesures de lutte contre la pandémie. Sous la direction du Ministère, et compte tenu des défis liés aux échéanciers du projet, les séances de mobilisation communautaire et les études de cas ont été retirées de la portée du projet.
- **Entrevues et documents liés au projet** : Tous les représentants de la Santé et les résidentes et résidents interrogés dans le cadre de ce projet ont été déterminés par le Ministère. MNP a communiqué avec toutes les personnes déterminées par la Santé et a effectué un suivi auprès de celles-ci, mais elles n'ont pas toutes répondu à la demande ou n'ont pas accepté de participer à une entrevue. Les personnes interrogées ont fait part de leurs points de vue sur les mesures de lutte contre la COVID-19, mais leurs opinions ne sont peut-être pas représentatives de l'ensemble du Ministère ou des collectivités du territoire. Pareillement, il est entendu que pas tous les documents ayant été élaborés dans le cadre des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 ont été examinés. MNP s'est fiée à l'exhaustivité, à l'exactitude et à la présentation fidèle des renseignements obtenus lors des entrevues et des documents mis à sa disposition.

Annexe G Guide d'entrevue maitre

Présentation du projet

Le ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut a retenu les services de MNP, une société canadienne, pour étudier les mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Cet examen portera sur les éléments suivants :

1. **Gouvernance** : L'établissement des priorités et des objectifs ainsi que les politiques et procédures qui ont orienté les mesures de lutte contre la pandémie du gouvernement. Ce domaine concerne également la façon dont la Santé a collaboré avec d'autres ministères et a pris en compte le *qaujimajatuqangit* inuit lors de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie.
2. **État de préparation — Gestion de la santé et des urgences** : Ce domaine concerne l'état de préparation de la Santé *avant* la pandémie de COVID-19.
3. **Mesures de lutte contre la pandémie — Gestion de la santé et des urgences** : Les mesures mises en œuvre au cours de la pandémie de COVID-19 pour favoriser et protéger la santé et le bien-être des personnes.
4. **Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences** : Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la main-d'œuvre en santé et sur le système de soins de santé du gouvernement du Nunavut.
5. **Communication et participation** : Les façons dont les politiques et les procédures directrices liées aux mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 ont été communiquées au sein de la Santé et au-delà.

En apprenant à connaître les expériences des personnes ayant joué un rôle dans la préparation, la mise en œuvre des mesures et le rétablissement de la pandémie de COVID-19, nous pourrions tirer des leçons des points forts et des domaines à améliorer à l'avenir.

L'entrevue devrait prendre de 45 à 60 minutes.

À des fins d'enregistrement des données, j'aimerais vous demander votre autorisation pour transcrire/enregistrer cet entretien. Je dois également mentionner que vos commentaires seront anonymes. Nous ne citerons aucun nom dans notre étude. Nous produirons plutôt un rapport qui abordera les thèmes principaux sous forme de résumé.

Merci de prendre le temps de discuter avec nous. Pouvons-nous commencer?

RENSEIGNEMENTS DE L'ENTREVUE

Date :

Nom et rôle :

Intervieweur :

Questions

1. Pour commencer, pouvez-vous nous en dire plus sur votre rôle (participation) dans les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19?

Gouvernance

2. Selon vous, qu'est-ce que le ministère de la Santé espérait accomplir grâce à la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19?

En d'autres termes, quels étaient les objectifs du Ministère?

3. Compte tenu de ces objectifs, quelles seraient, selon vous, les priorités en matière de lutte contre la pandémie de COVID-19?

- a. Pensez-vous que ces mêmes objectifs et priorités ont changé au cours de la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie? Si oui, comment?

4. Passons maintenant aux politiques et aux procédures du gouvernement du Nunavut. Compte tenu de ce que vous savez ou avez entendu d'autres personnes :

- a. Diriez-vous que les politiques et les procédures du gouvernement étaient conformes à ce que nous avons discuté concernant les objectifs et les priorités des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19?
- b. Pensez-vous que le personnel avait une compréhension commune de leurs responsabilités liées à la mise en œuvre de ces politiques et procédures? Si non, qu'est-ce qui aurait pu rendre ces responsabilités plus claires?
- c. De quelles façons pensez-vous que les politiques et les procédures du ministère de la Santé et, le cas échéant, du gouvernement du Nunavut pourraient être améliorées pour mieux intervenir à l'avenir dans une situation de pandémie?

5. À votre connaissance, de quelle façon le ministère de la Santé a-t-il intégré le *qaujimajatuqangit* inuit dans les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19?

- a. Quels ont été les points forts en ce qui concerne l'intégration des valeurs sociétales inuites?

- b. Est-ce que des défis se sont présentés à ce niveau, et si oui, comment ont-ils été surmontés?
- c. Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré, le cas échéant, en ce qui concerne l'intégration du savoir traditionnel inuit dans les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19?

État de préparation — Gestion de la santé et des urgences

- 6. Pour continuer sur le même sujet, diriez-vous que le ministère de la Santé était prêt à faire face à la pandémie de COVID-19 en ce qui concerne :
 - a. la prestation des traitements (*soins primaires*)?
 - b. la protection de la santé du public?

Orientation : Par exemple, en ce qui concerne la façon dont les cas étaient suivis et gérés?

Qu'en est-il de la gestion des approvisionnements en équipements, en matériels ou en vaccins?

- c. Ou la collaboration avec les collectivités?

Orientation : Cela comprend le fait de travailler avec les écoles, les centres d'isolement et les restrictions de voyage.

- 7. Compte tenu de ces expériences, quelles sont, selon vous, les leçons tirées en ce qui concerne la préparation du ministère de la Santé et, plus largement, du gouvernement du Nunavut, à la pandémie de COVID-19?

Mesures — Gestion de la santé et des urgences

- 8. Quels soutiens et mesures ont été mis en place pour protéger la santé et le bien-être des Nunavoises et Nunavois en ce qui concerne :
 - a. les traitements (*soins primaires*)?
 - b. le soutien du public et les mesures de lutte des collectivités pour faire face à la pandémie de COVID-19?

Orientation : Cela comprend la réglementation sur le port du masque, la livraison et l'administration des vaccins, ainsi que les restrictions continues.

- 9. Pour revenir à notre discussion sur les objectifs et les priorités liés aux mesures de lutte contre la

pandémie, diriez-vous que les soutiens et les mesures du gouvernement étaient conformes à ces objectifs?

10. Comment le gouvernement a-t-il été en mesure d'offrir ces soutiens?

En d'autres termes, quelles ressources, quels systèmes et quels fonds ont été utilisés pour offrir ces mesures de soutien aux résidents et aux collectivités?

11. Comment le gouvernement aurait-il pu mieux utiliser le financement dans le cadre des mesures de lutte contre la pandémie?

En d'autres termes, qu'avons-nous appris des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 en ce qui concerne la façon dont le gouvernement budgétise et dépense les fonds?

12. Pour en revenir aux types de soutiens fournis et aux mesures connexes prises par le gouvernement, comment pensez-vous que ces décisions ont été prises?

Orientation : Sur quels fondements auraient pu être basées ces décisions, comme l'accès au traitement par ventilateur ou la mise en place de restrictions?

a. Selon vous, quelles considérations éthiques ont orienté les décisions du gouvernement?

Orientation : Par exemple :

- *Établir et maintenir la confiance du public.*
- *Être inclusif (p. ex. accès équitable aux services, établissement des priorités en matière de vaccins).*
- *Respecter l'importance pour les personnes et les collectivités de pouvoir exprimer leurs opinions et leurs croyances.*
- *Réduire au minimum le risque de préjudice et de souffrance.*

13. Diriez-vous que les mesures de lutte contre la pandémie ont été fondées sur la collaboration :

a. avec des organismes communautaires (comme les écoles, Inuit Tapiriit Kanatami et Nunavut Tunngavik inc.)?

- b. avec différents ministères?
- c. avec les Inuits du Nunavut, en partie pour s'inspirer du *qaujimajatuqangit* inuit?

14. Compte tenu de ces expériences, quelles sont, selon vous, les leçons tirées en ce qui concerne la préparation du ministère de la Santé et, plus largement, du gouvernement du Nunavut, des mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19?

Orientation : Quelles sont les trois choses que vous auriez aimé qu'une personne vous dise avant le début de la mise en œuvre des mesures lors de la pandémie?

Rétablissement — Gestion de la santé et des urgences

15. Quelles ont été les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur :
- a. les médecins, les infirmiers et les autres personnes qui composent le personnel de santé?
 - b. le système de santé du Nunavut en général?

16. Dans l'éventualité d'une pandémie future, comment ces répercussions pourraient-elles être atténuées?

17. Quelles leçons ont été tirées du rétablissement et qu'il faudrait prendre en compte dans l'éventualité d'une pandémie future?

Communication et participation

18. Précédemment, nous avons traité des politiques et des procédures qui ont orienté les mesures du gouvernement de lutte contre la pandémie.

Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez à la façon dont le gouvernement a communiqué à ce sujet?

Orientation : Par exemple, en ce qui concerne les façons de protéger la santé publique, comme les restrictions?

19. Diriez-vous que les collectivités et les organismes ont reçu suffisamment d'information sur les

mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19? Dans la négative, quels éléments manquaient, ou s'agissait-il plutôt d'une question de manque de cohérence entre les communications?

20. Y a-t-il autre chose qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez à la façon dont la communication a été gérée, par exemple :

- a. les communications avec le public (c.-à-d. du ministère de la Santé au public)?
- b. au sein des équipes de santé (p. ex. les équipes régionales, ainsi que les équipes ayant une expertise particulière comme la Pharmacie)?
- c. à l'échelle du gouvernement du Nunavut (c.-à-d. entre le ministère de la Santé et l'Exécutif et Affaires intergouvernementales, ou le ministère de la Santé et le ministère des Services communautaires et gouvernementaux)?
- d. avec les collectivités éloignées ou difficiles à atteindre?

21. Qu'en est-il de la façon dont les personnes et les collectivités ont été consultées par le gouvernement; quels sont les points forts et les domaines d'amélioration possibles?

Conclusion

22. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez nous faire part et qui, selon vous, est important d'inclure?

Merci de vos réponses.

Annexe H Guide d'entrevue pour le ministre de la Santé

De quoi s'agit-il?

Le ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut a retenu les services de MNP, une entreprise canadienne, pour étudier les mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Les conclusions de l'étude aideront le gouvernement du Nunavut à se préparer pour de futures situations d'urgence et pour aider la population.

Pourquoi passerais-je une entrevue?

Nous aimerions vous poser quelques questions pour tirer des leçons de votre expérience en tant que représentant élu et ministre de la Santé pendant la pandémie.

Cet entretien est-il confidentiel?

Nous ne citerons aucun nom dans notre étude. Nous produirons plutôt un rapport qui abordera les thèmes principaux sous forme de résumé.

Quelle sera la durée de l'entrevue?

L'entrevue devrait prendre de 30 à 45 minutes.

Quelles questions seront posées?

Nous espérons recueillir vos réponses aux questions suivantes :

Gouvernance et travail dans un contexte inuit

1. Ce gouvernement étant fondé sur le consensus, quelle incidence cela a-t-il eue sur la manière dont les décisions ont été prises au regard des orientations et des priorités à respecter pendant la réponse à la pandémie?
 - J'imagine qu'il y a eu des discussions difficiles concernant des priorités ou des préoccupations incompatibles. Pouvez-vous nous dire comment ces situations ont été traitées?
 - Y a-t-il d'autres leçons à retenir qui pourraient servir lors d'une prochaine pandémie au moment de fixer les priorités et de prendre les décisions qui s'imposent?
2. A-t-on modifié l'une ou l'autre de ces orientations ou priorités pendant la pandémie? Comment a-t-on géré la situation?
3. Au Nunavut, il est important de faire respecter les principes IQ du savoir traditionnel et les valeurs sociétales inuites à l'échelle du gouvernement (p. ex. dans la prise de décisions, l'élaboration de politiques, la détermination des priorités ou dans les objectifs des initiatives).

Pendant toute la durée de la pandémie, qu'est-ce qui vous a été le plus utile pour garantir que la stratégie de surveillance du ministère de la Santé reposait sur les valeurs sociétales inuites?

Planification, préparation et mesures d'intervention

4. Lors de la planification et de la préparation des divers aspects de la réponse à la crise de la COVID-19, quel a été votre rôle en tant que ministre, en partenariat avec vos homologues ministériels et les députés? Y a-t-il eu des éléments particulièrement utiles dont il faut prendre

en compte dans le futur?

- Au plus fort de la pandémie et de votre point de vue en tant que représentant élu travaillant et vivant dans la collectivité d'Arviat, y a-t-il eu certains éléments qui ont pu contribuer à éclairer vos décisions une fois nommé Ministre?
 - Y a-t-il d'autres leçons à retenir (ce qui a bien fonctionné, ce que vous feriez différemment) qu'il serait particulièrement utile de transmettre à d'autres personnes qui se trouveraient dans un rôle de dirigeant et qui pourraient être confrontées à ce genre de situation?
5. Une grande part du rôle des ministres de la Santé de toutes les circonscriptions consistait à susciter et à conserver la confiance du public.

Selon vous, qu'est-ce qui a contribué à instaurer et à maintenir cette confiance sur l'ensemble du territoire auprès des membres de la collectivité, des dirigeants locaux, fédéraux, provinciaux, territoriaux et autres partenaires?

6. Comment avez-vous procédé lors de votre collaboration avec des partenaires inuits (membres de la collectivité, NTI, Inuit Tapiriit Kanatami, Association inuite régionale, OCT) pour :
- Éclairer votre prise de décisions?
 - Vous assurer que vous avez été en mesure d'atteindre les divers objectifs des mesures du ministère de la Santé (p. ex. protéger la santé et le bien-être des Nunavoises et Nunavois, minimiser les répercussions, limiter et contrôler la transmission des maladies)?

Rétablissement

7. Au sortir de la pandémie, quels ont été les éléments les plus importants dans la planification de la reprise, selon vous?
- Quelles ont été les mesures prises par le ministère de la Santé pendant la reprise, et quel a été le rôle du ministre dans ces mesures?
8. Si l'on considère les moyens mis en œuvre par le ministère de la Santé pour favoriser l'innovation (comme le programme d'infirmières praticiennes virtuelles) et la façon dont les Nunavoises et Nunavois se sont rassemblés et soutenus les uns les autres tout au long de la pandémie, y a-t-il des réussites particulières qu'il vous semble important de souligner?

Communication

9. En tant que ministre de la Santé, la communication a dû jouer un rôle essentiel dans tous les aspects de la réponse du ministère de la Santé, et elle a peut-être changé tout au long de la pandémie.
- Comment avez-vous traité toute l'information reçue et devant être partagée, en particulier lorsque les messages territoriaux étaient supervisés par un autre ministère?
 - Quelles stratégies efficaces ont été mises en place pour :
 - i. Simplifier les communications, internes et externes?
 - ii. Gérer le rythme (la vitesse) du flux d'information?

- iii. Contrôler la prolifération et la diffusion de la désinformation?
- iv. Traiter l'information contradictoire?
 - Y a-t-il eu des possibilités de mobilisation communautaire (p. ex. assemblée publique virtuelle, tribunes téléphoniques) pour permettre aux collectivités de se sentir entendues?
- 10. Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas encore discuté et que vous aimeriez présenter pour aider à formuler des recommandations en vue de la préparation de futures mesures d'urgence, comme celles de la pandémie de COVID-19?

Merci de votre temps!

Annexe I Comités et groupes de travail liés à la COVID-19

Source : Gouvernement du Nunavut. 2022. « Special Ops COVID-19 Response ». [Rapport PDF]. Consulté en avril 2024.

Il convient de noter que ce tableau n'inclut pas de nombreux comités qui étaient en place au début de 2020, avant l'établissement de l'équipe des opérations spéciales, comme le groupe de travail sur les maladies transmissibles et l'épidémiologie de la COVID-19, qui se réunissait chaque semaine. Il n'inclut pas les réunions sur les éclosons ayant été établies, qui ont généralement eu lieu quotidiennement pour les collectivités les plus touchées par la COVID-19 au cours des premiers mois de la pandémie. Il ne reflète pas non plus l'ampleur des comités fédéraux, provinciaux et territoriaux, comme le comité consultatif spécial et le comité consultatif technique, qui se sont réunis deux ou trois fois par semaine pendant la majeure partie du début de la pandémie et qui ont continué à se réunir jusqu'à deux ou trois ans après celui-ci. Cette liste fournit des exemples de voies de communication; elle n'est pas exhaustive.

Comité/groupe de travail	Fréquence	Description
Groupe de travail sur la stratégie en matière de vaccination	À l'origine, chaque semaine Au besoin	Groupe multiministériel au sein de la Santé qui examine les données probantes et les lignes directrices les plus récentes sur les vaccins, fournit des recommandations pour la mise en œuvre des vaccins et appuie cette mise en œuvre.
Réunions du bureau du chef de service en soins infirmiers	Chaque mois – Se sont éloignées de la COVID-19 en janvier 2023	Discussion générale sur les enjeux et les initiatives actuels en matière de santé. Occasion de souligner toute information importante ou mise à jour liée à la prévention et au contrôle des infections.
Réunions des infirmiers en matière de ressources liées à la COVID-19	Mensuelle (ajout de réunions ponctuelles au besoin) – Sont passées à l'éducation et à la communication en matière de santé publique en mai 2022	Discussion sur le protocole de santé publique lié à la COVID-19 et les mises à jour en matière de vaccination contre la COVID-19, la formation, l'éducation, les questions et réponses, etc.
Comité consultatif sur la logistique (fédéral, provincial et territorial)	Au besoin	Forum de discussion sur l'évaluation des capacités logistiques, l'approvisionnement et la distribution de fournitures. Comprend les demandes d'aide mutuelle et la gestion des demandes liées à la capacité d'intensification.

Comité/groupe de travail	Fréquence	Description
Comité territorial en matière d'ÉPI	Chaque mois	Les responsables régionaux de l'ÉPI rendent compte de l'état de l'utilisation et du stock d'ÉPI, et le responsable territorial de l'ÉPI fournit des mises à jour sur l'état et les problèmes de l'ÉPI à portée plus large.
Groupe de travail sur la vaccinovigilance	Chaque semaine	Rapports sur les déclarations de manifestations cliniques inhabituelles à la suite de l'immunisation, production de rapports en matière de vaccins.
Guide canadien d'immunisation	Chaque semaine – Passage à des réunions aux deux semaines et intégration des immunisations de santé publique élargies à l'été 2022	Discussion et compte rendu des mises à jour sur les vaccinations, les signaux de sécurité et les résultats de la recherche.
Planification de la vaccination contre la COVID-19 chez les Autochtones	Toutes les deux semaines	Discussion sur les leçons tirées concernant la planification, la mise en œuvre et les obstacles liés aux vaccins. Mises à jour concernant les mandats de vaccination.
Comité de pratique sur la logistique liée aux vaccins	Chaque mois	Discussion sur les fabricants de vaccins et les mises à jour liées à la logistique.
Santé — SCI	Selon la propagation de la COVID-19 dans le territoire.	Discussion sur les cas dans les limites du territoire (de 0 à 3 fois par semaine).
Réunion des opérations de planification en matière de santé liées à la COVID-19	Toutes les deux semaines	Discussions sur la planification de l'avenir et la remédiation des lacunes.
Groupe de travail sur la planification en matière de vaccins	Au besoin	Partenariat entre l'équipe de protection de la santé (l'administrateur en chef de la santé publique et le spécialiste des maladies transmissibles du territoire) et la division des opérations spéciales pour assurer la mise en œuvre rapide du vaccin sur l'ensemble du territoire. Le comité s'occupe de la rédaction des protocoles, de la formation, de la logistique, de la dotation en personnel, des communications, etc.

Comité/groupe de travail	Fréquence	Description
Comité de direction territorial en matière de COVID-19	Une fois par semaine	Réunion interministérielle de la haute direction.
Réunions ponctuelles avec les entités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Sociétés minières • Agences gouvernementales (bilatérales) • Gouvernements municipaux/maires régionaux • Autres initiatives spéciales 	Au besoin	