



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

43<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

---

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 019**

Le lundi 11 mai 2020

---

Président : M. Ron McKinnon





## Comité permanent de la santé

Le lundi 11 mai 2020

• (1355)

[Traduction]

**Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)):** La séance est ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à cette 19<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément aux ordres de renvoi des 11 et 20 avril 2020, le Comité se réunit pour entendre des témoignages concernant les mesures prises par le gouvernement en réponse à la pandémie de COVID-19.

Pour faciliter le travail de nos interprètes ainsi que le bon déroulement de la séance, voici quelques règles à suivre.

L'interprétation de cette vidéoconférence se déroulera à peu près comme celle d'une séance ordinaire de notre comité. Au bas de votre écran, vous pouvez choisir entre le son du parquet, l'anglais ou le français. Si vous comptez vous exprimer dans les deux langues officielles, assurez-vous que l'interprétation correspond à chaque fois à la langue que vous avez choisie. Par exemple, si vous parlez en français, veuillez d'abord sélectionner la langue française. Les interprètes profiteront ainsi d'une meilleure qualité sonore.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous nomme. Pendant la période réservée aux questions, les témoins pourront répondre quand ils le voudront. Quand vous êtes prêt à parler, cliquez sur l'icône du microphone pour l'activer. Pour demander la parole à un autre moment que celui désigné pour vos questions, veuillez activer votre micro et indiquer que vous invoquez le Règlement. Je rappelle aux députés et aux témoins de soumettre leurs observations par l'entremise de la présidence.

Je vous prie de parler lentement et de bien articuler. En dehors de votre temps de parole, désactivez votre micro. Si vous utilisez des écouteurs-boutons avec le microphone, tenez-le près de votre bouche quand vous parlez. Alerte sans tarder le président ou la greffière en cas de difficulté technique. Notre équipe technique se chargera de faire le nécessaire. Il est possible que nous devions alors interrompre la séance pour que l'on puisse apporter les correctifs requis.

Avant que nous commençons, je vous demande de bien vouloir cliquer dans le coin supérieur droit de son écran pour vous assurer que l'option Vue Galerie est activée. Chacun devrait ainsi voir tous les autres participants dans un quadrillage.

Je veux maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Nous accueillons le Dr Paul Dorian, représentant et directeur de département à la Division de cardiologie de l'Université de Toronto qui nous parlera au nom de la Société canadienne de cardiologie. Est également des nôtres Melanie Benard, directrice nationale, Politiques et défense des droits, Coalition canadienne de la santé. Nous recevons aussi M. Michael Villeneuve, directeur géné-

ral de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Nous accueillons enfin deux représentants de Diabète Canada, soit M. Russell Williams, président, et Mme Kimberley Hanson, directrice exécutive, Affaires fédérales.

Par un heureux hasard, nous sommes en pleine Semaine nationale des soins infirmiers et nous célébrons en 2020 le 200<sup>e</sup> anniversaire de la naissance de Florence Nightingale. Je tiens à profiter de l'occasion pour souligner le courage des infirmiers et infirmières qui redoublent d'ardeur pour accomplir jour après jour dans tous les secteurs de soins leur travail absolument essentiel dans la lutte contre cette pandémie.

Je vais donc d'abord céder la parole à M. Michael Villeneuve, directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Monsieur Villeneuve, vous avez 10 minutes.

**M. Michael Villeneuve (directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Bonjour à tous. Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant vous au nom de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Voilà maintenant plus de 40 ans que je travaille au sein du système de santé, dont 37 années à titre d'infirmier autorisé. J'ai l'honneur d'être directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada depuis 2017.

Je tiens à souligner que je vous parle aujourd'hui depuis ma résidence de Mountain, la localité la moins accidentée de tout l'Ontario malgré son nom qui conviendrait peut-être mieux aux Rocheuses canadiennes. Je suis présentement sur le territoire non cédé de la nation algonquine Anishinabeg. Nos bureaux à Ottawa sont également situés sur le territoire de cette nation, et nous sommes reconnaissants d'être invités à partager ces lieux.

On recense au Canada plus de 431 000 infirmières et infirmiers autorisés, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et infirmières et infirmiers praticiens. Nous formons le groupe de professionnels le plus nombreux au sein de notre système de santé. Notre association est la voix professionnelle nationale et mondiale des soins infirmiers au Canada. Nous représentons 135 000 infirmières et infirmiers dans les 13 provinces et territoires, et il y a bien sûr plusieurs de nos membres qui vivent dans des communautés autochtones.

J'aurais bien aimé vous entretenir aujourd'hui d'un sujet moins lourd, mais c'est la réalité avec laquelle nous devons maintenant composer. Comme je l'ai lu récemment, nous nous sommes couchés dans un monde pour nous réveiller dans un autre.

Je sais que la santé et la sécurité des gens et des travailleurs canadiens de la santé sont prioritaires à vos yeux, et c'est assurément la même chose pour nous. La pandémie s'est répandue aussi largement et rapidement qu'un feu de brousse, et nous devons demeurer sur nos gardes pour appuyer le travail des infirmières et infirmiers et de tous les professionnels de la santé du Canada qui s'efforcent de la contrer et d'en atténuer les impacts.

Nous sommes tous confrontés à une situation sans précédent, à l'exception peut-être des quelques rares survivants pouvant se souvenir de la pandémie de grippe espagnole qui a frappé de 1918 à 1920. Nous sommes tous désespérément à la recherche de solutions. Notre association se réjouit des mesures prises par les différents ordres de gouvernement du pays pour s'attaquer au problème et limiter la propagation de la COVID-19. Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir compter sur le leadership incroyable et courageux de nos professionnels de la santé publique, y compris les infirmiers et infirmières qui jouent un rôle fondamental dans ce secteur.

Nous saluons l'apport de la Dre Tam, directrice de l'Agence de la santé publique du Canada pour ses messages bien sentis. Nous avons également d'excellents échanges avec Santé Canada et notamment avec la ministre ainsi qu'avec la Dre Tam et son équipe à l'Agence. Nous les remercions tous, en même temps que nous vous remercions à titre de députés membres de ce comité.

Nous sommes sans cesse en communication avec les infirmiers et les infirmières, notamment dans le cadre de sondages hebdomadaires que nous menons. Je vais prendre d'abord quelques minutes pour vous exposer les grandes lignes de certains dossiers d'actualité avant d'utiliser les cinq dernières minutes qui me sont allouées pour aborder un enjeu systémique plus vaste qui nécessite selon moi votre attention.

Quelles sont les questions qui préoccupent actuellement les infirmiers et les infirmières? Vous avez tous eu vent des inquiétudes concernant l'équipement de protection individuelle. Trois mois après le début de la pandémie, la situation demeure quelque peu chaotique au pays. Notre association est d'avis que les décisions concernant l'utilisation de l'équipement de protection individuelle devraient être guidées par les faits et le jugement clinique de ceux qui sont appelés à l'utiliser, et non par des questions de disponibilité ou de crainte de pénurie. C'est une problématique qui semble avoir été réglée plus ou moins bien selon les endroits.

Il y a aussi la question du dépistage. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a exhorté les différents pays à faire du dépistage à grande échelle pour la COVID-19, mais nous devons constater que le Canada accuse toujours un retard en la matière. Les infirmiers et infirmières craignent que les efforts de relance ne puissent pas, dans les circonstances, s'appuyer sur des données probantes.

Nous nous préoccupons en outre de la santé mentale de l'ensemble des citoyens. Nous vivons une période extrêmement porteuse d'anxiété. C'est tout particulièrement le cas pour les infirmières et infirmiers qui voient leur bien-être mental et émotionnel être mis à rude épreuve dans le contexte des efforts de lutte contre la pandémie et de reprise des activités. Nous continuons de revendiquer un accès sans frais à des services en santé mentale pour aider tous les professionnels de la santé à se sortir indemnes de cette crise. Il y a un élément qui nous inquiète tout particulièrement. Alors que bon nombre d'entre nous auront l'occasion de prendre un peu de recul lorsque la pandémie se calmera, comme nous présumons que ce sera le cas, ou entre les différentes vagues de cette

pandémie, les infirmières et infirmiers, les médecins et les autres professionnels de la santé devront s'attaquer à l'arrière créé notamment par toutes ces chirurgies qui ont été reportées, ce qui ne manquera pas d'occasionner pour eux un nouvel afflux important de stress.

De concert avec l'Association médicale canadienne et les Instituts de recherche en santé du Canada, nous nous employons à évaluer les impacts de la COVID-19 sur la santé des pourvoyeurs de soins. Nous exhortons les gouvernements à fournir le financement nécessaire au suivi de ces importantes données, une lacune qui perdure depuis trop longtemps.

En discutant de leurs préoccupations à l'égard de leur propre santé, les infirmières et infirmiers mentionnent fréquemment le sort réservé aux populations vulnérables. Nous nous inquiétons pour les gens davantage exposés aux risques de propagation et aux impacts qui s'ensuivent, comme c'est le cas de nombreux Autochtones, surtout en région éloignée, et de ceux qui doivent partager leur milieu de vie avec plusieurs personnes, comme les détenus et les sans-abri dans les refuges comme à l'extérieur.

● (1400)

J'ai un dernier point dont je voudrais vous entretenir avant de parler des soins à long terme. Compte tenu de ce que l'histoire nous a appris, nous recommandons une approche très prudente, graduelle et basée sur les faits pour la reprise des services dans l'ensemble de la société. Nos craintes sont motivées par le fait que le virus est bien vivant, qu'il continue de se propager sans qu'on le comprenne très bien, et qu'il pourrait nous assaillir en vagues successives. Nous sommes conscients des répercussions énormes sur le plan économique, mais il convient tout de même de prendre toutes les précautions nécessaires.

Permettez-moi maintenant d'aborder quelques enjeux plus vastes qui préoccupent vivement l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et ses membres. Grâce, tout au moins en partie, à l'adhésion d'une grande majorité de Canadiens à une campagne très énergique visant à aplanir la courbe, nos hôpitaux ont échappé dans une large mesure aux ravages que l'on a pu observer notamment en Chine, en Italie, en Espagne et aux États-Unis. La pandémie a cependant aussi mis en évidence le manque de normalisation, de financement, de leadership fort, de ressources humaines appropriées, de formation et d'équipement, autant d'éléments qui compliquent le travail de ceux et celles qui doivent offrir des services dans les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile. Ces faiblesses bien connues depuis 20 ans ne sont pas sans conséquence. Même si l'on retrouve seulement 20 % des cas de COVID signalés au Canada dans les établissements de soins de longue durée, on y recense 80 % des décès. Il s'agirait du pire résultat enregistré à l'échelle planétaire.

Bien que nos systèmes de santé soient efficaces à bien des égards, diverses enquêtes rigoureuses menées depuis 2000, comme celle de la commission Romanow, ont contribué à mettre au jour différents points à améliorer que tout le monde connaît maintenant très bien. Nous pourrions tous les nommer: l'assurance-médicaments, les soins à domicile, les soins en santé mentale, les soins de longue durée et les soins primaires, le tout en fonction des besoins et non de la capacité de payer. Nous pouvons maintenant constater les répercussions de quelques-unes de ces lacunes.

Les ravages que fait ce printemps la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée sont en partie attribuables à des décennies de négligence dans la gestion de ce secteur et à un manque croissant de correspondance entre le niveau de soins requis par les gens qui y résident et les ressources humaines qui y sont déployées. Comme je vous le disais, je travaille dans ce domaine depuis 40 ans. Bien des patients qui résident maintenant dans ces centres d'hébergement de longue durée ont des problèmes de santé complexes et chroniques qui auraient exigé leur hospitalisation il y a 20 ans. Il est difficile pour les gens de s'imaginer aujourd'hui que les personnes qui vivaient dans ces centres il y a 20 ou 30 ans conduisaient encore leur voiture. Les gens dans cette situation sont maintenant pris en charge par les équipes de soins à domicile.

Les mesures prises dans les établissements de soins de longue durée n'ont pas été suffisantes pour satisfaire à la demande créée par ce transfert des cas complexes en provenance des hôpitaux. L'arrivée de cette clientèle exigeant des soins plus soutenus et plus spécialisés a malheureusement coïncidé avec une baisse de la proportion de personnel infirmier réglementé dans ce secteur où l'on retrouve notamment moins de spécialistes de la formation clinique, moins de travailleurs sociaux et moins d'ergothérapeutes. Cette stratégie du toujours moins a totalement bouleversé le travail du personnel en place, un effectif grande partie non réglementé qui doit offrir de 80 à 90 % des soins requis. La main-d'œuvre de ces centres est surtout composée d'aides-soignants et d'employés de soutien qui ne manquent pas de compassion et de bonnes intentions, mais qui auraient désespérément besoin de l'appui de professionnels en soins infirmiers et d'autres ressources. Le secteur fait appel en très forte majorité à des femmes, souvent en provenance de minorités raciales, qui occupent des emplois précaires mal rémunérés. Vous avez tous entendu parler de ces femmes qui doivent combiner deux ou trois emplois et faire beaucoup d'heures supplémentaires pour parvenir à joindre les deux bouts. Ce sont là des éléments de fragilité que la COVID-19 a eu tôt fait d'exploiter.

Dans le rapport final de la commission nationale d'experts réunie par notre association en 2011-2012, nous formulions neuf recommandations pratiques visant à régler bon nombre des problèmes relevés également par le commissaire Romanow, le sénateur Kirby et d'autres intervenants en vue d'améliorer les résultats en matière de santé, d'offrir de meilleurs soins et d'optimiser l'utilisation des deniers publics. Bon nombre de ces recommandations sont restées lettre morte.

S'il y a un aspect positif à retenir de tout cela, c'est certes le constat que nous sommes capables de faire les choses différemment. Nous avons par exemple complètement transformé notre offre de soins primaires de telle sorte qu'ils peuvent désormais être offerts en grande partie par téléphone et en mode virtuel. Nous savons que les hôpitaux sont partiellement vides en raison du report des chirurgies, mais nous constatons que le problème de l'attente aux urgences s'est résorbé. Plus question de traiter les patients dans les corridors. Nous croyons être en mesure de régler ces problèmes et de maintenir les acquis. Nous ne pourrions plus revenir en arrière, car nous savons que nous pouvons faire les choses différemment.

Pour offrir à nos aînés les soins dont ils ont besoin, il faudra apporter des changements majeurs au sein de notre système de santé et s'occuper tout particulièrement dans l'immédiat de l'expertise en soins personnels et infirmiers dans ces établissements. Nous devons repenser complètement la prise en charge du vieillissement au Canada, notamment pour ce qui est des soins à domicile, des soins

à long terme en établissement et des soins palliatifs, puis procéder à cette transformation fondamentale que nous savons essentielle.

● (1405)

Je dirais en guise de conclusion que la COVID-19 a choisi bien étrangement l'année consacrée au personnel infirmier pour nous faire comprendre l'atout important que représentent les infirmières et infirmiers dans nos efforts pour offrir de meilleurs soins. Une chose est sûre, nos membres ont fait montre de leur dévouement envers leurs concitoyens canadiens, même dans une situation où ils devaient s'inquiéter de leur propre santé. Le système de santé et ses travailleurs doivent pouvoir compter sur de l'information claire, des fournitures adéquates et un soutien plus senti maintenant et à long terme, car la situation ne va pas se régler du jour au lendemain.

Comme le président du Comité l'indiquait, nous nous réunissons aujourd'hui au cœur de l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, pendant la Semaine nationale des soins infirmiers et à la veille du 200<sup>e</sup> anniversaire de naissance de Florence Nightingale. Il est peut-être ironique de constater que, 200 ans plus tard, nous entendons les mêmes messages que ceux véhiculés par Mme Nightingale, à savoir qu'il faut nous laver les mains; nous assurer que notre environnement est propre; et recueillir les données pertinentes pour prendre de bonnes décisions.

Comme vous pouvez l'imaginer, nous avons renoncé aux célébrations prévues cette semaine en guise de respect pour les dizaines de milliers d'infirmières et infirmiers qui se dévouent en ce moment même pour offrir des soins aux Canadiens. Dans certains cas, il s'agit de gens qui n'ont pas hésité à sortir de leur retraite pour répondre à l'appel.

Au nom de notre association, je tiens à vous remercier en terminant de nous avoir fait une place dans ce débat. Je vous invite d'ailleurs à prévoir un rôle de premier plan pour les infirmières et infirmiers dans la suite des efforts déployés pour analyser les mesures prises en réponse à la COVID-19. Prêtez une oreille attentive à nos connaissances pratiques et éclairées de ces questions. Sachez que nous tenons à travailler avec vous pour aider au mieux nos gouvernements et nos systèmes de santé à apporter les changements nécessaires pour vraiment améliorer les choses.

Merci beaucoup.

● (1410)

**Le président:** Merci, monsieur Villeneuve.

Nous allons entendre au cours des 10 prochaines minutes le Dr Paul Dorian qui parle au nom de la Société canadienne de cardiologie.

[Français]

**Dr Paul Dorian (représentant et directeur de département, Division de cardiologie, University of Toronto, Société canadienne de cardiologie):** Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Bonjour à toutes et à tous.

J'aimerais d'abord remercier tous les membres du Comité de me donner la chance de représenter la Société canadienne de cardiologie. Nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de décrire certains défis en lien avec les soins aux patients atteints d'une maladie cardiaque durant cette période de COVID-19 ainsi que de proposer certaines solutions.

[Traduction]

Je suis cardiologue à Toronto et je représente la Société canadienne de cardiologie. Parmi nos 2 500 membres, on trouve des cardiologues, des chirurgiens cardiaques et des scientifiques. Nous fournissons des soins spécialisés et de suivi aux quelque trois millions de Canadiens qui souffrent de problèmes cardiaques. Nous vous sommes très reconnaissants de nous permettre de prendre la parole devant le Comité.

J'aimerais d'abord vous parler des conséquences d'une pandémie pour les patients cardiaques avant de vous adresser quelques recommandations quant aux moyens à prendre pour améliorer les soins aux patients à court terme pour la première vague de cette pandémie, ainsi qu'à plus long terme en prévision de ses vagues subséquentes ou d'autres infections qui pourraient nous frapper.

Aux premières lignes, nous constatons que certains malades ne demandent pas les soins dont ils auraient besoin. On vient d'ailleurs de vous l'indiquer il y a un moment. Lorsque cette pandémie a fait son entrée au Canada, nous avons été collectivement très rapides à mettre en œuvre des mesures rigoureuses pour en limiter la propagation, y compris un confinement généralisé à domicile. Les Canadiens ont été très nombreux à suivre cette recommandation, tellement d'ailleurs qu'il en est résulté une diminution considérable du nombre de patients se présentant aux urgences pour l'ensemble des maladies, mais pour les soins de cardiologie tout particulièrement. La demande de soins a nettement diminué, mais les attaques cardiaques et les autres problèmes de santé urgents n'ont pas disparu pour autant.

Nous croyons que nos patients ont l'impression, à tort ou à raison, que les hôpitaux sont surchargés de cas de COVID, et qu'ils craignent d'être exposés au virus s'ils s'y rendent. En conséquence, des patients ayant besoin de soins d'urgence demeurent à la maison en attendant de voir si les symptômes vont s'estomper. Malheureusement, certains d'entre eux décèdent pendant qu'ils attendent que les symptômes disparaissent. Lorsque les patients décident finalement de s'adresser aux services d'urgence, ils ont souvent attendu trop longtemps de telle sorte que leur état s'est grandement détérioré et qu'il est plus difficile de les traiter. C'est ce que nous avons pu observer depuis environ un mois.

Plus les patients attendent pour demander un traitement, surtout dans le cas des crises cardiaques, moins nous pouvons en faire pour eux, et plus nous devons composer avec des complications qui sont plus difficiles à traiter.

Par ailleurs, pendant que l'on s'occupe des patients atteints de la COVID, les listes d'attente ne cessent de s'allonger en raison des chirurgies qui sont annulées. En prévision d'une éventuelle flambée des cas, les autorités de la santé ont, à juste titre selon nous, réaffecté des ressources et libéré des lits dans les hôpitaux. Ces efforts de préparation ont toutefois fait en sorte que les hôpitaux ne fonctionnent plus au maximum de leur capacité. Depuis le mois de mars, un nombre considérable de chirurgies nécessaires à la survie des patients ont ainsi dû être reportées au Canada.

À titre d'exemple, il y avait en date du 15 mars en Ontario environ 2 000 patients en attente d'une chirurgie de remplacement valvulaire et 450 qui attendaient un défibrillateur. Le 3 mai, cette liste d'attente atteignait 2 500 cas pour les chirurgies valvulaires et 680 pour les défibrillateurs. Ces listes d'attente se sont traduites malheureusement par des souffrances supplémentaires pour certains patients et même des décès qui auraient pu être évités. Mes collègues

m'ont parlé de patients jugés aptes à subir une chirurgie de remplacement valvulaire qui sont morts à la maison avant que l'intervention puisse se faire.

Nous avons pu éviter une flambée de cas de COVID, mais l'arrière de patients cardiaques en attente d'un traitement a grimpé en flèche. Dans certains cas, on n'avait pas vu des délais d'attente aussi longs qu'actuellement depuis bien des années.

À notre avis, la planification et la mise en œuvre des soins requis ont été rendues nettement plus complexes par le manque de données en temps réel. En l'absence de telles données, nous n'avons aucun moyen de saisir les tendances locales dans l'offre et la demande de services de santé, pas plus que d'établir des comparaisons entre les régions pour éclairer les décisions relatives à l'attribution des ressources et diriger nos patients vers les endroits où ils pourront obtenir des soins.

Nous avons récemment compilé certaines données indiquant des baisses pouvant atteindre 40 % par mois dans plusieurs provinces depuis mars quant au nombre de patients se présentant à l'hôpital avec ce que nous appelons le STEMI, la forme la plus grave de l'infarctus. D'autres pays ont pu faire le même constat, mais nous n'avons pas tous les renseignements nécessaires pour bien interpréter la situation. Est-ce qu'il y a eu moins d'infarctus? Nous pensons que ce n'est probablement pas le cas. Est-ce que les patients ont attendu pour faire le 911? Est-ce que les ambulances ont fait des déplacements moins fréquents et plus lents? Est-ce que des patients sont décédés durant leur transport vers l'hôpital? Est-ce que des soins hospitaliers ont été retardés en raison des précautions relatives à la COVID? Nous n'avons malheureusement pas de réponses à ces questions.

La situation est d'autant plus frustrante que nous savons qu'une bonne partie des données qui nous permettraient de répondre à ces questions existent bel et bien et sont déjà collectées en temps réel, mais se retrouvent piégées dans des systèmes de collecte n'ayant aucun lien technologique entre eux, ou n'autorisant pas la mise en commun des données pour des motifs géographiques, politiques, contractuels ou stratégiques. Ces obstacles nous empêchent tous d'utiliser les données sur la santé pour la raison même qui justifie leur collecte, à savoir nous permettre de prodiguer des soins en prenant des décisions fondées sur les faits.

● (1415)

Il faut souligner que notre ressource nationale, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ISIS, a fait de son mieux durant la pandémie pour fournir des renseignements. Toutefois, l'ISIS est limité par les mêmes obstacles que j'ai mentionnés. En ce moment, nous avons besoin de données au jour le jour, tandis que le délai habituel pour obtenir des données se calcule en mois.

Nous voulons aider à résoudre ces problèmes causés par la pandémie. La SCC a plusieurs solutions que nous aimerions proposer.

Premièrement, nous devons peaufiner les messages publics que nous communiquons dans le contexte d'une pandémie. Si nous pouvons prévoir que les ordonnances de confinement donnent lieu à des situations où des victimes de crise cardiaque ne se font pas soigner ou retardent les soins dont ils ont besoin, les messages publics doivent être plus précis et largement communiqués. Le gouvernement fédéral, par l'entremise de l'Agence de la santé publique et Santé Canada, est bien placé pour assurer le leadership à cet égard, et la SCC est disposée à aider à formuler et à diffuser ces messages.

Deuxièmement, les responsables de la santé publique, les planificateurs des services de santé et les fournisseurs de soins ont besoin de données en temps réel pouvant être communiquées. Nous saurions où et si des procédures prévues et essentielles peuvent encore être réalisées, en fonction des besoins et des demandes locales. Avec un accès amélioré aux données et un échange de données, nous pouvons réduire l'incidence des crises sanitaires nationales sur les patients cardiaques et d'autres patients, tout en fournissant des soins liés à la crise aux personnes atteintes.

Dans la situation actuelle, les patients atteints de la COVID-19 ont, comme il se doit, la priorité. Les conséquences pour les autres patients sont malheureusement plus importantes que ce qui serait idéal. Sans données, nous ne pensons pas que nous pourrions faire mieux la prochaine fois. Nous exhortons le gouvernement, nos collègues et ce comité à prendre les devants pour améliorer l'échange de données en temps réel.

Ce pourrait être fait, par exemple, en créant un groupe de travail national composé d'experts pour superviser la simplification de l'accès aux données et de l'échange de données d'un bout à l'autre du pays. Ce groupe d'experts travaillerait avec les gestionnaires des données sur la santé pour relever et surmonter les obstacles législatifs et techniques de longue date afin d'obtenir rapidement des données pouvant être communiquées. Le mandat du groupe d'experts serait d'améliorer la coordination en localisant tous les ensembles de données et en s'assurant qu'il y a des échanges de renseignements. Je signale que ces données sont déjà en train d'être recueillies.

Ce comité aiderait également à regrouper les données pour qu'elles puissent légalement et virtuellement être toutes au même endroit. En comprenant ce qui se passe à l'échelle locale et en comparant avec d'autres régions ou provinces, nous pouvons accélérer la prestation des meilleurs soins possible et une utilisation optimale des ressources.

À long terme, nous pensons qu'un accès amélioré aux données peut perfectionner le système des soins de santé. Les soins peuvent être accessibles de manière plus équitable et être de meilleure qualité; les cheminements cliniques pourraient être plus efficaces; les soins virtuels pourraient être déployés le plus efficacement possible; les soins de faible valeur pourraient être ciblés et réduits; les économies pourraient être allouées là où les besoins sont les plus criants; et, si nous faisons les choses correctement, nous pouvons nous attendre à de meilleurs résultats pour les patients durant et après cette crise.

Pour les membres du Comité qui ont rencontré des représentants de la SCC dans le passé, vous saurez que la société réclame depuis un bon moment l'accès à des données de qualité et l'établissement de rapports comparatifs nationaux, et nous sommes très reconnaissants de l'appui que nous avons reçu de nos partenaires et de nos partisans au gouvernement.

La crise de la COVID a mis en lumière que l'accès aux données est un obstacle majeur pour répondre à une pandémie. Porter ce problème à l'attention des décideurs de haut niveau est une contribution essentielle que la SCC vise à apporter. J'aimerais énumérer brièvement les mesures que la SCC a déjà prises pour contribuer à lutter contre la pandémie.

Jusqu'à présent, au cours des six dernières semaines environ, nous avons élaboré, publié et échangé des conseils cliniques pour les professionnels de la santé qui prennent soin de patients car-

diaques atteints de la COVID. Nous avons élaboré et diffusé à large échelle des messages clairs dans lesquels nous signalons que les personnes qui ressentent des douleurs thoraciques ou d'autres signes de crise cardiaque doivent solliciter des soins de toute urgence. Nous l'avons fait en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur du Canada et d'autres organismes, mais je pense que nous pouvons faire plus. Nous avons également financé des recherches pour en apprendre plus à propos de la COVID et de ses effets sur les patients atteints d'une cardiopathie.

La SCC s'engage à continuer de faire tout en son pouvoir pour aider durant cette crise, et si nous pouvons offrir notre aide, j'aimerais signaler au Comité qu'à la lumière de cette pandémie, nous sommes prêts et disposés à tenir des consultations et à offrir des conseils sur n'importe quel problème qui touche les Canadiens qui vivent avec une maladie cardiaque.

• (1420)

Notre collaboration sera des plus fructueuses si nous conjuguons nos efforts et notre soutien. Merci de cette occasion. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci, docteur Dorian.

Nous allons maintenant céder la parole à la Coalition canadienne de la santé.

Madame Benard, la parole est à vous. Vous avez 10 minutes.

[Français]

**Mme Melanie Benard (directrice nationale, Politiques et défense des droits, Coalition canadienne de la santé):** Bonjour à tous, je vous souhaite un bon après-midi.

[Traduction]

Merci de l'invitation à comparaître devant vous aujourd'hui.

La Coalition canadienne de la santé travaille depuis plus de 40 ans pour protéger et améliorer les soins de santé publics au Canada.

Nous sommes une organisation nationale non partisane composée de travailleurs de la santé, de syndicats, d'organismes communautaires, d'ainés et d'universitaires, de même que de coalitions affiliées dans les provinces et un territoire.

Les Canadiens sont très reconnaissants d'avoir un système de soins de santé public et universel qui offre les soins en fonction des besoins des gens et non pas de leur capacité de payer. Ce système a été mis à l'épreuve au cours des derniers mois. La crise de la COVID a fait ressortir les forces incroyables de notre système de soins de santé ainsi que les lacunes et les défis persistants. À mesure que nous nous relevons lentement de cette pandémie, nous avons une occasion de reconstruire notre système de soins de santé pour qu'il soit encore plus robuste et plus adapté aux besoins changeants de la population canadienne.

Aujourd'hui, je vais discuter de trois secteurs sur lesquels le gouvernement fédéral doit se pencher: l'assurance-médicaments, le financement et les soins aux aînés.

Comme vous le savez sans doute, le Canada est le seul pays au monde doté d'un système de soins de santé public et universel qui ne couvre pas les médicaments d'ordonnance. Par conséquent, des millions de Canadiens passent entre les mailles du filet. Avant la pandémie de la COVID-19, 20 % des ménages canadiens avaient du mal à payer pour leurs médicaments, soit parce qu'ils n'avaient pas un régime d'assurance-médicaments, soit parce que leur régime d'assurance-médicaments était inadéquat. Un million de Canadiens devaient choisir entre se nourrir ou payer les médicaments dont ils avaient besoin. Ces chiffres ont augmenté de façon exponentielle durant la pandémie de la COVID. En raison des licenciements massifs causés par la pandémie, des millions de Canadiens supplémentaires ont du mal à joindre les deux bouts sans régime d'assurance-médicaments de leur travail. La nécessité d'un régime d'assurance-médicaments universel n'a donc jamais été aussi urgente.

Il y a deux ans, ce comité a étudié cette question en détail. Je sais que quelques-uns d'entre vous siégeaient au Comité à l'époque. Après avoir tenu 23 audiences avec près d'une centaine de témoins, le Comité a recommandé que le Canada adopte un programme d'assurance-médicaments universel à payeur unique qui couvrirait les médicaments d'ordonnance de la même manière que les médecins et les hôpitaux.

Au cours des 50 dernières années, de nombreux rapports du gouvernement et du milieu universitaire ont tous fait la même recommandation, qui a plus récemment été formulée par le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national du gouvernement, dirigé par le Dr Eric Hoskins. Le rapport de Hoskins de 2019 fournit un plan directeur sur la façon de concevoir ce nouveau programme essentiel. Le gouvernement doit mettre en œuvre ses recommandations immédiatement.

Un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait de réaliser des économies tout en sauvant des vies. Lorsque des gens sautent des doses de médicament parce qu'ils n'en ont pas les moyens — l'expression technique pour désigner cette situation est « coûts reliés à la non-adhésion » —, ils deviennent de plus en plus malades et doivent aller à l'hôpital et consulter un médecin plus souvent. C'est souvent quelque chose que nous voulons éviter en temps normal, mais durant cette pandémie, c'est absolument crucial. Des recherches révèlent que l'élimination des coûts pour les médicaments utilisés pour traiter seulement trois problèmes de santé — le diabète, les maladies cardiovasculaires et les troubles respiratoires chroniques — entraînerait une diminution de 220 000 visites à l'urgence et de 90 000 hospitalisations chaque année. Cela permettrait au système de soins de santé d'économiser jusqu'à 1,2 milliard de dollars par année, juste pour ces trois problèmes de santé.

Le régime d'assurance-médicaments disparate actuel du Canada est inadéquat et inefficace. Il y a plus de 100 000 régimes d'assurance-médicaments publics et privés au pays qui offrent différents types de couverture. De nombreux régimes limitent la quantité de médicaments que les gens peuvent réclamer par mois ou par année, et bon nombre d'entre eux exigent des montants déductibles dispendieux et une participation aux coûts qui rendent les médicaments inabordable.

Le système actuel est également non viable. Le Canada est au troisième rang des pays où les médicaments coûtent le plus cher parmi les pays de l'OCDE pour les médicaments d'ordonnance, et les dépenses pour les médicaments continuent d'augmenter. Le nombre de médicaments sur le marché qui coûtent plus de 10 000 \$

par année a plus que triplé depuis 2006. Le Canada dépense plus pour les médicaments que pour les médecins. Un régime d'assurance-médicaments public et universel nous permettrait de limiter ces dépenses en négociant une baisse du prix des médicaments en achetant en vrac. Ce nouveau programme permettrait au Canada d'épargner 5 milliards de dollars par année. Les familles économiseraient en moyenne 350 \$ par année, et les entreprises, 750 \$ par employé par année.

L'automne dernier, près de 200 organismes nationaux et provinciaux ont signé une déclaration conjointe pour exhorter toutes les parties à collaborer à la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments public et universel dans le cadre du mandat actuel du gouvernement. Nous ne pouvons tout simplement plus attendre pour mettre en œuvre ce programme. Les Canadiens souffrent, et certains meurent prématurément parce qu'ils ne peuvent pas se procurer leurs médicaments. Le gouvernement doit mettre en place le régime d'assurance-médicaments immédiatement dans le cadre de sa réponse à la crise de la COVID.

● (1425)

Il est maintenant temps pour le gouvernement fédéral de réitérer son engagement envers les soins de santé publics. Le système de soins de santé public est notre meilleur moyen de défense contre la pandémie de la COVID et d'autres crises sanitaires. Malheureusement, notre système de soins de santé s'est détérioré au cours des dernières décennies en raison des compressions budgétaires systématiques et de la privatisation. Même en temps normal, le système fonctionne à pleine capacité.

Le gouvernement fédéral doit augmenter les paiements de transfert en santé versés aux provinces pour renforcer la capacité du système de soins de santé public partout au pays, en temps normal et en temps de crise. L'accord de 10 ans en matière de santé garantirait aux provinces une hausse de 6 % des paiements de transfert en santé. Quand l'accord est venu à échéance, le gouvernement fédéral a réduit les hausses annuelles au PIB nominal ou à 3 %. Nous savons depuis des années que c'est tout simplement insuffisant pour assurer le fonctionnement efficace du système. Une indexation d'au moins 5,2 % est nécessaire pour maintenir les services existants.

Outre les hausses à long terme du TCS, du financement additionnel sera nécessaire pour traiter l'arriéré des chirurgies et des services qui ont été suspendus durant la pandémie. Plutôt que de faire appel au secteur privé pour réduire cet arriéré, le gouvernement fédéral devrait soutenir les provinces en mettant en œuvre des innovations publiques peu coûteuses pour réduire les délais d'attente telles que des listes d'attente centralisées et des soins dispensés par une équipe.

Le gouvernement doit également protéger notre système de soins de santé public en faisant activement appliquer la Loi canadienne sur la santé. De nombreuses entreprises de soins de santé privées à but lucratif ont profité de cette crise pour accroître leurs marchés, et plus particulièrement dans le secteur des soins de santé virtuels. Bon nombre de ces entreprises enfreignent la Loi canadienne sur la santé en faisant payer les patients ou en facturant des compagnies d'assurances privées pour des consultations médicales virtuelles.

En plus de soulever des préoccupations à propos des renseignements personnels et de la sécurité des données médicales des patients, cela prive le système de soins de santé public de ressources. Cela compromet également le principe fondamental de l'équité qui sous-tend notre système de soins de santé public. Le gouvernement doit agir pour prévenir une plus grande détérioration de ce système et veiller à ce que les patients aient préséance sur les profits.

Je pense que nous conviendrons tous que l'une des plus grandes tragédies de cette pandémie, ce sont les effets dévastateurs généralisés dans nos établissements de soins de longue durée. La souffrance des résidents, du personnel et des membres de leur famille au cours des dernières semaines est tout simplement inconcevable. Selon des estimations récentes, environ 80 % de tous les décès liés à la COVID au Canada sont survenus dans des établissements de soins de longue durée. Nous adressons nos plus sincères condoléances à ceux qui ont perdu des êtres chers durant cette crise, et nous tenons à exprimer notre gratitude indéfectible à tous les travailleurs de première ligne qui mettent leur vie en danger tous les jours pour prendre soin des patients dans le besoin.

Même si nous n'avons pas pu prévenir la pandémie de la COVID, nous aurions pu limiter ses effets dévastateurs dans les établissements de soins de longue durée si nous avions apporté des changements fondamentaux dans ce secteur plus tôt. Mes collègues du SCFP ont témoigné devant vous la semaine dernière sur ce sujet, si bien que mes recommandations seront plutôt brèves.

Pour assurer un accès sécuritaire à des soins de qualité, nous devons intégrer les soins à long terme et les soins à domicile dans notre système de soins de santé public. Au cours des dernières décennies, nous avons vu une privatisation généralisée dans ce secteur, en partie parce que ces services ne sont pas actuellement couverts par la Loi canadienne sur la santé. Nous avons besoin de nouveaux fonds fédéraux consacrés aux soins de longue durée qui sont liés aux normes nationales en matière de soins. Ces normes doivent inclure notamment des normes minimales en matière de dotation en personnel. Le gouvernement fédéral doit appuyer la création d'un plus grand nombre d'établissements publics de soins de longue durée et de services publics de soins à domicile, puisque de nombreuses recherches révèlent que les établissements publics à but non lucratif offrent des soins de qualité supérieure que les établissements privés à but lucratif. Tout le financement public devrait être consacré aux soins aux patients, et non pas aux profits des sociétés.

Nous avons également besoin d'une stratégie nationale relative aux ressources humaines en santé pour aider au recrutement, à la formation et au maintien en poste de préposés aux soins de qualité. Ces travailleurs doivent recevoir un salaire décent et occuper un emploi à temps plein garanti. Nous pouvons considérablement améliorer les soins aux patients en améliorant les conditions de travail du personnel. Les aînés et les personnes handicapées qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et qui dépendent des soins à domicile comptent sur nous pour apporter ces changements rapidement. Nous ne devons pas les laisser tomber.

Nous ne pouvons pas réparer les torts causés par cette crise, mais si nous apportons ces changements, nous pouvons éviter que des torts semblables surviennent dans le futur. Tirons des leçons de cette expérience et rebâtissons un système de soins de santé public dont nous pouvons tous être fiers, un système qui offre des soins de qualité que tous les Canadiens méritent.

• (1430)

Merci.

**Le président:** Merci, madame Benard.

Nous allons maintenant entendre la déclaration de Diabète Canada.

Monsieur Williams, la parole est à vous pour 10 minutes.

**M. Russell Williams (président, Diabète Canada):** Merci beaucoup de nous donner l'occasion de comparaître aujourd'hui.

J'aimerais d'abord vous faire part de quelques requêtes que nous recevons à notre ligne d'information de personnes qui sollicitent de l'aide.

Par exemple, une femme nous a téléphoné à propos de son père, qui est insulino-dépendant, atteint du diabète de type 2. Il vivait dans un établissement de soins de longue durée, et elle avait des inquiétudes, comme nous en avons entendues aujourd'hui, en raison de la pandémie de la COVID-19. Notre interlocutrice voulait que son père aille vivre chez elle, mais elle avait besoin de conseils sur la façon de gérer son diabète.

Une autre femme atteinte du diabète de type 1 qui a du mal à maintenir sa glycémie au taux recommandé a communiqué avec nous. Elle travaille à l'entretien dans un hôpital et son médecin et elle s'inquiétaient de ses risques. Malgré l'avis de son équipe médicale, son employeur a refusé de modifier ses conditions d'emploi pour qu'elle réduise ses risques d'infection à la COVID-19. Nous devions l'aider à convaincre son employeur de prendre des mesures d'adaptation.

Nous avons également entendu le témoignage d'une personne qui venait tout juste de recevoir un diagnostic de diabète et de sortir de l'hôpital. Recevoir un nouveau diagnostic de diabète est accablant dans les meilleures des circonstances, mais c'est pire dans ce contexte. En recevant son congé de l'hôpital sans renseignements et soutiens adéquats, cette personne était apeurée et ne savait pas trop quoi faire avec son alimentation, ses médicaments et la surveillance de son glucose.

De nombreuses autres personnes ont communiqué avec nous, des gens qui ont des problèmes avec leur centre d'injection ou qui doivent gérer leur diabète alors qu'ils souffrent d'autres problèmes de santé tels qu'une maladie rénale.

[Français]

Ce que je suis en train de dire, c'est que nous avons connu une forte augmentation des demandes pour les services de Diabète Canada.

[Traduction]

Le diabète est un fardeau important et de plus en plus lourd au Canada. Comme vous le savez, le diabète est l'une des principales causes de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de néphropathie, de perte de la vision et d'amputation. Le traitement de cette maladie coûtera plus de 40 milliards de dollars par année à notre système de santé. C'est une maladie qui frappe de façon disproportionnée les Canadiens vulnérables, dont les nouveaux arrivants, les peuples autochtones, les aînés et les personnes à faible revenu.

Dans un instant, nous parlerons de la façon dont la pandémie constitue une menace encore plus grande pour les personnes atteintes de diabète et d'affections connexes, mais je veux vous donner des exemples de ses conséquences sur Diabète Canada.

Les mesures d'éloignement physique et les répercussions économiques de la pandémie ont fait baisser les revenus de Diabète Canada de plus de 50 %, comme c'est le cas pour un grand nombre d'autres organismes de bienfaisance. Nous avons dû licencier temporairement plus de 50 % des membres de notre personnel. Nous avons pu en ramener certains grâce à la Subvention salariale d'urgence du Canada, et nous nous en réjouissons, mais nous ne pourrions pas les garder. La pandémie continuera d'avoir une incidence négative sur nos revenus pendant encore un certain temps. La situation nuit à notre capacité d'aider les gens touchés par le diabète.

Toutefois, encore plus que jamais auparavant, les gens ont besoin qu'on leur donne des renseignements fiables et qu'on les défende, et nous sommes prêts à relever le défi. Nous offrons à notre communauté, en temps opportun, des ressources et des outils fondés sur des données probantes concernant le diabète et la COVID-19, ce qui inclut un site Web qui est mis à jour régulièrement, des vidéos hebdomadaires intitulées « Ask the Experts », des webinaires offerts dans 12 des langues les plus parlées au Canada, et des webinaires destinés aux fournisseurs de soins de santé. Les patients peuvent accéder à des ressources et à de l'aide en appelant à notre ligne 1-800-226-8464, par laquelle ils peuvent obtenir des conseils médicaux personnalisés et spécialisés de la part d'éducateurs en diabète.

De plus, pendant la pandémie, nous collaborons avec tous les gouvernements à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé pour nous assurer que les médicaments contre le diabète, les fournitures...

• (1435)

**Le président:** Excusez-moi, monsieur Williams, votre son est saccadé, alors vous voudrez peut-être parler plus lentement. Merci.

**M. Russell Williams:** Je m'aperçois que le son est saccadé quand je vous écoute. Toutes mes excuses.

Nous collaborons pour nous assurer que les médicaments contre le diabète, les fournitures et les appareils demeurent accessibles et abordables. Nous mettons en valeur les annonces des gouvernements provinciaux qui soutiennent les personnes diabétiques, et nous continuons de travailler à notre stratégie nationale, dont Mme Hanson parlera plus tard.

Nous continuons à collaborer avec les gouvernements à la prévention, à la politique de nutrition et à la politique pharmaceutique, qui ont des effets sur la vie quotidienne des personnes atteintes de diabète. Nous devons nous assurer que l'ensemble de l'écosystème du diabète est équilibré, et qu'il n'y a pas d'effets causés par des politiques qui ont des répercussions négatives sur [*Difficultés techniques*].

À cet égard, comme la plupart des autres organismes de bienfaisance, nous redoublons d'efforts durant cette période malgré la diminution des ressources.

Au Canada, les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé constituent un secteur de 670 millions de dollars qui soutient 2 500 employés et près de trois millions de patients. Nous appuyons bien au-delà de 155 millions de dollars de recherche et 1 300 chercheurs. Il sera très important de soutenir la recherche par

cet intermédiaire. Les patients ont besoin plus que jamais de recevoir des services et du soutien en raison de la capacité et des pressions dont on vous a parlé aujourd'hui concernant le système de santé. Les organismes de bienfaisance doivent de plus en plus répondre à ces besoins sans l'aide de bénévoles, qui ne peuvent pas aider les gens en raison des mesures d'éloignement physique, et avec moins de dons des ménages et des entreprises, qui font face aux répercussions économiques de la pandémie.

Pour ces raisons, nous joignons notre voix à d'autres organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé pour demander au gouvernement fédéral d'investir directement jusqu'à 28 millions de dollars par mois, ce qui représente la baisse des revenus mensuels subie par nos membres que nous constatons depuis mars 2020. Cet investissement permettrait au personnel et aux bénévoles de se concentrer en premier lieu sur le soutien aux patients, et nous permettrait de relancer nos efforts de collecte de fonds et de protéger nos acquis dans la recherche.

Je vous demande de nous aider en appelant à un investissement fédéral plus important dans ce secteur vulnérable. Nous avons désespérément besoin d'un soutien accru. Par exemple, le programme d'aide d'urgence pour le loyer n'est pas conçu pour aider les organismes de bienfaisance à ce moment-ci. Bon nombre de ces organismes de bienfaisance ont des installations dans tout le pays, et d'autres programmes ne semblent pas répondre aux besoins opérationnels quotidiens de ces organismes. Bon nombre de nos organismes de bienfaisance ont dû augmenter l'aide et ils comblent les lacunes dans le système de soins de santé qui sont causées par l'éloignement physique et l'isolement.

J'aimerais maintenant demander à ma collègue, Kimberley Hanson, de parler des répercussions de la COVID-19 sur les gens qui souffrent de diabète.

Merci.

• (1440)

[Français]

**Mme Kimberley Hanson (directrice, Affaires fédérales, Relations gouvernementales et politiques publiques, Diabète Canada):** Je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

De nombreuses personnes atteintes de diabète sont particulièrement à risque concernant la COVID-19. À mesure que nous en apprenons sur ce nouveau virus, les recherches montrent que s'il est vrai qu'une personne atteinte du diabète ne risque pas plus de contracter la COVID-19 qu'une personne qui n'en est pas atteinte, les conséquences seront plus graves si elle la contracte.

Les premières recherches indiquent que les personnes atteintes de diabète sont environ deux fois plus à risque de devoir être hospitalisées et de se retrouver aux soins intensifs en raison de la COVID-19 et environ trois fois plus à risque d'en mourir que les personnes qui n'en sont pas atteintes. Pour cette raison, de nombreux Canadiens diabétiques sont très préoccupés par la pandémie.

Comme le diabète, la COVID-19 est une maladie qui profite des inégalités en santé. Plus une personne est défavorisée sur les plans social et économique, plus elle risque de souffrir de maladies comme le diabète et les maladies du cœur et d'hypertension artérielle, ce qui la place dans une situation plus à risque pour la COVID-19.

Les personnes qui vivent dans des conditions socioéconomiques défavorables peuvent également être plus exposées à des infections. Il se peut qu'elles soient incapables de s'isoler en raison de conditions de travail précaires qui ne leur permettent pas de faire du télétravail ou qui n'incluent pas de congé de maladie. Souvent, elles vivent dans un endroit surpeuplé. La pandémie a mis encore plus en évidence la nécessité de s'attaquer aux inégalités sous-jacentes en matière de santé afin de préserver la santé de nos citoyens.

La COVID-19 a également fait ressortir de graves lacunes dans les données et les problèmes qui découlent de la non-intégration des systèmes de santé dans les provinces et les territoires. La nécessité de prendre des décisions fondées sur des données probantes concernant l'affectation de ressources de soins de santé limitées et la mise en place de politiques de santé durant la pandémie a mis en évidence les lacunes sur le plan de la mise en commun des données en matière de santé et de l'intégration des systèmes qui subsistent dans notre système de santé depuis des années.

L'absence de moyens faciles de mettre en commun des pratiques exemplaires et d'harmoniser les soins de santé dans les provinces et les territoires a contribué à ce que le poids de la COVID-19 ne soit pas réparti équitablement entre les différentes provinces et leurs citoyens. En revanche, les énormes progrès qui sont réalisés pour corriger ces lacunes en réponse à la pandémie montrent à quel point la volonté collective et le sentiment d'urgence peuvent donner des résultats concrets en un temps record.

Les provinces utilisent et communiquent les renseignements médicaux comme jamais auparavant et elles prévoient l'utilisation d'applications et d'outils numériques pour communiquer et suivre les problèmes de santé chroniques. D'un océan à l'autre, des médecins offrent des consultations virtuelles qui auraient été considérées comme étant impossibles il y a à peine deux mois, et elles constituent un outil essentiel pour éviter la surcharge de notre système de soins de santé d'urgence.

Des pratiques comme le recours aux soins virtuels, l'établissement et l'utilisation de dépôts et de registres de données médicales, l'optimisation et l'amélioration continue du parcours de soins des patients sont des éléments clés de Diabète 360°, la stratégie nationale de Diabète Canada, dont la mise en œuvre a été recommandée par votre comité.

Élaborée par 120 intervenants pendant plus d'une année de travail rigoureux, la stratégie Diabète 360° contient des recommandations fondées sur des données probantes visant à améliorer les résultats de santé des patients. Elle permettra d'améliorer la prévention, le dépistage et la gestion du diabète afin que les Canadiens soient en meilleure santé. Elle permettra de réduire les dépenses de santé inutiles de plusieurs milliards de dollars, d'améliorer la vie de millions de Canadiens et de protéger la productivité et la compétitivité du Canada.

Dans le contexte de la pandémie, nous croyons que la stratégie Diabète 360° est plus pertinente que jamais. Sa mise en œuvre appuiera la santé publique et répondra au besoin d'adopter des modèles de soins de santé axés sur la collaboration et la valeur et une approche multidisciplinaire globale des soins de santé. Les économies de milliards de dollars qui seront réalisées par notre système de santé lorsque nous mettrons en œuvre Diabète 360° sont un exemple de l'utilisation efficace de fonds publics pour lutter contre les maladies chroniques.

Étant donné que le diabète est l'une des maladies chroniques les plus mesurables d'un point de vue empirique, la mise en œuvre d'une stratégie globale de prévention, de diagnostic et de traitement du diabète fondée sur des données relatives aux résultats de santé des patients peut constituer un essai utile pour la gestion d'autres maladies chroniques.

À l'approche du 100<sup>e</sup> anniversaire de la découverte de l'insuline au Canada, en 1921, nous encourageons vivement les gouvernements à adopter la stratégie Diabète 360° maintenant.

En résumé, Diabète Canada, comme le font tous les Canadiens, fait un virage rapide pour s'adapter à la nouvelle réalité à laquelle nous sommes confrontés, compte tenu de la pandémie de la COVID-19. Nous sommes plus que jamais au service des personnes atteintes de diabète et nous continuerons à nous efforcer de l'être, même avec des ressources limitées, mais nous avons besoin, comme d'autres organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, d'un soutien supplémentaire de la part du gouvernement fédéral pour y parvenir. Une mesure clé que le gouvernement fédéral devrait prendre en réponse à la pandémie et en prévision de 2021, c'est de mettre en œuvre une stratégie nationale pour lutter contre le diabète et le fardeau des maladies chroniques au Canada en général.

Diabète Canada est prêt à collaborer avec les gouvernements pour mettre fin à l'épidémie de diabète une fois pour toutes.

[Français]

Je vous remercie.

● (1445)

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Williams, merci, madame Hanson.

Nous passons maintenant aux questions. Il y aura trois tours.

J'aimerais également rappeler à tout le monde que le Comité se réunit dans l'unique but de recevoir des témoignages concernant la réponse du gouvernement à la pandémie de la COVID-19. J'invite les membres du Comité à faire de leur mieux pour s'en tenir à ce sujet.

C'est M. Jeneroux qui commence.

Monsieur Jeneroux, allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de six minutes.

**M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC):** Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui. De plus, certainement de notre côté, nous voulons souligner la Semaine nationale des soins infirmiers et nous remercions le président de ses observations.

Ma première question s'adresse à M. Villeneuve. Existe-t-il un protocole uniforme pour l'équipement de protection individuelle des infirmières au pays?

**M. Michael Villeneuve:** Oui, en théorie, monsieur Jeneroux.

Si nous parlons des conseils qui viennent de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Agence de la santé publique du Canada, par exemple, c'est assez uniforme. Ces conseils sont vraiment très utiles. Le défi, c'est lorsque l'information est acheminée par un certain nombre d'intermédiaires — autorité régionale de la santé, employeur, organisation, gestionnaire au sein d'une organisation —, il semble que c'est là que les choses se gâtent un peu. Ce n'est pas inhabituel dans une fédération, dans une profession qui comprend de multiples catégories réglementées et beaucoup de gens qui l'influencent.

En principe, oui, je crois que c'est assez clair. Nos conseils n'ont pas vraiment changé. Je peux vous dire que, d'après mon expérience dans une unité de soins intensifs neurochirurgicaux, si je vais faire une intervention, l'infirmière et le médecin sont formés pour savoir ce qui est nécessaire pour cette intervention. Nous nous attendons à ce que les employeurs, les gouvernements et chaque personne disposent du matériel nécessaire. On obtient ce dont on a besoin pour l'intervention et on utilise son jugement clinique. Nous pensons que les infirmières sont capables de prendre ces décisions.

Ce qui nous a préoccupés dans certains cas, c'est l'interprétation de ce qui semble être un « si ceci, alors cela » assez simple. Cela s'explique en partie par le fait qu'avec 430 000 infirmières, 13 provinces et territoires et des centaines d'employeurs, cela devient quelque peu un borborygme.

**M. Matt Jeneroux:** La personne à la tête du syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario indique qu'ils ont besoin de neuf millions de masques par semaine. Est-ce seulement en Ontario, ou est-ce plutôt la norme dans tout le pays pour qu'ils restent en sécurité et en bonne santé?

**M. Michael Villeneuve:** Je ne connais pas le nombre exact, monsieur Jeneroux, mais le problème, c'est que généralement, lorsqu'on a tout l'équipement qu'il faut, on le change assez souvent. On ne le porte pas très longtemps. Vous avez vu certaines des photos d'infirmières avec des blessures au visage, par exemple. J'ignore si neuf millions, cela correspond au bon nombre de masques dans chaque province et chaque territoire.

Ce que les médecins et les infirmières, entre autres, nous ont dit, c'est qu'ils étaient inquiets d'utiliser le même équipement de protection individuelle trop longtemps et n'étaient pas sûrs de pouvoir l'utiliser à nouveau. Que se passe-t-il quand on l'enfile et qu'on l'enlève et qu'on fait ce genre de choses en toute sécurité? C'est là que nous entendons, et vous avez probablement entendu la même chose, « on m'a dit de porter le même masque pendant quatre heures », tandis que lorsque j'étais à l'unité de soins intensifs il y a un bon nombre d'années, je le changeais d'une salle à l'autre, tout au long de la journée.

Ce qui nous préoccupe, c'est que les décisions devraient toujours être fondées sur des données probantes et les besoins, et non sur la crainte qu'il y ait un rationnement en cas de pénurie.

**M. Matt Jeneroux:** Comme le président l'a indiqué, nous examinons la réponse du gouvernement à la COVID-19. Évidemment, en prévision de toute autre pandémie potentielle, nous voulons nous assurer que nous faisons tout ce qu'il faut et que nous sommes en mesure de présenter le tout au gouvernement et aux personnes concernées.

Quand votre organisation a-t-elle été contactée pour la première fois par la ministre ou par l'Agence de la santé publique au sujet d'une réponse, qu'il s'agisse de l'équipement de protection indivi-

duelle ou de toute question, à l'époque, à partir de cette période de janvier-février?

• (1450)

**M. Michael Villeneuve:** En fait, c'est moi qui ai fait le premier appel, et je vais dire que c'était environ le 20 janvier. J'aurais dû le vérifier. C'était à peu près à la troisième semaine de janvier. Nous observons la situation et nous nous posons la grande question de nature scientifique: que se passe-t-il ici?

J'ai téléphoné au bureau de la Dre Tam — il se trouve que je suis membre de son comité consultatif de professionnels de la santé — et j'ai demandé si nous pouvions seulement parler à quelqu'un. Dans les 24 heures, j'ai eu une très bonne rencontre avec son équipe, et j'ai posé des questions. Pouvons-nous faire quelque chose? De quelle façon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada peut-elle se rendre utile? Que se passe-t-il selon vous? Dès lors, nos communications avec l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada étaient excellentes.

**M. Matt Jeneroux:** À ce moment-là, nous entendions déjà parler du manque d'équipement de protection individuelle. Est-ce une question que vous avez soulevée lors de l'appel du 20 janvier?

**M. Michael Villeneuve:** La question n'a pas été soulevée lors de ce premier appel, monsieur Jeneroux, mais c'était parce que l'Agence de la santé publique avait dit la même chose que la ministre, ce qui était utile. Lorsque nous avons demandé ce que nous pouvions faire, on nous a répondu « s'il vous plaît, dites-nous ce que les infirmières vous disent de sorte que nous ayons une très bonne idée de ce qui se passe dans les points d'intervention partout au pays ».

Non, il n'en a pas été question au cours de cette toute première conversation, mais je dois dire qu'il en a été beaucoup question dans un grand nombre de conversations par la suite, bien que je constate maintenant que cela semble changer. Nous n'en avons pas entendu parler tout à fait autant au cours des trois ou quatre dernières semaines qu'au cours des quatre premières. Il en est encore question dans certains endroits. Ailleurs, par contre, je peux vous dire que je suis président d'un conseil d'administration d'un hôpital de l'Ontario et que des infirmières m'ont dit qu'elles avaient tout ce dont elles avaient besoin et que ce n'était pas un problème.

Ce qui semble se passer, c'est qu'il y a un manque d'uniformité. Bien entendu, si une infirmière de la Saskatchewan entend dire que les choses sont différentes pour un infirmier au Nouveau-Brunswick, c'est déroutant. Aussi, comme nous l'avons entendu dans un cas, dans une autre province, un ambulancier paramédical et une infirmière se sont présentés pour prodiguer des soins à une personne, peu importe de quoi il s'agissait, et l'ambulancier paramédical portait un masque N95 et on a dit à l'infirmière qu'elle n'en avait pas besoin. C'est ce manque d'uniformité dans les milieux de pratique qui rend les gens anxieux.

**Le président:** Merci, monsieur Jeneroux.

La parole est maintenant à M. Powlowski. Il a six minutes.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Je vous remercie.

Ma première question s'adresse à M. Villeneuve, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

En passant, j'appuie tous vos efforts en ce qui concerne l'équipement de protection individuelle. Je suis urgentologue depuis longtemps et je vous encourage à continuer d'insister sur ce point.

J'aimerais parler des établissements de soins aux malades chroniques et de la situation des personnes qui s'y trouvent. Cette crise a vraiment mis en évidence les circonstances difficiles des employés et des patients de ces établissements, car un grand nombre des décès se sont produits dans ces établissements.

Monsieur Villeneuve, vous avez parlé de la nécessité d'apporter de grands changements. Vous ne l'avez pas mentionné, mais appuyeriez-vous l'appel lancé la semaine dernière par le Syndicat canadien de la fonction publique pour la création d'un programme de soins aux malades chroniques financé par l'État pour toutes les personnes âgées du pays?

**M. Michael Villeneuve:** Oui, car nous affirmons depuis longtemps, monsieur Powlowski, que les soins de longue durée et les soins à domicile, lorsqu'ils sont nécessaires, devraient être fournis selon les besoins et non selon la capacité de payer. Les régimes disparates de prestation des soins à long terme dans notre pays, comme l'une de mes collègues vient de le dire dans son témoignage, n'ont pas donné de bons résultats pour les Canadiens âgés.

Ce qui nous préoccupe, c'est qu'on lancera peut-être immédiatement une enquête ou qu'on se contentera d'injecter plus d'argent dans ce système et d'embaucher plus d'infirmières diplômées ou on adoptera une autre solution de ce genre. Mais nous devrions d'abord prendre du recul et examiner cette population. À quoi ressemblera le vieillissement au Canada? Comme vous le savez, les soins à long terme et les soins aux malades chroniques ne sont pas prodigués seulement dans des établissements traditionnels. En effet, on les prodigue dans les centres communautaires et dans le cadre des soins primaires et des soins prodigués en fin de vie.

Je crois que nous avons obtenu de piètres résultats. Nous devons évidemment les analyser et nous interroger, mais nous devons aussi prendre du recul, approfondir la question et nous demander à quoi ressemblera le vieillissement au Canada au XXI<sup>e</sup> siècle et comment nous servirons les services connexes.

**M. Marcus Powlowski:** Oui, je suis tout à fait d'accord avec vous. Je crois que l'amélioration de la gestion d'une crise comme celle-ci passe par l'amélioration de la prestation des soins aux malades chroniques.

J'aimerais maintenant adresser ma prochaine question à Mme Benard, de la Coalition canadienne de la santé.

Dans le cadre des efforts pour promouvoir la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel et financé par l'État et d'un régime de soins de longue durée universel et financé par l'État, on peut se poser deux questions. Tout d'abord, pouvons-nous nous permettre l'un de ces régimes? Deuxièmement, pouvons-nous nous permettre les deux régimes?

Je ne suis pas économiste, mais je crois comprendre, après l'avoir écoutée, que certains des arguments avancés sont que, d'une part, on peut réaliser des économies d'échelle et que l'achat en gros réduit le coût des médicaments. D'autre part, elle a fait valoir que lorsque les patients prennent leurs médicaments, ils évitent d'aller à l'hôpital et cela coûte moins cher, au bout du compte, que lorsqu'ils ne les prennent pas et qu'ils se retrouvent à l'hôpital — ce qui coûte beaucoup plus cher. On peut supposer qu'un système d'assurance-médicaments financé à l'échelle nationale permettrait également d'utiliser l'argent que beaucoup de gens ne reçoivent pas de leur employeur, parce qu'il est versé dans leur régime d'assurance-médicaments, et de le verser dans un système financé à l'échelle nationale. Ainsi, je pense qu'on peut faire valoir qu'un pro-

gramme d'assurance-médicaments financé à l'échelon national est abordable et peut-être même moins dispendieux.

Qu'en est-il d'un programme universel de soins de longue durée financé par l'État? Un tel programme serait-il abordable? Encore une fois, on peut présumer qu'une partie des fonds qui entrent dans ce système proviennent de l'argent que paient actuellement les gens à mesure qu'ils vieillissent, et s'ils ont de l'argent, ils doivent payer pour être admis dans ces établissements. Pensez-vous que la mise en œuvre d'un programme de soins de longue durée national, universel et public est réalisable sur le plan financier?

• (1455)

**Mme Melanie Benard:** En ce qui concerne le premier point, oui, comme je l'ai dit, un régime d'assurance-médicaments nous permettrait d'économiser environ 5 milliards de dollars par année. Ainsi, nous dépenserions 5 milliards de dollars de moins par année avec un régime d'assurance-médicaments que ce que nous dépensons actuellement en l'absence d'un tel régime. La question n'est pas de savoir si nous pouvons nous le permettre, mais de savoir si nous pouvons nous permettre de nous en passer.

**M. Marcus Powlowski:** Cela signifie que si nous avons un programme national universel d'assurance-médicaments, nous payerions collectivement 5 milliards de dollars de moins que ce que nous payons, au total, par l'entremise des régimes d'assurance de notre employeur, des régimes d'assurance-médicaments et des régimes gouvernementaux qui existent déjà.

**Mme Melanie Benard:** C'est exact. Mais nous n'avons pas calculé ces montants nous-mêmes. En effet, un rapport du directeur parlementaire du budget contenait des estimations prudentes à cet égard. Certaines personnes affirment qu'il s'agirait même de plus de 11 milliards de dollars par année. Je pense que cela dépend des rabais que nous pourrions obtenir sur les médicaments sur ordonnance, mais les économies seraient substantielles. Comme vous l'avez souligné, c'est en partie parce que nous économiserions de l'argent dans d'autres domaines du système de soins de santé, et le gouvernement économiserait donc de l'argent de cette façon.

En ce qui concerne le programme universel de soins de longue durée et de soins à domicile financé par l'État, je ne suis pas économiste non plus, mais je dirais que c'est vraiment une question de priorités. Je crois que nous avons vu les conséquences de l'état actuel des soins de longue durée dans notre pays. Je pense que personne ne trouve cela acceptable. Certaines données préliminaires laissent croire qu'il y a plus de décès dans les établissements de soins de longue durée à but lucratif que dans les établissements à but non lucratif financés par l'État.

Encore une fois, c'est une question de priorités. Je pense que lorsque le gouvernement décidera de s'attaquer à ce problème et d'en faire une priorité — et c'est ce que les personnes âgées méritent vraiment —, nous pourrions alors trouver les fonds nécessaires. Bref, quand on veut, on peut.

**M. Marcus Powlowski:** Ai-je le temps de poser une autre brève question?

**Le président:** Non, vous n'avez pas le temps. Merci, monsieur Powlowski.

La parole est maintenant à M. Thériault. Il a six minutes.

[Français]

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins.

Il serait très intéressant que vous puissiez déposer vos allocutions d'aujourd'hui et, si le voulez, y ajouter des commentaires à la lumière des questions qui vous seront posées.

Ma première question s'adresse au Dr Dorian.

En vous écoutant, je trouvais que votre témoignage glaçait le sang. En cardiologie, on traite un organe vital, il va sans dire. Plusieurs témoins sont venus nous dire que les systèmes de santé qui étaient fragilisés en amont d'une pandémie comme celle que nous connaissons, compte tenu de sa sévérité, se retrouvaient mal en point. Le système, avant cette pandémie, arrivait à peine à bien traiter et soigner les gens.

Je comprends toute votre préoccupation de colliger les informations, mais, selon ce que vous savez aujourd'hui, combien de temps faudra-t-il d'après vous pour rétablir la situation et recommencer à offrir des soins aux patients souffrant de problèmes aigus et chroniques en cardiologie?

• (1500)

**Dr Paul Dorian:** Je vous remercie beaucoup de votre question.

Nous sommes prêts à reprendre immédiatement tous les soins aigus, comme pour un infarctus du myocarde qu'il faut traiter d'emblée. Il est possible de reprendre les traitements dès aujourd'hui, si les patients viennent quand ils sont en crise. En ce qui concerne les problèmes chroniques, les interventions comme les angioplasties non aiguës, les valves et les défibrillateurs, malheureusement, la liste d'attente était assez longue, même avant la crise de la COVID-19. Je ne sais pas combien de temps il faudra exactement parce que nous ne savons pas encore à quel moment nous pourrions reprendre les traitements. En fait, nous reprendrons probablement tout doucement les interventions électives. Cependant, « électives » ne veut pas dire que nous pouvons attendre des années pour faire ce genre d'interventions parce qu'il y a malheureusement des décès parmi les patients qui sont sur une liste d'attente.

Cela dépend un peu du moment où nous pourrions faire plus d'interventions électives que nous en faisons avant la crise de la COVID-19. Autrement, comme on travaillait déjà à 100 % avant la crise, j'avoue que je ne sais pas comment nous pourrions ajouter les patients qui n'ont pas reçu de soins pendant un, deux ou trois mois. Il faudra, au minimum, augmenter de quelques points de pourcentage le nombre d'interventions que nous effectuons, ce qui prendra des mois ou peut-être même des années.

**M. Luc Thériault:** Je ne sais pas si vous êtes au fait de la situation à Montréal, entre autres dans certains centres hospitaliers où il y a eu des éclosions. Je pense notamment à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Est-ce que ces éclosions ne complexifient pas la prestation de soins en cardiologie aux patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19?

**Dr Paul Dorian:** Je suis entièrement d'accord avec vous.

Premièrement, nous avons dû réduire le nombre total d'actes médicaux que nous pouvions effectuer. Nous pouvons nous concentrer davantage sur certains actes, comme l'angioplastie pour les gens en infarctus aigu, mais il a fallu en principe réduire le nombre total d'actes médicaux.

Deuxièmement, nous ne sommes pas encore prêts à rouvrir les portes.

Troisièmement, il y aura un accroissement du nombre de patients en attente, et ce, même une fois que toutes les portes auront été ouvertes.

**M. Luc Thériault:** Devrait-il y avoir un protocole particulier pour rassurer les patients qui ont des rendez-vous dans ces centres hospitaliers où l'on sait qu'il y a eu une éclosion? Devrait-on rediriger ces patients ailleurs? Comment cela va-t-il se passer au cours des prochaines semaines?

**Dr Paul Dorian:** Je suis entièrement d'accord.

Ce que l'on dira au patient en lien avec son rendez-vous variera d'un hôpital ou d'un groupe à l'autre et dépendra de l'endroit et de la charge de travail qu'il est possible ou non d'accomplir.

C'est pour cela que j'ai voulu souligner qu'il fallait, autant que possible, une collaboration entre hôpitaux et centres hospitaliers de toutes les régions du Canada pour savoir exactement où envoyer les patients quand il n'est pas possible de les traiter sur place.

• (1505)

**M. Luc Thériault:** Tout à l'heure, vous sembliez nous dire que cela pourrait se faire assez rapidement. Existe-t-il déjà l'infrastructure informatique nécessaire pour y parvenir? Comment et en combien de temps cela pourrait-il se faire?

**Dr Paul Dorian:** Presque tous les hôpitaux recueillent déjà les données nécessaires. Ces données sont recueillies sur place, mais les hôpitaux, les régions ou les provinces ne les partagent pas.

Le défi est donc de collaborer et de trouver un moyen informatique de partager les données entre hôpitaux. Il faudra y mettre de la volonté, il faudra discuter et il faudra régler les questions de sécurité des données sur les patients. Ces données sont, en principe, personnelles et les patients doivent d'abord permettre de les partager et d'en discuter.

Le problème n'est donc pas tellement que les données ne sont pas recueillies, mais plutôt qu'elles demeurent locales et qu'elles ne font pas l'objet de discussions entre les régions.

**M. Luc Thériault:** Pouvez-vous nous donner un exemple très rapide...

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

La parole est maintenant à M. Davies. Il a six minutes.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Merci, monsieur le président.

J'aimerais également remercier les témoins.

Docteur Dorian, j'aimerais revenir sur le dernier point. Il semble que vous faites partie d'une longue série de témoins qui ont indiqué qu'ils éprouvaient de la frustration en raison du manque de données nationales normalisées. Appuieriez-vous l'appel à un leadership national, soutenu par une législation fédérale, qui viserait à rendre obligatoire la collecte de données nationales normalisées?

**Dr Paul Dorian:** Certainement. Je ne pourrais pas insister davantage sur ce que vous venez de dire.

Permettez-moi de vous donner un exemple précis de frustration. On a beaucoup discuté, par exemple, de notre incapacité à comprendre si les patients... Parlons un peu des crises cardiaques aiguës ou des décès causés par une crise cardiaque. Nous savons, grâce aux endroits qui collectent ces données en temps réel et qui les publient immédiatement, qu'il y a eu une augmentation de l'ordre de 40 % du nombre de personnes qui meurent à l'extérieur d'un hôpital — en Italie, à New York et dans d'autres endroits qui collectent ces données de manière fiable.

Chaque fois qu'une personne décède à l'extérieur d'un hôpital, cette information est recueillie dans les statistiques de l'état civil, parce qu'un certificat de décès est délivré, ou l'information est recueillie par les responsables du service d'urgence. L'information est disponible sous forme électronique dans les quatre heures qui suivent l'incident. Nous savons aussi qu'elle se trouve dans le répertoire de données du système médical d'urgence de chaque municipalité. Lorsque les patients arrivent à l'hôpital, nous savons que des données sont collectées par le service des urgences. Elles sont immédiatement extraites et téléchargées dans un ordinateur. C'est ainsi que nous savons, par exemple, combien de patients sont atteints de la COVID-19 à tout moment. En ce qui concerne les patients qui sont admis à l'hôpital, nous disposons de ces données en quelques semaines, mais nous pourrions éventuellement les obtenir en quelques jours.

Le problème, ce n'est pas que des personnes très qualifiées ne collectent pas les données, mais plutôt que ces données ne sont pas agrégées. En effet, l'incapacité d'agrèger les données en 2021 est moins un problème lié à l'informatique qu'un problème lié à la volonté de partager les données et à la capacité de briser le cloisonnement lié à la réglementation et à la protection de la vie privée. Nous devons évidemment être conscients de la nécessité de protéger la vie privée, mais l'univers de la protection de la vie privée du XXI<sup>e</sup> siècle nous permet de le faire.

**M. Don Davies:** Je présume que vous parlez également des métadonnées. Nous pouvons sûrement trouver un moyen d'extraire des données brutes anonymisées afin d'avoir accès aux nombres bruts et de protéger la vie privée.

**Dr Paul Dorian:** Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Pour vous donner un exemple de métadonnées, ces deux derniers jours, j'ai reçu des métadonnées — qui ne sont pas protégées par le droit à la vie privée — de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec. Elles proviennent de collègues, mais je dois manifestement me connecter à Internet, passer des appels téléphoniques et envoyer des courriels.

Les nombres que je vous ai fournis sont exacts pour les 72 dernières heures, mais une personne qui envoie des courriels n'est pas un moyen très efficace de collecter des données, comme vous pouvez l'imaginer.

**M. Don Davies:** Je vous remercie.

Madame Benard, une analyse du *Toronto Star* publiée il y a deux jours à peine sur les données publiques concernant les établissements de soins de longue durée en Ontario a révélé que les résidents des établissements de soins à but lucratif de l'Ontario sont beaucoup plus susceptibles d'être infectés par la COVID-19 et d'en mourir que ceux qui vivent dans des établissements à but non lucratif et des établissements financés par l'État et gérés par les municipalités. Dans les établissements touchés par une écloison, on a constaté que les résidents des établissements à but lucratif sont en-

viron deux fois plus à risque de contracter la COVID-19 et d'en mourir que les résidents des établissements à but non lucratif, et environ quatre fois plus à risque d'être infectés et de mourir du virus que ceux qui vivent dans un établissement municipal financé par l'État.

À votre avis, quels facteurs peuvent expliquer ces différences?

• (1510)

**Mme Melanie Benard:** Ce sont les données auxquelles je faisais allusion et qui laissent croire que les établissements à but lucratif présentent des taux de mortalité plus élevés dans leurs centres de soins de longue durée.

Un exemple évident est celui des niveaux de dotation. En effet, même dans le meilleur des cas, lorsque les entreprises tentent d'accroître leurs profits et qu'elles doivent rendre des comptes à leurs actionnaires, l'un des moyens les plus faciles de réduire leurs coûts est de maintenir un ratio de dotation moins élevé et un effectif réduit en tout temps. Nous avons entendu parler d'équipement et de fournitures entreposés sous clé, de sorte que les membres du personnel ne peuvent pas y accéder pour des tâches de base, comme le nettoyage, la toilette et l'hygiène personnelle. Là encore, il s'agit d'une tentative d'augmenter les profits et de réduire les dépenses dans ces établissements à but lucratif. C'est ce qui se passe en temps normal. On peut seulement présumer que ces problèmes seront exacerbés en temps de crise comme celle que nous vivons actuellement.

**M. Don Davies:** Je me demande si nous avons accès à une expérience internationale à cet égard.

Une étude récente de l'International Long Term Care Policy Network, un réseau international qui s'occupe de politiques en matière de soins à long terme, a révélé que le Canada présente la plus forte proportion de décès dans les établissements de soins de longue durée parmi 14 pays comparables, dont la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, l'Irlande et la Norvège. Le Dr Brian Goldman, de l'émission *White Coat, Black Art*, à CBC, a indiqué que cette statistique devrait rendre les Canadiens fous de rage.

**Mme Melanie Benard:** C'est une bonne question.

Dre Pat Armstrong, l'une des principales expertes en matière de soins aux personnes âgées au Canada, fait partie de notre conseil d'administration. Elle serait donc mieux placée que moi pour répondre à cette question. L'automne dernier, elle a publié un livre dans lequel elle examine la privatisation des soins aux personnes âgées dans plusieurs pays.

Je sais que la Norvège est un bon exemple à suivre. En effet, les Norvégiens ont réussi à réintégrer les soins de longue durée dans le système public après les avoir privatisés pendant longtemps. Je suppose que cette situation est attribuable en grande partie aux nombreuses grandes chaînes à but lucratif du secteur privé qui ont pris la relève dans ce domaine au Canada.

**Le président:** Merci, monsieur Davies.

C'est ce qui termine la première série de questions. Nous entamons maintenant la deuxième série de questions.

Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

**M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui. Je vous suis très reconnaissant.

Monsieur Williams, vous savez que le diabète est un facteur qui contribue à environ 41 000 décès par année au Canada. Les membres de notre comité ont entendu à de nombreuses reprises que les recherches en santé ont été mises en veilleuse, surtout depuis qu'on met l'accent sur la COVID-19. En fait, certains essais cliniques ont été interrompus pour une durée indéterminée.

Avez-vous des inquiétudes en ce qui concerne l'avenir de la recherche sur le diabète?

**M. Russell Williams:** Oui, nous sommes très inquiets quant à notre capacité de continuer de soutenir la recherche. Comme vous le savez, nous nous sommes engagés à faire progresser la recherche sur le diabète, et nous collaborons avec un certain nombre de partenaires de recherche dans ce but. Étant donné qu'il y a une baisse du soutien privé et public, l'environnement de recherche et le maintien de nos acquis nous préoccupent beaucoup.

Tout le monde s'efforce de surmonter cette situation, mais puisque 2021 marquera le 100<sup>e</sup> anniversaire de la découverte de l'insuline, c'est le moment où nous devrions nous concentrer sur le maintien du soutien à la recherche sur le diabète par l'entremise de partenariats. Nous avons d'ailleurs un excellent partenariat avec les IRSC. Nous avons également d'excellents partenariats avec des entreprises privées et des donateurs privés. Toutefois, tout cela est menacé en raison de l'impact économique négatif de la COVID-19.

• (1515)

**M. Robert Kitchen:** La semaine dernière, nous avons entendu le Dr Wouters de SoinsSantéCAN, qui a déclaré que 80 % de son personnel n'est toujours pas en mesure de poursuivre des recherches essentielles sur les maladies cardiovasculaires, les maladies rares, le diabète et de nombreuses autres maladies qui tuent la majorité des Canadiens. Cela s'explique en partie par le fait que la formation est entièrement dispensée dans les hôpitaux et qu'ils n'ont pas accès aux avantages offerts par les programmes qui ont été mis en oeuvre.

Vos chercheurs vous ont-ils dit qu'ils éprouvent des problèmes de financement lorsqu'ils travaillent dans les hôpitaux?

**M. Russell Williams:** Nous en entendons parler, et nous parlons à ces chercheurs assez fréquemment. Nous tentons de déterminer l'impact de la situation actuelle à l'échelle du pays, car je crois que différentes personnes ont été touchées de différentes façons. Nous réunissons plusieurs dirigeants principaux dans ce domaine pour discuter de cet enjeu et mieux le comprendre. Je pourrais vous transmettre certaines de nos données après la réunion.

**M. Robert Kitchen:** Je vous remercie.

J'aimerais poser une dernière brève question.

J'ai remarqué qu'il y avait des problèmes, par exemple, causés par des pénuries de ramipril et de métformine, des médicaments très utilisés par les personnes qui souffrent de diabète de type 1 et de type 2. Êtes-vous au courant d'autres pénuries de médicaments préoccupantes?

**M. Russell Williams:** Au début de la pandémie actuelle, nous avons commencé à entendre des préoccupations à cet égard. En effet, certaines personnes qui envisageaient de passer du temps en isolement et en confinement étaient anxieuses. Nous avons très rapidement commencé à surveiller la situation de près. Nous avons parlé aux intervenants de Santé Canada, aux fournisseurs, aux distributeurs et aux pharmaciens, et des gens se penchent sur la question.

J'aimerais demander à Mme Hanson d'ajouter des commentaires, mais nous pensons qu'à ce stade, ce n'est pas un problème. Quelques pharmacies ont éprouvé certains problèmes, mais la situation semble se stabiliser pour certains des médicaments visés.

**M. Robert Kitchen:** Très bien.

Pardonnez-moi, madame Hanson, mais pourriez-vous communiquer cette observation à notre comité. Il me reste peu de temps, et je tenais seulement à pouvoir poser d'autres questions.

Monsieur Villeneuve, je suis bien reconnaissant de votre participation. Quand j'ai rencontré la femme qui allait devenir ma conjointe, elle était infirmière aux soins intensifs et faisait partie de l'équipe affectée à l'ambulance aérienne de Sunnybrook, en Ontario. Elle a beaucoup d'expérience et elle a consacré beaucoup de temps à sa formation, tout comme moi. Je suis conscient de toute la formation donnée à nos soignants, notamment en soins de longue durée.

La ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées a dit:

En collaboration avec les associations des personnels de foyers pour aînés du Canada, nous pourrions mettre au point une sorte de formation accélérée à l'intention de personnes qui n'occupent pas ce genre d'emploi — qui sont chez elles et sans emploi — pour qu'elles puissent s'acquitter des tâches les moins complexes à accomplir dans ces établissements.

Qu'en pensez-vous et en quoi cette déclaration s'appliquerait-elle aux soignants de ces établissements de soins de longue durée.

**M. Michael Villeneuve:** Merci. Comme je suis également un ancien de Sunnybrook, j'aime bien ce rappel du travail de votre épouse là-bas.

Je pense que nous voulons éviter de mettre des employés ou des résidents en danger. Le danger du cours accéléré est d'exposer les résidents à la COVID ou de la faire contracter par les personnes formées. Pour les tâches simples, comme celles d'un bénévole qui pousse un résident en fauteuil de sa chambre à la salle à manger commune, c'est plein de bon sens. Mais, si on écourté l'initiation et la formation en quelque chose d'aussi important que les soins continus et très complexes, la prudence s'impose.

**Le président:** Merci, monsieur Kitchen.

Madame Sidhu, vous disposez de cinq minutes.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins.

Je tiens à signaler que nous sommes dans la Semaine nationale des soins infirmiers et à remercier les milliers d'infirmières de première ligne qui protègent les Canadiens.

Monsieur Williams et madame Hanson, je suis heureuse de vous rencontrer et je tiens vraiment à remercier votre organisation, de Diabète Canada, pour son travail pour les diabétiques du Canada.

Madame Hanson, il y a quelques semaines, nous avons organisé un cyberséminaire pour ces personnes, pendant lequel nous avons reçu de patients beaucoup de questions et de commentaires sur le risque accru de complications du diabète, du fait de la COVID-19. Ces patients craignaient une protection inégale de leur santé par les différentes mesures instituées par les provinces et les territoires pour les diabétiques du Canada.

Comment nous assurer qu'on ne relâche pas les efforts pour les protéger, vu les circonstances difficiles? Croyez-vous que l'intensification des soins virtuels aide les patients? M. Williams a dit qu'il reçoit des appels de patients en soins de longue durée. Que pensez-vous de tout ça?

• (1520)

**Mme Kimberley Hanson:** Merci beaucoup pour cette question. Nous vous savons toujours gré de votre appui dans la lutte contre le diabète.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration, nous savons que le diabète est une maladie qui, comme la COVID, profite vraiment d'une mauvaise santé préexistante. L'intervention contre la COVID tout en protégeant la santé des diabétiques exigera essentiellement de s'attaquer à des problèmes comme l'insécurité alimentaire et celui de l'emploi, dans un sens général, et de ne pas obliger les patients à choisir entre se procurer des médicaments et nourrir leurs enfants. Nous savons que l'intensification de certains moyens comme la santé virtuelle, comme nous l'avons fait, par nécessité, ces derniers mois, peut rendre les soins beaucoup plus accessibles à tous les Canadiens, sans égard à l'endroit où ils vivent, et elle peut réduire considérablement les temps d'attente. Tout dernièrement, j'ai pris rendez-vous avec mon spécialiste au téléphone. Au lieu de plus d'une heure, il n'a fallu que 10 minutes, et ç'a été extrêmement utile. C'est une formule que nous pourrions implanter.

Actuellement, les leçons essentielles à retenir sont que plus les provinces coordonneront leurs actions, en s'instruisant mutuellement de leurs pratiques exemplaires, en multipliant les données, en les analysant et en les employant dans la prise de décisions sur les soins, meilleurs seront les soins et leurs résultats pour les Canadiens. Comme vous le savez, notre stratégie nationale Diabète 360° s'adosse sur tous ces moyens.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Je questionne maintenant l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Comme nous le savons, des éclosions surviennent dans les centres de soins de longue durée. Un exemple, dans la circonscription de Brampton-Sud, est le Grace Manor, des Holland Christian Homes. La pénurie de personnel, cette année, fait qu'on a demandé et obtenu l'aide des Forces armées canadiennes en cet endroit.

Votre association a réclamé des changements en profondeur dans les soins de longue durée. Dites-moi comment le gouvernement fédéral peut collaborer avec les provinces, les territoires, des organisations comme la vôtre et d'autres, encore, pour assurer l'aide d'un plus grand nombre d'infirmières dans nos établissements, parce que nos personnes âgées méritent des soins de qualité.

**M. Michael Villeneuve:** Merci beaucoup pour cette excellente question.

Il est difficile de condenser en quelques minutes la réponse à un problème très complexe, mais voici quelques idées. D'abord, les Canadiens ainsi que, certainement, les infirmières et notre association réclament du gouvernement fédéral une direction ferme, et, traditionnellement, ce gouvernement a été rassembleur, un rôle nécessaire et dont il s'est bien acquitté. La perspective de discuter encore cinq années nous rend méfiants, parce que nous dénonçons beaucoup de ces problèmes depuis bon nombre d'années, et que certains sont aussi faciles à corriger que la chambre à quatre lits ou la toi-

lette commune à deux chambres. La maladie s'y propage comme une traînée de poudre.

Certains de ces endroits sont vieux, démodés. S'il fallait moderniser la notion de soins de longue durée... Dans les établissements comme l'Hôpital pour enfants et beaucoup d'autres, ce problème impose essentiellement la formule des chambres simples. L'infrastructure des soins de longue durée a un air de 1955. Elle est restée figée. C'était peut-être parfait à l'époque où les résidents se promenaient bien mis et allaient faire leurs courses en auto, mais c'est une époque révolue.

Nous nous tournons vers le gouvernement fédéral pour ses qualités de rassembleur et l'affirmation de règles du jeu et de normes identiques à la grandeur du pays. En ma qualité de Canadien, à quoi dois-je m'attendre en Saskatchewan comme au Nouveau-Brunswick? À des normes répondant aux attentes et élaborées avec un esprit rassembleur.

• (1525)

**Le président:** Merci, madame Sidhu.

Monsieur Webber, vous disposez de cinq minutes.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Merci, monsieur le président. Je vous souhaite à vous tous une heureuse Semaine nationale des soins infirmiers, en reconnaissance de tous les héros du moment, nos infirmières et nos soignants.

Docteur Dorian, vous avez dit, dans votre exposé, que des opérations de remplacement de valves du cœur, de défibrillation et ainsi de suite avaient été notablement retardées, sinon annulées. Des malades du cœur sont-ils morts parce qu'on a privilégié le traitement des patients souffrant de la COVID-19?

**Dr Paul Dorian:** Oui, tout simplement. Nous n'avons pas les chiffres précis, mais nous connaissons un certain nombre de cas. Pas plus tard qu'hier, j'ai appris d'un confrère de l'hôpital de Sunnybrook, qui est chargé des données de l'Ontario, que quatre patients de la liste d'attente étaient morts le mois dernier. C'est donc oui.

Malheureusement, c'était de grands malades. Nous faisons très attention quand nous employons l'expression « intervention non urgente », c'est-à-dire nécessaire, mais pas immédiatement, par exemple pour quelqu'un qui a subi une crise cardiaque aiguë, quelqu'un à l'article de la mort. Normalement, l'intervention devrait avoir lieu dans quatre à huit semaines, et ces patients sont susceptibles de traîner des mois et même plus sur une liste d'attente.

**M. Len Webber:** Nous entendons souvent ce constat. Même dans le domaine des dons de tissus et d'organes auquel je me consacre, ces remises à plus tard sont parfois mortelles, et c'est simplement scandaleux.

Vous avez effleuré la question de la recherche dans votre exposé et les conséquences de la COVID-19 pour les patients souffrant du cœur. Pouvez-vous parler un peu de la recherche actuelle, dont vous auriez reçu les échos, sur les effets à long terme de la COVID sur le cœur?

**Dr Paul Dorian:** Que de belles questions! Indéniablement, nous voudrions aider nos patients à comprendre les conséquences à court et à long terme de la COVID sur le cœur. Nous savons que les cardiaques sont plus susceptibles d'être plus malades et, malheureusement, de succomber à la COVID. Bien sûr, c'est connu.

Nous savons aussi qu'une proportion importante de malades de la COVID, une minorité peut-être, mais nombreuse, n'éprouve pas seulement des problèmes respiratoires — respiration difficile, problèmes pulmonaires — mais elle développe des lésions aiguës au cœur, une myocardite. La COVID peut causer au moins cinq ou six de ces problèmes au cœur.

Mais nous ignorons encore, en sus de la meilleure façon de soigner le cœur pendant la COVID, les conséquences à long terme de la maladie, les signes à découvrir et le traitement à accorder aux patients pour prévenir l'aggravation de leur problèmes du cœur, après leur congé de l'hôpital. Pour les connaître, des travaux de recherche se poursuivent au Canada, sous le parrainage de la Société canadienne de cardiologie, et, bien sûr, dans le reste du monde.

Puis-je souligner que la seule façon de faire ce travail est d'accéder rapidement à toutes les données nécessaires pour répondre à ces questions, sinon nous sommes extrêmement inefficaces quand nous étudions les cas un par un.

**M. Len Webber:** Merci pour ces réponses.

Madame Hanson, vous avez aussi parlé de recherche et de la probabilité trois fois plus grande, pour les diabétiques, de mourir de la COVID.

Vous avez parlé de premières recherches. Pouvez-vous en dire plus à ce sujet, sur ce que vous avez entendu dire de ces recherches sur le diabète et des effets de la COVID-19 sur les diabétiques?

**Mme Kimberley Hanson:** Nos données, nous les obtenons très tôt. Malheureusement, certaines d'entre elles ne permettent pas de distinguer le type de diabète, 1 ou 2. La recherche ne nous fait pas bénéficier de données bien catégorisées sur le nombre de complications éprouvées par les patients, leur âge, peut-être et ainsi de suite.

Mais dans les pays frappés avant le nôtre par la pandémie, qui a pu ainsi y évoluer plus longtemps, les observations révèlent que le diabétique qui attrape la COVID est plus susceptible d'éprouver l'hypercytokinémie qui peut résulter du type de COVID nécessitant l'hospitalisation, beaucoup plus susceptible de se retrouver en unité des soins intensifs que le non-diabétique et, en conséquence, d'y succomber. Il nous faut en apprendre beaucoup plus sur ce phénomène pour en comprendre toute la signification.

Notre message aux Canadiens diabétiques est clair: Inutile de s'affoler tout de suite. Il suffit de prendre des précautions comme tous les Canadiens, pour réduire le risque d'attraper la COVID-19. Mais il importe de reconnaître que le diabète prédispose davantage à une issue malheureuse de la maladie si on l'attrape.

• (1530)

**Le président:** Merci, monsieur Webber.

Monsieur Van Bynen, vous disposez de cinq minutes.

**M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.):** Je pose ma première question à Mme Benard, de la Coalition canadienne de la santé.

L'effet dévastateur de la COVID-19 nous a révélé la nécessité d'un changement radical dans les soins de longue durée. Votre organisme envisagerait des normes nationales pour les établissements qui donnent ces soins. Que proposeriez-vous pour édicter et mettre en œuvre ces mesures, vu le nombre de champs de compétences régissant les soins de santé et ceux de longue durée?

**Mme Melanie Benard:** Merci pour la question. Elle est complexe en raison de la superposition des champs de compétences.

Comme nous l'avons constaté dans d'autres domaines de la santé, le rôle fédéral est vraiment essentiel. La Loi canadienne sur la santé énonce les critères que les provinces doivent respecter pour avoir droit au financement fédéral. Il n'y a pas de raisons qui empêcheraient de faire de même pour les soins de longue durée, d'y affecter précisément des fonds et de rendre l'accès des provinces à ces fonds conditionnels au respect de ces normes nationales.

**M. Tony Van Bynen:** Je comprends, et nous avons beaucoup entendu parler de financement.

Ma crainte est que nous semblons privilégier les changements d'organigramme, pour améliorer les lignes de communication pour des choses comme la fourniture, à l'échelle nationale, d'équipement de protection individuelle. Est-ce nécessaire pour la prestation plus efficace de soins, particulièrement en situation d'urgences nationales, pendant une pandémie? Comment s'y prendre pour les mettre en œuvre?

**Mme Melanie Benard:** C'est une grande question. Les normes que nous réclamons pour les soins de longue durée et les soins à domicile seraient des principes généraux que, comme je l'ai dit, les provinces seraient tenues de respecter. L'application de ces principes à un niveau opérationnel se ferait, des plus probablement, à l'échelle de la province ou de la municipalité. Nos paramètres seraient les niveaux de dotation en personnel et le nombre quotidien d'heures de soins directement prodigués à chaque résident. Voilà le genre de principes et de critères généraux qu'on pourrait mettre en œuvre à l'échelon fédéral.

**M. Tony Van Bynen:** Ma prochaine question s'adresse à M. Villeneuve.

De nombreux infirmiers et infirmières apportent leur aide en première ligne dans le cadre de programmes de télésanté provinciaux, par exemple. J'aimerais avoir votre opinion au sujet de l'annonce qu'a faite récemment le premier ministre concernant l'expansion des soins virtuels durant la pandémie et savoir dans quelle mesure des initiatives de la sorte contribuent à aider les infirmiers et les infirmières et d'autres professionnels de la santé à l'heure actuelle.

**M. Michael Villeneuve:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Van Bynen.

C'est fantastique de voir — en tant qu'observateur, et encore plus en tant qu'infirmier — la rapidité avec laquelle nous avons été en mesure de faire cette transition. Lorsque nous avons mené un sondage auprès de nos membres, nous avons constaté que 70 % d'entre eux avaient adopté les soins virtuels. Nous savons depuis assez longtemps, dans le milieu des soins infirmiers, que les lignes d'information, les soins et les modèles de soins gérés par des infirmiers et des infirmières sont très appréciés par le public et donnent d'excellents résultats. Ils sont aussi bons, sinon meilleurs, que les modèles traditionnels, leur coût est équivalent ou moindre et ils satisfont le public. Nous encourageons fortement l'expansion des soins virtuels.

Nous ne sommes pas suffisamment nombreux pour tout faire, alors cela nous permet de voir davantage de patients. Nous devons écourter les visites, alors, nous sommes tout à fait en faveur d'une telle initiative. L'un des problèmes, toutefois, qui a été porté à notre attention par nos membres, c'est qu'il est nécessaire de disposer d'une largeur de bande raisonnable, ce qui pose des difficultés un peu partout au pays.

Une de nos infirmières au Nunavut, par exemple, nous a expliqué que, durant une seule rencontre Zoom, ils utilisent là-bas toute la bande passante à laquelle ils ont droit pour un mois, et ensuite, ils doivent payer pour chaque minute. Il y a des choses à mettre en place, mais nous préconisons vivement l'expansion des soins virtuels.

• (1535)

**M. Tony Van Bynen:** Merci.

Ma question s'adresse au Dr Dorian.

Je comprends que vous souhaitez faire en sorte que nous disposions d'indicateurs avancés. À quel type d'obstacles organisationnels faites-vous face lorsque vous souhaitez obtenir des données que vous voulez commencer à utiliser comme indicateurs avancés, afin que nous puissions être davantage proactifs en ce qui a trait aux changements que nous observons?

**Dr Paul Dorian:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Van Bynen. C'est une question très importante.

Le seul organisme canadien qui, à ma connaissance, est autorisé à recevoir des données provenant des provinces est l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. Les provinces n'ont pas toutes les mêmes stratégies de collecte de données auprès des hôpitaux et des cabinets et de production de données agrégées. L'ICIS est un organisme très efficace, mais il y a certaines limites à ce qu'il peut faire, notamment fournir des données juste à temps. Il est en mesure de le faire pour la COVID, mais il serait utile qu'il le fasse avec d'autres types de données. Certaines limites sont attribuables à la réglementation, comme la difficulté de transmettre des données d'une province à l'autre. Au sein d'une même province, il y a différents types de problèmes, qui sont liés à la protection des renseignements personnels.

Le fait est que les dépositaires des données sont les organismes qui possèdent ces données. Par exemple, des données sur les soins cardiaques dans le contexte de la COVID sont recueillies par des ambulanciers, comme je l'ai mentionné plus tôt, et stockées dans des systèmes de données médicales d'urgence. L'interopérabilité de ces systèmes n'est pas très grande, mais le principal problème n'est pas l'interopérabilité, c'est le fait que les dépositaires de données ne sont pas en mesure de communiquer entre eux pour se transmettre les données. Ils estiment ne pas avoir la capacité de communiquer les données compte tenu de la réglementation et des règles en matière de protection des renseignements personnels.

**M. Tony Van Bynen:** Merci.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Van Bynen.

La parole est maintenant à M. Thériault pour deux minutes et demie.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Dorian, certains enfants retournent à l'école et seront donc exposés à de potentielles sources de contamination à la COVID-19. Sur le site Web de Coeur + AVC, on explique que certains symptômes associés au syndrome de Kawasaki peuvent être similaires à ceux causés par la COVID-19 et qu'il n'est pas toujours facile de distinguer les deux maladies. Le traitement standard du syndrome de Kawasaki a été utilisé en Europe pour la COVID-19 et certains médecins pensent que ce traitement pourrait même être utile dans le cas de la COVID-19. Qu'en pensez-vous?

**Dr Paul Dorian:** Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

Pardonnez-moi, mais je vais répondre en anglais pour être plus bref et plus précis. Je m'en excuse, mais je le fais par souci d'exactitude et de concision.

La maladie de Kawasaki est une maladie rare qui touche le cœur. Elle cause ce qu'on appelle un anévrisme d'une artère coronaire et parfois l'inflammation de la membrane qui enveloppe le cœur. Comme les cas sont très rares au Canada, nous ne savons pas exactement quels sont les meilleurs traitements, particulièrement lorsque cette maladie est associée à la COVID. Normalement, on la traiterait à l'aide de stéroïdes, comme la cortisone. Nous n'avons toutefois absolument aucune idée si ce traitement fonctionnerait chez un patient atteint de la COVID. D'après les premiers rapports publiés en Chine, où ce traitement a été utilisé, il est possible que ce traitement soit néfaste pour les patients atteints de la COVID.

Malheureusement, le corps médical est un peu dans le noir. Nous sommes bien attristés que des enfants soient touchés par cette maladie, mais, étant donné que les cas sont rares, nous ne disposons pas de bonnes données pour nous guider sur le plan du traitement.

Si je puis me permettre, je dirais qu'il s'agit là d'un autre exemple d'une situation où les pédiatres ou les médecins qui traitent des adultes, afin de donner les meilleurs conseils possibles à leurs patients, doivent absolument avoir accès aux données les plus complètes, exactes et actuelles sur tous les aspects de la COVID, afin que nous puissions produire des données agrégées, et ne pas nous fier uniquement sur notre petite expérience individuelle.

• (1540)

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

La parole est maintenant à M. Davies pour deux minutes et demie.

**M. Don Davies:** Merci.

Docteur Dorian, nous avons déjà mentionné qu'il y avait eu des décès en raison de chirurgies cardiaques qui n'ont pas été effectuées. Le Réseau universitaire de santé de Toronto a estimé récemment que 35 personnes, en Ontario uniquement, sont peut-être décédées parce que la chirurgie cardiaque qu'elles devaient subir n'a pas eu lieu. Nous savons que des milliers d'opérations ont été reportées ou annulées pour s'assurer que les hôpitaux aient la capacité nécessaire dans les unités de soins intensifs advenant une forte augmentation des cas de COVID-19.

Compte tenu de cette estimation, croyez-vous que nous avons trouvé le juste équilibre entre maintenir les soins essentiels pour les patients non atteints de la COVID-19 et s'assurer que les hôpitaux aient la capacité de soigner les patients atteints de la COVID-19?

**Dr Paul Dorian:** C'est une question très importante dont nous discutons beaucoup, monsieur Davies.

En rétrospective, je pense qu'il aurait été raisonnable de prévoir une moins grande capacité de pointe et de maintenir certains traitements, mais je ne veux absolument pas critiquer les responsables de la planification des soins de santé et les agences publiques. Je pense que le milieu médical a fait de son mieux avec l'information dont il disposait.

Ce qui est très important, c'est que nous disposions de plans fiables pour l'avenir. Je pense que nous comprenons beaucoup plus de choses qu'il y a huit semaines. Il ne s'est pas écoulé beaucoup de temps depuis le début de la pandémie.

Ce qui est très important pour l'avenir, c'est que nous utilisions toute l'information que nous pouvons obtenir. Plus nous obtenons de renseignements, mieux nous pourrions prévoir les conséquences de procéder à ce qui s'impose, comme nous en convenons tous, je crois, c'est-à-dire augmenter les chirurgies cardiaques et d'autres interventions nécessaires, les opérations pour un cancer et d'autres types d'interventions chirurgicales.

Il ne sera pas nécessairement facile de trouver le juste équilibre, mais il sera plus facile d'y parvenir si nous disposons des données les plus fiables et complètes possible. Il n'est pas seulement question des deux ou trois prochains mois, car je pense qu'il y a tout lieu de croire que nous allons devoir maintenir cet équilibre délicat pendant des mois et peut-être même des années.

Cette situation met une certaine pression sur les responsables de la santé publique et les épidémiologistes, alors nous avons besoin plus que jamais de données locales et de données fondées sur des faits et des preuves aux fins de la planification des soins de santé.

**M. Don Davies:** Merci.

J'ai une petite question à l'intention de M. Villeneuve.

Au Canada, environ combien de membres du personnel infirmier ont été atteints de la COVID-19 à ce jour?

**M. Michael Villeneuve:** Je ne connais pas le chiffre aujourd'hui, mais je pourrai vous le faire parvenir.

Il va sans dire que toute infection nous préoccupe. Ici, en Ontario, il semble que c'est dans le secteur des soins de longue durée que les travailleurs de soutien ont été touchés indûment. Cependant, nous travaillons avec l'Association médicale canadienne, comme je l'ai dit, et l'Institut canadien d'information sur la santé pour essayer de réunir ces données et de les divulguer de façon fiable.

Comme vous pouvez l'imaginer, voici un de nos problèmes: le travailleur a-t-il contracté la maladie au travail? Sinon, le virus a-t-il été transmis par un enfant à l'extérieur du travail? Comment allons-nous établir une distinction entre ces résultats?

Je vais vérifier l'information, et nous soumettrons notre mémoire cette semaine.

**Le président:** Merci.

C'est ce qui met fin au deuxième tour. Nous entamons maintenant le troisième tour avec Mme Jansen.

Madame Jansen, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC):** Merci infiniment.

J'aimerais adresser ma première question au Dr Dorian.

Comme vous l'avez dit, toutes ces données sont déjà recueillies, mais nous n'y avons pourtant pas accès. En cette époque où tout le monde se soucie de prendre des décisions fondées sur la science, il peut sembler surprenant que nous n'ayons pas accès à ces renseignements. Bien sûr, c'est d'autant plus étonnant que le rapport sur le syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS, qui a été publié en 2006, indiquait clairement que nous avons besoin d'un système coordonné d'échange d'information en temps réel pour faciliter le sui-

vi des cas dans une situation semblable. Même ici, en Colombie-Britannique, nous sommes en présence d'une surmortalité qui ne peut être attribuable à la COVID-19. Ce genre de données nous aiderait à mieux comprendre si notre réponse à l'écllosion était convenable.

Pensez-vous que certaines régions hésitent à communiquer leurs données, peut-être par crainte des questions de responsabilité?

• (1545)

**Dr Paul Dorian:** Je doute qu'il y ait forcément une crainte d'échanger des données pour des raisons de responsabilité, mais, chose certaine, il y a beaucoup de questions légitimes sur leur confidentialité.

Je pense que les gestionnaires des données, c'est-à-dire les personnes qui détiennent les renseignements au sein des hôpitaux, des régions, des provinces ou des organismes, comme les systèmes de soins médicaux d'urgence, se préoccupent à juste titre de transmettre leurs données, y compris l'information sur les patients, sans avoir la garantie qu'elles resteront confidentielles. Une des inquiétudes se rapporte à la protection des renseignements personnels. L'interopérabilité des données en est une autre.

Il y a une troisième source de préoccupation, qui est plutôt une contrainte. En fait, les données ont tendance à être traitées en vase clos au sein des administrations, et nous n'avons tout simplement pas les structures nécessaires en place aujourd'hui. J'estime qu'il faut vraiment se doter d'une structure globale à l'échelle provinciale ou fédérale qui réunira tous ces gestionnaires. Ils pourront ainsi travailler ensemble, et se confier mutuellement leurs données, de façon à ce que les informations soient réunies à un seul endroit.

Nous savons que c'est possible sur le plan technique. Les obstacles relèvent des champs de compétence et de l'informatique.

**Mme Tamara Jansen:** Formidable. Merci beaucoup.

J'ai une question pour Mme Benard.

Vous avez laissé entendre que les établissements publics de soins de longue durée offrent de meilleurs services que les établissements privés. Il y a quelques réunions, Amanda Vyce, du Syndicat canadien de la fonction publique, a fait une déclaration radicale similaire que j'ai également remise en cause.

Je me demande sur quels faits scientifiques vous vous basez pour soutenir une telle chose, d'autant plus que le Dr Dorian vient de nous dire qu'il n'existe aucun système pancanadien de collecte de données pour appuyer vos dires. Est-ce le genre de situation où vos propos deviendront vrais si vous les dites assez souvent et assez fort? Ici, en Colombie-Britannique, un établissement privé de soins de longue durée a interdit l'entrée aux infirmières en santé publique parce que notre autorité régionale de santé ne leur a remis que deux masques et deux paires de gants pour le mois.

Visiblement, le défi que les établissements de soins de longue durée doivent relever est bien plus complexe que la seule appartenance au réseau public ou privé. L'accès à l'équipement de protection individuelle a été un des fiascos les plus lamentables avec lesquels notre autorité sanitaire a dû composer. Notre Réserve nationale de secours a été très mal gérée, de sorte que toutes les infirmières et le personnel de soins de longue durée ont eu beaucoup de mal à se protéger et à protéger leurs patients de l'infection.

La protection de nos aînés devrait être notre priorité absolue. Pensez-vous que l'article du *Toronto Star* que vous avez cité a été révisé par suffisamment de pairs pour extrapoler l'information et faire une déclaration aussi radicale?

**Mme Melanie Benard:** Avec tout le respect que je vous dois, j'ai dit que le fait qu'un établissement soit privé et à but lucratif, ou public et à but non lucratif constitue un facteur de soins de meilleure qualité. Ce n'est pas uniquement fondé sur l'article du *Toronto Star* que M. Davies a cité plus tôt, mais bien sur des dizaines d'années de recherche universitaire. Le bureau pour la défense des aînés de la Colombie-Britannique a également publié un rapport un mois avant le début de la crise de la COVID, je crois, et il semble...

**Mme Tamara Jansen:** Par conséquent, ce n'est pas simplement attribuable à la différence entre le privé et le public. Je vous en remercie. C'est ce que j'espérais entendre. Excellent.

J'aimerais poser une question à M. Villeneuve.

En ce qui a trait à Télésanté, j'ai déjà essayé de téléphoner pour obtenir des résultats d'examen, et je dois toujours me déplacer au bureau du médecin pour recevoir mes résultats en raison de la facturation. De plus, lorsque j'avais mes enfants et que je devais aller à l'urgence, si j'appelais pour vérifier la nécessité de m'y rendre ou non, on me répondait souvent que je devais me présenter sur place en cas de doute.

Je me demande s'il n'y aurait pas une certaine situation qui nous empêcherait d'utiliser davantage Télésanté à l'avenir.

**M. Michael Villeneuve:** Je pense que si nous nous accrochons à nos vieilles habitudes, ce sera un problème.

Nous avons bel et bien remarqué ici que la population semble disposée à procéder ainsi et semble satisfaite. Dans bien des régions au pays — d'après non seulement nos sondages, mais aussi les autorités sanitaires régionales —, il y a désormais 70 % des services qui sont virtuels, dont plus de la moitié sont assurés par téléphone. Je pense que si nous parvenons à mettre en place un mode de facturation acceptable — j'estime que les médecins doivent être payés au même titre que les infirmières et les autres professionnels, et qu'ils doivent être rémunérés convenablement —, je pense que nous pourrions opérer ce changement.

Je dois dire que j'appartiens à la génération vieillissante des baby-boomers. Je suis au bout du chemin, et nous voulons ce genre de services. Nous voulons des changements semblables, et je pense que nous pouvons les apporter.

**Le président:** Merci, madame Jansen.

Monsieur Fisher, vous avez la parole cinq minutes.

**M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins qui sont avec nous de partager leur savoir, comme à l'habitude.

Docteur Dorian, vos propos étaient particulièrement éclairants, et vos réponses aux questions l'étaient tout autant. Je tiens à vous en remercier. J'ai changé d'avis, et j'adhère à votre point de vue en raison de certaines choses pertinentes que vous avez dites.

Je pense que nous avons eu beaucoup de chance au Canada. Je crois que la population canadienne a généralement adhéré au message de santé publique et s'est plutôt bien comportée.

Vous avez parlé de peaufiner le message public, et votre organisation a proposé d'aider à la conception et à la diffusion du message de santé publique. Je vous attribue des paroles, mais vous avez dit que nous devons trouver une façon d'équilibrer les besoins médicaux et les besoins relatifs au coronavirus. Vous avez admis que les patients atteints du coronavirus sont priorisés à juste titre. Encore une fois, je crois que nous avons eu beaucoup de chance au Canada, étant donné que les Canadiens ont adhéré aux conseils de santé publique.

Comme je l'ai dit, grâce à vos observations judicieuses, je suis fasciné et je préférerais que nous puissions nous asseoir et prendre un café ou une bière pour en parler 1 h 30. Or, nous n'avons que cinq minutes, et je sais que vous ne pourrez qu'effleurer le sujet.

Si vous vous occupiez de la conception et de la diffusion du message de santé publique, à quoi ressemblerait-il? Serait-il semblable ou complètement différent? J'aurais confiance si vous aviez ce rôle, à la lumière des choses que vous avez dites aujourd'hui. Peut-être pourriez-vous nous dire ce que vous auriez fait si vous aviez élaboré ce message de santé publique à l'intention des Canadiens.

• (1550)

**Dr Paul Dorian:** Pour commencer, je vous remercie infiniment de vos aimables paroles.

Je pense que nous avons une tâche à remplir en tant que communauté, ce qui comprend les médecins, le personnel infirmier et tous les travailleurs de la santé et les représentants du gouvernement: nous devons aider les patients à déterminer si leurs symptômes nécessitent ou non des soins d'urgence. Cela vaut tant pour les symptômes attribuables à la COVID que pour ceux qui s'apparentent à un trouble cardiaque.

Le grand défi que nous devons relever, et pour lequel il n'y a pas de réponse facile, c'est d'informer tous les Canadiens. Si des symptômes graves se manifestent — comme un essoufflement, une toux ou une forte fièvre dans le cas de la COVID, ou encore des douleurs thoraciques ou une paralysie dans le cas d'un accident vasculaire cérébral — les gens doivent se rendre immédiatement à l'urgence.

Au Canada, nous avons la chance extraordinaire de disposer d'un système de soins d'urgence qui fonctionne très bien. Il serait extrêmement dommage que des patients renoncent à ces soins, alors qu'ils pourraient bénéficier de traitements immédiats dans les situations, heureusement rares, où ce serait nécessaire — voilà pourquoi c'est aussi frustrant pour ceux d'entre nous qui sont en première ligne.

Je ne sais pas exactement à quoi ce message devrait ressembler. La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a proposé des instructions précises à l'intention des patients, mais je pense qu'il faudrait trouver quelque chose de simple et de direct dans toutes les langues des citoyens canadiens. Ce message serait largement diffusé pour rassurer les gens sur la disponibilité des soins d'urgence, s'ils y ont recours.

**M. Darren Fisher:** Merci, docteur.

Monsieur Villeneuve, Télésanté me fascine. Je sais qu'il y avait des pionniers en Nouvelle-Écosse qui demandaient un système semblable depuis longtemps, et qui considéraient que c'est peut-être une des seules bonnes choses découlant du coronavirus. Nous parlons maintenant de Télésanté et de la mise en place d'un système semblable.

Télesanté est-il là pour rester? Va-t-il prendre de l'ampleur? Alions-nous davantage faire appel à nos professionnels de la santé à l'avenir grâce à Télé Santé, lorsque le coronavirus appartiendra au passé?

**M. Michael Villeneuve:** Monsieur Fisher, je ne peux pas imaginer que nous puissions revenir en arrière. Je ne peux pas imaginer que la population serait satisfaite de la situation antérieure.

Mme Jansen en a fait mention il y a quelques minutes. Je pense qu'il va falloir apprendre à gérer le risque que nous sommes prêts à prendre. Lorsqu'un infirmier du nom de Mike parle à un citoyen au téléphone, où se trouve l'équilibre entre refuser de divulguer l'information, sauf en personne, et agir comme nous le faisons en ce moment même?

La population a appris à procéder ainsi. Les bureaux sont fermés, et le pays aussi, en quelque sorte, mais la société a continué à communiquer efficacement. Lorsque nous étions à la tête de la Commission nationale d'experts il y a près de 10 ans, je me souviens qu'un de nos chefs d'entreprise avait dit ceci : « Pourquoï perdez-vous autant de temps à essayer de décrire une blessure, alors que nous avons tous un appareil photo que nous pourrions présenter au médecin à l'aide d'un simple clic? »

Nous avons fait le saut, et je ne pourrais pas imaginer que la population, ou même les médecins et les infirmières veuillent maintenant faire marche arrière.

**M. Darren Fisher:** Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

**Le président:** Vous avez 10 secondes.

**M. Darren Fisher:** Merci. Je vais m'arrêter ici.

Je remercie les témoins.

**Le président:** Monsieur Fisher, je vous remercie.

Nous allons maintenant écouter M. Jeneroux.

La parole est à vous. Vous avez cinq minutes.

**M. Matt Jeneroux:** Monsieur le président, je vous remercie.

Monsieur Villeneuve, seriez-vous d'accord pour dire qu'un des plus grands défis à surmonter en ce moment pour le personnel infirmier est le manque d'équipements de protection individuelle, ou EPI?

• (1555)

**M. Michael Villeneuve:** La situation est inégale d'un bout à l'autre du pays, mais c'est effectivement une préoccupation constante pour tous les travailleurs de la santé.

**M. Matt Jeneroux:** Si je retourne en arrière, à quel moment votre association a-t-elle relevé pour la première fois l'importance d'avoir des EPI en nombre suffisant sur la première ligne?

**M. Michael Villeneuve:** C'est une excellente question. À vrai dire, nous avons très rapidement envoyé une lettre conjointe avec l'Association médicale canadienne et l'Association des pharmaciens du Canada. Je vais vous la retrouver. Cette lettre ouverte était notre première prise de position publique où nous disions être préoccupés par les problèmes de santé mentale, comme beaucoup d'entre nous l'avons dit, mais aussi par les EPI.

C'était au tout début, en raison de notre expérience du SRAS. Ce n'était pas vraiment une plainte, mais plutôt une mise en garde sur le fait que le virus arrive ici et se propage dans tout le pays, et que

les gens ont besoin du bon équipement pour se protéger dans cette situation. Nous étions sur le coup très tôt.

**M. Matt Jeneroux:** Encore une fois, nous voulons nous assurer de réagir le mieux possible à une éventuelle pandémie qui pourrait nous frapper à l'avenir. Nous voulons justement que ce genre de questions soient posées très tôt et souvent.

**M. Michael Villeneuve:** Oui.

**M. Matt Jeneroux:** Voilà qui m'amène à parler de ce que nous avons compris au sujet de la Réserve nationale d'urgence et de sa mauvaise gestion.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada était-elle consciente de la situation? Étiez-vous au courant avant que la question ne fasse les manchettes?

**M. Michael Villeneuve:** Ce qui nous préoccupait, c'était l'inégalité de la situation. Par exemple, nous avons appris d'une source que des masques étaient coincés dans un aéroport et ne pouvaient pas franchir les douanes, ou quelque chose de ce genre. Je ne me souviens ni de la date précise ni des détails. Nous avons cependant l'impression que c'était irrégulier. D'après nos recherches et nos discussions avec les gens, nous avons bien sûr supposé que c'était attribuable au fait que certains produits arrivaient de pays eux-mêmes confinés.

Une des principales leçons que nous pouvons tous tirer de cette crise est qu'il faut protéger les travailleurs, tout comme nous le faisons pour les pompiers et d'autres métiers. Les réserves doivent être suffisantes lorsque nous en avons besoin.

**M. Matt Jeneroux:** J'aimerais que vous m'aidiez à comprendre l'inégalité. Se trouve-t-elle entre les administrations ou entre les produits? Qu'entendez-vous par là?

**M. Michael Villeneuve:** Je pense plus particulièrement aux dispositifs de protection individuelle, aux masques qui sont ici et dans différentes administrations, aux divers employeurs, et aux différentes règles qui s'appliquent aux quarts de travail variés.

Je n'essaie pas du tout d'esquiver la question. C'est un problème courant dans le domaine de la santé: je peux penser que nous devons procéder d'une manière donnée dans le département de chirurgie, alors qu'un autre dirigeant estime qu'il faut procéder autrement dans le service de médecine générale. Les pratiques peuvent être très différentes au sein d'un même établissement.

**M. Matt Jeneroux:** Un de mes collègues, M. Davies, a posé une question sur le nombre d'infirmières qui ont reçu un diagnostic de COVID-19. Nous aussi nous souhaitons vivement connaître la réponse.

Pouvez-vous confirmer — je pense que vous l'avez fait, mais je voudrais juste clarifier les choses — si la plupart des cas confirmés d'infirmières ayant reçu un diagnostic de COVID-19 se trouvent dans des foyers de soins de longue durée?

**M. Michael Villeneuve:** Non, je l'ignore. Veuillez m'excuser, mais je ne le sais pas. J'ai vérifié auprès de mon collègue pendant que nous discutons, et nous aurons l'information cette semaine.

**M. Matt Jeneroux:** Avez-vous une idée approximative, d'ici là?

**M. Michael Villeneuve:** Ce ne serait qu'une supposition. Cependant, nous avons remarqué que sur sept décès de travailleurs de la santé en Ontario, je crois — non pas qu'il faille en arriver à la mort, mais si nous tenons compte du pire scénario —, cinq étaient des préposés aux services de soutien dans les soins à domicile et les soins de longue durée, et deux étaient du personnel d'entretien dans les hôpitaux.

**M. Matt Jeneroux:** Au chapitre de la santé mentale, je sais que vous avez déjà abordé le sujet, mais quelles mesures de soutien qui n'étaient pas nécessairement offertes devraient être envisagées et prises maintenant pour le personnel infirmier à la lumière de la COVID-19?

**M. Michael Villeneuve:** Nous savons — grâce à l'enquête publiée par Pollara la semaine dernière, je pense — que l'anxiété et la dépression augmentent au sein de la société. L'épuisement professionnel touchait environ 40 % du personnel infirmier avant même le début de la pandémie, et je pense que ce taux est assez élevé chez de nombreux médecins.

Monsieur Jeneroux, nous participons à un examen rapide des recherches publiées par l'Université de Toronto afin de déterminer les principales interventions qui fonctionnent sur le plan de la santé mentale. S'agit-il de lignes téléphoniques ou de rencontres individuelles? Nous pourrions ensuite établir quelles sont les interventions qui fonctionnent le mieux. La question sera ensuite de savoir si nous pouvons offrir ces services rapidement et à coût faible ou nul. Les soins de santé mentale sont onéreux au pays et étaient difficiles d'accès avant même que la crise ne se déclenche.

• (1600)

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Jeneroux.

Madame Jaczek, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Mme Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.):** Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Comme c'est la Semaine nationale des soins infirmiers, je poserai ma première question à M. Villeneuve.

Je vais préparer mon T-shirt, que j'arborerai avec enthousiasme demain, Jour international de l'infirmière, en hommage aux formidables infirmiers et infirmières qui travaillent en première ligne.

Je vous remercie beaucoup d'avoir félicité le personnel infirmier du domaine de la santé publique, qui n'est pas aussi visible que celui qui travaille en première ligne. Je sais qu'ici, dans la région de York, le personnel infirmier du domaine de la santé publique travaille sans relâche à la recherche des contacts, une activité qui entre beaucoup dans les détails, comme vous le savez. Elle exige beaucoup de temps et de compétences, puisque certaines personnes ne sont manifestement pas disposées à dire exactement ce qu'elles ont fait au cours des 14 jours précédents.

Revenons à la question de la santé mentale. Il va sans dire que les travailleurs de première ligne subissent une pression considérable. Selon ce que je me souviens dans la foulée de la crise du SRAS dans la grande région de Toronto, un certain nombre d'infirmiers et d'infirmières ont pris une retraite précoce après l'épidémie en raison du travail et du stress qui les avaient accablés.

Je sais que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada se préoccupe des pénuries dans la profession des soins infirmiers. Envisagez-vous les conséquences que la COVID pourrait avoir au chapitre de la main-d'oeuvre une fois la crise terminée?

**M. Michael Villeneuve:** Oui. Je vous donnerai une réponse très brève au sujet du SRAS. Comme j'étais en poste à l'étranger cette année-là, je n'ai pas suivi la crise de très près, mais certains collègues qui étaient au cœur de la crise à l'hôpital Mount Sinai sont tellement traumatisés que même aujourd'hui, ils peuvent à peine en parler quand on aborde le sujet, toutes ces années plus tard.

Dans le secteur des soins de longue durée, une collègue travaillant dans une résidence s'est portée volontaire pour prêter main-forte. Des 170 résidents, 60 étaient morts au cours des trois semaines précédentes, dont huit cette nuit-là. Elle avait l'air complètement hagard, et il s'agit d'une jeune femme de peut-être 32 ans, je suppose. Tout le monde est jeune comparé à moi, mais cette jeune femme, candidate au doctorat et pleine d'énergie, avait tout simplement l'air vaincue. Elle a ensuite contracté la COVID elle-même à la suite de cette expérience et ignore même si elle pourra reprendre ses fonctions.

Les unités de soins intensifs du Canada n'ont pas eu à décider qui aurait un respirateur ou non ou si un respirateur serait retiré à un patient pour être attribué à un autre parce qu'il a de meilleures chances de s'en sortir, ou à prendre toutes les décisions déchirantes qui ont dû être prises à New York, en Italie ou en Espagne. La pandémie a peut-être sévi plus durement dans le secteur des soins de longue durée, mais je pense que même l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ne se doutait pas qu'elle frapperait là.

Oui, nous nous préoccuons des conséquences de la crise. Nous nous inquiétons du fait qu'en Ontario, par exemple, quelqu'un a indiqué... Je pense que c'est M. Ford qui a dit jeudi ou vendredi que le docteur Dorian estime qu'il faudra deux ans pour rattraper les retards accumulés au chapitre des chirurgies. Qui réalisera ces interventions? Si tout le personnel travaille déjà à temps plein, d'où viendront les chirurgiens, les techniciens et le personnel infirmier?

Nous sommes inquiets et nous collaborons aussi avec une équipe de recherche différente afin d'évaluer certaines des répercussions de la pandémie sur la main-d'oeuvre. La crise incite-t-elle les travailleurs à prendre leur retraite ou à quitter la profession? La question n'est pas claire pour l'instant, mais nous gardons la situation à l'oeil.

Je vous remercie beaucoup de cette question.

**Mme Helena Jaczek:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse au docteur Dorian.

Je pense qu'un grand nombre de mes collègues ont posé des questions afin de savoir pourquoi les données ne sont pas plus faciles d'accès. La question relève de l'Institut canadien d'information sur la santé afin, espérons-le, de créer une sorte de base de données nationale convenable. Vous avez fait référence aux préoccupations relatives à la protection des renseignements personnels. Je me souviens que lorsque j'étais commissaire aux services de santé et médecin-chef en santé publique dans la région de York, j'étais responsable de six ensembles de données. Selon notre avocat-conseil, je ne pouvais me parler à moi-même. Autrement dit, je ne pouvais faire de références croisées pour un même patient entre les divers ensembles de données.

Dans quelle mesure avez-vous parlé avec des commissaires à la protection de la vie privée pour qu'ils comprennent que l'analyse globale des bases de données est essentielle à la compréhension des faits scientifiques sous-jacents au mode de propagation de la maladie et à d'autres facteurs? Votre association a-t-elle discuté de ce genre de questions?

• (1605)

**Dr Paul Dorian:** Nous en avons discuté. Nous travaillons en très étroite collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé, et je tiens à ce qu'il n'y ait pas de malentendu. L'Institut collabore extrêmement bien avec nous et soutient le genre d'efforts que nous déployons. Il est toutefois restreint par son budget, sa bande passante et sa capacité de recueillir et de réunir des renseignements. C'est un défi que nous affrontons ensemble.

Ce qui le limite également, c'est le fait qu'il a accès à certaines données recueillies à l'intérieur des hôpitaux, sans toutefois avoir le mandat de recueillir des données dans les urgences ou les établissements de soins de longue durée, par exemple, du moins en ce qui concerne les cabinets de médecin et les laboratoires.

Je pense que vous mettez le doigt sur le problème en disant qu'il est difficile de simplement se parler à soi-même. À mon avis, les pare-feu ne sont pas là en raison des mauvaises intentions de quelqu'un, mais parce qu'il existe un certain degré d'inquiétude — approprié ou non — qui ne sera surmonté que si nous pouvons réunir l'ensemble des personnes, des groupes et des responsables en même temps dans une pièce avec les dirigeants et la direction des agences de santé publique provinciales ou nationales afin de contribuer à faire le tri entre les diverses préoccupations et d'établir un seul genre de stratégie.

Je pense que nous avons tenté de tenir des discussions distinctes avec les divers commissaires à la protection de la vie privée, mais je ne suis pas sûr que ce soit la manière la plus efficace de résoudre le problème.

**Mme Helena Jaczek:** Je vous remercie.

**Le président:** Merci, madame Jaczek.

Nous accorderons maintenant la parole à M. Thériault pour deux minutes et demie.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je vous remercie, monsieur le président.

Madame Benard, je ne peux pas faire la genèse de la situation des CHSLD en deux minutes et demie, mais vous avez mis le doigt sur un problème qui a eu des effets structurels sur l'organisation des soins de nos CHSLD. Vous avez parlé du sous-financement et, notamment, du fait qu'on ait abaissé de 6 à 3 % l'augmentation des transferts en santé. C'est l'une des grandes leçons de cette pandémie. Les experts nous le disent, un système fragilisé fait que, lorsque se produit une telle situation médicale, une telle contagion, les faiblesses et les problèmes émergent de façon catastrophique.

Je fais la même analyse que vous. Je pense que les années de retard en matière de financement ont eu des effets structurels sur une situation conjoncturelle, la pandémie. On dit que plus de 80 % des décès surviennent en CHSLD, notamment au Québec. C'est grave. Je suis d'accord sur cette partie de votre analyse. Je pense que ce serait complaisant de ne pas tirer cette conclusion selon laquelle il faut retrouver un financement qui dépasse les coûts de système, qui sont à 5 %.

Personnellement, je présume que tous les employés du système sont bienveillants et bienfaisants et qu'ils ont fait ce qu'ils pouvaient malgré le sous-financement. Cela ne justifie rien.

En quoi une norme nationale changerait-elle quelque chose puisque, ce qu'il faut, c'est de l'argent en première ligne, et non un

système d'organisation ou de normativité dont l'administration fera une ponction dans les finances?

Pourquoi faut-il une norme, et, s'il faut des normes pour les CHSLD publics, quelles sont-elles?

**Mme Melanie Benard:** Je vous remercie de vos commentaires.

[Traduction]

Je me réjouis que nous soyons d'accord sur la question du financement.

Je pense que la question portait sur le rôle des normes. S'il nous suffisait d'accroître le financement, pourquoi aurions-nous besoin de normes? Ce serait pour assurer l'uniformisation, selon moi. Les gens des quatre coins du pays ont besoin de savoir qu'ils peuvent compter sur un certain niveau de soins standard.

Bien entendu, les provinces ont un rôle substantiel à jouer au chapitre de la prestation de soins, mais à d'autres égards, nous considérons que le respect de normes de base devrait relever de la Loi canadienne sur la santé.

Nous réclamons l'instauration de normes semblables dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de soins.

• (1610)

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Thériault.

C'est maintenant M. Davies qui a la parole pour deux minutes et demie.

**M. Don Davies:** Je vous remercie.

Docteur Dorian, nous avons entendu dire que parmi les lacunes mises en lumière par la crise de la COVID-19 figurent également les pénuries de médicaments chroniques qui surviennent constamment, mais qui sont particulièrement prononcées ici, en Colombie-Britannique. Les pharmacies limitent les renouvellements à 30 jours pour toutes les prescriptions.

Je me demande si vous pourriez nous dire ce que vous avez observé à cet égard, le cas échéant, dans votre domaine d'expertise.

**Dr Paul Dorian:** Je ne peux vous faire part que du fruit de mes observations. Je ne sais pas... Pardonnez-moi encore de revenir aux données, mais nous ne disposons d'aucune donnée vraiment solide sur le spectre entier des pénuries de médicaments.

Je pratique la médecine à l'hôpital St. Michael's de Toronto. Il est arrivé à maintes reprises que les médicaments que j'avais prescrits n'étaient pas disponibles à la pharmacie qui les avait fournis précédemment. Nous avons alors demandé aux pharmaciens de chercher dans d'autres pharmacies, mais leurs recherches sont demeurées vaines. Il s'agissait de médicaments pour le cœur pour lesquels on m'a demandé de trouver un substitut. Or, le médicament de remplacement s'avère souvent moins efficace.

Il n'est pas question ici de médicaments génériques et non génériques, mais simplement de substituer un médicament à un autre. Cela arrive. J'ignore s'il est arrivé, en cardiologie, qu'un médicament ne soit accessible nulle part. Des pénuries relatives sont survenues dans des hôpitaux. La pharmacie de notre hôpital nous a informés que nous devons faire très attention en utilisant certains médicaments à l'hôpital, notamment certains analgésiques utilisés pour les anesthésies ou les soins cardiaques intensifs, mais je ne peux vous dire si cette situation a directement causé du tort aux patients. C'est simplement une situation à laquelle nous devons faire très attention au chapitre de la planification.

**M. Don Davies:** Madame Benard, il a été brièvement question de la relation que pourrait avoir un régime d'assurance-médicaments public universel à payeur unique avec la présente crise de la COVID-19.

Je vous laisse le mot de la fin pour que vous expliquiez au Comité pourquoi vous considérez qu'il existe un lien.

**Mme Melanie Benard:** Je le ferai volontiers. Je vous remercie.

Comme je l'ai indiqué dans mon témoignage, des millions de Canadiens ont perdu leur emploi au cours de la crise. Comme la majorité des personnes bénéficiant d'une assurance-médicaments sont

couvertes par l'assurance privée de leur employeur, elles se retrouvent maintenant sans assurance en plus de devoir tenter de fonctionner avec un revenu amputé.

Tous ces problèmes sont exacerbés pendant la crise et n'en rendent que plus criant le besoin d'un régime d'assurance-médicaments public universel à payeur unique.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Davies.

Je remercie tous les membres du Comité de leurs excellentes questions. Je tiens à remercier particulièrement les témoins d'avoir pris le temps de comparaître aujourd'hui pour nous faire profiter de leur expertise.

Je voudrais aviser le Comité que l'Association canadienne des individus retraités sera ajoutée à la liste des témoins de notre séance de mercredi. Elle partagera le temps accordé au Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, de sorte que la séance ne s'en trouvera pas prolongée.

Merci à tous.

La séance est levée.

---





Publié en conformité de l'autorité  
du Président de la Chambre des communes

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :  
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>