

# Intersection entre COVID-19 et système de santé public au Canada : Que réserve l'avenir aux patients en attente d'une chirurgie et aux professionnels de la santé laissés pour compte?

Les opinions exprimées dans cet éditorial sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne ou ses filiales.

C'est avec une grande tristesse que nous rédigeons un autre éditorial sur l'impact de la COVID-19. Tous les travailleurs de la santé espéraient ardemment une nouvelle année pleine d'optimisme et de promesses, et surtout, libérée des affres de la COVID-19. Bien sûr, ce ne fut pas le cas<sup>1,2</sup>. Alors que nous approchons du deuxième anniversaire de la pandémie, il convient de prendre un moment pour réfléchir à son impact sur les travailleurs de la santé et sur le système de santé dans son ensemble<sup>3</sup>.

Il y a lieu de se demander si, dans un avenir rapproché, la COVID-19 ne sera pas perçue a posteriori comme la goutte qui a fait déborder le vase pour le système de santé canadien. Plus spécifiquement, dans plusieurs provinces, les programmes de chirurgie ont pour ainsi dire toujours fonctionné à 100 % de leur capacité (lits, interventions, ressources humaines, patients). Malheureusement, cette réalité a laissé une place minime, voire nulle aux soins chirurgicaux « normaux » dans le contexte d'une sollicitation sans précédent et à l'échelle de tout le système des services médicaux et de la réaffectation à l'avenant des ressources de santé vers d'autres domaines que la chirurgie pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Plus précisément, les soins chirurgicaux pour les patients ayant des articulations mal en point, des douleurs aux membres, des hernies invalidantes et des maux de ventre, des besoins en termes de reconstruction et même des cancers gravissimes ont été mis en attente (au mieux) pour la prise en charge des vagues successives de SRAS-CoV-2. En termes clairs, cette réalité a pour ainsi dire empêché les travailleurs de la santé de fournir des soins aigus et urgents adéquats à nos populations locales<sup>4</sup>. Et c'est particulièrement évident en chirurgie. Même en travaillant aussi fort que possible, le personnel des blocs opératoires a assisté à une réduction des soins aux patients, à une redéfinition des « soins standard » et à l'incapacité du système de santé de revenir à la normale entre les vagues de COVID. Il semble improbable de pouvoir « rattraper » le volume des interventions chirurgicales reportées en raison de la pandémie lorsqu'elle prendra fin car il faudrait disposer d'un nombre incroyable de nouveaux chirurgiens,

infirmières, inhalothérapeutes, anesthésistes et autres périsoignants pour s'attaquer à un tel défi. D'où viendraient-ils tous? De quelle façon les coûts associés seraient-ils couverts? Où les aidants pourraient-ils trouver la force de faire encore plus qu'auparavant?

Nous devons aussi reconnaître l'impact psychologique profond de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé. Comme le savent nos collègues militaires, le système de santé public est engagé dans une « guerre » depuis près de 2 ans. La détérioration des soins chirurgicaux pour les patients non atteints de COVID-19 a été bien difficile à ignorer et elle va de pair avec l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. On ne sera pas surpris de constater que tous les types d'emplois en santé trouvent de moins en moins preneur au Canada, que ce soit par les taux d'attrition générale, les départs anticipés à la retraite ou la migration vers les États-Unis. Cet exode a fort bien pu être exacerbé par la colère de nos patients qui désespèrent de subir leurs chirurgies en temps voulu. Une part de cette colère s'est traduite par des confrontations regrettables dans les hôpitaux un peu partout au pays, l'agressivité des patients à l'endroit des travailleurs de la santé dans les cliniques et les hôpitaux ayant mené à des gestes malheureux et à de fréquentes discussions entre les professionnels de première ligne qui se sentent abandonnés par les directions d'établissements, les instances politiques et le système en général. Dans certaines provinces, des coupures massives dans les budgets attribués au corps médical et au système dans son ensemble en ont rajouté une couche dans un contexte d'affrontement public avec le gouvernement; s'ajoutent à cela des problèmes d'approvisionnement en matériel chirurgical et en équipement médical et un sentiment généralisé chez les travailleurs de la santé qu'il n'y a pas de solution face au nombre effarant de patients dont les interventions ont été retardées.

La réalité, c'est que les soins de santé au Canada ont toujours été utilisés comme puissant levier politique et argument électoral potentiel. Notre système est clairement sous-financé en ces temps de crise de COVID-19, il a

perdu la capacité de prendre soin adéquatement de nombreux Canadiens vaccinés qui ont besoin d'opérations pour rester en vie et pour maintenir leur qualité de vie. Les travailleurs de la santé sur la ligne de front ont été témoins de ces réalités à l'échelle de la population et à l'échelle des individus. Rien ne sera plus jamais pareil. Il est donc normal de s'interroger sur notre avenir au sein du système de santé public au Canada et sur l'avenir de ce dernier.

À tous les travailleurs de la santé qui continuent de se présenter avec détermination, compassion et espoir, dans leurs cliniques, leurs hôpitaux ou leurs résidences pour personnes âgées, nous ne vous remercierons jamais assez. Vous êtes le ciment qui assure la cohésion du système chirurgical. Vous méritez notre admiration. À tous les travailleurs qui tiennent le fort, déprimés et pessimistes face à l'avenir des soins de santé au Canada, nous sommes avec vous. Nous vous soutenons. Votre détresse face à notre incapacité collective à prévenir les préjudices dont les patients sont victimes sera un héritage indélébile de la pandémie. Avec une certaine nervosité, nous demeurons toutefois confiants de pouvoir ensemble sortir des tranchées de la pandémie d'une façon qui sera entendue par les autorités en place. Cette voie doit être inclusive, globale, efficiente, compatissante et bienfaitante pour tous nos patients de chirurgie.

**Chad G. Ball, MD, MSc; Paul T. Engels, MD; Sean Gregg, MD; Edward J. Harvey, MD.**

**Affiliations :** Département de chirurgie, Université McGill, Montréal, Qc (Harvey); Département de chirurgie, Université de Calgary, Calgary, Alb. (Ball); City View Surgical Associates, Red Deer, Alberta (Gregg); et Département de chirurgie, Université McMaster, Hamilton, Ont. (Engels).

**Intérêts concurrents :** E.J. Harvey est cofondateur et responsable de l'innovation médicale de NXTSens Inc.; cofondateur et médecin-chef de MY01 Inc. et de Sensia Diagnostics Inc.; et cofondateur et directeur de Strathera Inc. Son établissement bénéficie du soutien de J et J DePuy Synthes, Stryker, MY01 et Zimmer. Ball ne déclare aucun intérêt concurrent.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

**Citation :** *Can J Surg* 2022 January 27; 65(1). doi:10.1503/cjs.001422

## Références

- Centers for Disease Control and Prevention. Omicron variant. CDC; 2021. Accessible ici : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (consulté le 25 déc. 2021).
- Ball CG. COVID-19: a time of crisis, but also of surgical opportunity and optimism. *Can J Surg* 2020;63:164-5.
- Ball CG. Leadership during the COVID-19 crisis and beyond. *Can J Surg* 2020;63:E370-E371.
- Finley C, Prashad A, Camuso N, et al. Guidance for management of cancer surgery during the COVID-19 pandemic. *Can J Surg* 2020; 63:2-4.