



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 010

Le mardi 7 avril 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le mardi 7 avril 2020

• (1415)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Je voudrais souhaiter la bienvenue à tous à la 10^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément à l'ordre de renvoi du mardi 24 mars, le Comité se réunit pour recevoir une séance d'information sur la réponse canadienne à la pandémie de COVID-19. La séance d'aujourd'hui se tient exclusivement par téléconférence, et la transmission audio de nos délibérations est diffusée sur le site Web de la Chambre des communes.

Comme nous ne pouvons voir qui se trouve dans la pièce, je voudrais vous indiquer qui participe à la séance.

Je suis Ron McKinnon, président du Comité. À moi se joignent Michael MacPherson, greffier du Comité, ainsi que Karin Phillips et Sonya Norris, analystes de la Bibliothèque du Parlement.

Le Parti conservateur est représenté par Matt Jeneroux, Robert Kitchen, Len Webber et Tamara Jansen, alors que le Bloc québécois l'est par Luc Thériault et Martin Champoux. Pour sa part, Don Davies représente le NPD. Quant à Tony Van Bynen, Sonia Sidhu, Marcus Powlowski, Mike Kelloway et Darren Fisher, ils représentent le Parti libéral, qui est également représenté par Helena Jaczek. Jenica Atwin, du Parti vert, pourrait également se joindre à nous.

Pour ce qui est des témoins, les Drs Alan Drummond et Howard Ovens représentent l'Association canadienne des médecins d'urgence, Mme Linda Silas parlera au nom de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, le Dr Sandy Buchman représente l'Association médicale canadienne, et Barry Power et Shelita Dattani témoignent au nom de l'Association des pharmaciens du Canada.

Je tiens à ce que tout le monde sache que si vous lisez un exposé, gardez à l'esprit que l'interprétation simultanée est difficile dans les circonstances présentes. Parlez lentement et avec soin. Attendez que je vous nomme avant de parler. Quand je vous nomme, activez votre microphone avant de parler. Comme il n'y a pas de modérateur en ligne, désactivez l'audio de votre microphone quand vous ne parlez pas.

Pendant la période de questions et de réponses, je demande aux membres du Comité de préciser à qui s'adressent leurs questions au lieu de parler à l'ensemble des témoins. Cela me permettra de nommer le témoin et de lui accorder la parole. Les députés et les témoins doivent tous adresser leurs commentaires au président.

Mesdames et messieurs, si vous devez prendre la parole en dehors de la période qui vous est réservée, veuillez activer votre microphone et signaler votre intention au président. Quand vous par-

lez, faites-le lentement et clairement, sans utiliser le haut-parleur. Si des difficultés techniques surviennent, notamment au chapitre de l'interprétation, veuillez en aviser le président, et l'équipe technique s'emploiera à régler le problème. Sachez que nous pourrions devoir suspendre la séance pendant ce temps, puisqu'il faut veiller à ce que tous les membres du Comité puissent participer pleinement à la séance.

Au cours de la séance, nous suivons les mêmes règles qui s'appliquent habituellement aux exposés et aux questions posées aux témoins pendant nos séances ordinaires. Chaque groupe de témoins disposera de 10 minutes pour faire un exposé, après quoi les membres du Comité lui poseront des questions comme d'habitude. Nous avons convenu précédemment de tenir trois tours de questions.

Je voudrais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous commencerons par l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Docteur Drummond, vous disposez de 10 minutes pour faire un exposé. Vous pouvez commencer.

Dr Alan Drummond (coprésident, Comité des affaires publiques, Association canadienne des médecins d'urgence): Merci, monsieur le président et distingués membres du Comité.

L'Association canadienne des médecins d'urgence est la société nationale de spécialité du domaine de la médecine d'urgence dont les 2 500 membres prodiguent des soins d'urgence de première ligne aux millions de Canadiens et de Canadiennes qui effectuent plus de 15 millions de visites à l'urgence chaque année.

Selon nous, la population a le droit d'avoir accès à des soins d'urgence de qualité en temps opportun, mais des décennies de négligence à l'égard de notre système de soins de santé d'urgence ont fait en sorte que ce droit est un but vers lequel tendre plutôt qu'une réalité. Les services d'urgence sont débordés parce que nous sommes incapables de transférer rapidement les patients admis vers les unités de soins et les services de soins intensifs. Ainsi, les soins sont fréquemment prodigués dans les corridors, ce qui accroît le risque de contagion, et de morbidité ou de mortalité inutile.

On sait que le taux d'occupation sécuritaire d'un hôpital est de 85 % pour que les activités soient efficaces et que l'on puisse faire face aux périodes de pointe. Cependant, les hôpitaux canadiens fonctionnent souvent avec une capacité de plus de 100 %. Pour pouvoir faire face aux périodes de pointe, les provinces ont dû effectuer des réductions considérables au chapitre des chirurgies prévues et des soins ambulatoires réguliers. Nous sommes toutefois extrêmement heureux que le taux d'occupation soit d'environ 75 % au pays. C'est une bonne chose.

L'insuffisance de ressources humaines constitue l'autre gros problème chronique. Le pays manque chroniquement de médecins d'urgence formés et de postes de résident pour atténuer cette pénurie. Notre Groupe de travail collaboratif sur l'avenir de la médecine d'urgence a déterminé, en 2016, qu'il manquait quelque 500 médecins d'urgence au pays. Ce chiffre devrait atteindre environ 1 100 cette année, et rien n'a été fait au cours des années qui se sont écoulées depuis.

En ce qui concerne la pandémie de COVID-19 qui a été déclarée en mars par l'Organisation mondiale de la Santé, le nouveau coronavirus a bien mérité son qualificatif de « nouveau ». Même si nous commençons lentement à en comprendre l'épidémiologie et la transmission, nous savons déjà qu'il a le potentiel d'évoluer rapidement et de provoquer de graves maladies respiratoires et des décès. Il n'existe aucun traitement pour la COVID-19, et la gestion consiste essentiellement à soutenir les patients pour l'instant.

Il importe de mettre les choses en perspective. Même si la maladie semble anodine pour la majorité des personnes infectées, on a eu vent de taux d'hospitalisation de plus de 10 % et de taux d'admission aux unités de soins intensifs d'environ 3 %. Si le taux global de mortalité dans la population est estimé à de 1 à 3 %, ce taux s'accroît à mesure qu'augmente l'âge des patients; le taux de mortalité est d'au moins 13 ou 14 % pour les personnes de plus de 80 ans.

Le taux de mortalité est extrêmement élevé pour les gens qui ont besoin d'un ventilateur. Ces personnes restent pendant de longues périodes, qui se calculent en semaines, sous le ventilateur. Chez les survivants, on ignore l'ampleur des problèmes de santé qui persisteront une fois qu'ils n'auront plus besoin de ventilation.

Dans les faits, le Canada a bénéficié d'une occasion très précieuse de tirer des leçons de nos collègues de l'Italie, de New York et d'autres régions qui ont été touchées durement et précocement, et d'exploiter judicieusement ce temps afin de se préparer le mieux possible pour ce qui pourrait survenir si nous n'aplatissons pas correctement la courbe.

Selon nous, le défi que doit affronter notre pays comporte trois composantes, que l'on peut englober dans le mot « capacité ». Ces trois composantes sont les ressources humaines du domaine de la santé, la technologie et l'espace physique.

Au chapitre des ressources humaines, il nous faudra d'abord garder en poste des ressources humaines adéquates dans les unités d'urgence. Les infirmiers et infirmières et les médecins d'urgence de première ligne risquent manifestement d'être davantage exposés et, ainsi, d'être incapables de travailler s'ils sont en quarantaine ou s'ils sont infectés. La dotation, particulièrement dans les services ruraux où le bassin de médecins est plus restreint, est au mieux difficile et, compte tenu de la pénurie généralisée de médecins d'urgence, constituera certainement un problème de taille.

Le seul moyen de maintenir la capacité des unités d'urgence consiste à fournir des quantités suffisantes d'équipement de protection au personnel. Comme vous le savez, nos membres nous font part de faits troublants, comme une insuffisance, un rationnement ou une disponibilité incertaine de l'équipement. La pandémie n'a pas encore atteint son sommet et le virus sera avec nous pendant un certain temps; nous devons donc continuer de renforcer nos chaînes d'approvisionnement et de distribution aux quatre coins du pays pour que tout le personnel de première ligne dispose d'un équipement de protection adéquat afin de fournir des soins de manière sécuritaire.

● (1420)

En ce qui concerne les ressources technologiques, deux problèmes d'envergure se posent, soit ceux de l'accès adéquat à des tests et à du dépistage adéquats en laboratoire, et l'accès aux ventilateurs.

Par nécessité, il a fallu tester principalement les groupes hautement prioritaires, comme les travailleurs du domaine des soins de santé et les patients dans les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et d'autres installations, mais il faut considérablement augmenter la capacité afin de pouvoir tester toutes les personnes symptomatiques et élaborer une stratégie avisée de surveillance à titre de complément. L'Agence de la santé publique doit accroître sa capacité à réagir à une augmentation du volume de tests pour communiquer rapidement avec les personnes dont le test s'est avéré positif et les isoler. Ce n'est qu'une fois ces deux mesures en place que nous pourrions alléger de manière sécuritaire les restrictions publiques actuelles sur les rassemblements et les déplacements.

L'autre préoccupation, comme vous le saurez sûrement, concerne la disponibilité d'équipement pouvant sauver des vies, particulièrement les ventilateurs. Par suite de la pandémie de H1N1 en 2009, nous savons que le Canada dispose d'environ 5 000 ventilateurs. On observe toutefois des disparités régionales; par exemple, l'Alberta a 10 ventilateurs pour 100 000 habitants, alors que Terre-Neuve en a jusqu'à 24.

Fait préoccupant, quand le gouvernement de l'Ontario a élaboré un plan pour une pandémie de grippe en 2005 en s'appuyant sur un exercice de modélisation standard et un taux d'attaque de 35 %, il a estimé qu'au sommet de la pandémie, les patients auraient besoin de plus 170 % des lits disponibles dans les unités de soins intensifs et d'environ 120 % des ventilateurs de la province. Le fait qu'il a estimé que jusqu'à 50 % des fournisseurs de soins de santé pourraient être infectés donne à réfléchir. Ce modèle brossait un tableau presque apocalyptique, mais maintenant très réaliste, dans lequel deux fois plus de patients auraient besoin de soins intensifs alors que le nombre de personnes pouvant en prodiguer serait deux fois moins élevé. Voilà qui met en lumière le besoin criant, évoqué précédemment, d'équipement de protection, de capacité de faire face à une augmentation subite du nombre de patients et de stocks de ventilateurs.

Pour ce qui est de l'espace, nous avons parlé de l'espace dans les unités de soins intensifs et de l'engorgement dans les urgences, mais les hôpitaux auront aussi besoin d'espace pour accueillir les patients qui ont besoin de soins de soutien ou soins palliatifs. Aucun Canadien ne devrait être condamné à mourir dans un corridor.

Nous avons également besoin d'espace adéquat pour continuer de soigner d'autres patients nécessitant des soins de courte durée, qui ne peuvent être oubliés.

Je vais maintenant céder la parole à Howard Ovens.

• (1425)

Dr Howard Ovens (membre, Comité des affaires publiques, Association canadienne des médecins d'urgence): Merci.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral, une coordination nationale des mesures de santé publique semble avoir fait défaut, menant à l'adoption d'un ensemble très confus et disparate de mesures variant d'une ville et d'une province à l'autre au sujet de la fermeture des entreprises et des restrictions relatives aux rassemblements publics. Le fédéral doit coordonner la diffusion de messages clairs portant sur des mesures préventives de santé publique strictes et uniformes, notamment sur le port du masque, la taille des rassemblements et les restrictions de voyage.

L'importance de diffuser des messages cohérents afin d'assurer l'efficacité des communications devrait l'emporter sur d'éventuelles questions de compétence. Jusqu'à maintenant, le gouvernement fédéral n'a été qu'une voix parmi d'autres, ce qui a mené à des directives contradictoires et prêtant à confusion pour le public et les fournisseurs de soins de santé. À l'ACMU, nous estimons pouvoir contribuer à renforcer le rôle du gouvernement fédéral, à titre de partenaire, puisque le public perçoit généralement les urgentologues comme étant bien informés et crédibles, étant donné que nous sommes aux premières lignes de ce combat et que nous sommes prêts à aider.

Pour éviter que les provinces se disputent les fournitures nécessaires en prévision de la hausse prévue dans les prochaines semaines, le gouvernement fédéral doit assurer l'approvisionnement et la distribution rapides et continus de fournitures indispensables: EPI, fournitures de laboratoire, trousse de dépistage et ventilateurs. Actuellement, la priorité absolue est l'équipement de protection individuelle, qui assure la santé et la confiance du personnel des unités de soins aigus et d'urgence. Concernant l'EPI, il faut continuer d'élaborer des recommandations uniformes fondées sur les avis des experts, en fonction des nouvelles connaissances acquises, puis les diffuser partout au pays, notamment pour veiller à ce que les collectivités rurales et de petite taille qui n'ont peut-être pas de spécialistes aient le même degré de confort et de sécurité que les grands centres. Il faut autant que possible faire preuve de transparence à cet égard. On s'assure ainsi que les recommandations sont réellement établies en fonction d'une abondance d'équipement de protection approprié plutôt qu'en fonction de la disponibilité des fournitures.

Il est reconnu qu'un système de commandement et de contrôle efficace et allégé est d'une importance capitale en temps de crise. Or, nous n'avons toujours pas de système intégré de gestion des incidents. Par conséquent, divers ministères, organismes et agences interviennent de façon incohérente et concurrente. Une approche fondée sur le SGI permettrait de mettre en œuvre l'ensemble de nos recommandations et de nous adapter rapidement à l'évolution de la science et des circonstances.

Nous constatons divers besoins immédiats. Premièrement, il faut créer un système national de gestion des incidents intégré verticalement aux systèmes provinciaux. Deuxièmement, il faut uniformiser les mesures de santé publique et la communication à l'échelle nationale. Troisièmement, il faut recourir au SGI et à la Loi sur les mesures d'urgence pour accélérer la production intérieure d'EPI, de fournitures et de médicaments, et créer un système de distribution national pour éviter la balkanisation. Quatrièmement, il faut accroître la capacité de dépistage à l'échelle nationale et adopter une

stratégie de surveillance nationale uniforme et agressive parallèlement aux mesures d'isolement et de recherche des contacts des cas positifs.

Le Canada est confronté à une crise de santé publique sans précédent. Une crise nationale exige un leadership national. Le gouvernement fédéral doit s'exprimer fermement et clairement, de façon à démontrer sans équivoque son rôle de chef de file, de commandement et de contrôle. En tant que médecins d'urgence, nous vous appuierons dans ce défi unique et cette entreprise nationale qui consiste à donner espoir à la population.

Le Dr Drummond et moi-même vous remercions, au nom de nos collègues, de nous avoir donné l'occasion de témoigner.

• (1430)

Le président: Merci, docteur Ovens.

Nous passons maintenant à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, représentée par sa présidente, Mme Silas. Madame, vous avez 10 minutes.

Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers): Merci beaucoup. Je tiens à remercier les membres du Comité de s'être réunis pour s'attaquer à ce qui représente le plus grand défi de notre génération.

J'ai l'honneur d'être invitée à comparaître à titre de présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, mais je suis également ici pour prêter voix aux travailleurs de la santé, qui sont près d'un million au Canada. Nous sommes tous dans le même bateau. Que votre travail consiste à maintenir les lieux dans un état impeccable ou à procéder à l'intubation d'un patient gravement malade, la prestation de soins de santé est, depuis toujours, un sport d'équipe. Par conséquent, la recommandation que le Comité fera au gouvernement du Canada aura une incidence tant sur la vie des gens qui soignent les malades que sur celle des millions d'autres personnes qui vivent à nos côtés.

J'aimerais pouvoir être ici pour reconnaître le travail remarquable de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'équipe de la Dre Tam, y compris tous les responsables de la santé publique au pays, pour sensibiliser et informer le public. J'insiste sur le mot « public ». Les gens de tout le Canada comprennent qu'ils ont un important rôle à jouer pour aplatir la courbe et ainsi aider le pays à sortir de cette pandémie.

J'aimerais pouvoir être ici pour formuler des observations sur les nombreuses initiatives annoncées par le gouvernement pour appuyer les travailleurs canadiens aujourd'hui et relancer notre économie demain. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Je suis ici pour attirer votre attention sur les tristes et effrayantes réalités de notre système de santé.

Comme vous le savez, l'Agence de la santé publique du Canada a été créée dans la foulée de la crise du SRAS et elle s'acquitte de son rôle en santé publique avec grand sérieux depuis le début. Cependant, la sécurité en milieu de travail n'a jamais été sa priorité et, malheureusement, l'Agence a continuellement omis de prendre en compte et de protéger adéquatement la santé et la sécurité des travailleurs de la santé. Voilà pourquoi je suis ici. Je suis ici pour vous implorer d'appuyer le personnel de santé en demandant au premier ministre et au gouvernement d'invoquer la Loi sur les mesures d'urgence pour aider notre système de santé à survivre à cette pandémie mondiale.

La FCSII estime que la situation actuelle dans les établissements de soins de courte et de longue durée au Canada correspond à la définition d'urgence contenue dans la loi, soit une situation qui échappe à la capacité d'intervention d'une province et représentant ainsi un risque pour les autres provinces. Il est temps pour notre gouvernement d'agir.

Vous venez d'entendre le Dr Ovens dire que le gouvernement n'est qu'une voix parmi d'autres. Nous sommes honorés par la gratitude que témoignent les représentants du gouvernement à l'égard de notre travail, mais la gratitude ne nous fera pas sauver des vies. Étant donné la grande incertitude concernant ce nouveau virus et la menace réelle pour la sécurité des travailleurs de la santé dans l'ensemble du pays, la FCSII demande au gouvernement de déterminer, à tout le moins, les précautions relatives à la transmission par voie aérogène et d'obliger en tout temps le port de masques N95 dans les zones névralgiques en milieu clinique. Il s'agit notamment des unités de soins intensifs, des salles d'urgence, des salles d'opération, des centres de traumatologie et des unités de soins aux patients atteints de la COVID-19. L'objectif est de veiller à ce que les travailleurs de la santé soient protégés en tout temps lorsqu'ils prodiguent des soins à ces patients, dans la mesure du possible.

Nous vous demandons aussi de reconnaître l'importance vitale de l'évaluation des risques au point de service. Le principe est que chaque travailleur de la santé est le mieux placé pour déterminer l'EPI approprié requis, en fonction des besoins de la situation et de l'interaction avec chaque patient. Il est frappant de constater qu'il y a à peine quelques mois, le gouvernement, les employeurs et les gestionnaires de partout au pays respectaient le jugement clinique et professionnel des équipes de soins de santé, tant pour déterminer les soins les plus appropriés à administrer aux patients que les mesures de santé et sécurité nécessaires pour nous protéger. Aujourd'hui, ces mêmes gouvernements, employeurs et gestionnaires mettent les équipements de protection individuelle sous clé et empêchent les travailleurs de la santé d'y avoir accès.

Honte à nous tous. Nous avons manifestement manqué à nos obligations à l'égard de ceux qui s'occupent des malades et des personnes vulnérables.

À l'instar des nombreux experts que nous avons consultés, nous considérons que l'approche du gouvernement fait fi de l'importance fondamentale du principe de précaution et de ses lignes directrices. Lors de la crise du SRAS, infirmières et médecins ont malheureusement appris à la dure que le principe de précaution doit être appliqué. Nous avons perdu deux infirmières et un médecin en raison du SRAS, qui a fait 44 victimes. Aujourd'hui, entre 10 et 15 % des personnes atteintes de la COVID-19 sont des travailleurs de la santé.

• (1435)

Cela n'a rien d'alarmiste; c'est la réalité aux premières lignes. Nous voulons que les décideurs comprennent qu'aucune ligne directrice concernant la prévention et le contrôle des infections et les EPI ne peut être élaborée et mise en œuvre sans la collaboration des syndicats et des comités mixtes de santé et de sécurité au travail. D'ici à la mise à jour du document d'orientation de l'Agence de la santé publique du Canada concernant le COVID-19 pour les établissements de soins actifs pour répondre à nos diverses graves pré-occupations, nous encourageons tous les travailleurs de la santé à appliquer à la lettre les dispositions de la loi en matière de santé et de sécurité au travail, c'est-à-dire à signaler tout danger et à protéger leur propre santé et leur propre sécurité.

Je vous ai transmis par courriel la déclaration commune des organisations syndicales du pays qui représentent l'ensemble des travailleurs de la santé, dans laquelle on exhorte l'Agence de la santé publique du Canada et tous les bureaux de santé provinciaux à protéger les travailleurs de la santé et leurs patients en adhérant au principe de précaution. Essentiellement, le message se résume ainsi: étant donné l'incertitude entourant le nouveau coronavirus, en particulier pour un aspect aussi fondamental que son mode de propagation, les travailleurs de la santé doivent bénéficier dès le début de la plus haute protection possible et non de la protection de base.

Le Comité de la santé n'est certainement pas sans savoir que notre système de soins de santé est déjà en surcharge. Nous ne pouvons certainement pas nous permettre de perdre d'autres travailleurs, soit parce qu'ils tombent malades ou qu'ils sont en quarantaine. Partout au pays, des travailleurs de première ligne qui œuvrent directement auprès de patients atteints de la COVID-19 ou en attente d'un diagnostic n'ont pas l'EPI nécessaire pour faire leur travail. Dans un système de soins de santé de classe mondiale comme le nôtre, c'est tout simplement scandaleux et inacceptable.

On voit toutefois émerger des pratiques exemplaires partout au pays. Des accords conjoints entre syndicats et employeurs sur le respect du jugement clinique des équipes de soins de santé ont été signés en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et — hier soir — au Nouveau-Brunswick. Au Québec, à Terre-Neuve et en Alberta, on fournit des uniformes à ceux qui offrent des soins aux patients atteints de la COVID-19. En Nouvelle-Écosse, de nouvelles mesures sont mises en place pour appuyer le secteur des soins de longue durée.

Certains estiment que la réglementation préconise l'utilisation de masques chirurgicaux plutôt que de masques N95 en raison de la pénurie d'EPI. La FCSII et d'autres syndicats du domaine de la santé ont offert de travailler en étroite collaboration avec le gouvernement pour régler le problème de l'approvisionnement en EPI et assurer leur utilisation appropriée. Cependant, nos gouvernements doivent faire preuve de transparence, d'honnêteté et de leadership.

Pour terminer, vous savez peut-être que j'ai commencé ma carrière comme infirmière en soins intensifs dans la belle province du Nouveau-Brunswick. Depuis, la technologie médicale a beaucoup évolué, mais ce qui n'a pas changé, c'est que les travailleurs de la santé ne peuvent anticiper toutes les situations et s'y préparer. On ne peut s'attendre à ce que des patients anxieux ou en détresse respiratoire restent calmes. Les patients ne toussent pas toujours dans leur coude, et l'infirmière n'a pas toujours la possibilité de rester à deux mètres d'un patient. Les machines tombent en panne et l'erreur humaine est malheureusement une réalité.

Dans le domaine des soins de santé, les imprévus font simplement partie du quotidien. Voilà pourquoi la société a le devoir de protéger les équipes de soins de santé. Contrairement à beaucoup d'entre nous, elles n'ont pas le luxe de travailler de la maison. En tant que décideurs, nous devons respecter le jugement clinique des travailleurs de la santé, car en fin de compte, ce sont eux qui soigneront l'un de nos proches.

Merci.

Le président: Merci, madame Silas.

Nous allons maintenant entendre le Dr Sandy Buchman, président de l'Association médicale canadienne.

Vous avez la parole, docteur Buchman, et vous disposez de 10 minutes.

Dr Sandy Buchman (président, Association médicale canadienne): Merci beaucoup, monsieur le président.

C'est un honneur d'avoir la chance de témoigner devant vous aujourd'hui et de comparaître aux côtés de mes collègues, les Drs Drummond et Ovens, les représentants de l'ACMU, et Mme Silas, la représentante la FCSII.

Le fait que nous nous réunissions virtuellement plutôt qu'en personne est une autre preuve de la gravité de la situation à laquelle nous faisons tous face au Canada.

Après examen des actions posées par le Canada en réaction à la pandémie de COVID-19, je suis heureux de présenter le point de vue des travailleurs de première ligne qui vont chaque jour au front pour y mettre un frein.

Je précise de nouveau que je suis le Dr Sandy Buchman. J'ai plus de 20 ans d'expérience en médecine familiale intégrée, et je m'intéresse particulièrement aux soins primaires, aux soins contre le cancer, aux soins palliatifs, au VIH-sida, à la santé mondiale et à la responsabilisation sociale. J'ai prodigué des soins palliatifs à domicile pendant plus de 15 ans, y compris à des personnes en situation d'itinérance à Toronto.

Je témoigne aujourd'hui devant le Comité à titre de président de l'Association médicale canadienne.

Je n'étais pas né au moment de la grippe espagnole, en 1918. L'AMC, elle, était là. Je n'étais pas non plus président quand le SRAS a frappé en 2003. Ni pour la grippe H1N1, en 2009. L'AMC, elle, était là. L'organisation qui représente les médecins du Canada a été témoin de graves épidémies durant ses 153 ans d'existence. L'Association médicale canadienne défend les intérêts et le bien-être des médecins qui s'occupent de la santé de la population. J'ai aujourd'hui l'humble honneur de parler au nom de nos membres, les médecins de première ligne.

Comme nous le savons tous, la pandémie de COVID-19 évolue rapidement. Nous n'avons eu aucune emprise sur son apparition, ni sur le moment de son arrivée au pays. Mais, dans la mesure où nous avons l'équipement nécessaire, nous avons de l'emprise sur nos interventions en réaction à la crise.

Les messages sur la santé de la population et de l'économie n'ont aucune valeur s'ils ne font pas mention d'un pilier tout aussi fondamental: la santé et la sécurité des travailleurs de première ligne. Il est extrêmement urgent d'appuyer nos professionnels de la santé, et nous savons combien il est important de disposer de l'information nécessaire pour prendre des décisions en ce sens.

Nos membres disent que le manque d'équipement de protection individuelle est encore plus grave que ce qui a été révélé. Nous avons mené un bref sondage pour connaître les histoires de terrain des médecins. Les 30 et 31 mars, près de 5 000 médecins, presque autant de médecins communautaires que de médecins travaillant en milieu hospitalier, ont répondu à l'appel. Le sondage était essentiel pour donner l'heure juste concernant la situation en première ligne. Nous avons maintenant une idée claire de ce que les médecins observent et vivent en ce qui concerne l'équipement de protection individuelle, ou l'EPI, mis à leur disposition, lequel comprend les masques chirurgicaux, les respirateurs N95, les visières, les jaquettes et les gants.

Les réponses reçues décrivent une sombre réalité. Ils lèvent le voile non seulement sur des problèmes d'approvisionnement et de distribution d'EPI, mais aussi sur un énorme manque d'information concernant les stocks et les façons d'obtenir de l'équipement. Le prix de cette incertitude pèse lourd sur les travailleurs de la santé d'un bout à l'autre du Canada. Ils ont peur. Ils sont inquiets. Ils se sentent trahis. Ils ne connaissent pas l'état des stocks.

Plus du tiers des médecins du secteur communautaire — qui travaillent dans les cabinets de médecins, les cliniques sans rendez-vous et les centres de santé — ont affirmé qu'ils allaient manquer de masques, de respirateurs, de visières et de lunettes dans deux jours ou moins. Ou qu'ils en manquaient déjà. C'était il y a sept jours. Au cours du dernier mois, 71 % des médecins en milieu communautaire ont tenté d'obtenir des fournitures, mais moins de 15 % ont reçu leur commande ou une confirmation qu'elle était en route. En Nouvelle-Écosse, seulement 2 % des médecins ont indiqué que leur commande passée récemment avait été reçue ou expédiée, ce qui représente moins de 50 médecins.

Pour ce qui est des sources d'approvisionnement de rechange, 1 médecin sur 10 en attente de fournitures connaît une source d'approvisionnement gouvernementale. Le taux le plus élevé est chez les répondants de l'Alberta, avec 26 %, et le plus bas, chez ceux de la Nouvelle-Écosse, avec 5 %, et du Nouveau-Brunswick, avec 0 %. Les médecins qui travaillent principalement dans les hôpitaux, où on dirige les cas de COVID-19, ne savaient majoritairement pas combien de temps leurs réserves dureraient. Beaucoup de répondants ont reçu la consigne de rationner l'équipement.

Des médecins déplorent le manque d'information et de transparence. Ils reçoivent des indications floues et incohérentes au sujet des stocks et de l'utilisation d'EPI. C'est maintenant une préoccupation et une source d'anxiété majeures.

- (1440)

Parmi ceux qui œuvrent en milieu communautaire, 94 % ont dit pouvoir, jusqu'à un certain point, fournir des soins par téléphone. Plus du tiers peuvent le faire par vidéoconférence, et le quart, par courriel ou message texte. Les répondants ont toutefois signalé qu'il y a beaucoup de cas où il faut examiner le patient en personne.

Le Canada est reconnu pour son système de santé. Les failles du système sont toutefois évidentes, depuis trop longtemps, pour ceux d'entre nous qui y travaillent. Le retard dans la prise de mesures de sécurité apparaît maintenant encore plus évident — et pour plus de gens. Les besoins aujourd'hui pressants sont exactement ceux que le Canada cherchait déjà, en situation normale, à combler. Ils ont été relégués au second plan beaucoup trop souvent et pendant trop longtemps. Même dans le meilleur des cas, les hôpitaux du Canada fonctionnent en surcapacité. Des millions de personnes n'ont pas de médecin de famille. D'innombrables communautés sont aux prises avec des pénuries de soins.

De plus, des populations sont particulièrement vulnérables pendant cette pandémie, comme les personnes en situation d'itinérance ou à faible revenu, les personnes âgées — en particulier celles qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ou un CHSLD —, les peuples autochtones, les détenus et les personnes qui ont des problèmes de santé complexes ou un handicap, pour ne nommer que celles-là. Ces groupes ont de la difficulté à obtenir des soins, et leur vulnérabilité accrue à la maladie est très inquiétante.

En même temps, les soins virtuels n'en sont qu'à leurs premiers balbutiements, et pour le moment rien de concret n'a été fait dans le projet de permis d'exercice national.

Nous sommes ravis que le gouvernement fédéral cherche à s'attaquer à ce problème en priorité. Nous saluons le travail d'innovation de nos industries qui délaissent leurs activités habituelles pour fabriquer de l'EPI. Et nous comprenons le contexte de concurrence mondiale où il faut trouver de l'équipement de protection pour nos fournisseurs de soins. Il est toutefois inacceptable de leur demander d'être en première ligne sans l'équipement approprié. Il faut tout de suite régler la pénurie et faire connaître l'état des stocks. Des vies humaines sont en jeu.

Demanderait-on à un pompier d'entrer dans un édifice en feu au péril de sa vie sans équipement de protection adéquat? Les médecins et les autres travailleurs de la santé qui sont dans le feu de l'action ont un devoir. Ils sont prêts à faire face au danger. Ils ont aussi des droits, notamment celui d'être protégés lorsqu'ils se mettent en danger.

Ils font également courir des risques à leur famille et à leurs proches. En retour, la société et le gouvernement ont l'obligation morale de les protéger. C'est pourquoi il est absolument crucial de disposer de l'EPI qui convient sur le terrain. Nous ne pouvons gagner la guerre contre la COVID-19 sans EPI.

Nous vivons une période très particulière, et je suis heureux que vous reconnaissiez le sentiment d'urgence ressenti en première ligne. L'histoire a démontré à maintes reprises que les périodes de crise peuvent tracer la voie vers l'avenir. Prions pour que cette crise nous mène vers un monde en santé. La situation est difficile, mais il ne faut pas oublier ce qu'elle nous enseigne sur le plan de la préparation. Nous devons faire en sorte que les professionnels de la santé soient en sécurité.

Pour traverser ensemble cette crise, il nous faut faire des médecins et de tous les travailleurs de la santé notre priorité.

En terminant, monsieur le président, permettez-moi de remercier une fois de plus le Comité de m'avoir invité à participer aux délibérations d'aujourd'hui et à vous parler de ce que vivent les médecins canadiens. Nous devons fournir des moyens de défense à ceux qui nous protègent. Autrement, ils sont impuissants. Et sans eux, la population canadienne est elle aussi impuissante.

Merci. *Thank you. Meegwetch.*

• (1445)

Le président: Merci, docteur Buchman.

Nous allons maintenant entendre le représentant de l'Association des pharmaciens du Canada, monsieur Barry Power, directeur principal.

La parole est à vous, et vous disposez de 10 minutes

M. Barry Power (directeur principal, Contenu numérique, Association des pharmaciens du Canada): Je vous remercie d'avoir invité l'Association des pharmaciens du Canada à comparaître aujourd'hui, en cette période plutôt inhabituelle.

Je m'appelle Barry Power, et je suis accompagné de ma collègue, Mme Shelita Dattani. Nous sommes ici pour représenter nos 43 000 collègues qui sont pharmaciens dans les provinces et les territoires.

Aujourd'hui, nous aimerions commencer par vous donner un aperçu de la vie que mènent les pharmaciens, dont environ 80 % travaillent dans des pharmacies des collectivités et près de 15 % exercent leurs activités dans des hôpitaux. Nous aimerions également aborder trois enjeux qui sont prioritaires pour les pharmaciens et leurs équipes, en ce moment.

Qu'observons-nous dans les pharmacies? Le moins qu'on puisse dire, c'est que les dernières semaines ont été très intenses. Dans des pharmacies des quatre coins du pays, nous avons remarqué un incroyablement afflux de citoyens à la recherche d'une aide ou d'un soutien. Ils sont souvent effrayés parce qu'ils ne parviennent pas à joindre qui que ce soit en composant le 811 ou le numéro du cabinet de leur médecin, qui est fermé, et ils ont besoin d'aide parce qu'ils sont malades ou parce que c'est le cas d'un des membres de leur famille. Nous sommes là pour les aider. Nous répondons à leurs questions, nous les rassurons, et nous leur prodiguons les soins dont ils ont besoin.

Les pharmacies essaient aussi de s'adapter rapidement à l'évolution de l'environnement et des besoins de leurs patients. Pour créer une aire sécuritaire pour leurs clients, bon nombre de pharmacies offrent des heures d'ouverture particulières pour les personnes âgées et d'autres personnes à risque. Elles prennent des mesures supplémentaires pour nettoyer et désinfecter leurs locaux, souvent après les heures d'ouverture, et elles trouvent des façons novatrices d'appuyer l'isolement physique, comme le service de collecte en bordure de rue. Je n'ai jamais été aussi fier des membres de ma profession qui se présentent au travail tous les jours même s'ils travaillent en première ligne. Contrairement à bon nombre d'entre nous qui peuvent travailler à domicile, les pharmaciens ne sont pas en mesure de le faire. C'est donc avec beaucoup d'humilité que j'ai l'occasion de vous exposer certaines des principales difficultés qu'ils rencontrent en ce moment.

L'un des aspects qui inquiètent le plus les pharmaciens au cours de la pandémie actuelle, c'est leur capacité de faire en sorte que les Canadiens aient accès à leurs médicaments. Au cours des dernières semaines, nous avons observé un certain nombre de tendances troublantes. Le premier signe de cette tendance est survenu il y a à peu près six semaines lorsque, presque du jour au lendemain, tous les masques, désinfectants pour les mains et gants ont été vendus. Puis, il y a environ trois semaines, quand les représentants de la santé publique ont commencé à mettre en œuvre des politiques d'isolement social à l'échelle nationale et à recommander que les gens se constituent des réserves de nourriture et de médicaments, la demande de médicaments est montée en flèche. Nous avons vu la demande augmenter de plus de 200 % en mars, ce qui a menacé l'intégrité de notre chaîne d'approvisionnement en médicaments. Si nous n'étions pas intervenus, nous aurions couru le risque de manquer de médicaments pour remplir les ordonnances de nos patients.

Par crainte que les médicaments deviennent le nouveau papier de toilette, nous sommes intervenus rapidement en recommandant une limite temporaire d'approvisionnement de 30 jours pour les médicaments. Il a été nécessaire de prendre cette mesure pour protéger les chaînes d'approvisionnement, pour remédier aux achats effectués sous l'effet de la panique et, surtout, pour veiller à ce que les patients continuent d'avoir accès à leurs médicaments pendant les semaines à venir. En plus de la nécessité de gérer la demande, nous sommes aussi préoccupés par l'augmentation du nombre de pénuries de médicaments. Pendant les mois précédant le mois de mars, le site Web du gouvernement lié à la déclaration obligatoire des pénuries de médicaments affichait environ cinq nouvelles pénuries par jour. Durant les dernières semaines, le nombre de pénuries a augmenté de près de 35 % et, au cours des premières semaines d'avril, nous avons déjà observé quelques signes précurseurs d'un accroissement encore plus rapide de ces pénuries. Cela s'ajoute aux pénuries que nous avons déjà remarquées et qui sont liées aux médicaments utilisés directement pour soigner les patients atteints de la COVID.

À l'heure actuelle, Santé Canada signale trois graves pénuries de médicaments relatives à la COVID. Premièrement, il y a l'hydroxychloroquine, qui fait couler beaucoup d'encre, étant donné qu'elle a été présentée par d'éminents personnages comme un remède pour vaincre la COVID. Même si, en ce moment, rien ne prouve que ce soit le cas, les patients qui dépendent de l'hydroxychloroquine pour traiter des affections comme l'arthrite rhumatoïde ou le lupus ont maintenant du mal à se procurer ce médicament en raison de la demande dont il fait l'objet.

Deuxièmement, il y a les inhalateurs utilisés pour soigner l'asthme et la MPOC. Au cours des derniers mois, la demande d'inhalateurs s'est considérablement accrue parce que les hôpitaux se préparaient pour la COVID et parce que les gens dans les collectivités se constituaient des réserves de médicaments.

Troisièmement, il y a les médicaments employés dans les hôpitaux et, en particulier, les sédatifs utilisés dans les USI pour soigner les patients sous ventilation mécanique, comme le fentanyl et le propofol.

La COVID est et demeurera une menace pour l'approvisionnement en médicaments du Canada. Nous reconnaissons que les mesures comme la limite d'approvisionnement de 30 jours ont des répercussions sur les patients. Par conséquent, nous demandons instamment aux gouvernements et aux assureurs privés de veiller à ce qu'aucun patient n'assume les coûts supplémentaires associés à l'approvisionnement de 30 jours. Heureusement, des progrès sont réalisés en ce moment en vue de remédier à cette préoccupation.

Nous souhaitons également réduire au minimum les risques que les patients pourraient courir en visitant les pharmacies plus fréquemment pour faire remplir leurs ordonnances. Je vais maintenant céder la parole à ma collègue, Shelita Dattani, afin qu'elle aborde cette question.

● (1450)

Mme Shelita Dattani (directrice, Développement de la pratique et application des connaissances, Association des pharmaciens du Canada): Merci, monsieur Power.

Merci, monsieur le président.

Nous savons que l'éloignement physique est particulièrement important pour les Canadiens vulnérables comme les aînés, les per-

sonnes atteintes de maladies chroniques et les personnes qui risquent particulièrement d'être en contact avec des personnes atteintes de la COVID. Nous devons donc absolument aider ces personnes à demeurer chez elle, et c'est la raison pour laquelle les pharmacies ont intensifié la livraison des médicaments au cours des quelques dernières semaines.

En fait, les livraisons des pharmacies ont augmenté en moyenne de 85 à 150 % par pharmacie, ce qui correspond à une augmentation d'environ 36 livraisons par jour, par pharmacie, dans ce pays. Pour de nombreuses pharmacies, l'augmentation spectaculaire des livraisons a été difficile à gérer, du point de vue du coût, mais également du point de vue de la main-d'œuvre, car les pharmacies doivent s'assurer d'avoir du personnel de livraison qui est également protégé. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé au gouvernement fédéral un montant de 60 millions de dollars à l'appui de la livraison gratuite des médicaments aux aînés de notre pays.

Augmenter les livraisons n'est qu'une des façons de protéger les personnes à risque tout en protégeant le personnel des pharmacies.

J'aimerais maintenant aborder notre dernier point, soit l'accès à l'équipement de protection individuelle qui, comme mes collègues l'ont tous souligné, est nécessaire à la protection des travailleurs de la santé de première ligne, et les pharmaciens ne font pas exception.

Les pharmacies font partie des services essentiels, ce qui signifie que nous demeurons ouverts alors que les autres commerces ferment. Comme mon collègue M. Power l'a souligné, les pharmaciens sont les travailleurs de la santé les plus accessibles de la collectivité, et c'est encore plus le cas maintenant. À toute heure, chaque jour, nous voyons des patients dont beaucoup sont malades, et ce, sans l'équipement de protection nécessaire. Les pharmacies ont bien adopté certaines mesures de protection, comme les écrans de plexiglas et autres formes d'écran, et nous encourageons les personnes qui ont des symptômes à ne pas venir à la pharmacie en personne. Cependant, nous sommes très souvent en contact direct avec nos patients. Nous avons peur pour nous-mêmes, mais également pour nos familles et pour nos patients — si je tombe malade, qui sera là pour s'occuper d'eux?

En Espagne, plus de 50 pharmacies ont déjà fermé leurs portes à cause de la maladie. Malheureusement, cinq de mes collègues pharmaciens sont morts. Je constate déjà la fermeture d'un certain nombre de pharmacies au Canada à cause de l'exposition à la maladie.

Selon les meilleures données probantes disponibles, en plus de l'équipement de protection contre la transmission par contact, les travailleurs de la santé qui risquent d'avoir des contacts étroits avec une personne susceptible d'avoir la COVID — c'est-à-dire moins de 2 mètres — devraient avoir de l'équipement de protection personnelle contre la transmission par gouttelettes. Nous savons que l'équipement de protection contre la transmission par gouttelettes comporte quatre éléments: le masque chirurgical ou opératoire jetable, qui est utilisé dans les pharmacies communautaires; la blouse pleine longueur à manches longues; les gants jetables; et l'équipement de protection des yeux, soit le masque facial ou les lunettes de protection.

Malheureusement, les pharmaciens et les autres personnes qui travaillent dans les pharmacies se sentent extrêmement vulnérables en ce moment. Bien que les pharmacies aient été jugées essentielles, les pharmaciens et le personnel n'ont généralement pas été désignés comme étant des fournisseurs de soins de santé essentiels dans toutes les provinces et tous les territoires au pays, ce qui fait que nous avons un accès très limité à l'équipement de protection personnelle nécessaire.

Nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les pharmaciens comme étant des fournisseurs de soins « essentiels » et de travailler avec toutes les provinces et tous les territoires afin de veiller à ce qu'ils aient accès à la réserve gouvernementale d'équipement de protection individuelle en vue d'une distribution approuvée.

M. Power et moi vous remercions beaucoup de votre temps, et nous serons ravis de répondre à vos questions.

• (1455)

Le président: Merci, madame Dattani.

Nous allons maintenant amorcer notre premier tour. C'est M. Jeneroux qui commence, avec six minutes.

C'est à vous, monsieur Jeneroux.

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Merci, monsieur le président. J'espère que les choses vont aller un peu plus rondement que la semaine dernière.

Je vais commencer par remercier tous nos témoins ainsi que tous les membres de vos associations qui travaillent extrêmement dur pendant cette pandémie. Nous vous remercions du fond de nos cœurs, sincèrement. Je veux aussi poser des questions aujourd'hui afin de mieux soutenir et de mieux conseiller le gouvernement concernant les lacunes. Encore une fois, je suis gré à chacun d'être avec nous virtuellement.

Le monde fait face à une pénurie parce que chaque pays s'organise pour essayer de produire les mêmes articles. Je vais vous demander à tous de répondre à ma question, à commencer par l'Association canadienne des médecins d'urgence, puis la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, l'Association médicale canadienne et enfin l'Association des pharmaciens du Canada. À quel moment l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada a-t-elle contacté votre organisation pour la première fois afin d'organiser la collaboration à la lutte contre la COVID-19?

Le président: Nous vous écoutons, docteur Drummond ou docteur Ovens.

Dr Alan Drummond: À bien y penser, je ne suis pas sûr que nous ayons été contactés. Nous reconnaissons que nous avons eu plusieurs semaines d'avertissement, à voir ce qui se passait dans le nord de l'Italie et à New York. C'est dans une grande mesure un effort strictement axé sur nos propres membres et visant à adapter notre réaction aux besoins de nos membres, car la communication venant de tous les paliers gouvernementaux était tellement désordonnée et trouble. Reconnaisant que ce manque de clarté faisait grimper l'anxiété, nous avons décidé d'accélérer autant que nous le pouvions notre propre recherche, compte tenu du peu de temps que nous avions, et d'essayer de produire les meilleures données probantes possible pour nos membres, sachant que ce que nous disions une semaine risquait de changer la semaine suivante.

En ce qui concerne l'équipement de protection personnelle, c'est vraiment une préoccupation pour nos membres. L'absence de clarté n'a pas aidé. Certaines organisations requièrent le port des masques N95, alors que nous ne pensons pas vraiment qu'ils sont vraiment nécessaires, sauf en cas d'interventions médicales pouvant générer des aérosols, comme l'intubation ou la ventilation ou un cas d'arrêt cardiaque...

M. Matt Jeneroux: Je suis désolé de vous interrompre, mais j'aimerais m'assurer que les autres témoins peuvent également parler. Si cela ne vous dérange pas, je vais revenir à vous tout à l'heure.

Dr Alan Drummond: Bref, la réponse est non.

M. Matt Jeneroux: D'accord.

J'aimerais maintenant entendre la réponse de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Mme Linda Silas: Nous avons écrit à la Dre Tam le 24 janvier pour rappeler à l'Agence de la santé publique du Canada ses obligations légales en matière de santé et de sécurité au travail. Nous leur avons demandé de participer au document d'orientation comme dans le passé avec les virus Ebola et H1N1.

Le 25 février, nous avons rencontré le ministre de la Santé parce que nous n'avions reçu aucune réponse de l'Agence de la santé publique. Le 5 mars, une semaine plus tard, nous avons une réunion avec l'Agence de la santé publique, puis nous avons eu une réunion en personne avec l'Agence de la santé publique, tous les syndicats des travailleurs de la santé et d'autres intervenants le 13 mars. Je tiens à rappeler à tous que le 13 mars, nous n'avions que 157 cas au Canada. Le 13 mars, nous avons aussi rendu publique la déclaration commune des syndicats des travailleurs de la santé à l'échelle nationale.

Nous sommes maintenant rendus au 7 avril, et l'Agence de la santé publique du Canada a émis la deuxième édition de ses lignes directrices, que nous avons dénoncées au début de la semaine. Elles ne répondent pas au principe de précaution. Elles ne représentent pas le jugement professionnel et clinique des travailleurs de la santé, là où les soins sont donnés, et nous...

• (1500)

M. Matt Jeneroux: Madame Silas, j'aimerais simplement vous signaler que je n'ai que six minutes j'aimerais m'assurer d'entendre...

Mme Linda Silas: Oui, et nous dénonçons leurs conseils.

M. Matt Jeneroux: Docteur Buchman, je vous écoute.

Dr Sandy Buchman: Nous avons des communications régulières avec l'Agence de la santé publique du Canada depuis plusieurs semaines. Elles ont vraisemblablement commencé en janvier, mais je n'en suis pas sûr. Il y a cependant des communications régulières. Il y a eu des réévaluations constantes, et ils sont conscients de nos préoccupations au cours de cette période.

M. Matt Jeneroux: Dans votre dernière communication, vous aviez demandé une réunion d'urgence avec le ministre Hajdu. Est-ce que vous avez eu cette réunion?

Dr Sandy Buchman: Oui. J'ai pu rencontrer directement le ministre Hajdu vendredi dernier et j'ai encore une fois exprimé un bon nombre de nos préoccupations, y compris ce que j'ai dit aujourd'hui dans ma déclaration.

M. Matt Jeneroux: Merci.

J'aimerais entendre maintenant la réponse de l'Association des pharmaciens du Canada.

Mme Shelita Dattani: Comme d'autres, nous avons eu des contacts avec l'administratrice en chef de la santé publique dans le cadre des tribunes offertes aux professionnels de la santé. Je crois que ces contacts au sujet de la COVID se sont vraiment accélérés vers la fin de janvier et le début de février. Nous participions beaucoup avant et nous continuons de participer depuis.

M. Matt Jeneroux: Merci.

Je vais revenir à l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Est-ce que les messages du gouvernement ont constamment été uniformes et clairs?

Dr Alan Drummond: Je vais laisser le Dr Ovens répondre à cette question.

Dr Howard Ovens: Je crois que le message est très uniforme et clair, mais ce n'est pas nécessairement toujours le cas pour les messages des provinces et des villes, et c'est de là que vient la confusion. Le message est clair et il évolue convenablement au fil du temps selon les circonstances qui changent, mais il arrive que nous entendions des choses très différentes par moment de la part des provinces et des villes concernant les détails.

Le président: Merci, monsieur Jeneroux.

Monsieur Fisher, vous avez six minutes.

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

Je tiens à remercier toutes les personnes réunies virtuellement aujourd'hui de nous aider à évaluer la situation.

Je vais m'adresser directement au Dr Buchman.

Docteur Buchman, je suis ravi d'entendre votre voix même si c'est virtuellement. Vous avez donc rencontré récemment la ministre Hajdu pour discuter du sondage mené auprès de vos membres sur l'équipement de protection individuelle. Je tiens à vous remercier, votre organisation et vous, d'avoir mené ce que j'estime être un sondage vraiment précieux. Cette information nous aide vraiment dans les efforts intenses que nous déployons pour travailler avec les provinces et les territoires.

Docteur Buchman, compte tenu des résultats de ce sondage, est-ce qu'il y a un ou des endroits en particulier, provinces ou territoires, qui vous préoccupent plus que d'autres? J'ai remarqué hier aux nouvelles que le Manitoba et l'Alberta partageaient leurs stocks d'équipement de protection individuelle avec l'Ontario et le Québec. J'estime que c'est de la très belle coopération, mais je me demande si vous pouvez nous parler de provinces ou de territoires particuliers qui sont pour vous une cause de préoccupation.

Dr Sandy Buchman: Je vous remercie beaucoup de cette question.

En effet, nous sommes préoccupés par les endroits où il y a une hausse exponentielle des cas de COVID, en particulier en Ontario et au Québec.

Compte tenu de la quantité d'équipement de protection individuelle, de nos efforts pour en importer plus et pour essayer d'en fabriquer ici même, nous trouvons qu'il est important que la coordination entre le fédéral et les provinces se fasse à l'échelle fédérale et par l'intermédiaire des diverses administrations régionales de la

santé pour qu'il soit possible de déployer l'équipement dans les régions du pays qui en ont le plus besoin.

En ce moment, nous constatons les taux d'augmentations les plus rapides en Ontario et au Québec, et je crois qu'il est vraiment important de veiller à une distribution appropriée à ces endroits. Si la courbe est un peu plus plate dans d'autres provinces et territoires, cela signifie qu'ils ont peut-être un peu plus de temps et qu'ils pourraient ne pas dépasser leur capacité de traiter le nombre de patients qui se présentent. Au fur et à mesure que de l'équipement de protection individuelle sera fabriqué ou importé, il sera alors possible de tout distribuer convenablement dans ces régions également.

• (1505)

M. Darren Fisher: Docteur Buchman, que pensez-vous de la mise à jour que le premier ministre a faite aujourd'hui concernant le plan du Canada qui vise à mobiliser l'industrie canadienne dans la lutte contre la COVID-19, afin qu'elle contribue à fournir l'équipement de protection et le matériel médical qui sont essentiels? Comment voyez-vous cet effort?

Dr Sandy Buchman: Nous trouvons cela encourageant. Nous sommes encouragés depuis le début par les efforts que le gouvernement fédéral déploie pour obtenir l'équipement et pour travailler avec les entreprises afin d'adapter les installations de fabrication pour la production d'équipement de protection individuelle. Je crois qu'il ne faut pas lâcher, alors oui, cela nous encourage.

Cependant, comme nous le savons tous, nous faisons également face à un point critique, particulièrement dans certaines régions du pays, dans le sens que la capacité de notre système à traiter tous les cas pourrait être dépassée. Si nous commençons à voir que des médecins, des infirmières et d'autres travailleurs de la santé de première ligne sont forcés d'abandonner parce qu'ils tombent malades ou souffrent d'épuisement émotionnel ou mental, ce sera un fardeau croissant pour les travailleurs de la santé qui restent aux premières lignes. Nous ne pouvons pas souligner assez l'urgence de concevoir et de fabriquer cet équipement de protection individuelle maintenant et de l'acheminer vers ces régions aussi vite qu'il est humainement possible de le faire.

M. Darren Fisher: Bien sûr. Je suis tout à fait d'accord.

Docteur Buchman, vous avez parlé de l'Association médicale canadienne, ou AMC, qui était présente lors de la grippe A (H1N1) et du syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS. Je suis pas mal certain que l'AMC était là aussi à l'époque de la grippe espagnole, mais vous étiez probablement très jeune.

Pourriez-vous simplement parler de certains...? Nous discutons des différentes pandémies qui ont fait rage à différentes époques. Nous avons évoqué les leçons que nous avons tirées du SRAS, puis de la grippe A (H1N1). Pensez-vous que nous serons dans la même situation plus tard? Disons-nous que nous avons tiré des leçons de cette pandémie qui évolue rapidement, comme vous l'avez appelée?

Dr Sandy Buchman: Je pense que nous allons bel et bien tirer des leçons de la situation. Je crois que la principale est que nous avons été pris au dépourvu. Nous n'avions pas une quantité suffisante d'équipement de protection individuelle, ou EPI, pour les travailleurs de la santé, et nous avons connu des pénuries de médicaments, comme il a été mentionné.

Plus particulièrement, je crois qu'il nous manque de ventilateurs, d'autres pièces d'équipement nécessaires et de lits. Ces éléments ont été coupés dans notre planification des ressources humaines en santé. Comme il a été dit, nous n'avons pas suffisamment de médecins d'urgence, de médecins d'autres spécialités et de professionnels de la santé, surtout si ces personnes tombent malades, s'épuisent ou refusent même de travailler, ce qui est leur droit si elles risquent leur vie sans équipement de protection individuelle. Je pense qu'il y a de nombreuses leçons que nous n'avons pas retenues du SRAS ou de la grippe A (H1N1) en ce qui a trait à une planification convenable.

Cependant, je suis également d'avis que ce problème est généralisé à l'échelle mondiale. Je doute qu'un réseau de soins de santé dans le monde était suffisamment préparé à la gravité de cette pandémie et à la rapidité à laquelle elle nous a frappés.

En résumé, je pense que nous avons déjà tiré certaines leçons pour la prochaine fois, et j'espère que nous serons prêts pour composer avec une deuxième ou même une troisième vague de la COVID-19, qui vont probablement s'abattre sur nous.

M. Darren Fisher: Docteur Buchman, comment votre association travaille-t-elle avec les gouvernements des provinces et des territoires pour s'assurer que les professionnels ont les protections dont ils ont besoin pour faire leur travail?

Dr Sandy Buchman: Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous travaillons pour l'instant avec le gouvernement fédéral afin de veiller à ce que des renseignements transparents soient transmis pour informer les gouvernements provinciaux et territoriaux au sujet de la fourniture d'EPI et d'autre matériel.

Nous passons par nos associations médicales provinciales et territoriales, en particulier sur leur territoire alors qu'elles traitent avec les instances locales, provinciales ou territoriales. Le travail est donc fait en collaboration avec nos homologues des provinces et des territoires.

Le président: Merci, monsieur Fisher.

M. Darren Fisher: Docteur Buchman, je vous remercie.

Merci, monsieur le président.

Le président: C'est maintenant au tour de M. Thériault.

Monsieur, la parole est à vous pour six minutes.

[Français]

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

Je remercie tous les intervenants de leurs propos éclairants.

Il y a une certaine constante dans vos propos. Je retiens la question du manque d'approvisionnement en équipement de protection individuelle, mais, avant, je parlerais de quelque chose qui me chagrine. Je vais m'adresser d'abord aux représentants de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

À un moment donné, vous avez dit que, pour qu'il y ait pour plus de cohésion et de leadership, il faudrait une loi de mesures d'urgence. Or le 17 mars, il y avait au Canada 460 cas de COVID-19, dont cinq décès. Maintenant, il y a 17 063 cas, dont 365 décès. Le Québec a été l'un des premiers à mettre en place des mesures beaucoup plus strictes. Le 14 mars, on y a décrété l'état d'urgence sanitaire. Pourtant, le Québec est l'un des endroits où se trouve le plus grand nombre de ces 17 063 cas. Par contre, quand on regarde le ratio des décès, des hospitalisations et des patients aux soins inten-

sifs, on voit qu'on assure la capacité du système à prendre soin des gens. Qu'auriez-vous fait de plus que ce que nous avons déjà fait au Québec, avec une loi de mesures d'urgence? C'est ma première question.

Ensuite, en quoi l'approvisionnement en équipement de protection individuelle, qui est la responsabilité des autorités fédérales, ne devrait-il pas tout simplement venir s'ajouter aux compétences de terrain du Québec et des provinces? Dans une crise comme celle-là, il me semble que chacun devrait s'occuper de ses compétences, de son expertise. S'il faut faire débloquer les choses, homologuer davantage de produits, permettre à des entreprises de se convertir, faisons-le. Il faut que le fédéral fasse son travail. En quoi une loi de mesures d'urgence viendrait-elle apporter une solution au problème?

• (1510)

[Traduction]

Dr Howard Ovens: D'après ce que je sais, le Québec a fait un très bon travail en réaction à la crise. La province a très rapidement mis en place certaines des précautions les plus strictes, et votre premier ministre a très bien communiqué l'information à la population. Je pense que le problème est le suivant. Les gens écoutent des médias qui dépassent les frontières d'une ville ou d'une province donnée, et les rassemblements autorisés étaient limités à 250, à 50 voire même à 10 personnes selon l'endroit. Or, les caractéristiques biologiques du virus sont les mêmes à chacun de ces endroits. L'information devient alors très déroutante et commence à miner légèrement la confiance des gens à l'égard des consignes qu'on leur demande de respecter.

Notre demande n'était nullement une critique à l'égard des efforts de quiconque. Nous désirons plutôt nous assurer que la population reçoive un message clair et cohérent.

De toute évidence, l'équipement de protection individuelle est une responsabilité partagée. Ce qui nous inquiète, c'est que dans un moment où la demande est forte, nous...

[Français]

M. Luc Thériault: Excusez-moi de vous interrompre, mais le Québec emploie actuellement la stratégie de confinement qui a été mise en place en Chine. Nos régions les moins touchées sont en confinement. Vous soulevez un problème de sécurité publique, mais tout à l'heure vous avez mentionné un problème de leadership quant à la capacité de protéger les intervenants de première ligne. Je comprends cela, mais il faut poser la question sous l'angle de la santé publique et non pas sous celui de la sécurité publique. Vous n'avez pas abordé cette question tout à l'heure. Je me pose la question du point de vue de la santé publique. Je m'interroge sur notre capacité d'approvisionner en équipement les gens du milieu de la santé pour vraiment les protéger et pour que le système de soins de santé puisse tenir bon devant la force et la virulence de la pandémie.

Du point de vue de la santé publique, comment la loi de mesures d'urgence viendrait-elle améliorer la situation dans nos milieux de soins de santé?

[Traduction]

Dr Howard Ovens: Si nous regardons ce qui s'est passé à l'échelle internationale, nous pouvons comprendre le risque de ne pas coordonner les efforts au Canada. Aux États-Unis, nous avons vu les gouvernements se faire concurrence pour s'arracher le matériel disponible, ce qui fait grimper les prix. Il se peut aussi qu'une administration empêche l'exportation — comme les États-Unis ont essayé de le faire au Canada. Imaginez si l'Ontario refusait que ses entreprises vendent des masques au Québec, ou si le Québec ne pouvait pas vendre de jaquettes à la Nouvelle-Écosse, ou encore si la chaîne d'approvisionnement était interrompue par les frontières provinciales. Je pense que ce serait une tragédie dans les circonstances. C'est le genre de collaboration maximale qui est selon moi dans l'intérêt supérieur de notre pays.

Merci.

• (1515)

[Français]

M. Luc Thériault: Il relève de la compétence du gouvernement fédéral de faire exactement ce que vous dites. Cela ne prend pas une loi de mesures d'urgence pour arriver à exercer sa compétence avec compétence.

[Traduction]

Dr Howard Ovens: Je suis un médecin d'urgence, pas un avocat de droit constitutionnel. Je pense que l'intention qui sous-tend mes commentaires est claire. Je vais laisser à d'autres le soin d'interpréter mes propos de la meilleure façon possible d'un point de vue juridique et constitutionnel.

Merci.

[Français]

M. Luc Thériault: Si je comprends bien, après une loi de mesures d'urgence et après ce que vous avez vu de la gestion québécoise de la pandémie, vous ne suggérez donc rien de différent de ce que le Québec a déjà fait pour contrer la pandémie actuelle.

[Traduction]

Dr Howard Ovens: Ici encore, mon objectif n'est pas de critiquer qui que ce soit. Je pense que même le Québec aurait avantage à ce que l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et d'autres provinces limitrophes soient harmonisés autant que possible. Pour tout dire, nous avons même demandé au reste du Canada, à un certain moment, d'harmoniser ses procédures aux excellentes mesures qui étaient prises plus tôt et plus rigoureusement au Québec. La question ne vise pas à savoir qui a raison ou qui a tort. Il s'agit plutôt de trouver comment nous pouvons tous ensemble avoir le pays le plus sûr qui soit.

Le président: Merci, docteur Ovens.

C'est maintenant au tour de M. Davies, qui a six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Je remercie tous les témoins d'être ici.

Docteur Buchman, je m'aimerais d'abord m'adresser à vous, s'il vous plaît.

Il y a quatre jours, soit le 3 avril, CTV News a rapporté que l'AMC demandait au gouvernement fédéral de s'adresser directement aux médecins et aux infirmières pour les informer des types de fournitures et d'équipements médicaux qui entrent au Canada, de

leur date d'arrivée prévue, et de leur destination, ainsi que pour leur indiquer à qui s'adresser s'ils veulent commander ces équipements.

Docteur Buchman, voici ce que vous avez dit: « Nous voulons connaître la disponibilité du matériel qui s'en vient et le moment où il arrivera. Si nous savons que nous allons recevoir une quantité suffisante de matériel dans un délai donné, cela nous permettra de planifier et de décider la mesure dans laquelle nous devons nous rationner... Voilà qui nous permettra de gagner du temps alors que nous essayons d'aplatir la courbe — c'est d'ailleurs l'objectif, pour éviter une hausse soudaine qui excéderait la capacité du système de santé à traiter... »

J'ai une petite question, docteur Buchman. Le gouvernement fédéral a-t-il déjà donné suite à votre demande?

Dr Sandy Buchman: Je vous remercie de votre question, monsieur Davies.

Non, je n'ai toujours pas obtenu de réponse, mais nous savons que ce que nous avons demandé est étudié très sérieusement.

Pour reprendre vos propos, ce qui n'est pas clair pour les médecins et les autres prestataires de soins de santé de première ligne, c'est la quantité d'EPI qui s'en vient. Comment pouvons-nous planifier comme il se doit? C'est donc une grande source d'anxiété.

La situation a aussi d'autres répercussions, notamment tout ce que nous voyons sur la stérilisation des EPI comme les masques N95. En temps normal, nous n'envisagerions même pas ce genre de solution, parce que nous ne savons tout simplement pas. Nous demandons vraiment d'obtenir toute l'information et de bénéficier d'une transparence totale. Pour l'instant, nous n'avons vraiment pas eu de réponse, mais je suis persuadé que le gouvernement est au courant de nos préoccupations et de notre demande.

• (1520)

M. Don Davies: Je constate que le premier ministre Trudeau sort chaque jour pour présenter un compte rendu à la population canadienne, de sorte qu'il a assurément amplement l'occasion de donner cette information, s'il le souhaite.

Docteur Drummond, est-ce que votre hôpital rationne actuellement l'équipement de protection individuelle? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous expliquer brièvement en quoi cela consiste?

Dr Alan Drummond: La réponse... C'est une question tendancieuse. Je pense que ce qui se passe dans mon hôpital, comme partout au pays, c'est une préservation de l'équipement de protection individuelle. Certains pourraient parler de rationnement. Il est vrai que nos infirmières sont invitées à utiliser deux masques chirurgicaux par quart de travail, qui peut durer entre 8 et 12 heures. Cela peut ressembler à du rationnement.

Parallèlement, je pense que nous devons faire preuve d'un peu de prudence. Je crois les promesses du gouvernement lorsqu'il affirme que l'équipement et l'aide sont en route. Il y a quelques inquiétudes relatives à l'anxiété excessive et peut-être aux données scientifiques limitées. Nous savons que le masque N95, que beaucoup de gens réclament, est à vrai dire destiné aux interventions produisant des aérosols, comme les intubations ou les arrêts cardiaques de code bleu.

Compte tenu de la prévalence de la maladie et des circonstances, je ne suis donc pas convaincu que ce soit exactement l'équipement dont nous avons besoin à ce stade-ci. Nous devons donc protéger ce matériel jusqu'à ce que son efficacité soit garantie. Dans l'ensemble, je pense que de simples précautions contre la transmission par gouttelettes devraient suffire à la plupart d'entre nous.

M. Don Davies: Merci.

Je vais maintenant m'adresser à vous, madame Silas.

Il y a deux semaines, vous avez déclaré que les infirmières de première ligne au pays « sont frustrées et insultées que beaucoup d'entre elles soient privées de masques N95 et d'autres équipements de sécurité dont elles ont besoin ». Aussi, les infirmières veulent « que le gouvernement fédéral garantisse l'accès à l'équipement de protection dont elles ont besoin, lorsque leur jugement professionnel les incite à se protéger. »

Le gouvernement fédéral a-t-il déjà répondu à cette préoccupation?

Mme Linda Silas: Les politiciens répondent, mais pas les scientifiques, et je n'en crois pas mes oreilles lorsque j'entends les propos du Dr Drummond. C'est lorsque vous ne savez pas avec certitude comment un virus se transmet qu'il faut hausser l'équipement de protection individuelle. Ce n'est pas le temps de baisser les critères.

C'est là que réside la frustration. Si vous ne parlez pas de rationnement lorsque deux masques chirurgicaux sont distribués au début d'un quart de travail de 12 heures et plus, nous avons un problème. S'il y a un manque de communication entre le fédéral et le provincial, et puis que chaque employeur au pays fait les choses différemment... Il y a encore des divergences même en Ontario, où des ententes très précises sur l'équipement de protection individuelle ont été conclues entre les syndicats des travailleurs de la santé, le gouvernement et les employeurs.

Nous avons des histoires d'infirmières à qui on a remis un sac en papier dans lequel elles devaient placer leur masque et le rapporter à la maison pour le lendemain. Nous sommes en 2020, et il n'y a même pas de pénurie. Nous sommes inquiets pour la suite des choses. Nous devons protéger nos travailleurs aujourd'hui et obtenir le matériel aujourd'hui, car ils vont tomber comme des mouches, tout comme les médecins et le reste de l'équipe soignante.

M. Don Davies: Nous entendons beaucoup parler des enseignements tirés. Bien sûr, nous avons déjà connu des situations similaires à la pandémie. En 2006, il y a 14 ans maintenant, la Commission indépendante sur le SRAS a formulé un certain nombre de recommandations dans son rapport final. Je voudrais vous parler de quelques-unes d'entre elles. Il y en avait une qui disait ceci:

Que, lors de toute crise future de maladie déféctueuse, le principe de précaution guide l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des procédures, des lignes directrices, des processus et des systèmes entourant la sécurité des travailleurs.

Madame Silas, vous dites que nous devrions selon vous commencer par le niveau de protection le plus élevé, et non le plus bas. À votre avis, est-ce que les lignes directrices fédérales actuelles respectent les recommandations que la Commission sur le SRAS a émises en 2006?

Mme Linda Silas: Non, pas plus qu'en 2007-2008 avec la grippe H1N1 ou avec le virus Ebola. Le principe de précaution a été inscrit par le juge Campbell dans le rapport de la Commission. Nous avons travaillé avec l'Agence de la santé publique du Canada. L'AMC était également présente. Les médecins d'urgence étaient là aussi lors de la grippe H1N1 et du virus Ebola, comme aujourd'hui.

Dire que nous avons été surpris par cette... C'est difficile à accepter quand vous êtes en première ligne, car nous savions ce que nous avions à faire.

Le président: Je suis désolé, mais votre temps est écoulé.

Monsieur Davies, aviez-vous quelque chose à dire?

M. Don Davies: Non, je sais que mon temps est écoulé, monsieur le président.

• (1525)

Le président: La parole est d'abord à M. Kitchen pour ce deuxième tour.

Monsieur Kitchen, vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous pour votre présence aujourd'hui. Je vous suis très reconnaissant de prendre le temps de discuter de ces questions avec nous.

Je vais poursuivre dans la même veine que M. Davies, qui parlait d'un pas dans la bonne direction en 2003. Essentiellement, après la crise du SRAS, nous avons mis sur pied l'Agence de la santé publique du Canada pour assurer une surveillance à l'échelle du Canada. Ce que vous nous dites, madame Silas, et docteur Drummond, c'est qu'il y a des lacunes. Il semble qu'aucune mesure de santé publique n'ait été mise en place, ou bien celles qui ont été établies ne sont pas respectées.

Docteur Buchman, je pense que vous avez dit que nous avons été pris au dépourvu. Je me demande qui établit les directives. Y a-t-il en fait des directives, et voyez-vous la situation ainsi?

Dr Sandy Buchman: Oui. Je pense que nous n'étions pas bien préparés, car si nous l'avions été, nous ne serions pas dans cette situation. Comme je l'ai mentionné, nous n'avions pas prévu l'ampleur de cette pandémie ni la rapidité avec laquelle le virus s'est propagé, mais il faut se préparer à cela, à ce genre de crise. Je pense que même la ministre de la Santé a expliqué que la santé publique est sous-financée depuis un bon moment, alors il est vrai que nous n'étions pas préparés, et c'est pourquoi nous peinons à gérer la situation.

Je pense que nous faisons des progrès. Nous espérons seulement être en mesure d'aplatir suffisamment la courbe afin de ne pas surcharger le système et de ne pas accroître le risque auquel sont exposés les travailleurs de la santé et, bien entendu, les personnes les plus vulnérables au sein de la population. Nous essayons tant bien que mal de gérer la situation en ce moment. Il ne devrait pas en être ainsi, et nous devons faire tout ce que nous pouvons pour nous assurer que le système dispose de la capacité nécessaire.

M. Robert Kitchen: Vous êtes d'avis que l'Agence de la santé publique — non seulement dans ses communications à l'échelle du pays — devrait être en mesure de s'assurer que nous disposions de l'équipement de protection individuelle, des ventilateurs, du personnel de la santé et des médicaments dont nous avons besoin dans une telle situation et qu'elle devrait surveiller cela régulièrement, n'est-ce pas?

Dr Sandy Buchman: Oui, en effet, mais elle doit le faire en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, qui ont chacun des rôles et des responsabilités. Chaque province ou territoire devrait voir à cela. Je pense qu'il s'agit d'une responsabilité conjointe au sein du système.

M. Robert Kitchen: Merci.

Vous avez dit essentiellement qu'il faut améliorer les politiques en matière de tests de dépistage à l'échelle nationale. Je présume que vous parlez des tests pour dépister la COVID chez les gens. Il y a beaucoup de discussions en ce moment. Étant donné que nous commençons, je l'espère, à aplatir la courbe et que nous essayons de nous sortir de cette crise pour que les Canadiens puissent reprendre leurs activités et que l'économie puisse redémarrer, quelles mesures doivent être mises en place pour nous assurer que les gens qui reprennent leurs activités ont développé une immunité, de sorte qu'il n'y ait pas de risque qu'ils sortent en public?

Croyez-vous qu'il soit utile d'effectuer davantage des tests d'immunité comme nous le faisons pour les tests de dépistage du virus à l'heure actuelle?

Dr Sandy Buchman: Oui. Notre capacité de tester revêt une importance critique durant cette pandémie. Ce sont les tests qui nous permettent de savoir qui est infecté ou qui est immunisé, et c'est cela qui, par conséquent, orientera les mesures de santé publique que nous devrions prendre. Notre capacité de tester augmente de jour en jour. Elle n'était pas suffisante, mais nous voyons qu'elle augmente quotidiennement à mesure que... Cela se reflète dans la hausse du nombre de cas positifs.

Les mesures annoncées récemment par le gouvernement m'encouragent, mais nous ne sommes pas encore là où nous devrions être. Nous devrions vraiment augmenter le plus possible notre capacité de tester. Nous devrions également procéder à des tests sérologiques. Nous devons connaître le niveau d'immunité dans la communauté, ce qui permettra d'orienter les mesures de santé publique que nous devons prendre.

● (1530)

M. Robert Kitchen: Comme l'ont dit des infirmières et des médecins et comme nous l'avons vu, de nombreux travailleurs de la santé sont infectés. Mon épouse était infirmière au service des urgences, à l'instar de certains membres de ma famille, et je sais que ces gens sont au cœur de la crise. Ce sont eux qui vont au front, et c'est ce qu'ils veulent faire. Nous devons veiller à les protéger, mais ils veulent désespérément retourner au travail, alors devrions-nous accroître notre capacité de tester pour le bien de nos travailleurs de la santé?

Dr Sandy Buchman: Il faudrait poser la question à mes collègues spécialistes en santé publique.

Je crois qu'il serait important de tester les travailleurs de la santé et de déterminer leur immunité. S'ils sont déjà immunisés, ils ne devraient pas courir de risque, mais nous avons encore beaucoup de choses à apprendre au sujet du coronavirus et de la durée de l'immunité, par exemple. Nous prenons part actuellement à une expérience dans la vie réelle. Nous devons continuer d'effectuer des études durant cette crise, alors je crois qu'il est essentiel d'accroître le plus possible notre capacité de tester.

Le président: La parole est maintenant à Mme Jaczek.

Vous disposez de cinq minutes.

Mme Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Je vous remercie beaucoup. Je tiens à remercier tous nos témoins pour leur présence aujourd'hui. Ils représentent un grand nombre de travailleurs de la santé de première ligne qui font un travail extraordinaire. Je suis ravie que nous ayons l'occasion aujourd'hui de vous entendre et d'en apprendre davantage grâce à vous.

Je veux m'assurer que tout le monde a bien compris que notre gouvernement souhaite vivement entendre le point de vue de chacun. Dans la note d'information qu'on nous a fournie, j'ai lu qu'il y a eu une rencontre en mars avec l'Association canadienne des médecins d'urgence. Bien sûr, aucun de nos témoins d'aujourd'hui n'a assisté à cette rencontre, mais je crois savoir que beaucoup d'efforts sont déployés, et cela a été souligné la semaine dernière lorsque nous avons discuté avec des représentants des divers organismes qui participent à la gestion de la pandémie. Ils ont fait savoir qu'ils étaient tout à fait prêts à écouter, à apprendre et à s'adapter à la situation qui évolue rapidement.

J'aimerais obtenir un éclaircissement de la part du Dr Ovens. Vous avez parlé de la cohérence des messages, particulièrement, il me semble, en ce qui concerne les messages de santé publique et les conseils qui devraient être donnés à l'échelle du pays. Pourriez-vous donner des précisions en ce qui concerne la nécessité d'établir une norme nationale?

Dr Howard Ovens: Je vous remercie, madame Jaczek.

Je tiens à préciser que le Dr Drummond et moi-même étions au courant de la rencontre avec les ministres de la Santé. On nous a demandé si l'Agence de la santé publique du Canada avait communiqué avec nous. Nous avons peut-être été trop précis.

En ce qui concerne les messages de santé publique, il y a eu différents messages au cours du dernier mois au sujet de la taille des rassemblements autorisés, des entreprises essentielles et non essentielles et de la question de savoir s'il est permis de faire de l'exercice à l'extérieur, et, le cas échéant, de quelle façon et à quel endroit. Actuellement, les messages concernant le port d'un masque ne sont pas cohérents.

Le problème est que, si les messages varient d'une communauté à l'autre, cela mine la confiance dans les stratégies qu'on demande d'appliquer, car nous savons que le virus est le même partout. Malheureusement, cela peut nuire à la collaboration du public.

C'est la préoccupation que nous essayons d'exprimer.

● (1535)

Mme Helena Jaczek: Je comprends.

Bien sûr, l'épidémiologie ne s'effectue pas de la même façon d'une province à l'autre. Nous avons [*Difficultés techniques*] à l'échelle du pays, et, bien entendu, il y a un partage des pouvoirs entre le ministère fédéral de la Santé et ses organismes et les provinces et les territoires. Vous avez toutefois été clairs à ce sujet. Tous les efforts [*Difficultés techniques*] ce que j'ai pu entendre, et sachant que de nouvelles directives seront données bientôt quant à l'utilisation de l'équipement de protection individuelle, je peux vous dire que vos suggestions ont été très bien entendues.

S'il me reste un peu de temps, j'aimerais poser une question au Dr Buchman au sujet des exercices en matière de pandémie...

Le président: Madame Jaczek?

Mme Helena Jaczek: Oui?

Le président: Madame Jaczek, nous avons de la difficulté à vous entendre. Veuillez parler très clairement dans le microphone et ne pas utiliser le téléphone haut-parleur.

Pardonnez-moi, allez-y.

Mme Helena Jaczek: Je vais faire de mon mieux.

Docteur Buchman, en ce qui concerne les exercices en matière de pandémie, depuis la crise du SRAS... Lorsque je travaillais dans le milieu de la santé publique, après la crise du SRAS, dans ma région, celle de York, nous avons mené des exercices avec tous les intervenants. Pourriez-vous expliquer le rôle que joue l'Association médicale canadienne, par l'entremise des associations provinciales...? Quel rôle joue l'AMC dans l'examen des lacunes observées au cours des dernières années?

Dr Sandy Buchman: Je vous remercie pour votre question. Nous avons toujours préconisé un soutien et un financement adéquats du système public de soins de santé. Nous nous sommes penchés sur de nombreuses questions urgentes et nous continuons de le faire, alors, lorsque l'Agence de la santé publique du Canada a été créée, nous avons vu cela d'un très bon œil. Nous étions ravis de constater que les choses changeraient par rapport à ce qui s'est passé durant la crise du SRAS, par exemple.

Il y a de nombreux problèmes sérieux dans notre système, notamment l'accès aux soins. Cinq millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. L'accès aux services de santé mentale et aux services de traitement de la toxicomanie n'est pas satisfaisant. Les soins aux aînés constituent aussi un problème, tout comme les soins palliatifs. Il y a également des problèmes sur le plan des ressources humaines dans le domaine de la santé dans les régions rurales et éloignées, notamment la répartition des médecins dans les régions rurales et éloignées du pays. Les problèmes sont nombreux, et lorsque l'Agence de la santé publique a été mise en place, l'attention s'est portée sur les questions urgentes de l'époque, car nous pensions que le système public de santé était solide.

Le président: Je vous remercie, madame Jaczek.

Mme Helena Jaczek: Merci.

Le président: La parole est maintenant à M. Webber pour cinq minutes.

Allez-y, monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): D'accord. J'espère que vous m'entendez bien.

Le président: Oui, mais parlez fort, lentement et clairement.

M. Len Webber: Très bien.

Permettez-moi d'abord de remercier nos témoins ainsi que tout le personnel soignant au Canada, qui travaille jour et nuit pour les Canadiens.

Ma première question ira aux Drs Drummond ou Ovens. Elle concerne l'incertitude générale, la séparation des malades de la COVID-19, fiévreux et infectés, de la population générale dans les salles d'urgence et les services de soins intensifs. Cette séparation a-t-elle lieu? Vous dites que beaucoup de soins se donnent dans les corridors et que les salles d'urgence et les services de soins intensifs sont pleins de monde. Prend-on des moyens pour réaliser cette séparation?

Dr Howard Ovens: Ici Howard Ovens. Je vais répondre.

Oui, comme nous l'avons dit, nos hôpitaux et nos provinces ont pris des mesures extrêmes pour augmenter suffisamment la capacité de nos hôpitaux. Ça s'est fait aux dépens de beaucoup de patients dont les soins ont été retardés, mais ça a donné des résultats, et la plupart de nos services d'urgence sont vidés de façon très efficace des nouveaux cas. Des mesures de prévention de l'infection s'appliquent dès l'entrée à l'hôpital jusqu'à l'admission dans les services, y compris ceux de soins intensifs, en passant par le bureau de triage

d'urgence. Les techniques convenables d'isolement sont la norme, je crois, et elles sont suivies.

On craint que, dans l'impossibilité d'aplatir la courbe, nos hôpitaux ne s'emplissent, au détriment de notre efficacité actuelle. Mais, aujourd'hui, partout au Canada, nous sommes en mesure d'assurer la bonne distanciation.

• (1540)

M. Len Webber: Excellent! Merci.

C'est ce que je crains. Si vous ne réussissez pas à aplatir la courbe et que le nombre de cas continue de croître, aurons-nous la place voulue pour la séparation des malades et de la population générale? C'est sûrement inquiétant.

Docteurs Drummond ou Ovens, nous savons tous que, en février, le gouvernement a expédié 16 tonnes d'équipement de protection individuelle en Chine. Il a dit que nous obtiendrions bientôt des millions de masques, mais nous ne connaissons pas précisément, n'est-ce pas, notre consommation journalière d'équipement de protection individuelle. Le gouvernement sait-il de combien de masques, de gants, de blouses et d'écrans faciaux on a besoin chaque jour au Canada? S'en est-il informé auprès de vous? Quels sont les besoins?

Docteur Drummond, vous avez également dit qu'on vous avait demandé de limiter la consommation journalière de masques à deux par quart de travail. Je brûle également de savoir à quelle fréquence vous changez de gants, par patient ou par quart de travail.

Voilà mes questions à vous deux.

Dr Howard Ovens: Je vais répondre le premier.

Le président: Pardonnez-moi, docteur Ovens, mais, avant, sachez tous que nos techniciens voudraient vous rappeler de désactiver vos microphones quand vous n'intervenez pas. Le bruit est intense. Ça complique la tâche des interprètes et ainsi de suite.

Cela étant dit, veuillez poursuivre, docteur Ovens.

Dr Howard Ovens: Merci.

Les gants d'abord. Jusqu'ici, nos stocks étaient très bien fournis. Nous changeons de gants et nous lavons les mains après chaque patient.

Je ne peux pas vous dire quels renseignements le gouvernement fédéral, ici, à Ottawa, reçoit sur la demande. J'en sais bien plus sur les dispositions prises en Ontario. Nous continuons d'améliorer notre modélisation de la demande d'équipement de protection individuelle en fonction de divers scénarios, vu que la situation risque de s'aggraver. Au début de la flambée, quand en réalité le risque pour nos collègues était très faible, nous en utilisions vraiment trop. Nous risquons d'en manquer avant même l'arrivée de la partie la plus dangereuse de la vague.

L'autre inconnue est la durée. L'aplatissement de la courbe prolongera la période de traitements actifs. Possédons-nous assez de données sur nos besoins? Nous devons peut-être continuer d'affiner le modèle, mais je crois qu'on travaille beaucoup là-dessus, dans les hôpitaux jusqu'aux autorités provinciales, qui, je l'espère, acheminent vers Ottawa l'information, non seulement sur la consommation actuelle, mais aussi sur les effets modélisés de cette consommation sur nos besoins à venir.

Le président: La parole est maintenant à M. Kelloway.

Vous disposez de cinq minutes.

● (1545)

M. Mike Kelloway: Merci, monsieur le président.

Chers témoins, je joins ma voix à celle de tous mes collègues pour dire à quel point je suis honoré et privilégié de discuter avec vous. Je vous remercie, vous et tous les professionnels de la santé qui sont peut-être à l'écoute.

Je destine au moins une question à l'Association des pharmaciens du Canada. Nous savons que, avant la COVID, on avait particulièrement préconisé la constitution d'équipes de soins. Ça s'est matérialisé et, maintenant, c'est tout le monde à la rescousse.

Avez-vous l'impression qu'on pourrait mieux employer les pharmaciens contre la COVID-19? Dans l'affirmative, comment?

Mme Shelita Dattani: Merci pour cette excellente question.

Absolument. Comme j'y ai fait allusion dans mes observations, tantôt, les pharmaciens font tout ce qu'ils peuvent et mobilisent la totalité de leurs ressources dans une pratique qui, dans notre pays, est malheureusement très morcelée.

Dans notre province, l'Alberta, on recourt énormément aux pharmaciens. Ils peuvent prescrire des médicaments contre de nombreux maux, prolonger des thérapies et moduler leurs pratiques. Comme les services de soins primaires sont de plus en plus surchargés, les pharmacies deviendront les seuls fournisseurs universellement accessibles de ces soins.

Il faut, impérativement, pouvoir aider les malades et combler toutes les lacunes des soins primaires, sans tarder — évidemment en collaboration et en interaction avec nos médecins et nos infirmières, mais de manière plus indépendante et uniforme, à l'échelle nationale.

M. Mike Kelloway: Merci.

Je vois que votre organisation — et vous y avez fait allusion dans votre déclaration préliminaire — vient de publier un guide à l'usage des pharmaciens pour l'exécution d'ordonnances un seul mois à la fois. Pouvez-vous expliquer un peu cette orientation?

C'est en effet une question que me posent beaucoup de mes électeurs, dont la majorité a plus de 60 ou 65 ans. Une fraction importante de mon électorat est constituée de personnes âgées, qu'inquiète de plus en plus cette exécution seulement mensuelle des ordonnances. Je me demande si vous pouvez en dire un peu plus à ce sujet.

M. Barry Power: Oui. Merci, monsieur Kelloway.

C'est Barry Power qui parle.

En fait, j'en parlais justement la semaine dernière à une pharmacienne de Sydney. Elle m'expliquait certaines des craintes exprimées par des malades.

Le Canada reçoit près de 80 % de ses médicaments vendus par ordonnance de Chine et de l'Inde, la plus grande partie de Chine. En Chine tout s'est arrêté depuis janvier, et la fabrication et les expéditions de médicaments vers le Canada ont presque cessé. En conséquence, notre volume d'activité a doublé en mars par rapport à la normale, et les stocks des entrepôts et des réserves au Canada ont baissé.

Notre système est déjà très fragilisé. Nous éprouvons des pénuries de médicaments et nous nous inquiétons beaucoup de ce qui leur arrive et qui ressemble à ce qui s'est produit pour le papier de toilette et le désinfectant pour les mains. Devant la nécessité, pour ces mêmes électeurs, de courir les pharmacies pour faire exécuter une ordonnance, nous avons dû prendre rapidement une décision.

Nous avons décidé que, en 30 jours, les malades disposeraient de suffisamment de médicaments d'ordonnance pour se confiner pendant deux pleines périodes de quarantaine de 14 jours et que nous pourrions leur livrer ultérieurement ceux dont ils auraient besoin par la suite. Nous nous sommes immédiatement mis dans le coup les administrateurs de régimes provinciaux et autres d'assurance-médicaments et aux acteurs du privé dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 au Canada, pour couvrir une partie de la quote-part réclamée aux clients.

Nous sommes absolument conscients du fardeau imposé aux consommateurs et nous continuons de préconiser la participation de tous les payeurs au paiement d'une partie de la facture à payer.

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Mme Shelita Dattani: Peut-être puis-je seulement...

M. Mike Kelloway: Pardon. Allez-y.

Mme Shelita Dattani: Peut-être pourrais-je corroborer la réponse de M. Power sur nos mesures.

Nous avons aussi vraiment essayé de soulager beaucoup de nos clients âgés que nous servons quotidiennement. Mes observations sur les livraisons participent de la même volonté, vu que nous tenons à ce qu'ils restent chez eux tout en ayant accès aux médicaments dont ils ont besoin. Ça fait partie de notre plan pour augmenter de façon spectaculaire nos livraisons quotidiennes.

● (1550)

M. Mike Kelloway: Merci tous les deux pour ces réponses.

Monsieur le président, combien me reste-t-il de temps?

Le président: Une minute.

M. Mike Kelloway: Bien.

Il paraît, et c'est inquiétant, que les pharmacies canadiennes commencent à manquer d'hydroxychloroquine, qui, si je l'ai bien compris, est largement utilisée pour traiter des maladies comme le lupus et la malaria.

Avez-vous entendu parler, par vos membres, d'augmentations brusques du nombre d'ordonnances ou de la demande de ce médicament, et quelles mesures votre organisation prend-elle pour que les personnes à qui on a prescrit ce médicament pour d'autres maladies que la COVID puissent continuer d'en obtenir?

Comme j'ai peu de temps, il serait mieux d'être bref.

M. Barry Power: Dès que nous avons appris que des chirurgiens prescrivait l'hydroxychloroquine, nous sommes entrés en contact avec les organismes de réglementation de partout dans notre pays. Nous avons publié une déclaration dans laquelle nous conseillons aux pharmaciens de ne pas exécuter ces ordonnances et de réserver le médicament pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et du lupus.

La plupart des organismes de réglementation de notre pays ont maintenant publié des déclarations semblables, parfois conjointement avec un collège de médecins et une association de pharmaciens, sinon aussi avec une fédération d'infirmières, pour s'assurer de réserver ces médicaments pour les patients stabilisés grâce à eux contre des maux chroniques ou les utiliser en soins de courte durée, par exemple dans un hôpital, conformément à un protocole strict.

M. Mike Kelloway: Merci.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

Nous entendons maintenant M. Thériault. Il a deux minutes et demie.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais m'adresser à vous, monsieur Power. D'abord, je veux vous dire que je suis ravi de voir que vous n'avez pas attendu les lignes directrices du gouvernement pour prendre des mesures et donner des directives à vos membres afin de contrer la pénurie de médicaments, notamment en instaurant la mesure concernant les prescriptions de 30 jours.

Nous savons qu'il y a un problème d'approvisionnement. Nous en parlons à l'instant. L'Inde a imposé des restrictions à l'exportation de plusieurs ingrédients actifs utilisés dans la fabrication des médicaments. L'acheminement vers le Canada est aussi un problème puisqu'il manque de personnel et de conteneurs, et c'est sans compter les problèmes relatifs aux vols commerciaux qui transportent ces médicaments.

L'Inde est l'un des principaux fournisseurs de matières premières. Ce pays est frappé par la pandémie et ses mesures de confinement sont très sévères.

Quelles sont nos options pour faire face aux problèmes d'approvisionnement de matières premières?

Nous avons parlé de l'hydroxychloroquine. Y a-t-il des solutions de rechange? Des médicaments peuvent-ils y être substitués?

Pouvez-vous nous parler de la situation afin de rassurer les gens?

[Traduction]

M. Barry Power: Je vous remercie beaucoup de votre question, monsieur Thériault.

Nous avons communiqué avec plusieurs associations de fabricants, et je crois que, depuis hier, l'Inde a accepté de lever certaines des restrictions qui s'appliquaient à l'exportation d'ingrédients pharmaceutiques actifs. Nous espérons que cela relancera l'expédition de ces marchandises, surtout en combinaison avec la reprise des activités en Chine. Nous ne savons toujours pas quand les produits commenceront à entrer au Canada, mais nous espérons que cela se fera au cours des prochaines semaines.

En ce qui concerne l'hydroxychloroquine, on peut la remplacer par un autre médicament, c'est-à-dire la chloroquine. On s'est surtout concentré sur l'hydroxychloroquine, mais ce sont deux médicaments antipaludiques qui peuvent avoir un effet similaire. L'approvisionnement de ces médicaments dépendra réellement de la capacité des entreprises, à l'échelle mondiale, de fournir les ingrédients qui entrent dans la fabrication des comprimés d'hydroxychloroquine qui doivent être donnés aux patients.

La demande mondiale en hydroxychloroquine et en chloroquine a certainement augmenté dans la foulée des efforts pour lutter contre la COVID-19, et il faut que tous les gouvernements encouragent l'accroissement de la production de ces médicaments pour cette raison. À ce jour, les données ne permettent pas d'établir hors de tout doute que l'hydroxychloroquine est efficace contre la COVID-19. Certaines recherches sont prometteuses, mais elles ne démontrent pas clairement que ces médicaments contribuent, dans une grande mesure, à améliorer les résultats des personnes atteintes de la COVID-19.

• (1555)

Le président: Merci, monsieur Thériault.

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

Allez-y.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Madame Silas, j'aimerais vous ramener encore une fois en 2006 et au rapport final de la commission indépendante sur le SRAS, qui dit ceci:

Les gouvernements et les hôpitaux n'ont plus aucune excuse pour être pris au dépourvu et pour que les travailleurs de la santé ne puissent pas profiter du niveau maximum et [raisonnable] de protection offert par l'entremise de l'équipement et de la formation appropriés.

En vous fondant sur le principe selon lequel si nous ne savons pas comment nous sommes arrivés dans cette situation, nous ne saurons pas comment en sortir, pouvez-vous nous expliquer comment nous avons été pris au dépourvu en ce qui concerne l'équipement de protection personnel, même après l'avertissement clairement formulé par la commission sur le SRAS? Quels conseils donneriez-vous pour gérer cette situation à l'avenir?

Mme Linda Silas: Le juge Campbell a clairement indiqué que nous n'avions jamais intégré la santé et la sécurité au travail, c'est-à-dire la sécurité des travailleurs, à notre système de soins de santé. Et c'est vrai. Je suis infirmière de formation. De nombreux médecins disaient toujours qu'il fallait faire passer les patients en premier. Aujourd'hui, depuis le SRAS, nous avons dû nous rendre compte que nous devons accorder la même importance aux travailleurs. Vous avez entendu l'exemple donné par le Dr Buchman au sujet d'un pompier qui entrerait dans un incendie sans son équipement. Nous ne faisons pas cela dans le système de soins de santé.

L'Agence de la santé publique du Canada doit établir la distinction entre la santé publique, la sécurité publique et la santé et la sécurité au travail. En effet, la santé et la sécurité au travail font partie d'un domaine régi par des lois provinciales et fédérales. C'est la responsabilité de l'employeur de fournir la formation et l'équipement nécessaires aux travailleurs, et le domaine des soins de santé ne fait pas exception.

C'est ce que nous essayons de faire valoir dans ce cas-ci, car on ne traite pas le milieu des soins de la santé comme un lieu de travail. Mais ce n'est pas un endroit où les choses s'arrangeront si nous prions suffisamment fort. C'est un milieu de travail qui peut être très dangereux, et nous devons protéger nos travailleurs.

M. Don Davies: Vous savez, une note de service inquiétante a récemment été envoyée aux travailleurs de la santé de première ligne à Hamilton, en Ontario. Selon cette note de service, les membres du personnel devraient continuer de porter leur premier masque chirurgical jusqu'à ce qu'il soit fortement souillé ou mouillé, ou jusqu'à ce qu'un masque N95 soit nécessaire pour une intervention médicale générant des aérosols... Après l'intervention, le masque N95 doit être porté jusqu'à ce qu'il soit fortement souillé.

Avez-vous des commentaires à formuler au sujet de cette note de service?

Mme Linda Silas: C'est absolument épouvantable. Cela va à l'encontre de toutes nos formations en matière de prévention des maladies. Dans toutes nos formations, on nous a dit que nous devions nous changer après avoir vu un patient. Il faut jeter tout l'équipement entre les patients. Et manifestement, dès que l'équipement est souillé, et certainement avant qu'il soit fortement souillé, il faut s'en débarrasser.

Nous attendons les résultats de nouvelles études qui portent sur la stérilisation de certains masques N95 usagés, par exemple. Si ces études prouvent que c'est sécuritaire pour les travailleurs de la santé, nous appuierons cette solution. Entretemps, nous continuerons d'insister pour que les travailleurs de la santé soient protégés contre ce virus abominable.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Drummond, vous avez mentionné que vous aimeriez qu'on teste toutes les personnes qui présentent des symptômes.

Oui, monsieur le président. Je vais seulement terminer ma question...

Le président: Je suis désolé, mais votre temps est écoulé.

M. Don Davies: Oh, d'accord. Merci.

Le président: Merci.

Nous entamons maintenant la troisième série de questions. La parole est à Mme Jansen.

Madame Jansen, vous avez cinq minutes. Allez-y.

Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): J'aimerais commencer par remercier chaleureusement tous les témoins, ainsi que tous les travailleurs de première ligne — et surtout les témoins pour l'honnêteté et la transparence dont ils font preuve aujourd'hui.

Je suis très inquiète. En effet, de nombreux électeurs qui travaillent dans le système de soins de santé m'ont appelée. Ils sont très inquiets pour eux-mêmes et pour leur famille lorsqu'on leur dit de changer la façon dont ils utilisent leur équipement de protection individuelle afin de ne pas épuiser les réserves. Comme vous venez de le mentionner, c'est absolument épouvantable. C'est très difficile pour eux d'attendre que leur masque soit souillé pour le remplacer. C'est très inquiétant. Je vous remercie d'avoir été aussi ouverts et honnêtes avec nous.

J'aimerais poser une question au Dr Ovens. Lorsque mes électeurs m'appellent, ils me disent que les renseignements communi-

qués dans les séances d'information, que ce soit à l'échelon provincial ou fédéral, ne reflètent pas vraiment les expériences qu'ils vivent sur le terrain. Dans le rapport provisoire du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, qui a été publié en 2004, on indiquait que le Canada devait mettre en œuvre un système d'alerte en temps réel pour être en mesure d'intervenir de manière adéquate en cas de pandémie.

Avons-nous un logiciel quelconque qui permet de saisir les données dans les hôpitaux et d'envoyer ensuite des rapports en temps réel à l'organisme de santé publique local, afin que les renseignements soient diffusés en temps réel?

• (1600)

Dr Alan Drummond: Je ne suis au courant d'aucun système national en temps réel. En effet, la collecte de données varie beaucoup d'une région à l'autre. Dans certains endroits, on a automatisé une partie des données, mais certaines autres données sont transmises de façon manuelle à peu près partout, selon moi.

Mme Tamara Jansen: Dans ce cas, à votre avis, croyez-vous que les divergences dans les renseignements communiqués pendant les séances d'information aux médias pourraient être réduites si nous avions un meilleur système à cet égard?

Dr Alan Drummond: C'est un énoncé général. Manifestement, les choses s'amélioreront en fonction de l'exactitude des données et de la rapidité avec laquelle nous pouvons les communiquer aux groupes de dirigeants.

Mme Tamara Jansen: D'accord. Je comprends.

Docteur Buchman, l'une des recommandations formulées dans ce document était qu'il nous fallait adopter un meilleur système d'intervention et de préparation en cas d'urgence, ce qui comprendrait une réserve nationale stratégique d'urgence. Le sondage que vous avez mené auprès de 5 000 médecins a révélé qu'il y avait très peu de renseignements au sujet de cette réserve.

Selon vous, cette réserve nationale stratégique d'urgence est-elle inadéquate?

Dr Sandy Buchman: Comme nous l'avons entendu, il y a d'importantes pénuries. Je vais vous donner un exemple. Je suis médecin en soins palliatifs, et nous tentons d'accroître nos interventions en soins palliatifs, et nous tentons d'abandonner nos interventions parce qu'un respirateur ne convient pas à son état ou parce qu'il ne survivra pas au respirateur.

Il existe une intervention appelée « sédation palliative » qui consiste à administrer un sédatif à un patient pour le laisser décéder paisiblement et sans trop de douleur, mais nous savons que les réserves de certains de ces médicaments sont maintenant réduites, surtout celles d'un médicament appelé midazolam et d'autres comme la méthotriméprazine. C'est un exemple clinique très restreint, mais très important de ces pénuries de médicaments qui surviennent au quotidien, comme on l'a dit plus tôt. Nous les voyons...

Mme Tamara Jansen: Pardon. J'ai une petite question.

Avons-nous une réserve nationale d'urgence? Est-ce quelque chose qui existe?

Dr Sandy Buchman: Je me trompe peut-être, mais à ma connaissance, nous n'avons pas de réserves suffisantes ni de réserves d'urgence de médicaments. Il serait peut-être plus utile de poser la question à mes collègues de l'Association des pharmaciens du Canada.

Mme Tamara Jansen: Ma question ne portait pas uniquement sur les médicaments. Je me demandais ce qui se passait pour les EPI et les équipements semblables. Je crois que c'est à cela que sert la réserve d'urgence.

Dr Sandy Buchman: Oui, la réserve est suffisante pour ce qui est de ces équipements.

Mme Tamara Jansen: Pour ce qui est de notre capacité d'intervention dont a parlé le premier ministre, cette capacité a-t-elle été créée par l'annulation d'autres traitements, ou existe-t-il une meilleure façon de créer une capacité d'intervention, en prévoyant des hôpitaux provisoires, par exemple, plutôt que de priver les patients ordinaires des services?

Dr Sandy Buchman: C'est une excellente question. Je n'ai pas l'expertise nécessaire pour vous fournir une réponse détaillée, mais je sais que dans d'autres pays, on a bâti des hôpitaux provisoires qui permettent de séparer les patients habituels de ceux atteints de la COVID-19. Je présume qu'il existe des preuves qui attestent du bien-fondé d'une telle mesure. Là encore, je m'en remets à mes collègues. Il se peut que le Dr Drummond ou le Dr Ovens soit en mesure de vous répondre.

• (1605)

Mme Tamara Jansen: Est-ce possible, docteur Ovens?

Dr Alan Drummond: Je peux répondre.

Nous avons longuement parlé des leçons tirées des épidémies comme celles du SRAS, du H1N1, de l'Ebola et du SRMO, et bien franchement, nous avons fait fi de certaines d'entre elles.

L'une des grandes leçons, c'est l'absence régulière de capacité d'intervention dans nos hôpitaux. Nous savons que 85 % représentent un taux d'occupation sécuritaire. La plupart des hôpitaux urbains du Canada essayent, en échouant parfois, de fournir des soins décents à 110 % de leur capacité, et c'est tout à fait routinier. Nous avons suggéré à tous les ordres de gouvernement qu'il faut améliorer la situation pour de simples raisons de décence humaine, mais également à des fins de planification en cas de pandémie.

Maintenant, nous nous retrouvons face à une situation dans laquelle les chirurgies pour les patients souffrant d'un cancer sont reportées, ainsi que les examens radiologiques, parce que les hôpitaux ont dû prendre des mesures extraordinaires afin d'avoir une capacité d'intervention raisonnable, et c'est une honte.

Ce n'est pas le moment de montrer les coupables du doigt, mais nous devons retenir la leçon. Les pandémies ne disparaîtront pas. Au cours des deux dernières décennies, combien en avons-nous eu? C'est quelque chose que nous devons apprendre une fois pour toutes.

Existe-t-il un rôle pour les hôpitaux de campagne? Il va bien falloir leur en créer un, si la pandémie dure. J'y verrais un rôle pour l'armée, notamment dans les collectivités rurales, où les hôpitaux pourraient être rapidement pris d'assaut et il pourrait y avoir un besoin pour des hôpitaux de campagne. Espérons que les militaires et les services médicaux des Forces canadiennes songent à jouer un rôle actif dans la prestation des soins.

Mme Tamara Jansen: Merci.

Le président: Merci, madame Jansen.

Nous passons maintenant au Dr Powlowski.

Docteur Powlowski, vous avez cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Merci.

Pour les témoins qui ne le savent peut-être pas, j'exerce comme urgentologue depuis longtemps. Je félicite chacun d'entre vous de vos exposés. Vous avez tous fait un excellent travail.

Afin d'appuyer vos propos, permettez-moi d'abonder dans le même sens quant à l'importance de la transparence au niveau fédéral, provincial et local, au niveau de l'hôpital et même au niveau des divers services hospitaliers, notamment en ce qui concerne les EPI. Si nous demandons aux travailleurs de la santé de risquer leur vie et celles de leurs familles, nous devrions leur dire ce que nous faisons pour nous approvisionner en EPI.

Je sais que notre gouvernement fédéral se démène pour s'assurer que, dans la mesure du possible, nous acheminons les EPI aux gens sur le terrain. J'ai parlé au secrétaire parlementaire responsable de ce dossier hier. Nos fonctionnaires cherchent par tous les moyens de vous trouver ce qu'il vous faut et de vous le remettre dans les délais les plus brefs. Je crois qu'à chaque niveau de gouvernance, que ce soit au niveau de l'hôpital ou au niveau fédéral, nous devons faire preuve de bonne foi et de transparence à l'égard des travailleurs de première ligne quant au nombre de masques, de masques N95 et de blouses et aux dates de livraison.

Cela dit, je répondrai maintenant à la question controversée qui consiste à savoir si le virus peut être transmis par gouttelettes et par aérosolisation. En écoutant la présidente des infirmiers et infirmières parler, j'ai appris que bon nombre de ses membres sont très inquiets par la possibilité que le virus soit aérosolisé, et pour cause, à mon avis. Certains d'entre vous, ainsi que les médecins, ont peut-être lu l'étude réalisée au Nebraska sur les 10 patients atteints de la COVID-19. On a effectué des prélèvements dans les chambres pour trouver où se cachait le virus, et il était partout. Sous le lit, sur le siège de toilette, dans l'air. Il se trouvait à l'extérieur des chambres, même si les chambres étaient à pression négative. De plus, des spécialistes des maladies infectieuses ont également soulevé la possibilité que le virus puisse être aérosolisé, ou encore en sont convaincus.

Le CDC suggère maintenant aux gens de porter le masque, en partie à cause de la prémisse qui veut que les gens n'ayant aucun symptôme ou encore très peu puissent transmettre la maladie, et le port du masque pourrait aider à prévenir la transmission.

Le Dr Buchman de l'AMC et les urgentologues disent que la propagation se fait plutôt par gouttelettes. Je penche plutôt du côté de la présidente, car je m'intéresse au principe de la précaution qu'elle a évoqué. Nous les médecins, c'est bien la façon dont nous procédons. Nous n'écartons pas le pire des scénarios. Nous devons d'abord établir que ce n'est justement pas le pire des scénarios. Les urgentologues n'examinent pas un patient de 35 ans pour dire: « Vos douleurs à la poitrine sont juste des brûlures d'estomac. » Non, nous pensons toujours au pire des cas. Cela pourrait être une myocardio-pathie ischémique, une embolie pulmonaire, ou encore un pneumothorax.

Pourquoi écartons-nous aussi rapidement la possibilité de la propagation par voie aérosolisée? Ne serait-il pas mieux de prendre pour acquis qu'une aérosolisation se produit et procéder de la façon que veut le personnel infirmier?

• (1610)

Dr Alan Drummond: Je peux essayer de vous répondre.

Personne ne minimise d'aucune manière que ce soit les préoccupations de nos collègues infirmiers et infirmières qui sont — sans contredit — la pierre angulaire de notre système de soins d'urgence.

Reste quand même qu'il convient de considérer les choses dans une perspective un peu plus large, ce que l'on semble négliger de faire à mes yeux. Pas moins de 90 % des gens qui vont contracter la maladie vont s'en tirer avec de la toux, un rhume et des écoulements nasaux. Entre 7 et 10 % vont être hospitalisés, et certains d'entre eux vont assurément aboutir aux soins intensifs, avec un taux de mortalité qui varie en fonction de l'âge des patients touchés. Si nous choisissons d'utiliser les masques N95 et tous les équipements de protection possibles dès le stade initial de la maladie sans trop savoir comment elle évoluera, ne sommes-nous pas en train de mettre à risque le professionnel qui devra procéder à une intubation ou à des pressions sternales une fois que tous nos équipements auront été écoulés?

Nous sommes tous les deux médecins et nous savons que les données scientifiques à ce sujet sont encore plutôt fragmentaires. C'est une maladie qui connaît une évolution rapide. Nous la comprenons de mieux en mieux, mais nous devons prendre des mesures de protection pour sauver des vies. Il va de soi que nous craignons la contamination par voie aérienne lors de traitements de ventilation effractive, d'intubation ou de réanimation cardiaque. Il faut alors se demander si nous souhaitons vraiment utiliser à ce moment-ci tous nos précieux équipements de protection pour empêcher qu'une personne se retrouve avec une toux ou des écoulements nasaux.

Je ne veux surtout pas me montrer désinvolte. J'essaie simplement de présenter les choses telles qu'elles sont. Nous devons considérer la situation dans son ensemble.

M. Marcus Powlowski: Je dirais qu'il y a une approche qui serait sans doute préférable, toujours en évitant d'écarter du revers de la main les inquiétudes des infirmiers et infirmières quant à la contamination par la voie des airs. Nous pourrions ainsi leur indiquer que nous jugeons les risques plutôt faibles pour l'instant et que nous devons absolument, étant donné ce constat, préserver les masques N95 pour les pratiques médicales produisant un bioaérosol. C'est ce que nous pourrions suggérer en précisant que, dès que nous aurons des masques en quantité suffisante, nous les mettrons à la disposition des infirmiers et infirmières comme ils le demandent. Nous savons que certains hôpitaux voudraient que ce choix soit laissé à la discrétion de chacun, mais la pénurie actuelle est peut-être trop marquée pour que cela soit possible.

Je voudrais maintenant passer...

Dr Alan Drummond: Je vous prie de m'excuser. Personne ne rejette les préoccupations de nos collègues infirmiers et infirmières, absolument pas. Nous travaillons de concert avec eux. Nous formons une équipe. Il nous faut cependant aussi tenir compte dans ce débat des connaissances scientifiques qui nous permettent de nous faire une meilleure idée de l'évolution des choses. Sans cela, nous risquons de voir quelqu'un contracter une maladie mortelle en essayant d'intuber un jeune de 25 ans. Je vois où vous voulez en venir, mais je dirais que pour l'instant les données scientifiques nous incitent sans doute plutôt à opter pour la préservation de notre capacité.

M. Marcus Powlowski: Je ne crois pas que l'application du principe de précaution aille à l'encontre des connaissances scientifiques. Il y a un peu...

Madame Silas, vous vouliez intervenir? Je pense qu'il me reste encore du temps.

Dr Howard Ovens: Puis-je commenter brièvement?

Je veux seulement ajouter que le simple fait de trouver des traces du virus sur une surface ne signifie pas qu'il puisse être transmis de cette manière. Si l'on examine le taux de propagation, on constate que la transmission se fait surtout par gouttelettes. Il y a vraiment très peu de preuves cliniques d'une propagation par voie aérienne.

Les arguments avancés en ce sens ne doivent pas nous faire perdre de vue les mesures qui ont vraiment démontré leur grande efficacité, comme une bonne hygiène des mains et l'application systématique des précautions qui s'imposent pour éviter la diffusion de gouttelettes, notamment en toussant de la manière qui convient.

Mme Linda Silas: Puis-je me permettre de vous interrompre?

Nous ne sommes pas en train de demander des permissions. Nous voulons que nos employeurs respectent notre jugement professionnel lorsque nous nous retrouvons en face d'un patient.

Le président: Docteur Powlowski, vous n'avez plus de temps.

Nous passons maintenant à M. Jeneroux. Vous avez cinq minutes.

M. Matt Jeneroux: Merci, monsieur le président.

Je veux revenir à la première question que j'ai posée il y a environ deux heures.

J'ai demandé aux représentants de l'Association canadienne des médecins d'urgence si les autorités de la santé publique avaient communiqué avec eux pour coordonner les efforts déployés dans la lutte contre la COVID-19. Ils ont répondu que non. Un des membres libéraux du Comité a ensuite indiqué qu'il y avait eu des discussions avec la ministre en mars, soit deux mois après que nous avons soulevé la question en faisant valoir l'urgence de la situation. Les représentants des urgentologues ont répondu que la rencontre ne portait pas à proprement parler sur la COVID-19 ou sur les considérations de santé publique qui en découlent.

Je veux que mes collègues d'en face comprennent bien que les argumentations partisans n'ont pas leur place au sein de ce comité. Nous essayons de collaborer tous ensemble afin de mieux appuyer et conseiller le gouvernement. Je souhaite rappeler à mes collègues qu'ils ne sont certes pas obligés de lire aux fins du compte rendu tous les courriels urgents que leur fait parvenir le bureau de la ministre à cette fin. Lorsqu'ils agissent de cette manière, ils se placent eux-mêmes, en même temps que le gouvernement, dans une situation embarrassante car, à vrai dire, notre comité est là pour appuyer et conseiller le gouvernement dans le cadre de nos efforts conjoints pour servir aux mieux les intérêts des Canadiens.

Je me réjouis en tout cas de la précision apportée à ce sujet par les représentants des urgentistes.

Comme je n'aurai bientôt plus de temps, monsieur le président, j'adresse ma dernière question au Dr Buchman.

On nous a parlé d'un manque de données de modélisation. J'aimerais savoir si des données de modélisation à l'échelle nationale ont été communiquées à votre association pour que vos membres et vous-mêmes puissiez mieux vous préparer à la suite des choses.

• (1615)

Dr Sandy Buchman: Les seules données de modélisation que nous ayons reçues sont celles qui ont été communiquées à tout le monde. Nous n'avons aucun traitement privilégié en la matière.

En fait, nous avons uniquement accès aux données qui sont du domaine public.

M. Matt Jeneroux: Savez-vous si le gouvernement dispose de l'interne de données de modélisation qui pourraient être utiles à votre association?

Dr Sandy Buchman: Je ne saurais vraiment vous dire quelles données le gouvernement détient ou non. Nous osons toutefois espérer que les gouvernements, aussi bien fédéral que provinciaux, vont rendre accessibles à tous les données à leur disposition. Cela s'inscrit dans la volonté de transparence dont nous parlions précédemment. J'estime essentiel que l'on communique toutes les informations connues ou disponibles.

M. Matt Jeneroux: J'aimerais profiter des quelques secondes qu'il me reste pour poser une brève question aux représentants de l'Association des pharmaciens du Canada.

Nous avons abordé la question des renouvellements d'ordonnances qui sont limités à un mois. Est-ce que des exceptions sont envisagées, notamment pour les gens des collectivités rurales et éloignées pour lesquels il est souvent plus difficile d'avoir accès aux médicaments?

M. Barry Power: Merci, monsieur Jeneroux.

Certainement. C'est prévu dans les recommandations ainsi que dans bon nombre des directives émises par les différents collèges. Il est recommandé que les pharmaciens s'appuient sur leur jugement clinique. Il est bien certain qu'une telle mesure est déraisonnable pour une personne qui a deux heures de route à faire pour se rendre à une pharmacie. On pourrait donc lui remettre une plus grande quantité de médicaments, et on pourrait faire de même, par exemple, pour une personne souffrant d'une immunodéficience grave. On veut vraiment que chaque pharmacien puisse prendre une décision en fonction de la situation. Il n'en demeure pas moins que nous recommandons vivement une limite de 30 jours pour la vaste majorité des Canadiens.

M. Matt Jeneroux: Excellent.

Monsieur le président, je vais laisser le reste de mon temps...

Mme Shelita Dattani: Si vous me permettez d'ajouter un élément à la réponse de monsieur Power... Pour diminuer les inconvénients pour les aînés et tous ceux qui ne peuvent pas se rendre facilement dans une pharmacie, nous avons aussi recours à la livraison de médicaments dans les collectivités rurales et les endroits où habitent ces personnes vulnérables de telle sorte qu'elles n'aient pas à visiter une pharmacie plus souvent que nécessaire. Nous leur livrons les médicaments à domicile.

Le président: Merci, monsieur Jeneroux. Vous avez bien dit que vous aviez terminé?

M. Matt Jeneroux: Oui, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Van Bynen. Vous avez cinq minutes. À vous la parole.

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je dirais d'entrée de jeu qu'il est essentiel d'exprimer en toute sincérité l'importance d'une étroite collaboration entre tous les fournisseurs de soins et de reconnaître la contribution de chacun. Par ailleurs, je conviens que nous devrions éviter les déclarations partisanses, mais aussi qu'il est tout à fait inapproprié de qualifier de partisane une affirmation ainsi faite en toute candeur.

Au nom de tous les gens de ma circonscription, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de la santé représentés par nos témoins d'aujourd'hui pour leur travail sans relâche dans le contexte de cette pandémie sans précédent. J'espère certes que personne ne considérera qu'il s'agit là d'une déclaration partisane.

Cela dit, nous entendons parler de ces nombreux médecins, infirmiers et infirmières et autres professionnels de la santé retraités qui reprennent du service pour contribuer à la lutte contre la COVID-19. Notre gouvernement a également lancé une campagne de recrutement auprès des personnes ayant fait des études ou possédant de l'expérience dans le domaine de la santé.

J'aimerais demander au Dr Drummond s'il estime que ces initiatives vont réduire le fardeau et les risques d'épuisement professionnel pour ceux qui sont sur la ligne de front jour après jour. Est-ce que les gens qui seront ainsi recrutés auront besoin d'une nouvelle formation avant de pouvoir travailler en première ligne?

• (1620)

Dr Alan Drummond: Je vous remercie de cette question.

Je pense que tout le monde devra mettre la main à la pâte au cours des prochaines semaines, puisque nous nous attendons à une augmentation du nombre de cas. Nous craignons que des médecins âgés se sentent obligés de retourner au travail par conscience sociale et esprit de citoyenneté ou de communauté. Il faut bien préciser que c'est un choix qui dépend des circonstances personnelles de chacun. Chacun doit se sentir à l'aise de prendre cette décision. J'ai 66 ans. Quand on vieillit, on est tout aussi exposé au virus que les autres, mais le risque augmente.

Nous disons à ces médecins que s'ils veulent reprendre du service, ils doivent bien comprendre ce qu'ils exigent d'eux-mêmes et de leur famille, parce qu'ils pourraient y laisser la vie et qu'ils doivent en tenir compte. S'ils reviennent, ce peut aussi être ailleurs qu'en première ligne, aux urgences, pour faire d'autres choses nécessaires.

Tout à fait, il est utile que le gouvernement libère les travailleurs. Évidemment, nos résidents ont peur de se heurter à des restrictions lorsque viendra le temps de commencer à pratiquer en raison du report des examens, qui doit être pris en compte. En toute équité, si nous voulons recruter des médecins étrangers, nous devons nous assurer qu'ils pourront continuer de travailler au Canada après la pandémie de COVID-19.

Oui, je félicite le gouvernement pour cela. Tout le monde doit faire sa part, mais il faut faire attention à ce qu'on demande. Ce que disait Linda Silas au sujet de la protection personnelle est très important, et nous nous attendons à ce que personne ne soit placé en danger sans bénéficier d'une protection adéquate en première ligne.

M. Tony Van Bynen: Merci. Je comprends vos préoccupations et je vous remercie de votre candeur. J'entends beaucoup parler des lacunes qui semblent en présence aujourd'hui.

Plutôt que de regarder dans le rétroviseur, j'aimerais tourner le regard vers l'avenir et vous demander vos recommandations de solutions pour l'après-pandémie. Par exemple, j'ai entendu que le nombre de professionnels de la santé est limité et que c'est un problème, mais que peut-on faire à long terme? Devrait-il y avoir des programmes spéciaux pour grossir les rangs des professionnels de la santé? Comment pouvons-nous y arriver?

Dr Alan Drummond: Cette question s'adresse-t-elle à moi?

M. Tony Van Bynen: Oui.

Dr Alan Drummond: D'accord. Merci.

Oui, c'est vrai. Nous avons été très clairs. Depuis déjà cinq ans, nous répétons qu'il y a une grave pénurie d'urgentologues, une situation qui ne fera qu'empirer avec le temps, compte tenu du fait que la population vieillit et que la santé des gens ne s'améliore pas nécessairement avec l'âge. À l'heure actuelle, il manquerait 1 100 urgentologues. Ce sera sûrement encore pire en milieu rural. Les ressources y sont toujours limitées, et c'est la raison pour laquelle il y a des urgences qui ferment à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse après minuit, de même qu'en Colombie-Britannique, faute de médecins.

Je pense que nous devons aussi nous demander comment nos collègues qui assistent les médecins, comme les infirmières cliniciennes qui exercent en paramédecine communautaire, pourront nous aider à l'avenir, non seulement pour nous préparer à répondre aux urgences de tous les jours, mais aussi pour nous préparer à toute pandémie future. Il y a de nombreux professionnels qui sont prêts à faire leur part, mais ils peuvent se heurter à diverses restrictions. Je pense en particulier à tous les auxiliaires médicaux et à ceux qui travaillent en paramédecine communautaire.

Dr Sandy Buchman: Monsieur le président, ici Sandy Buchman. Puis-je ajouter quelque chose?

À long terme, il nous faut une bonne planification nationale des ressources humaines en santé, donc je fais écho aux propos du Dr Drummond, mais nous n'avons pas de plan national pour déterminer de combien de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé nous avons besoin. Nous avons des données, mais nous n'avons pas d'entité nationale apte à les rassembler.

Nous avons besoin d'un plan sur 10 ans, 20 ans. Bien sûr, la population âgée va en augmentant, mais il y a 10 fois plus de pédiatres que de gériatres qui sortent des écoles de médecine. Je veux seulement dire que nous sommes devant un défi énorme et qu'il nous faut un plan national des ressources humaines en santé et des nouveaux modèles interprofessionnels novateurs.

M. Tony Van Bynen: Merci. C'est un formidable lien vers ma question suivante.

Croyez-vous que nous devrions restructurer la façon dont nous offrons des services de santé aux échelons fédéral, provincial et municipal? Y aurait-il lieu de modifier les rôles que jouent les divers ordres de gouvernement pour venir combler les lacunes qui semblent persister?

Encore une fois, je pose cette question aux médecins.

• (1625)

Dr Alan Drummond: Je suis d'accord avec le Dr Buchman pour dire qu'il nous faut une stratégie nationale sur les ressources humaines en santé.

Un urgentologue peut recevoir sa formation en Nouvelle-Écosse, puis soudainement se retrouver dans le Sud-Ouest de l'Alberta. Nous devons savoir combien il y a de professionnels de quel type, particulièrement pour les urgences, et savoir de combien de professionnels nous avons besoin dans les différentes régions, que ce soit à l'hôpital Sunnybrook de Toronto ou à Sundre, en Alberta. Il faut commencer à nous demander qui travaillera dans nos urgences de demain et de quelle formation ils auront besoin. C'est tout à fait vrai.

La pratique médicale change-t-elle? Pour les omnipraticiens, nous sommes peut-être à l'aube d'une nouvelle époque, puisque de nombreux omnipraticiens sont en train d'apprendre à exercer la médecine de façon novatrice par Skype, FaceTime, téléconférence et vidéoconférence, donc oui, c'est le temps. Notre système de santé sera littéralement pris d'assaut au cours des prochaines années, puisque la proportion des personnes âgées dans notre population monte en flèche.

Oui, il est temps d'y penser et oui, je crois que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer à ce chapitre.

Dr Sandy Buchman: J'ajouterais seulement que les soins virtuels ont déjà commencé à changer le système de santé. Cela fait des années que nous voulons mettre des choses en place. Il y a un groupe de travail consultatif du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada qui vient de terminer son travail sur la politique, la réglementation et la gouvernance en matière de soins virtuels.

Tout cela prend vie avec la COVID-19. Le génie est sorti de la lampe. Il n'y aura pas de retour en arrière possible, donc le système de santé changera en profondeur avec l'avènement des soins virtuels. Ce n'est qu'un début, mais quand cette pandémie sera derrière nous, nous devons réévaluer pratiquement tout ce qui se fait dans notre système de santé.

Le président: Merci à tous.

Nous entendrons maintenant M. Thériault. Monsieur Thériault, vous avez deux minutes et demie. La parole est à vous.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vais être bref. Je vais continuer dans la même veine en m'adressant au Dr Buchman.

En période de crise, on voit l'émergence de pratiques innovantes. On sait que l'accès aux soins de santé de première ligne est une difficulté quotidienne, notamment dans les régions rurales. Je suis curieux de savoir si cela se passe bien jusqu'à maintenant.

Ensuite, que pensez-vous des consultations à distance, c'est-à-dire par vidéoconférence ou par téléconférence? Est-ce adéquat et efficace pour diagnostiquer la COVID-19, entre autres, et pour offrir des soins aux gens qui en sont atteints ou qui ont d'autres problèmes?

[Traduction]

Dr Sandy Buchman: Je vous remercie de cette question.

Avant même que ne surviennent la COVID-19 et la pandémie, notre système n'avait pas la capacité appropriée pour répondre aux besoins de nos collectivités éloignées et rurales. C'est un énorme problème. Cela ferait partie de la planification des ressources humaines en matière de santé.

En ce qui concerne plus particulièrement la COVID-19, tout comme nous testons les populations urbaines ou cette partie de la population qui est mieux desservie, nous allons devoir faire des tests dans les collectivités rurales et éloignées. Il est possible de fournir des soins virtuels pour les maladies bénignes, les quelque 80 % de personnes qui ne seront que légèrement malades, mais nous devons être prêts, comme nous le sommes, à évacuer ceux qui sont plus gravement atteints vers des centres qui seront en mesure de les prendre en charge.

Là encore, une leçon à tirer est que nous n'avons pas encore toute la capacité nécessaire pour répondre aux besoins de nos populations rurales et éloignées. La pandémie devrait être un signal d'alarme. Nous sommes très préoccupés par le fait que des personnes tomberont malades dans nos collectivités éloignées, en particulier dans les collectivités des Premières Nations, où les circonstances sociales favoriseraient le développement de la maladie, compte tenu, par exemple, du nombre de personnes qui vivent dans un même logement.

En ce qui a trait à ce que vous soulevez, je pense qu'il est très important d'examiner cette question d'un œil critique. Nous en tirons des leçons pour augmenter autant que possible les ressources destinées aux collectivités rurales et éloignées, y compris l'utilisation accrue de soins virtuels.

• (1630)

Le président: Merci, monsieur Thériault.

Passons maintenant à M. Davies, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Docteur Ovens, vous avez parlé avec éloquence du besoin de transparence et de la nécessité de prendre des décisions fondées sur la science. Serait-il utile pour la communauté médicale que le gouvernement fédéral publie sa modélisation des différents scénarios possibles concernant le développement de la COVID-19?

Dr Howard Ovens: À l'intérieur de certaines balises, oui. De la façon la plus élémentaire, nous pouvons tous extrapoler une ligne sur une courbe. Ce qui est intéressant, c'est de savoir quelles hypothèses ils sont en train de faire entrer dans leur modèle et comment ils anticipent son évolution. En fin de compte, nous allons devoir attendre de voir ce qui se passe. Je pense que ce serait intéressant, mais je ne veux pas accorder trop d'importance aux modèles.

M. Don Davies: C'est vrai. Merci.

Docteur Drummond, je pense que l'une de vos recommandations était d'augmenter les tests pour tous ceux qui sont symptomatiques. Il me semble que nous testons environ 1 % de la population en ce moment. Nous ne testons certainement pas tous ceux qui sont symptomatiques. Pouvez-vous nous donner une idée de ce que nous pourrions faire pour atteindre les pourcentages que vous préconisez pour la conduite de tests?

Le président: Est-ce pour le Dr Drummond? Docteur Drummond, êtes-vous là?

Dr Howard Ovens: S'il fait une pause en biologie, je pourrais essayer de répondre à cela, si vous voulez. C'est Howard Ovens.

M. Don Davies: D'accord. Monsieur le président, si vous n'y voyez pas d'objection, j'aimerais que mon temps de parole soit ajusté en raison de ce retard.

Le président: D'accord.

M. Don Davies: Merci.

Allez-y, docteur Ovens.

Dr Howard Ovens: D'après l'expérience internationale, une stratégie gagnante consiste à tester activement toutes les personnes qui présentent des symptômes, ainsi qu'à effectuer une surveillance aléatoire des populations névralgiques. Cela vous permet de connaître la prévalence de la maladie, mais surtout, de suivre les résultats en isolant les personnes qui sont positives et en recherchant les personnes avec lesquelles elles sont entrées en contact. C'est une chaîne qui commence par des tests, mais qui se termine par la mise en isolement et la recherche des contacts.

Je ne peux pas vous donner de mémoire le nombre exact de personnes qu'il faudrait tester, mais cela viserait certainement toutes les personnes qui présentent des symptômes. Il faudrait aussi que la mesure s'accompagne d'un programme de surveillance bien conçu.

M. Don Davies: Merci. Je suppose que nous n'en sommes pas encore là. Est-ce bien ce que vous voulez dire?

Dr Howard Ovens: Nous n'en sommes pas encore là.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Enfin, à l'Association des pharmaciens du Canada, j'ai été contacté par des personnes âgées qui s'inquiètent de messages contradictoires. On leur dit de rester à la maison, mais l'imposition de l'approvisionnement maximum d'un mois fait en sorte qu'ils sont obligés de revenir à la pharmacie tous les 30 jours au lieu de tous les 90 jours.

Deuxièmement, il y a un problème d'ordre pécuniaire. Un couple de personnes âgées m'a dit qu'ils payaient des frais d'ordonnance de 10 \$. Comme ils ont douze ordonnances à eux deux, leurs frais sont passés de 120 \$ tous les trois mois à 120 \$ tous les mois. L'Association des pharmaciens du Canada envisage-t-elle d'ajuster les frais d'ordonnance pour aider les personnes âgées à revenu fixe, compte tenu de l'obligation de renouveler les ordonnances à intervalles plus courts?

M. Barry Power: Je vous remercie de cette question.

Nous examinons un certain nombre d'options pour aider ces personnes. Nous travaillons avec les provinces et les payeurs, et nous avons des discussions au sein de la profession sur ce qui serait la meilleure façon d'aborder cette question.

Nous savions que la situation allait être difficile pour beaucoup de gens. Nous avons dû prendre une décision rapidement en raison de l'incroyable pic que nous avons vu. Nous avons commencé à discuter avec un certain nombre de parties prenantes afin de déterminer quand nous allons revenir sur la recommandation de passer à 30 jours ainsi que pour trouver des moyens d'aider les gens.

M. Don Davies: Mais les pharmaciens envisageraient-ils de réduire leurs honoraires d'exécution d'ordonnance à titre de contribution pour alléger les conséquences de cette conjoncture extraordinaire?

M. Barry Power: C'est une discussion qui devra se dérouler avec les propriétaires de pharmacie, mais c'est assurément quelque chose dont nous pourrions discuter avec certains acteurs du milieu.

• (1635)

Le président: Merci, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Mme Shelita Dattani: Pourrais-je...

Le président: Allez-y.

Mme Shelita Dattani: Je pourrais ajouter quelque chose à ce que Dr Power disait sur les messages contradictoires, ce qui, je pense, a été le début de cette question.

Nous avons certes parlé de l'approvisionnement aux 30 jours, mais nous faisons assurément de gros efforts pour décourager les patients, surtout s'ils sont vulnérables, s'ils présentent des symptômes ou s'ils ne se sentent pas à l'aise de venir à la pharmacie. De nombreuses pharmacies ont en fait des heures d'ouverture pour les patients âgés qui se sentent plus à l'aise de venir quand il y a moins de monde. Par ailleurs, s'ils ont des symptômes, s'ils sont malades ou s'ils ne veulent pas venir, nous sommes plus que disposés à assurer la livraison, et nous continuons à le faire.

Comme je l'ai mentionné, les pharmacies de tout le pays se sont engagées à augmenter considérablement les livraisons afin de réduire le nombre de patients dans leurs magasins. De plus, les phar-

macies prennent les appels téléphoniques. Les pharmaciens parlent aux patients au téléphone et installent des affiches, et ils essaient fortement de décourager de toutes les manières possibles les patients qui présentent des symptômes, les personnes vulnérables ou les personnes âgées de se rendre dans leurs établissements. Nous voulons protéger leur santé et la nôtre, et je pense que le message a été très clair à ce sujet.

Le président: Merci.

Je tiens à remercier tout le monde. Je remercie notre illustre groupe d'experts pour ses contributions très précieuses et ses excellentes réponses à nos nombreuses questions. Je remercie les membres du Comité et les députés présents à la réunion pour leur temps et leur contribution.

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>