



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 026

Le lundi 13 juin 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 13 juin 2022

• (1555)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 26^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Nous nous réunissons pendant deux heures avec des témoins dans le cadre de notre étude sur la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de COVID-19. Les thèmes de la réunion d'aujourd'hui sont la COVID longue et le traitement de la COVID.

La réunion se déroule dans une formule hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 25 novembre 2021.

Conformément à la directive du Bureau de régie interne du 10 mars 2022, tous ceux qui assistent à la réunion en personne doivent porter un masque, sauf les membres qui sont à leur place pendant les débats.

J'ai quelques remarques à faire à l'intention des témoins. L'interprétation est disponible. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, le français ou l'anglais. Lorsque vous ne parlez pas, veuillez prendre soin de mettre votre micro en sourdine. Veuillez ne pas faire de captures d'écran ou de photos de votre écran. Toutes les délibérations seront disponibles sur le site Web de la Chambre des communes.

Nous sommes maintenant prêts à passer aux déclarations liminaires.

Je crois comprendre que l'un de nos témoins n'est pas encore avec nous, mais qu'il est en train de résoudre des difficultés techniques et qu'il se joindra sous peu. Il s'agit de M. Eric Arts, professeur au département de microbiologie et d'immunologie de l'Université de Western Ontario. Nous retrouvons Dre Emilia Liana Falcone, directrice de la Clinique de recherche post-COVID-19 à l'Institut de recherche clinique de Montréal et infectiologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Nous accueillons aussi Mme Kelly O'Brien, professeure agrégée au département de physiothérapie de l'Université de Toronto et codirectrice du Rehabilitation Science Research Network for COVID à l'Université de Toronto, ainsi que Mme Susie Goulding, la fondatrice du COVID Long-Haulers Support Group Canada.

Merci à tous d'être ici. Votre déclaration liminaire doit durer au plus cinq minutes.

Nous allons commencer par la Dre Falcone.

Bienvenue à nouveau. Vous avez la parole.

[Français]

Dre Emilia Liana Falcone (directrice, Clinique de recherche post-COVID-19, Institut de recherches cliniques de Montréal, infectiologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel): Je vous remercie, monsieur le président.

J'aimerais d'abord remercier les membres du Comité permanent de la santé de m'offrir l'occasion de leur adresser la parole aujourd'hui et de leur faire part de mes réflexions.

Je m'appelle Emilia Liana Falcone et je suis médecin spécialiste en maladies infectieuses au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, ou CHUM. Je travaille aussi à l'Institut de recherches cliniques de Montréal, ou IRCM, où je suis directrice de l'unité de recherche sur le microbiome et la fondatrice de la clinique de recherche post-COVID-19. Nous évaluons de façon complète les patients atteints de la COVID-19 de longue durée et collaborons avec des collègues d'autres établissements afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

La pandémie de COVID-19 a fragilisé notre système de santé. Plus de 3,9 millions de Canadiens ont contracté la COVID-19. Comme nous estimons que de 10 % à 30 % d'entre eux pourraient avoir des séquelles à long terme, plus de 1 million de Canadiens pourraient souffrir de la COVID-19 de longue durée, et il est probable que de 200 000 à 300 000 d'entre eux soient malades pendant des mois ou des années et qu'ils seront souvent incapables de retourner au travail. La surcharge de notre système de santé sera majeure, et les répercussions socioéconomiques seront importantes. C'est dans ce contexte que j'aimerais vous faire part des défis et des grandes questions auxquels nous devons faire face actuellement.

Le premier défi concerne le diagnostic de la COVID-19 de longue durée, qui est complexe. C'est une maladie hétérogène où les symptômes associés sont nombreux. Ces symptômes peuvent fluctuer ou même survenir après un rétablissement. De plus, plusieurs symptômes, comme la fatigue et l'essoufflement, sont les mêmes que ceux d'autres maladies. Il nous faut donc trouver des biomarqueurs qui faciliteraient le diagnostic de la COVID-19 de longue durée.

Le deuxième défi est de mieux comprendre les causes de la COVID-19 de longue durée du point de vue mécaniste. Cela nous permettra d'avoir des tests diagnostiques plus précis, de mieux comprendre l'évolution de la maladie et, surtout, de mettre au point de nouvelles thérapies qui soient mieux ciblées.

Dans ce même contexte, nous devons étudier l'effet des nouveaux variants et de la vaccination sur l'incidence de la COVID-19 de longue durée. Nous savons que les individus peuvent être réinfectés et avoir des infections postvaccinales. Selon notre expérience, même si un individu n'a pas eu la COVID-19 après une première infection, cela ne signifie pas qu'il ne risque pas d'avoir des séquelles à long terme après une réinfection.

Nous devons aussi mieux comprendre le rôle des médicaments antiviraux, non seulement pour traiter la COVID-19 aigüe, mais aussi pour prévenir ou même traiter la COVID-19 de longue durée, surtout si l'on considère qu'il pourrait y avoir des particules de virus qui se cachent dans certains tissus.

[Traduction]

La pandémie nous a appris que nous devons faire preuve de souplesse dans notre capacité à nous adapter à des situations cliniques en constante évolution, à mesure que de nouvelles données émergent. Un moyen efficace d'y parvenir consiste à intégrer systématiquement une infrastructure de recherche dans les parcours de soins cliniques.

Comme je vous l'ai dit lors de ma comparution précédente, mon expérience de huit ans au National Institutes of Health des États-Unis m'a amenée à soupçonner, dès le début de la pandémie, que la COVID laisserait des séquelles à long terme. Voilà pourquoi j'ai créé la Clinique de recherche post-COVID de l'IRCM grâce à l'aide de nos gouvernements. Mon objectif était d'intégrer notre évaluation clinique à une plateforme de recherche et une biobanque qui permettraient de mieux comprendre la COVID longue afin de répertorier les biomarqueurs diagnostiques et d'établir de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Notre modèle de clinique de recherche pourrait être étendu à des centres spécialisés à travers le Canada. Ce modèle serait encore plus efficace s'il était intégré à un réseau qui utiliserait des protocoles normalisés et disposerait d'une infrastructure établie pour la communication et l'intégration des données en temps réel. Grâce à cette approche coordonnée et rapide, nous nous distinguerions davantage en tant que pays, non seulement dans le contexte de la COVID longue, mais aussi dans la gestion d'autres maladies complexes et chroniques, de même que dans la préparation à la prochaine pandémie.

[Français]

Finalement, une telle infrastructure intégrant de façon systématique la recherche à l'évaluation clinique favoriserait des collaborations, à l'échelle nationale et à l'international, entre les gouvernements, l'industrie et les établissements universitaires.

J'aimerais vous faire part de plusieurs autres réflexions, et je serai heureuse de poursuivre la conversation lors de la période des questions.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Je vous remercie, docteur Falcone.

● (1600)

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre M. Arts, professeur au département de microbiologie et d'immunologie de l'Université de Western Ontario.

Merci de vous joindre à nous, monsieur Arts. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

M. Eric Arts (professeur, Département de Microbiologie et d'immunologie, University of Western Ontario, à titre personnel): Merci de m'avoir invité. Je vais me présenter brièvement.

Je suis titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur la pathogenèse et le contrôle des virus. Je viens de revenir au Canada — j'ai l'impression que c'est hier, mais je suis revenu il y a huit ans — après avoir travaillé pendant 20 ans à la Case Western Reserve University de Cleveland, en Ohio. Je suis virologue. Je détiens un certain nombre de brevets et je possède un savoir-faire en pathogenèse virale, en diagnostic et en création de médicaments et de vaccins. De plus, pendant la pandémie, nous avons ouvert une nouvelle installation de niveau trois. Il s'agit du Centre d'imagerie des pathogènes pour l'application des connaissances, une installation de niveau trois qui a été inaugurée quelques mois seulement avant la pandémie, en janvier. Nous avons l'une des installations les plus modernes en activité. Leçon à retenir: ne soyez jamais virologue et n'inaugurez jamais une nouvelle installation de biosécurité de niveau trois juste avant une pandémie si vous voulez avoir une vraie vie. C'est peut-être la même chose au gouvernement.

Pour vous donner un aperçu de la situation, l'installation ImPaKT a travaillé avec une trentaine d'entreprises différentes pendant la pandémie, dont plusieurs multinationales, et nous effectuons des analyses générales sur les antiviraux, les interventions, les produits thérapeutiques, les matériaux et les vaccins. À ce jour, environ 30 000 points de vente au détail, bureaux gouvernementaux, écoles, etc. renferment des produits destinés à prévenir la transmission que nous avons analysés dans le cadre de contrats de service pour des entreprises.

Nous fournissons aussi des analyses des eaux usées pour environ un cinquième de la population de l'Ontario par l'entremise du MECP. Ensuite, nous avons des contrats avec Santé Canada. Nous assurons la détection de la fréquence des variants préoccupants dans tous les points d'entrée au Canada. Cela se fait dans le cadre d'un contrat avec Santé Canada. Nous faisons rapport deux fois par semaine à l'Agence de la santé publique du Canada et à Santé publique Ontario.

Je tiens à profiter de quelques minutes qu'il me reste pour parler de l'évolution de la pandémie.

Très tôt, nous avons pris conscience que cette pandémie finira par prendre fin, mais que ses conséquences seront beaucoup plus graves, comme l'intervenante précédente l'a souligné. Après la pandémie de grippe de 1918 et les pandémies de 1957 et 1964, nous avons observé quelques années plus tard une augmentation importante des troubles cognitifs, du déclin neurologique et des maladies neurodégénératives.

Havard et l'université de la Pennsylvanie viennent de publier une étude sur les personnes ayant eu besoin de ventilation artificielle par suite de la COVID. Environ 40 % des patients qui ont survécu à la ventilation et à la COVID présentent aujourd'hui des troubles cognitifs.

Par ailleurs, la maladie elle-même, la gravité de la COVID initiale, ne semble pas liée à l'apparition de troubles cognitifs potentiels, qui pourraient ensuite être liés à d'autres maladies neurodégénératives comme la SLA, l'Alzheimer, la démence précoce et la maladie de Parkinson.

Voici toutefois une observation intéressante: contrairement aux maladies que je viens d'énumérer, nous ne connaissons pas les déclencheurs de ces dernières et nous ne pouvons pas les reconnaître lorsqu'ils sont présents. Un avantage — pour ainsi dire, mais un avantage malheureux — est que maintenant que nous avons plus de trois millions de personnes au Canada pour lesquelles nous avons défini le moment où elles ont contracté la COVID, nous pouvons commencer à travailler à la mise en œuvre de traitements potentiels déjà à notre disposition. Les modèles qui peuvent être mis en place sont différents modèles d'essais chez les animaux qui sont bien définis pour le déclin cognitif. Nous pouvons déterminer les thérapies permettant de prévenir ce déclin dans les modèles animaux après une infection pour la COVID, puis les convertir rapidement en des essais thérapeutiques hors indication de ces médicaments immunomodulateurs, anti-inflammatoires et même antiviraux, ce que nous n'avons jamais pu faire parce que nous ne savions pas quels étaient les déclencheurs de ces maladies qui peuvent se manifester parfois 10 ans, voire 15 ans plus tard.

• (1605)

Cependant, selon toutes les prévisions, si nous avons ne serait-ce qu'un faible pourcentage de la population qui se classerait dans ce que nous appellerions une « catégorie de COVID longue à long terme » dans les maladies neurodégénératives, nous serions aux prises avec une deuxième vague de cette épidémie qui serait inévitablement beaucoup plus coûteuse pour le réseau de la santé.

Le seul point positif est que nous possédons au Canada un niveau de savoir-faire qui n'a vraiment pas d'égal ailleurs dans le monde. Plusieurs établissements et instituts de recherche au Canada ont déjà fait de bons investissements dans l'imagerie du cerveau. À Western, en particulier, nous avons des experts de premier plan dans le domaine des troubles cognitifs qui sont originaires du Canada et qui ont été recrutés à Cambridge il y a quelques années. Ils ont mis sur pied des plateformes d'essais. Nous avons recruté des experts des traitements et des antiviraux pour nous engager dans cette voie. Beaucoup d'endroits au Canada peuvent aussi contribuer à l'initiative et devenir les chefs de file mondiaux dans la lutte contre cette conséquence particulièrement dévastatrice à long terme des maladies neurodégénératives, que nous verrons probablement.

Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Arts.

Nous accueillons maintenant Mme Kelly O'Brien, professeure agrégée au département de physiothérapie à l'Université de Toronto et codirectrice du Rehabilitation Science Research Network for COVID à l'U de T.

Madame O'Brien, bienvenue au Comité. La parole est à vous pour les cinq prochaines minutes.

Mme Kelly O'Brien (professeure agrégée, Département de physiothérapie, University of Toronto et codirectrice, Rehabilitation Science Research Network for COVID, University of Toronto, à titre personnel): Je vous remercie de l'invitation et de l'occasion qui m'est offerte de prendre la parole à la réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Je m'appelle Kelly O'Brien, je suis physiothérapeute et professeure agrégée au Département de physiothérapie à l'Université de Toronto. Je suis codirectrice de ce nouveau réseau de recherche en sciences de la réadaptation nouvellement créé pour la COVID avec la faculté de médecine Temerty à l'Université de Toronto et codirectrice de Long COVID Physio, une association internationale de

physiothérapeutes dirigée par des patients atteints de la COVID longue et leurs alliés.

En tant que titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur l'invalidité épisodique et la réadaptation, mes recherches sont surtout fondées sur le contexte fondamental du VIH. Mes collègues et moi mettons maintenant en application les leçons apprises dans le contexte du VIH au contexte de la COVID longue.

Nous savons qu'un nombre croissant de personnes vivent avec des signes et des symptômes persistants suite à une infection par la COVID-19. Défini par l'Organisation mondiale de la santé, l'état post-COVID, ou COVID longue, survient chez des personnes ayant des antécédents d'infection probables ou confirmés par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après l'apparition de la COVID-19, avec des symptômes qui persistent au moins deux mois.

On estime que 144 millions de personnes vivent avec une COVID longue dans le monde. Un examen systématique récent portant sur 50 études, dont 41 ont été incluses dans une méta-analyse, a conclu à une prévalence globale groupée de la COVID longue de 43 %. Cette prévalence s'étend aux patients non hospitalisés et hospitalisés atteints de la COVID.

La trajectoire à long terme de la COVID longue reste inconnue. Par conséquent, il est essentiel de conceptualiser le contexte de l'invalidité dans le cas de la COVID longue afin de mieux saisir les défis liés à la santé auxquels cette communauté fait face. Il est possible d'appliquer les leçons apprises dans d'autres conditions chroniques et épisodiques comme le VIH pour comprendre et conceptualiser l'invalidité vécue par cette communauté.

La première leçon consiste à anticiper l'invalidité pluridimensionnelle et de reconnaître sa nature potentiellement épisodique. La COVID longue a un effet invalidant massif et le cadre d'invalidité épisodique a été dérivé des perspectives des adultes vivant avec le VIH pour caractériser la nature pluridimensionnelle et épisodique des défis liés à la santé.

Ce cadre comporte six dimensions d'invalidité, qui peuvent toutes s'appliquer au contexte d'une COVID longue. Par exemple, il y a la présence de problèmes de santé physique comme la fatigue, l'exacerbation des symptômes post-exercice, le malaise ou l'essoufflement, observés chez les personnes atteintes d'une COVID longue. Comme je l'ai dit, il y a des problèmes de santé cognitive, comme la difficulté à réfléchir ou à se concentrer, ce qui engendre des problèmes de santé mentale et psychologique dans certains cas, comme l'anxiété et la dépression. Il y a des difficultés à exécuter des activités quotidiennes, comme prendre sa douche ou préparer les repas. Tout cela s'accumule et se répercute sur les défis de l'inclusion sociale, comme la participation à des rôles importants de la vie, dont l'emploi. Ce cadre reconnaît aussi les dimensions de l'invalidité qui peuvent être déclenchées par des facteurs comme l'activité physique ou l'exercice, les activités cognitives prolongées, comme la participation à des réunions intenses ou en ligne ou d'autres conditions de santé.

J'ai actuellement la chance de collaborer avec un groupe de personnes à une étude financée par les IRSC pour adapter ce cadre afin de conceptualiser la nature récurrente et rémittente de certains défis liés à la santé observés chez les personnes atteintes d'une COVID longue. Étant donné l'importance de la terminologie pour la clarté et la compréhension de la communauté et des fournisseurs de soins de santé, nous recommandons l'emploi de l'expression « invalidité épisodique » pour caractériser ce vécu.

La deuxième leçon est que l'incertitude et l'inquiétude quant à l'avenir sont des caractéristiques clés de l'invalidité vécue par les personnes atteintes d'une COVID longue. Il s'agit d'une invalidité, et il y a une incertitude quant au moment où un épisode pourrait survenir, à la gravité et à la durée de cet épisode et aux répercussions qu'il pourrait avoir sur la santé, les finances et l'état mental de la personne.

Nous composons maintenant avec une nouvelle incertitude, à savoir ce qui se passe en cas de réinfection chez une personne atteinte d'une COVID longue. Il y a une incertitude diagnostique, qui fait qu'il peut être difficile pour une personne qui n'a pas eu un résultat positif au test antigénique PCR d'obtenir des prestations d'emploi ou d'aide au revenu ou à des services de réadaptation. Il y a une incertitude financière à savoir si, quand et comment les personnes peuvent être en mesure de retourner sur le marché du travail. L'incertitude est aussi [*inaudible*] chez les fournisseurs de soins de santé et de réadaptation en ce qui concerne la façon d'aborder, d'évaluer et de traiter en toute sécurité les personnes qui vivent avec une COVID longue. Enfin, il a une incertitude chez les employeurs et les professionnels des ressources humaines en ce qui concerne la meilleure façon de prendre des mesures d'adaptation et de faciliter le retour au travail.

• (1610)

La troisième leçon est qu'il existe des similitudes entre les personnes vivant avec le VIH et la COVID longue en ce qui concerne les inégalités en matière de santé, la stigmatisation et la discrimination. Nous savons que la COVID longue touche de manière disproportionnée les femmes, les personnes dans les meilleures années de leur carrière, celles qui travaillent dans les services sociaux et l'enseignement et celles qui ont d'autres limitations d'activité, conditions ou invalidités existantes, ce qui aura un effet et aggravera encore les complexités découlant de la COVID longue.

La quatrième leçon est que le rôle de la réadaptation et l'accès à celle-ci sont essentiels pour aider à prévenir, traiter et atténuer l'invalidité et pour améliorer les résultats de santé des personnes atteintes d'une COVID longue. La réadaptation dans la physiothérapie et l'ergothérapie peut jouer un rôle, en mettant l'accent sur les objectifs et la personne, et en étant axé vers la fonction et adapté aux objectifs et aux capacités de chacun.

La cinquième leçon est qu'il est important de veiller à ce que l'intervention réadaptative sollicite la participation du patient et de la communauté. En conjonction avec ce qui précède, une plus grande participation concrète des personnes atteintes d'une COVID longue, des personnes atteintes de la pandémie et qui en subissent les effets, est nécessaire. S'appuyer sur les réseaux de recherche et les réseaux de soins existants en matière de réadaptation pour fournir les bases de l'intervention dans les cas de COVID longue. L'adoption d'une approche fondée sur la force du nombre et l'établissement de partenariats avec les spécialistes d'autres maladies chroniques et épisodiques, comme l'encéphalomyélite myalgique ou le syndrome de fatigue chronique, contribueront à guider les approches et les politiques de réadaptation futures.

En résumé, une intervention sûre, efficace et coordonnée de réadaptation est essentielle dans le contexte d'une COVID longue. Bien que l'on continue de réunir des données probantes, les professionnels de la réadaptation sont bien placés pour aider à traiter l'invalidité épisodique. Il est possible de s'inspirer de certains modèles de réadaptation et d'invalidité qui ont fait leurs preuves avec

d'autres maladies chroniques et épisodiques et qui pourraient s'appliquer au contexte de la COVID longue.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame O'Brien.

Nous avons maintenant le plaisir d'accueillir Susie Goulding, fondatrice du COVID Long-Haulers Support Group Canada.

Bienvenue au Comité, madame Goulding. Vous avez la parole.

Mme Susie Goulding (fondatrice, COVID Long-Haulers Support Group Canada): Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous.

La COVID longue doit être reconnue. Il s'agit d'un événement invalidant massif à une échelle que la plupart des Canadiens vivant aujourd'hui n'ont jamais connue. Tous les Canadiens, les systèmes de soins de santé publics et les décideurs doivent être conscients des problèmes complexes liés à la COVID longue, de la façon dont elle compromet la santé de Canadiens et leur capacité à gagner leur vie et des répercussions qu'elle a sur la main-d'œuvre et l'économie.

Les personnes atteintes de la COVID longue ont un besoin urgent de financement pour la recherche, les traitements et la perte de revenus pour les nombreuses personnes trop handicapées pour travailler.

Comme on l'a dit, la COVID longue est une maladie épisodique débilitante dont les symptômes sont le dysfonctionnement cognitif ressemblant à une lésion cérébrale, la fatigue paralysante et l'exacerbation des symptômes après effort. Des orteils aux testicules en passant par les lobes temporaux, rien n'est épargné. Les gens sont incapables de se tenir debout, de marcher ou même de s'asseoir dans leur lit en raison des symptômes similaires à ceux du syndrome de tachycardie orthostatique posturale, ou POTS, et la dysautonomie. Ils sont cloués au lit ou confinés à la maison et ont besoin d'aides à la mobilité pour se déplacer. Des tâches simples comme prendre une douche ou s'habiller peuvent faire monter en flèche leur rythme cardiaque pendant des heures.

Peu de personnes ont droit à des aides financières. Les économies disparaissent rapidement et les gens se retrouvent dans des situations désespérées. La couverture des soins de santé fait cruellement défaut à ceux qui vivent avec la COVID longue, car de nombreux Canadiens ne sont pas admissibles à l'assurance invalidité de longue durée. En raison du manque de tests PCR et de l'absence de résultats positifs, des gens voient leur demande de prestation être refusée. Les prestations d'assurance-emploi ne couvrent que 15 semaines de maladie, alors que la COVID longue exige au moins 12 semaines juste pour obtenir un diagnostic.

Les répercussions des difficultés financières sont extrêmes. De petites entreprises ferment. Des emplois sont perdus. Des relations prennent fin. Le stress de ces grandes pertes aggrave les symptômes. C'est un cercle vicieux. Certaines personnes atteintes de la COVID longue risquent d'être expulsées de leur logement et de se retrouver dans la rue. Elles envisagent le suicide.

On nous renvoie de nos emplois pour avoir fourni un moins bon rendement ou pour nos absences du travail lorsque nous sommes malades. Nous voulons aller mieux. Nous voulons contribuer. Nous voulons gagner notre vie. Nous voulons être en bonne santé. Nous essayons, mais nous avons besoin de votre aide.

Trop de personnes atteintes de la COVID longue ne sont pas crues. Les médecins ne nous prennent pas au sérieux. On nous dit que c'est dans notre tête. On nous traite en paria. Il faut que la COVID longue soit définie comme une invalidité, afin que nous puissions accéder aux programmes et aux mesures de soutien disponibles. Nous avons besoin de prestations d'urgence semblables à la PCU, peu importe que nous étions employés, entre deux emplois, travailleurs autonomes ou aidants naturels non rémunérés au moment de la maladie.

Le repos et l'effort graduel sont suggérés, mais ce n'est pas réaliste pour les personnes qui doivent payer leurs factures ou s'occuper de leurs enfants. Leur rétablissement ne devrait pas être une loterie réservée à ceux qui peuvent se permettre de ne pas travailler et qui bénéficient d'une aide extérieure importante. Bien que le Canada dispose de cliniques de soins, il n'y en a pas assez pour faire face au volume considérable de personnes atteintes de la COVID longue et la plupart d'entre elles sont plafonnées aux capacités maximales.

Des connaissances sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas commencent à apparaître. Elles doivent être diffusées. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent coordonner leurs efforts. Tous doivent s'engager à adopter une stratégie nationale. L'information et les connaissances doivent être solides et distribuées afin que tous les professionnels de la santé et des domaines connexes sachent reconnaître la COVID longue, traiter les symptômes et éviter de nuire.

COVID Long-Haulers Support Group Canada a participé à d'innombrables études à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Nous nous sommes associés à Viral Neuro Exploration et à des organismes de bienfaisance pour la santé du cerveau afin de sonder plus de 2 000 personnes. Nous sommes des partenaires patients. Nous sommes des conseillers. Nous participons à de nombreux projets de recherche au Canada. Nous suggérons d'accélérer cette initiative. Un financement conséquent pour une recherche longitudinale coordonnée doit s'inscrire dans une stratégie, être érigé en priorité et accordé. Les 20 millions de dollars qui ont été donnés et affectés à la recherche pour la COVID longue sont un excellent début, mais il faut tellement plus. Il faut un financement considérable.

Il y a un besoin urgent de recherche et de traitement pour les enfants atteints de la COVID longue. Ils sont sous-représentés et les moins compris. Les parents et les pédiatres doivent être formés pour reconnaître et traiter les symptômes. Les enfants ratent leur enfance et leur relation avec leurs pairs à l'école à cause de l'absentéisme. Ils ont besoin d'aménagements spéciaux à l'école pour les aider à réussir. Ces besoins sont urgents et doivent être érigés en priorité.

● (1615)

D'excellents travaux sont en cours. Ce qui fait défaut, ce sont la coordination des efforts et un financement proportionnel à l'ampleur du problème.

À l'échelle internationale, le Canada accuse un retard par rapport à ses voisins du G8 en ce qui concerne les engagements à l'égard de solutions à long terme à la COVID longue, mais avec un financement proportionnel et une stratégie nationale, nous pourrions être le chef de file mondial.

Le déploiement des vaccins a prouvé qu'il est réaliste de créer des partenariats qui combleront les besoins de toutes les personnes

atteintes de la COVID longue. Au nom de nos près de 17 000 membres et des 400 000 à 1,15 million de personnes qui souffrent aujourd'hui de la COVID longue, je vous remercie et je vous supplie d'intervenir rapidement sur ces questions.

Les gens ne font pas semblant d'être malades. Ceux qui vivent avec la COVID longue font semblant d'être bien portants.

Je vous remercie.

● (1620)

Le président: Merci, madame Goulding.

Nous allons maintenant passer à nos séries de questions en commençant par les conservateurs.

Monsieur Ellis, je vous en prie, vous disposez de six minutes.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins qui sont venus aujourd'hui.

C'est certainement un sujet très intéressant et opportun, bien sûr. Au fil du temps, nous devons consacrer de plus en plus de temps à ce sujet.

Simplement à titre de commentaire destiné à M. Arts et à la Dre Falcone, j'aimerais que vous nous fournissiez les articles que vous avez écrits ou coécrits. Je pense qu'ils seraient fascinants comme lectures de fond.

Cela dit, monsieur Arts, par l'entremise de la présidence, vous avez parlé brièvement de l'intérêt que vous portez à la COVID, qui pourrait devenir un nid de troubles neurodégénératifs. Je me demande si vous pourriez nous éclairer un peu plus à ce sujet. De plus, vous avez évoqué les changements possibles révélés par des imageries du cerveau et de certains agents qui pourraient être utiles pour lutter contre cet afflux potentiel de troubles neurodégénératifs. Si vous pouviez nous donner un peu de contexte à ce sujet, ce serait formidable.

M. Eric Arts: Bien sûr, nous espérons tous que cette vague ne se produira pas avant cinq à 10 ans. Nous soupçonnons qu'avec le diagnostic précoce de troubles cognitifs déjà observés... Plusieurs études cliniques se sont penchées sur les conséquences neurologiques, notamment au moyen de la neuroimagerie. Certaines de ces affections peuvent être diagnostiquées précocement.

L'un des concepts intéressants qui sont ressortis de ce processus est... On a toujours pensé qu'il y avait un lien entre les maladies infectieuses et, dans de nombreux cas, les virus. L'un des témoins a parlé du VIH. Le VIH est très malheureux et entraîne de nombreuses maladies neurodégénératives. Nous l'avons constaté très tôt en l'absence de traitement. Lorsque des traitements sont devenus disponibles, ces différentes complications qui engendraient de nombreuses maladies neurodégénératives et des déficiences cognitives ont diminué de façon spectaculaire. Maintenant, dans le cas du VIH, il s'agit d'une infection secondaire et d'une maladie secondaire très rare.

L'un des objectifs est d'essayer de trouver rapidement des traitements pour des affections que nous n'avions jamais vues à l'origine, par exemple avec les infections au VIH. Il y a eu une explosion de médicaments anti-inflammatoires et immunomodulateurs dans le secteur pharmaceutique, et même d'antiviraux. Vous pouvez imaginer que, même si les antiviraux qui existent aujourd'hui n'ont pas forcément beaucoup de succès pour réduire la durée de la maladie, je parle de la COVID ici, ils pourraient jouer un rôle en général dans la réduction des réactions inflammatoires qui sont probablement les déclencheurs de la COVID longue, mais en particulier, dans la réduction de la démence précoce et des maladies que j'ai déjà énumérées.

Nous avons maintenant la possibilité de tester ces médicaments au moyen de modèles animaux très sophistiqués qui n'étaient pas disponibles auparavant, en particulier dans le domaine de la démence précoce... des diagnostics précoces du déclin et des déficiences cognitives. Par conséquent, nous pouvons commencer à envisager d'utiliser des médicaments déjà à notre disposition et essayer de déterminer ceux qui seront efficaces. En particulier, des médicaments qui sont bien souvent homologués par Santé Canada pourraient alors faire l'objet d'essais cliniques assez rapidement, parce que nous formons tous ces cohortes de personnes atteintes de la COVID longue pour essayer d'éviter ce que nous considérons comme la prochaine pandémie.

C'est ainsi que nous envisageons cette approche. En passant au crible les médicaments dont nous disposons, nous essayons de trouver les avenues de solution et de mettre au point des thérapies beaucoup plus ciblées qui pourront être utilisées plus tard en produisant moins d'effets secondaires, par exemple.

C'est ainsi que les chercheurs universitaires actifs dans ce domaine l'envisagent. Heureusement, nous disposons des outils et des investissements qui ont été faits dès le début. Il s'agit d'un engagement financier assez lourd et à long terme, mais qui pourrait nous faire économiser des milliards et préserver notre réseau de la santé.

J'espère que cela répond à la question.

• (1625)

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur Arts.

Je pense qu'il me reste une minute.

Docteur Falcone, vous avez parlé de certains biomarqueurs qui, je suppose, s'intégreront bien au travail de M. Arts. S'agit-il de nouveaux marqueurs comme la protéine C-réactive, les D-dimères ou la vitesse de sédimentation érythrocytaire, la VSE, que nous connaissons déjà?

Dre Emilia Liana Falcone: L'une des choses que nous avons pu faire a été d'évaluer systématiquement ces biomarqueurs que vous avez mentionnés, parce qu'ils sont cliniquement disponibles et largement utilisés. D'après notre expérience, ce ne sont pas les biomarqueurs qui aideront au diagnostic, nous devons donc creuser un peu plus.

Certains candidats que nous étudions entrent dans le domaine des auto-anticorps, mais à grande échelle. Nous le faisons grâce à des collaborations internationales. Il y a aussi des éléments qui sont des marqueurs protéomiques, ainsi que des signatures immunologiques.

L'une des spécialités de mon groupe de recherche consiste à étudier le microbiote et certains métabolites. Le microbiote est la communauté de bactéries qui vit dans une zone donnée du corps, mais

nous nous intéressons particulièrement à la communauté qui vit dans les intestins. Celle-ci a un effet marqué sur les interactions avec le système immunitaire, l'inflammation et le dérèglement immunitaire.

Le microbiote est un autre exemple d'un biomarqueur potentiel ou d'éléments que le microbiote produit, comme ses métabolites.

Le président: Merci, docteur Falcone et docteur Ellis.

Nous passons maintenant à M. Jowhari, pour six minutes.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins d'être venus.

Bienvenue à nouveau, docteur Falcone. Je vais commencer par vous.

Dans votre déclaration liminaire, vous avez parlé de souplesse. Vous avez dit que c'est une façon de faire face aux conséquences de la COVID-19. Vous avez explicitement parlé de l'intégration de la recherche dans « l'évaluation clinique », comme je l'ai noté. Vous avez dit aussi que si vous aviez le temps pendant les questions, vous auriez un certain nombre d'autres idées dont vous aimeriez nous faire part.

Je vous offre la tribune pour nous faire part de ces autres points de vue.

Dre Emilia Liana Falcone: Merci beaucoup pour cette question.

J'aimerais vous faire part d'exemples plus concrets de la façon dont nous pouvons mettre en place un cadre dans lequel nous intégrerons les plateformes de recherche en soins cliniques.

C'est quelque chose que j'ai vécu au quotidien dans le cadre de mon expérience aux National Institutes of Health. Concrètement, cela signifie que lors de l'admission d'un patient dans un service de soins cliniques, qu'il s'agisse d'un service de consultation externe ou d'un milieu hospitalier, il consent à faire partie de protocoles de recherche dès le départ. Ces protocoles de recherche peuvent être granulaires, complets et détaillés, ou non, selon l'infrastructure et les ressources disponibles. La possibilité de collecter des données cliniques avec un consentement éclairé, d'une façon qui peut être harmonisée entre les différents groupes de recherche à l'échelle locale, nationale et peut-être même au-delà, serait déjà une étape majeure qui, par exemple, nous permettrait d'être plus souples. Nous serions en mesure de collecter et d'analyser ces données en temps réel et de les utiliser pour déterminer la pertinence de certaines évaluations cliniques et la mesure dans laquelle elles doivent être exhaustives.

Nous savons que les patients atteints de la COVID longue, lorsqu'ils ne se trouvent pas dans un centre de référence pour la COVID longue où la maladie est connue et reconnue, sont souvent balottés entre différents spécialistes, ce qui entraîne de nombreux tests. Certains sont utiles, d'autres non. Cela représente un énorme gaspillage de ressources et de temps, et de l'énergie des patients, comme Mme Goulding l'a dit. De petits efforts peuvent se traduire par de graves revers fonctionnels pour ces personnes.

C'est un exemple.

Si nous y ajoutons une autre couche et que nous collectons des échantillons biologiques, nous pouvons faire beaucoup de choses avec une seule éprouvette de sang: évaluation génomique, données sur l'expression génique ou recherche de biomarqueurs — beaucoup de ces éléments se trouvent facilement dans le substrat d'un échantillon de sang, comme le plasma ou le sérum. De petites quantités seulement sont nécessaires avec la technologie dont nous disposons. Tout cela peut être exploité pour améliorer les soins cliniques et, à terme, trouver plus rapidement de nouvelles cibles thérapeutiques.

Nous parlons beaucoup, du moins au Québec — et je suis sûre que c'est aussi le cas dans d'autres régions — de l'analyse de mégadonnées, d'intelligence artificielle et de l'exploitation de ce type de capacités pour mieux apprendre. Pour ce genre de scénario, nous avons besoin de beaucoup de données. Il faut avoir accès à ces données d'une manière que le patient connaît et à laquelle il a consenti. La seule façon d'y parvenir est de commencer à les collecter dès le début.

• (1630)

M. Majid Jowhari: Pour collecter ces données... On peut parler de réglementation, mais je pense que le consentement du patient et son éducation dès le départ sont des facteurs déterminants, non?

Dre Emilia Liana Falcone: Tout à fait. Plus les patients sont informés et comprennent les implications, avec toutes les mesures de sécurité et de protection de la confidentialité voulues, bien sûr, qui sont absolument essentielles... D'après mon expérience, je constate que lorsque nous faisons de nos patients des partenaires, ils manifestent un vif intérêt à participer à l'amélioration des soins, et Mme Goulding peut peut-être en parler à partir d'autres expériences. Nous constatons souvent que les patients sont vraiment enthousiastes et veulent voir un changement.

M. Majid Jowhari: Merci.

Il me reste environ une minute et je veux m'adresser à M. Arts.

Monsieur Arts, je ne suis pas médecin et je n'ai pas de formation médicale. Je viens du domaine de la consultation en gestion et je pose toujours des questions fondamentales. Est-ce que le fait d'être vacciné ou non a une incidence sur la possibilité qu'une personne présente une COVID longue et, une fois qu'elle présente une COVID longue, sur la possibilité de la traiter avec différentes thérapies?

M. Eric Arts: C'est une autre bonne question. Je ne suis pas non plus médecin, mais je peux vous donner mon opinion sur la base de mes connaissances.

L'une des choses que nous devons vérifier et mieux comprendre, c'est la possibilité, si vous êtes infecté par différents variants... parce qu'en particulier avec Omicron, c'est un type d'infection virale assez différent, et nous ne savons pas encore quel sera l'impact sur l'apparition de ce que nous appelons « la COVID longue à court terme » et potentiellement la « COVID longue à long terme ». C'est un aspect que nous devons comprendre.

L'autre aspect est de savoir comment la vaccination atténue l'apparition de la COVID longue lorsque vous êtes infectés. Nous savons que si vous avez été vacciné, la maladie sera moins grave si vous êtes infecté, et c'est encore plus vrai avec Omicron, qui a tendance à être un virus plus faible du point de vue de la pathogenèse. Cependant, nous ne comprenons pas encore parfaitement son incidence sur les indices particuliers qui déterminent les complications cardiovasculaires éventuelles, qui sont ensuite liées à des défi-

ciences cognitives ou à toutes autres maladies neurologiques dont souffrent de nombreuses personnes.

Ces études restent à mener, mais je ne pense pas que dans le cadre de notre travail de mise au point de traitements, nous devrions attendre d'essayer de définir toutes les caractéristiques. Nous devrions nous lancer dans l'élaboration et l'essai de traitements le plus tôt possible. Comme il s'agit d'une forme plus longue de la maladie, nous devons chercher des moyens de lui couper l'herbe sous le pied, pour ainsi dire.

C'est mon interprétation. Je suis d'accord avec la Dre Falcone sur le fait qu'il sera essentiel de former des cohortes en même temps que les essais de médicaments, en particulier de médicaments déjà disponibles, parce que vous devez être en mesure de passer immédiatement à un essai clinique de phase deux hors indication. Ensuite, on peut envisager une utilisation assez rapide de ces médicaments en clinique pour contrer potentiellement ces effets à long terme.

À l'égard de tout ce dont nous parlons, il doit y avoir une réponse quelque peu coordonnée, et beaucoup de pays dans le monde se débattent avec la façon de la gérer. Je suis surpris des progrès que nous avons accomplis dans ce domaine et je pense que nous avons de bonnes chances de devenir un chef de file mondial à cet égard.

• (1635)

Le président: Merci, messieurs Arts et Jowhari.

[Français]

Monsieur Garon, vous avez maintenant la parole pour six minutes. Je suis heureux de vous revoir, et j'espère que vous allez bien.

M. Jean-Denis Garon (Mirabel, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Les symptômes de la COVID-19 ont été de courte durée, peut-être en raison de la vaccination. J'encourage donc les Québécois et les Canadiens à se faire vacciner. Cela, monsieur le président, vous le savez toutefois déjà.

Je vais faire quelque chose que je fais rarement, c'est-à-dire poursuivre dans le même sens que la dernière question. Évidemment, je m'intéresse aussi à la question du lien entre la vaccination et la probabilité, d'une part, de contracter la COVID-19 de longue durée et, d'autre part, de ressentir des symptômes plus ou moins graves. J'ai cru remarquer chez la Dre Falcone des signes non verbaux laissant croire qu'elle souhaiterait ajouter un commentaire quant à l'analyse du Dr Arts à ce sujet.

Je vous laisse donc la parole, docteur Falcone.

Dre Emilia Liana Falcone: Effectivement, cette question nous interpelle énormément, d'abord parce que cela pourrait nous donner un regain d'optimisme. Cela nous permettrait aussi de mieux comprendre la pathogenèse de la COVID-19 de longue durée.

Pour ce qui est des chiffres, des études menées au Royaume-Uni semblaient indiquer que la vaccination diminuait les risques d'avoir la COVID-19 de longue durée de 50 %. C'était très optimiste, en effet. Ensuite, une autre étude, provenant des États-Unis, laissait supposer que le risque était d'un peu moins de 50 %, soit 15 %.

Bien sûr, les études ont leurs limites, et chacune est basée sur des données qui diffèrent d'une étude à l'autre. Cela étant dit, ce que nous constatons, c'est que la vaccination pourrait être bénéfique. Nous savons que, dans un premier temps, les personnes qui ne contractent pas la COVID-19 sont moins exposées au risque d'avoir la COVID-19 de longue durée. Dans un deuxième temps, les personnes qui ne souffrent pas de maladies graves susceptibles de les mener de façon régulière aux soins intensifs ou à l'hôpital pour y être hospitalisées ont de meilleures chances d'éviter les complications bien distinctes qui touchent le groupe d'individus souffrant de maladies graves.

Pour ce qui est des autres personnes, soit 90 % de celles ayant contracté la COVID-19 et qui n'ont pas été hospitalisées, il pourrait y avoir une diminution du nombre de cas de COVID-19 de longue durée, mais celle-ci ne disparaît pas. Il faut donc certainement adopter d'autres approches et trouver des traitements.

Il faut se poser une autre question importante: quel serait l'effet des traitements utilisés dans la phase aiguë de la COVID-19 pour ce qui est de diminuer, éventuellement, les risques que la personne ait des complications à long terme?

M. Jean-Denis Garon: Je pense au fameux médicament PAXLOVID, que les pharmaciens au Québec ont le droit de prescrire dans certaines circonstances.

Y a-t-il des études démontrant qu'une utilisation plus fréquente de ce médicament pourrait réduire l'incidence de la COVID-19 de longue durée?

Cela pourrait-il être l'un des traitements à envisager parmi ceux dont vous parliez et auxquels les médecins ont déjà recours dans la phase aiguë de la maladie?

• (1640)

Dre Emilia Liana Falcone: C'est possible, mais nous n'avons pas de données à ce sujet. Nous avons des données concernant la diminution du risque d'être atteint d'une forme grave de la COVID-19 ou de mourir, mais il reste à déterminer les conséquences pour les cas moins graves en phase aiguë. Il faut aussi considérer l'effet prophylactique que cela pourrait avoir après une exposition à la COVID-19. C'est quand même une hypothèse très intéressante qui devrait être étudiée.

Par ailleurs, on se demande aussi si le médicament PAXLOVID pourrait traiter la COVID-19 de longue durée. C'est une autre question qui nécessite assurément plus d'études. Pour le moment, ce que l'on voit, ce sont des situations anecdotiques qui semblent indiquer, dans certains cas, qu'il pourrait y avoir une amélioration des symptômes, mais on ne connaît pas la durée de cette amélioration.

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie, docteur Falcone.

Il y a une question qui me trotte dans la tête. Dans la population, il y a une idée qui circule selon laquelle la COVID-19 de longue durée n'existe pas réellement. Il semble qu'on en ait même douté plus que de l'existence du virus lui-même.

Pouvez-vous nous dire comment de telles idées sont venues à circuler?

Comment a évolué notre connaissance de la version longue de la maladie?

Dre Emilia Liana Falcone: Mme Goulding a soulevé des éléments très intéressants là-dessus. Il y a encore des médecins qui ne reconnaissent pas la maladie. Il y a encore des patients qui se butent

à un certain doute. C'est malheureux, car cela nuit à la prise en charge de ces patients, et cela touche leur retour au travail, leur congé de maladie, et ainsi de suite. Tout cela compromet leur capacité à fonctionner, bien sûr, et leur rétablissement.

Il y a donc eu une évolution, mais il y a encore du chemin à faire en matière de sensibilisation à l'égard de la COVID-19 de longue durée.

M. Jean-Denis Garon: Cette situation est-elle attribuable au fait que les symptômes proprement dits sont mal reconnus? On sait qu'ils ne sont pas très différents de ceux de la COVID-19. Comment expliquez-vous cela? Manque-t-il de critères cliniques pour les médecins?

Quand vous parlez de sensibilisation, qu'avez-vous en tête? Pensez-vous à une meilleure communication avec les médecins, les circonstances évoluant trop rapidement?

Dre Emilia Liana Falcone: Il faut tenir compte de plusieurs facteurs.

Beaucoup de symptômes sont associés à la COVID-19 de longue durée. Comme cela a déjà été mentionné, certains de ces symptômes sont communs avec d'autres maladies.

Il faut vraiment évaluer le patient dans sa totalité. Il faut tenir compte de sa situation médicale avant et après l'infection. Pour pouvoir poser un diagnostic, il faut comprendre comment l'état de cette personne a évolué. Pour le moment, il est difficile de poser un diagnostic, et cela, c'est un problème. Il faut que le patient présente au moins un symptôme qui persiste pendant deux mois. Or les symptômes peuvent fluctuer dans le temps, et ils peuvent même survenir après un rétablissement. Ils peuvent survenir après un mois ou trois mois, suivant la définition utilisée.

Il est compliqué d'établir un diagnostic pour des médecins qui ne connaissent pas bien les symptômes et les outils pouvant les aider à évaluer certains symptômes qui sont moins manifestes. Pour poser des diagnostics comme celui du syndrome de tachycardie orthostatique posturale, qui a déjà été mentionné, il faut posséder une certaine expertise.

Lorsque les médecins n'ont pas nécessairement cette expertise, il faut trouver les moyens de les outiller. Sinon, il faut leur indiquer quelles sont les ressources vers lesquelles ils peuvent diriger leurs patients et où ces patients pourront vraiment être évalués dans leur totalité.

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie, docteur Falcone.

Le président: Je vous remercie, monsieur Garon.

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre M. Davies, pour six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président, et merci à nos témoins de leur présence.

Docteur Falcone, simplement pour éclairer ma lanterne, existe-t-il une définition normalisée d'un cas clinique de « COVID longue »?

Dre Emilia Liana Falcone: Oui, il y a celle établie par l'OMS.

M. Don Davies: Le corps médical canadien a-t-il adopté cette définition?

Dre Emilia Liana Falcone: Nous la citons habituellement. Il y a aussi celle établie par le CDC, alors nous avons tendance à observer les deux définitions. Il s'agit simplement de savoir si nous utilisons le seuil de 4 semaines ou celui de 12 semaines, et il y a vraiment lieu d'en débattre, car nous observons beaucoup d'amélioration entre 4 et 12 semaines chez un sous-ensemble de patients. Près de 40 à 50 % d'entre eux montrent cette amélioration, mais il reste ensuite un autre groupe important de patients pour lesquels la COVID persiste longtemps.

Au-delà de ce seuil de 12 semaines, nous commençons à voir un plafonnement de la courbe et ce qui ressemble vraiment aux manifestations d'une maladie chronique.

• (1645)

M. Don Davies: Ce que j'essaie de comprendre, c'est que cette COVID longue semble réelle. Je me demande simplement si elle est reconnue par la profession médicale au Canada dans la mesure où elle doit l'être.

Dre Emilia Liana Falcone: Elle est reconnue, comme nous l'avons dit, mais probablement pas autant qu'elle devrait l'être, au sens où, comme je l'ai dit, je pense qu'il faudrait plus d'éducation.

Dans certains cercles, nous constatons que beaucoup de médecins connaissent la COVID longue, mais j'entends encore des histoires, y compris de la part de mes propres patients, où cette possibilité n'est pas envisagée ou une incertitude persiste. Ce n'est pas aussi bien connu que d'autres maladies, c'est encore très nouveau.

M. Don Davies: Madame O'Brien, en étant aussi précise que possible, dites-nous quel est le pourcentage de Canadiens qui ont eu la COVID-19 et le pourcentage de ceux qui ont été atteints de la COVID longue?

Mme Kelly O'Brien: Merci beaucoup pour la question.

Je n'ai pas en tête le nombre de Canadiens atteint de la COVID, mais pour ce qui est de certaines données sur le taux de prévalence, on estime que de 10 à 30 % des personnes peuvent être atteints de la COVID longue, et cela varie beaucoup, selon la définition de la COVID longue.

Comme la Dre Falcone l'a dit, un examen rapide a été réalisé en Ontario pour répertorier les données probantes générales de la prévalence de la COVID longue, et il comprenait un certain nombre d'études systématiques portant sur plus de 10 000 patients. Les auteurs ont conclu à une prévalence estimée globale de 51 à 80 % de COVID longue.

La définition utilisée pour cet examen rapide était toute personne ayant présenté un symptôme après quatre semaines. Comme nous l'avons vu, l'Organisation mondiale de la santé définit la COVID longue comme la persistance de symptômes après 12 semaines, et ce, pendant deux mois. Je pense que c'est la raison pour laquelle nous constatons une telle variabilité dans la prévalence. Il n'y a pas vraiment eu de définition universellement acceptée de la COVID longue.

M. Don Davies: Madame Goulding, c'est curieux, mais en préparation de cette réunion, j'ai consulté les médias sociaux et il y a une contre-réaction incroyable, semble-t-il, aux personnes atteintes de la COVID longue.

Je me demande si vous pourriez nous décrire certaines répercussions de cette stigmatisation — je crois que vous avez dit ne pas avoir été prise au sérieux — pour les patients atteints de la COVID longue partout au Canada.

Mme Susie Goulding: C'est critique, et cela compromet la capacité à se rétablir. Si vous n'avez pas de médecin capable de vous diagnostiquer ou qui croit que vous avez ces problèmes, il ne va vous donner du soutien ni vous orienter vers le spécialiste dont vous avez besoin.

Je tenais à mentionner qu'au début de la pandémie, l'attention a toujours porté sur les décès et les guérisons, et la COVID longue a toujours raté la cible pour faire partie de la conversation, donc cela remonte à loin, et c'est pourquoi il y a peu d'information. Comme la Dre Falcone le disait, à l'heure actuelle, les médecins supposent toujours que la COVID longue n'existe pas dans certaines plus petites... régions. Vous devez m'excuser: mon cerveau me joue des tours après avoir eu la COVID et la COVID longue, et je peine parfois à trouver les mots, donc le mot m'échappe.

Ce que j'essaie de dire, c'est que c'est très difficile sans le soutien d'un médecin et lorsque le médecin ne possède pas ces connaissances, et c'est l'un des grands problèmes qu'éprouvent les patients: trouver un médecin qui détient des renseignements et des connaissances de base sur la façon de reconnaître les symptômes, parce que nous n'avons pas de résultat de test positif sur lequel nous appuyer. Il faut avoir un diagnostic clinique, mais si le médecin ne sait pas ce qu'il recherche, ni comment poser le bon diagnostic, ni quelles sont les options thérapeutiques et où nous aiguiller, alors nous n'avons aucun espoir de nous rétablir ou d'être entendus. C'est là que la dépression et l'anxiété commencent à s'envenimer et que les gens se retrouvent sans soutien, sans être même capables de cuisiner ou de faire le ménage, ou simplement handicapés, sans capacité de fonctionner dans la société.

C'est vraiment un cercle vicieux, comme je l'ai dit. Je pense que parmi les éléments les plus importants, les médecins doivent vraiment faire preuve de compréhension. Ce flux d'information doit commencer à l'échelle fédérale, et il doit être largement diffusé pour que les médecins puissent reconnaître la maladie.

• (1650)

Le président: Merci, madame Goulding et monsieur Davies.

Nous revenons à M. Ellis pour cinq minutes, s'il vous plaît.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président, je vous en suis reconnaissant.

L'une des choses dont nous devons tirer des leçons en médecine, c'est d'une approche centrée sur le patient. En conséquence, madame Goulding, merci d'être là.

Nous venons de terminer une étude sur les ressources humaines en santé. L'une de mes préoccupations est non seulement de trouver un médecin ou un professionnel de la santé qui croit à votre diagnostic, mais aussi d'avoir effectivement accès à un professionnel de la santé. Est-ce une difficulté que vos membres vous ont signalée?

Mme Susie Goulding: Les mots que je cherchais étaient « collectivités rurales ».

Oui, tout à fait, c'est un problème. Les habitants des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon, des collectivités isolées et autochtones, les gens de l'Est dans les Maritimes et dans les provinces et les endroits qui n'ont pas un grand nombre de cas de COVID ne comprennent pas ce qu'est la COVID longue, parce qu'au début, ils n'avaient tout simplement pas le nombre de cas. Ils n'ont tout simplement pas eu l'occasion de la voir dans leurs collectivités, mais c'est en train de changer avec l'infection généralisée due à Omicron. Partout, des gens et des enfants sont infectés.

Oui, c'est un handicap de ne pas vivre en milieu urbain pour avoir accès à des soins, à des médecins qui ont des connaissances et à de véritables centres de réadaptation, parce que les centres que vous voyez sont fournis aux collectivités où l'on recense un nombre élevé de cas dans les centres urbains.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

C'est tout à fait logique.

Monsieur le président, par votre entremise, je m'adresse encore à vous, madame Goulding. Pour être clair, souvent en comité et au gouvernement, nous travaillons vraiment beaucoup mieux avec quelques éléments simples. Pourriez-vous nous donner trois exemples de ce que vous aimeriez entendre du point de vue d'une patiente, et de ce que nous pourrions faire, selon vous?

Je comprends que vous ne comprenez peut-être pas toujours comment le gouvernement fonctionne, et ce n'est pas grave, mais si vous le pouviez, donnez-nous simplement trois exemples et dites: « Hé, voici ce que je pense que le gouvernement devrait faire: A, B et C. » Pourriez-vous nous dire quelles seraient ces trois choses?

Mme Susie Goulding: Merci beaucoup de votre compréhension.

À mon avis, ce qui serait vraiment utile pour les personnes atteintes de la COVID longue, ce serait la reconnaissance et la diffusion de messages dans le milieu de la santé publique et dans tout le pays pour dire que la COVID longue est un problème, qu'elle existe et que les gens doivent prendre les précautions nécessaires pour ne pas attraper la COVID afin qu'à leur tour, ils n'attrapent pas la COVID longue, car vous ne voulez pas vous y mesurer et vous ne voulez certainement pas voir votre vie bousillée à cause de ce virus. Ce serait le premier message.

Le deuxième est de financer la recherche, sans équivoque. Il s'agit vraiment d'une priorité absolue, et il faut établir un plan d'exécution pour coordonner l'ensemble des provinces et des territoires afin de vraiment mettre l'accent sur cette question, en lui accordant la priorité. Nous avons besoin d'un financement massif. Les études menées en ce moment grâce aux 20 millions de dollars qui ont été accordés peuvent se solder par des études fragmentaires, alors que nous avons besoin de grandes études longitudinales qui se pencheront vraiment sur les mécanismes sous-jacents de la COVID longue. Nous avons besoin de mettre sur pied des études cliniques. C'est très important. C'est le numéro deux.

Le numéro trois serait le traitement des personnes atteintes de la COVID longue. Il doit être accessible à tous. C'est un problème, un défi, car les milieux de soins de santé sont à bout de souffle et l'arrivée de personnes atteintes de la COVID longue en surplus crée une situation de crise. Il faut accélérer le processus et examiner à la loupe l'importance de cet enjeu. Des études menées en Australie montrent déjà les effets sur l'économie du pays. La main-d'œuvre est touchée et les femmes souffrent de manière disproportionnée de cette maladie et sont exclues de la main-d'œuvre. Ce sont les proches aidants, les membres de la famille, les rôles d'aidants familiaux: c'est simple, tout est touché.

Ce serait mes trois points.

• (1655)

Le président: Merci, madame Goulding et monsieur Ellis.

Nous donnons maintenant la parole à M. Hanley, pour cinq minutes, je vous en prie.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci à tous les témoins pour leur témoignage, et particulièrement à vous, madame Goulding, pour votre expérience personnelle et votre plaidoyer, malgré vos propres difficultés. C'est fascinant et tellement important d'entendre votre témoignage, mais je vais vous permettre de faire une pause.

Monsieur Arts, vous avez parlé de l'avantage que nous avons, avec un si grand nombre de personnes infectées, qui nous permettent de former une sorte de cohorte. Je vais cependant m'adresser à la Dre Falcone pour le moment et lui demander si le fait que la COVID soit devenue si courante n'est pas aussi un inconvénient. Je pense que je connais plus de personnes qui ont eu la COVID que de personnes qui ne l'ont pas eue. C'est peut-être que je fréquente les mauvaises personnes. Pour ma part, j'ai été épargné jusqu'à présent, mais la COVID longue est-elle suffisamment distincte sur le plan clinique pour que nous soyons encore capables de la reconnaître, vu la prévalence grandissante des personnes ayant eu la COVID, ou serons-nous vraiment dépendants de cette quête de biomarqueurs?

Dre Emilia Liana Falcone: Je pense que nous serons sans doute en mesure de distinguer les patients atteints de la COVID longue des patients qui ont contracté la COVID, sans développer de symptômes de la COVID longue, même si cela devient encore plus concret lorsque vous observez l'évolution dans le temps, parce que les patients ne vont pas tous développer une COVID longue exactement au même moment, ou bien les symptômes peuvent ne pas être détectés ou diagnostiqués exactement au moment où on le voudrait.

Bien sûr, comme il y a de plus en plus de cas de COVID, nous perdons la cohorte de personnes qui n'ont jamais contracté la COVID, donc vos témoins négatifs, pour ainsi dire, qui vous aident à comprendre un peu, à démêler une partie du contexte de l'infection elle-même et comment elle se distingue de la COVID longue. Ceci étant dit, cela fait ressortir d'autant plus la nécessité, oui, de cohortes plus nombreuses suivies longitudinalement et, oui, de biomarqueurs diagnostiques. Toutefois, les biomarqueurs diagnostiques serviront aussi un autre objectif. Ils peuvent aider à distinguer le diagnostic de COVID longue d'autres maladies qui présentent des similitudes ou des chevauchements. Ils seront aussi utiles aux cliniciens qui ne sont peut-être pas en mesure de saisir pleinement tous les symptômes et toutes les nuances de cette entité complexe. C'est dans ce sens aussi que nous aimerions... Les gens acceptent bien un constat objectif, donc si nous pouvions en trouver, ce serait utile.

M. Brendan Hanley: Oui, et c'est davantage par rapport à cette dernière catégorie de personnes présentant des symptômes non spécifiques qui peuvent avoir contracté la COVID qu'il faut savoir distinguer la COVID longue des autres syndromes pour lesquels nous, cliniciens, avons toujours dû chercher à comprendre ce qui se passait, surtout lorsque nous parlons de traitements.

J'aimerais utiliser le temps qu'il me reste pour m'adresser à M. Arts. Il est vraiment intéressant d'entendre votre observation sur les effets postpandémiques et le fait que vous voyez un pic de maladies neurodégénératives dans les années qui suivent. Nous devons certainement observer ce phénomène avec la grippe saisonnière et chercher des liens. Je sais que nous cherchons peut-être à mieux définir ce lien. Je me demande si vous pourriez parler de ce lien. Quelle est l'évolution potentiellement commune au plan physiologique entre la grippe et les maladies neurodégénératives, d'une part, et la COVID et les maladies neurodégénératives, d'autre part? S'agit-il de la réaction inflammatoire? Comme ce sont des virus très différents, y a-t-il autre chose, ou est-ce toujours ce que nous recherchons?

• (1700)

M. Eric Arts: Rien n'est jamais blanc ou noir. Quand nous parlons de la grippe saisonnière, nous avons tendance à tout mettre dans le même panier parce que c'est très fréquent. Quand nous examinons ce qui s'est passé dans la vie d'une personne et que nous découvrons qu'elle a eu une démence ou la maladie de Parkinson d'apparition précoce, il se peut aussi qu'elle ait eu plusieurs épisodes de grippe. C'est difficile de le savoir. La différence avec ce qui s'est passé en 1918, en 1957 ou en 1964 tient au plus grand nombre de cassures antigéniques importantes, plus difficiles à détecter par notre système immunitaire. Il est plus probable que l'infection provoque des réactions inflammatoires, et une infection respiratoire accompagnée d'une réaction inflammatoire déclenche souvent une neuroinflammation qui peut évoluer de cette façon.

Je faisais référence à notre étude... Je dois admettre que je suis assez novice dans le domaine des neurosciences et j'ai dû apprendre à la dure, si je peux m'exprimer ainsi. Pour en revenir à notre étude des maladies neurodégénératives depuis 30 ans, nous n'avons pas encore réussi à mettre au point un traitement contre les atteintes précoces. Nous avons maintenant quelque chose qui vise un stade un peu plus précoce et qui n'a pas été approuvé dans ce pays mais, si on y regarde de près, il est clair que la filière du développement de médicaments contre l'Alzheimer et la maladie de Parkinson est très, très pauvre par rapport à ce qui se fait pour d'autres maladies, pour la simple raison que nous n'arrivons pas à savoir quand les événements déclencheurs se sont produits.

Nous savons ce qui est arrivé auparavant et ce qui pourrait arriver maintenant, et nous connaissons même les signes et les symptômes à court terme de la COVID-19 de longue durée, dont nous discutons aujourd'hui. Ils peuvent se traduire par des troubles cognitifs assez importants et ils peuvent même être associés à la progression de maladies cardiovasculaires ou à la formation de caillots sanguins, entre autres. Nous voulons en venir à mieux définir la maladie et les événements déclencheurs en vue d'améliorer les traitements, surtout que, même si ce n'est pas facile à admettre, nous avons maintenant d'excellents modèles animaux à qui nous pouvons inoculer les maladies. Nous pouvons les soumettre aux mêmes types de tests cognitifs sur écran tactile que les sujets humains, puis étudier les traitements déjà disponibles. Par exemple, nous étudions leurs effets sur les souris et nous les transposons aux humains, surtout dans le cas de médicaments homologués. C'est le genre de choses qu'il est impossible d'étudier sans connaître l'événement déclencheur et, bien entendu, les biomarqueurs.

Une de mes grandes craintes est qu'il soit très difficile d'évaluer plusieurs biomarqueurs, comme l'a expliqué la Dre Falcone. Mme Goulding a aussi parlé de la disponibilité des outils de diagnostic et de surveillance des maladies. Je crois que nous devrons

nous fier énormément à l'imagerie neurologique pour établir un diagnostic et pour contrôler l'évolution de la maladie et les effets des traitements.

Le président: Merci, messieurs Arts et Hanley.

[Français]

Monsieur Garon, vous avez maintenant la parole pour deux minutes et demie.

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie, monsieur le président.

Madame Goulding, j'ai trouvé votre témoignage très touchant.

Depuis plusieurs années, le Bloc québécois travaille très fort pour que, dans le cas de certaines maladies graves, la période de prestations d'assurance-emploi puisse être prolongée à 50 semaines. La Chambre des communes a aussi adopté une motion en ce sens. La Chambre des communes étudie présentement le projet de loi C-215, qui vise à prolonger la période de prestations d'assurance-emploi jusqu'à 52 semaines.

Croyez-vous que cette mesure pourrait aider les personnes qui souffrent, par exemple, de la forme la plus grave de la COVID-19 de longue durée à se soigner plus dignement?

• (1705)

[Traduction]

Mme Susie Goulding: Merci de poser cette question. Ma réponse à l'autre question laissait à désirer.

Nous avons un besoin urgent de ces prestations. Les gens souffrent. Ils perdent leur maison. Ils ne peuvent pas se procurer les médicaments dont ils ont besoin. Ils ne peuvent pas s'alimenter convenablement. Ils se nourrissent de macaronis Kraft. C'est dramatique. Il faut leur donner accès aux prestations et, idéalement, prolonger la période des versements à 55 semaines.

Il semble que les personnes qui peuvent prendre du repos durant la phase critique de la COVID sont celles qui se rétablissent le mieux. Respecter son propre rythme est un gage de guérison. Plus une personne se repose, plus elle a de chance de respecter son rythme. J'entends par là qu'il faut écouter son corps et faire seulement ce qu'il arrive à faire. Si une personne commence sa journée avec une batterie à moitié pleine, elle ne devrait pas faire plus que ce que cette énergie lui permet. Elle n'a pas toute l'énergie qu'elle a normalement. Elle doit en tenir compte si elle veut vaquer à ses activités quotidiennes. Elle doit établir des priorités.

Il est évident que 55 semaines de prestations aideraient beaucoup les personnes à se rétablir sans s'inquiéter. Elles pourraient prendre tout le temps dont elles ont besoin et éviter les facteurs de stress qui empirent leur situation. Elles pourraient se détendre et prendre le temps de guérir. C'est quelque chose qui pourrait tout changer, vraiment.

Merci infiniment d'avoir posé cette question. La réponse est oui, absolument.

[Français]

Le président: Je vous remercie, monsieur Garon.

[Traduction]

Monsieur Davies maintenant. Vous avez deux minutes et demie.

M. Don Davies: Madame O'Brien, selon ce que j'ai vu, la COVID de longue durée touche beaucoup plus les femmes, dans un ratio de 4 femmes pour 1 homme. Est-ce exact? Dans l'affirmative, existe-t-il des théories pour expliquer cette incidence disproportionnée?

Mme Kelly O'Brien: Oui. Le sexe serait un facteur prédictif de la COVID de longue durée, selon certaines hypothèses. Certaines données nous permettent de cerner les facteurs prédisposants, c'est-à-dire ceux qui accroissent le risque de développer la COVID de longue durée. Les maladies auto-immunes en font partie, et nous savons qu'elles sont plus fréquentes chez les femmes et pourraient expliquer cette disproportion.

Je vois que la Dre Falcone opine du bonnet.

L'autre hypothèse est que les femmes occupent des emplois qui augmentent leur exposition. Par exemple, elles sont surreprésentées dans les emplois de préposées aux soins personnels, en enseignement ou dans d'autres secteurs de la santé et elles n'ont pas pu prendre de congés, comme l'a mentionné Mme Goulding. Elles n'ont pas eu le repos nécessaire pour se rétablir durant la phase critique de la COVID. Souvent, elles n'ont pas pu obtenir de congés de maladie payés. C'est une autre hypothèse.

M. Don Davies: Existe-t-il un lien entre la prévalence de la COVID de longue durée et le statut vaccinal?

Mme Kelly O'Brien: C'est une très bonne question. Nous commençons à recueillir des données probantes, comme l'a expliqué la Dre Falcone. Au début, les résultats semblaient prometteurs relativement à l'action protectrice de la vaccination contre la COVID de longue durée mais, selon un article paru à la fin de mai dans *Nature*, cette action serait partielle. Les recherches se poursuivent et, avec le temps, les résultats nous en apprendront davantage.

Le président: Merci, madame O'Brien.

Madame Goodridge, c'est à vous. Vous disposez de cinq minutes.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur le président.

Si vous suivez nos délibérations chez vous, vous n'avez peut-être pas la chance de voir que le comité de la santé reçoit énormément de mémoires de personnes qui vivent un peu partout au Canada et qui veulent nous faire connaître leur point de vue sur les sujets que nous étudions. Je ne pense pas me tromper en disant que l'étude que nous menons actuellement a suscité un intérêt particulier et que chaque jour, ou du moins tous les lundis, nous recevons une pile de mémoires. Je tiens à ce que nos téléspectateurs le sachent, et notamment ceux qui ont écrit un mémoire et qui nous l'ont transmis. Je sais que mes collègues du Parti conservateur, et je vois des hochements de tête... Tout le monde, en fait, accorde de l'importance à ces mémoires.

Aujourd'hui, un de ces mémoires a particulièrement retenu mon attention parce qu'il reflète énormément de courriels parvenus à mon bureau de circonscription. Il y est question d'une personne qui n'a pas pu prendre l'avion en raison des restrictions de voyage et qui a raté des funérailles dans sa famille. Ces cérémonies marquent des périodes extrêmement chargées d'émotions dans la vie d'une personne. Je suis très attristée quand je pense aux énormes conséquences de ces restrictions de voyage dans la vie de tant de gens.

Au vu de tous ces mémoires, je soumetts la motion suivante:

Que le Comité exige que les restrictions relatives aux voyages liées à la COVID-19 soient levées immédiatement et que le président fasse rapport de la présente motion à la Chambre des communes à la première occasion.

• (1710)

Le président: Il n'y a pas eu d'avis de motion. Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'un avis de motion qui sera présentée ultérieurement.

Mme Laila Goodridge: Monsieur le président, selon ce que j'en comprends, la motion peut être présentée si elle est liée à l'étude en cours.

Le président: J'en prends note. La motion est recevable et nous devons en débattre, à moins que vous demandiez le report du débat afin que nous puissions continuer notre discussion avec les témoins. Le Comité est dûment saisi de la motion et, à moins d'une motion visant son dépôt, la motion doit maintenant être débattue. Le débat est lancé.

Monsieur Ellis, vous avez la parole.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

C'est assez imprévu. Cela dit, j'estime qu'il est primordial pour le Comité de bien comprendre la nature des nombreuses maladies liées à la COVID-19. Aujourd'hui, nous avons entendu des témoins et des experts au sujet de la COVID de longue durée et de ses conséquences dévastatrices pour certains de nos concitoyens.

Certains articles que nous a soumis Mme O'Brien nous apprennent qu'il serait important que des comités multidisciplinaires étudient la COVID de longue durée et le vaste éventail de symptômes qui peuvent y être associés. Je rappelle que le désespoir, la dépression et l'anxiété font partie des maux qui ont été associés à la COVID parce qu'elle a empêché des personnes de voir leurs proches, que ce soit lors de funérailles, comme dans le cas évoqué par ma collègue, ou en raison de l'interdiction des rencontres avec les personnes que nous aimons. Nous savons que de très nombreux Canadiens ont choisi, au nom de leur liberté de choix pour ce qui concerne leur propre corps, de ne pas se faire vacciner et ne peuvent pas voyager par air, par rail ou sur l'eau.

Cela dit, des propos entendus récemment à la Chambre nous ont révélé que des personnes qui ne sont pas immunisées peuvent voyager par avion, par train ou par bateau. C'est clair que des personnes sont désavantagées au Canada, et que ce n'est pas le genre de société que nous essayons de créer.

L'autre aspect qu'il faudra en venir à faire comprendre est que l'immunité est considérablement réduite six mois après la troisième dose et que les personnes concernées sont très faiblement protégées contre une infection. En fait, les personnes non vaccinées qui font un test antigénique rapide ou même un test par PCR avant un voyage sont mieux protégées que quelqu'un qui, comme moi, a reçu plusieurs doses de vaccin contre la COVID et n'a pas à subir un quelconque test pour emprunter les transports en commun.

Cette inégalité, à mon avis, mérite réflexion. Et qui de mieux placé pour faire cette réflexion, malheureusement, que le Comité permanent de la santé? C'est une question importante qui a été soulevée devant la Chambre, mais les députés n'ont pas eu la possibilité d'en débattre suffisamment et adéquatement afin d'en venir à s'entendre sur les inégalités qui interdisent l'accès aux transports en commun à une partie de la population canadienne. Dans un pays aussi vaste que le nôtre, l'idée que ces personnes peuvent aller partout où elles veulent en voiture est une aberration.

Et que penser du fait, monsieur le président, que ces personnes ne pourront pas non plus quitter le pays? C'est un problème important pour les personnes non vaccinées. Elles ne peuvent pas se rendre aux États-Unis et elles n'ont pas accès aux transports. J'imagine qu'elles pourraient acheter un bateau. Elles sont limitées dans leurs déplacements à l'intérieur de leur propre pays, mais elles ne peuvent pas non plus quitter un pays qui leur impose des politiques avec lesquelles elles sont souvent en désaccord, et notamment cette politique de santé publique. Des personnes qui ne sont pas en prison se trouvent prises au piège dans leur propre pays. C'est du jamais vu.

Je terminerai en disant que 15 % environ des Canadiens seront touchés si on considère que 80 % de la population est doublement vaccinée... J'ose penser, chers collègues, que nous ne pouvons pas minimiser le fait que 15 % des Canadiens ont choisi de ne pas être entièrement vaccinés, selon la définition retenue.

La motion proposée sera sans doute perçue comme malvenue par certains, mais le Comité continue de consacrer une réunion sur deux à l'étude de la COVID-19.

Monsieur le président, merci de votre temps et de votre indulgence.

• (1715)

Le président: Merci, monsieur Ellis.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Tout d'abord, je ne suis pas certain que cette question relève du comité de la santé. Je souligne que quiconque suit les débats constatera que la motion est identique à une autre dont la Chambre des communes a été saisie, et que nous avons consacré une journée entière à la pertinence de lever les restrictions et les exigences relatives aux voyages. Je ne dis pas que le comité de la santé ne doit pas en débattre, mais je rappelle qu'une journée entière a été consacrée à la question et que plusieurs points ont été soulevés.

Par ailleurs, je crois qu'il faut discuter des restrictions relatives aux voyages pour établir si, au vu de la science et des données, il faut exiger la vaccination pour accéder aux services de transport de compétence fédérale. C'est une question tout à fait pertinente et juste. J'ai vu certaines données selon lesquelles cette obligation ne serait plus validée par la science.

De toute évidence, quand il est question de lever toutes les restrictions relatives aux voyages, on y inclut le port du masque obligatoire, et c'est à mon sens un tout autre sujet. J'ai personnellement une confiance absolue à l'égard des données scientifiques voulant que le masque soit très efficace pour stopper la propagation des maladies par aérosolisation, ou par les gouttelettes.

Je suis généralement contre les propositions d'abolir l'ensemble des restrictions applicables aux transports de compétence fédérale

parce que, trop souvent, elles ne font pas la distinction entre l'obligation vaccinale et l'obligation du port du masque, ou même l'obligation vaccinale pour les voyageurs étrangers qui viennent au Canada. Les conséquences sont très différentes. Nous ne voulons pas que des voyageurs étrangers tombent malades au Canada et viennent encombrer davantage notre système de santé.

Cela dit, je suis assez déçu de voir que la motion a été présentée alors qu'il reste à peine 50 minutes à la réunion. C'est signe d'un manque de respect à l'égard des témoins qui sont venus pour la totalité de la réunion du Comité. Nous avons discuté en détail de notre calendrier et nous avons convenu que la réunion serait consacrée à la COVID de longue durée et aux traitements de la COVID, deux sujets d'une extrême importance. Je pense certes que le débat sur cette motion doit avoir lieu, mais un autre jour, quand nous aurons eu le temps de nous préparer.

J'ajoute, aux fins du compte rendu, que la motion n'était pas à mon avis recevable. Je n'ai pas reçu d'avis et je n'ai pas eu le temps de me préparer. Bien que les restrictions dont il est question aient été imposées à l'égard de la COVID, elles l'ont été par le ministère des Transports et non le ministère de la Santé. Le lien entre cette question et l'étude de la COVID est à mes yeux très indirect et plutôt ténu.

Je respecte toutefois la décision, mais je propose que la motion soit déposée afin que nous puissions entendre les témoins que nous accueillons aujourd'hui jusqu'à la fin de la réunion.

Je propose que la motion soit déposée.

• (1720)

Le président: Bien. Une motion de dépôt de la motion équivaut à une motion d'ajournement du débat, ce qui ne peut pas faire l'objet d'un débat. Je vais donc soumettre la proposition directement au vote. Je crois qu'il faudra procéder par appel nominal. Je doute qu'il y ait consensus.

Monsieur le greffier, je vous demanderais de procéder au vote.

(La motion est adoptée par 7 voix contre 4.)

Le président: Merci beaucoup, monsieur le greffier.

Je remercie aussi les témoins de leur patience.

Nous allons poursuivre les séries de questions, en reprenant avec Mme Sidhu. Vous avez cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Je crois qu'il me reste du temps de parole.

Le président: Non, il a été fait bon usage de votre temps.

Madame Sidhu, nous vous écoutons.

Mme Laila Goodridge: J'insiste. Je pense qu'il me reste du temps de parole puisque le chronomètre s'arrête après la soumission d'une motion.

Le président: Non, le chronomètre ne s'arrête pas si vous présentez une motion. Vous avez décidé d'utiliser votre temps de parole pour présenter une motion. Votre temps est écoulé, et j'ajouterais qu'il est même largement dépassé.

Je donne la parole à Mme Sidhu.

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

Monsieur Arts, vous avez parlé de la difficulté d'évaluer les biomarqueurs. Pourtant, la surveillance des eaux usées s'est avérée très utile pour détecter les variants et éclairer les décisions de santé publique relativement à la COVID-19. Pouvez-vous nous expliquer un peu l'utilisation de cet outil d'une grande importance? Les données sont-elles publiques?

La question s'adresse indifféremment à M. Arts ou à la Dre Falcone.

Le président: Je crois que M. Arts essaie de répondre à la question, mais que personne ne l'entend.

Allez-y.

M. Eric Arts: Désolé! Je pensais être mieux rodé après quelques années de pratique avec ce système.

Je disais que les résultats de la surveillance des eaux usées, et notamment ceux des analyses de la charge virale, sont transmis aux directions régionales de santé publique, mais également à Santé publique Ontario et à l'Agence de la santé publique du Canada. Ces données servent aux analyses sur lesquelles reposent les politiques de santé publique partout en Ontario. Des mécanismes semblables ont été mis sur pied dans les autres provinces.

Par surcroît, nous réalisons des analyses partout où le taux de SARS-CoV-2 est élevé aux points d'entrée des eaux usées et dans les grands centres urbains, où les analyses sont réalisées avec l'aide de Santé Canada. La surveillance est faite par l'Université de Waterloo, l'Université de Guelph et l'Université Western. Ces analyses plus fouillées permettent d'établir les types et les taux des variants qui circulent dans la population.

Les données sont communiquées, comme je l'ai dit, à l'Agence de la santé publique du Canada, les directions de santé publique et Santé publique Ontario. On essaie actuellement de fournir les données au groupe Ontario Science Table, mais les mécanismes de compte rendu sont un peu complexes. Nous espérons que nous parviendrons à partager ces données.

La confidentialité des données est actuellement évaluée. Nous essayons de comprendre comment la maladie est introduite au Canada et comment elle se propage. C'est l'Agence de la santé publique du Canada qui doit évaluer et déterminer si l'information doit être diffusée ou non.

• (1725)

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur Arts.

Docteur Falcone, il est bien connu que la COVID-19 de longue durée a des répercussions à long terme sur certaines maladies chroniques. Quel type de répercussions avez-vous observées en lien avec des maladies chroniques comme le diabète, et surtout les troubles de santé mentale? Comment ces maladies se sont-elles aggravées? Comment la COVID de longue durée se répercute-t-elle sur les populations touchées?

Dre Emilia Liana Falcone: Tout d'abord, les deux maladies chroniques que vous avez évoquées font partie des facteurs de risque pour ce qui est de la COVID de longue durée. Quand ces maladies chroniques sont préexistantes, nous observons une exacerbation. Dans le cas du diabète, elle se produit durant la phase critique et il peut y avoir des problèmes de contrôle de la glycémie à long terme. Chez les personnes présentant des troubles de santé mentale, l'aggravation des symptômes est très évidente. C'est multifactoriel, bien entendu, mais l'incapacité de se rétablir est certaine-

ment en cause. Ces personnes se découragent. Combinés à l'insomnie, entre autres, tous ces facteurs contribuent à la détérioration des troubles de santé mentale préexistants.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

La COVID-19 a mis en évidence des problèmes nouveaux et existants qui ont compliqué la collecte des données sur la santé, leur accès et leur diffusion pour le bénéfice et l'usage des Canadiens. Je sais que dans sa lettre de mandat, il est demandé au ministre de la Santé de collaborer avec les provinces et les territoires pour créer un « système de données sur la santé de calibre mondial ».

Avez-vous des recommandations à formuler relativement à la mise au point d'une stratégie pancanadienne visant à améliorer le système national de données sur la santé?

Dre Emilia Liana Falcone: Je crois qu'une infrastructure de ce genre serait certainement un atout.

Le président: Nous ne vous entendons pas, docteur Falcone. Je ne sais pas si...

Docteur Falcone, le problème ne semble pas venir de chez vous, mais de chez nous.

Pouvez-vous réessayer, docteur Falcone? C'est parfait.

Si vous pouvez nous donner une réponse brève, nous vous en serions reconnaissants.

Dre Emilia Liana Falcone: Brièvement, je dirais que pour remplir ce mandat, il faudrait constituer un comité formé de représentants de différentes disciplines de chaque province et territoire. Nous pourrions établir ensemble des protocoles et des infrastructures constants et uniformes à l'échelle du pays.

• (1730)

Le président: Merci, madame Sidhu, et merci, docteur Falcone.

Nous allons revenir à Mme Goodridge. Vous avez cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins pour votre travail d'une grande importance. Vous avez toute mon admiration.

Je tiens à m'excuser. Je sais que vous avez beaucoup travaillé, mais j'ai présenté une motion parce que c'est la prérogative du Comité. Ce sont des choses qui arrivent.

J'aurais une question pour Mme O'Brien.

Les six enseignements de la COVID-19 dont vous nous avez parlé sont pleins de sens. Puis-je vous demander de simplifier un peu vos explications, ou de nous dire les points les plus importants que doivent retenir les décideurs du pays pour la suite des choses, alors que nous continuons de vivre avec la COVID?

Mme Kelly O'Brien: Le point le plus important, et de loin, est de reconnaître le rôle de la réadaptation pour les personnes atteintes de la COVID de longue durée, et ensuite de leur assurer un accès équitable à des services de réadaptation.

Nous sommes tous en train d'apprendre. Dans mon domaine, la physiothérapie, nous sommes au stade où nous raffinons nos pratiques et où nous perfectionnons nos connaissances au fur et à mesure que nous obtenons des données. Par exemple, nous avons compris que la réadaptation ne se limite pas à des exercices et à l'activité physique et que, suivant la voie de la physiologie de la COVID de longue durée...

Le président: Madame O'Brien...

Mme Laila Goodridge: Pouvez-vous attendre un peu? Nous ne vous entendons pas dans la salle et je ne sais pas...

Le président: Nous avons le même problème technique qu'avec la Dre Falcone.

Nous vous entendons seulement avec nos oreillettes. Les haut-parleurs ne fonctionnent pas dans la salle. Le problème est chez nous. Je vous remercie de votre patience.

M. Eric Arts: J'ai une petite question pour Mme Goulding.

Pouvez-vous me transmettre votre adresse courriel? Nous essayons d'entrer en contact avec des groupes de défense des patients. Ce serait très apprécié.

Mme Susie Goulding: Volontiers. Je serai ravie.

M. Eric Arts: Merci.

Mme Susie Goulding: Merci à vous, monsieur Arts.

Le président: Madame Goulding, je vous rappelle que nos délibérations sont publiques. Je vous inviterais à donner cette adresse en privé si vous ne voulez pas que toutes les personnes qui regardent la webdiffusion l'entendent.

Mme Laila Goodridge: Madame Goulding, ce serait une très mauvaise idée de partager votre adresse courriel.

Le président: Madame Goodridge, nous avons encore des difficultés techniques.

Nous allons suspendre la séance pendant trois minutes pour régler le problème.

• (1730) _____ (Pause) _____

• (1735)

Le président: Nous allons poursuivre.

Chers collègues, si vous avez de la difficulté à entendre les témoins, vous pouvez utiliser vos oreillettes.

Quand nous avons suspendu la séance, Mme Goodridge venait d'entamer sa série de questions.

Madame Goodridge, je vous redonne la parole.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Merci également aux témoins.

Je tiens à souligner que la petite conversation informelle avec M. Arts et Mme Goulding montre à quel point nous manquons d'information sur la COVID de longue durée, les personnes atteintes et tout ce dossier.

Madame Goulding, vous nous avez offert un témoignage très éloquent, même si vous vous êtes excusée à quelques reprises de ne pas trouver les bons mots. De mon point de vue, vous nous avez expliqué votre réalité avec brio, et j'aimerais savoir si vous avez autre chose à offrir à la réflexion du Comité. Nous allons formuler des recommandations à la fin de notre étude, et je crois que votre expé-

rience intime de la situation donne une grande valeur à votre témoignage et à votre point de vue.

Mme Susie Goulding: Merci beaucoup.

Le plus important est de garder à l'esprit que nous sommes tous canadiens. Nous avons tous besoin de soutien et d'entraide. Il a été dit au début de la pandémie qu'aucun Canadien ne serait laissé pour compte. Je vous demande de vous en souvenir et d'offrir des solutions pour les personnes atteintes de la COVID de longue durée. Elles doivent avoir une aide pour combler leurs besoins financiers et avoir accès à des soins de santé, et il faut tout mettre en œuvre pour comprendre les mécanismes profonds de la maladie et de ses terribles symptômes. Les gens voient leur vie détruite. C'est un grave enjeu, et le plus terrifiant est de savoir qu'une grande partie de la population ne sait pas que c'est une conséquence possible de la COVID. Il faut vraiment que les gens se protègent.

Il est très important que les autorités de la santé publique fassent de la sensibilisation sur ce que nous vivons, pour que les gens nous traitent avec compassion et qu'il y ait une véritable entraide pour que nous trouvions la force de traverser cette épreuve. Ensemble, nous sommes plus forts, et c'est seulement ensemble que nous trouverons la lumière au bout du tunnel. Les nouvelles découvertes sur les maladies chroniques dont les gens souffrent depuis des années dans d'autres communautés peuvent donner des résultats extraordinaires étant donné les nombreux chevauchements entre diverses maladies. La recherche pourrait changer la vie de millions de gens. Il est essentiel de financer la recherche clinique et de soutenir les personnes atteintes de la COVID de longue durée pour qu'elles puissent retrouver leur vie, se rétablir et redevenir des éléments productifs de la société. Tout ce que nous voulons, c'est retourner au travail. Nous voulons retrouver ce qui nous rendait heureux. Nous voulons renouer avec nos familles et avoir une vie riche, tout simplement guérir, être entendus et aidés.

Merci.

• (1740)

Mme Laila Goodridge: Merci, madame Goulding. Je crois que mon temps de parole est terminé.

Le président: Merci, madame Goodridge.

Les cinq prochaines minutes seront réservées à M. Powlowski.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'aurais une question pour tous ceux qui ont un doctorat de médecine ou d'une autre discipline.

Docteur Falcone, madame O'Brien et monsieur Arts, vous avez tous parlé d'une incidence de l'ordre de 10 à 30 %. J'imagine que, comme moi, vous avez l'impression de regarder le monde à travers une lentille différente dès qu'il est question de COVID. Nous lisons les journaux, mais nous connaissons aussi beaucoup de gens qui ont contracté la COVID.

Je suis également médecin. Je sais qu'il ne faut pas donner crédit aux preuves empiriques ou anecdotiques, mais autour de moi, comme l'a dit le Dr Hanley, la plupart des gens ont eu la COVID. Tous mes employés sur la Colline parlementaire l'ont eue, tout comme tous les membres de ma famille et la plupart des autres personnes que je connais. Or, à ma connaissance, personne ne s'est plaint d'avoir eu des symptômes à long terme.

Cette incidence de 10 à 30 % ne vous semble-t-elle pas un peu élevée, et une partie du problème ne vient-elle pas du fait que les tests rapides qui ont supplanté les tests par PCR nous empêchent de connaître la proportion exacte de personnes qui ont eu la COVID? Si je reviens à ma question, pensez-vous que le taux de 10 à 30 % est trop élevé?

M. Eric Arts: J'aimerais donner un début de réponse, si vous me le permettez.

Vous avez raison. Il est impossible d'estimer la proportion exacte. Actuellement, nous devons nous fier aux données de la surveillance des eaux usées pour estimer la proportion des personnes qui ont été infectées dans la population. Cela dit, si je me fie aux données modélisées, je crois que la proportion des personnes qui ont eu la COVID dans la population est plus proche de 30 %.

En revanche, il n'est pas si important de connaître la proportion. C'est la gravité des cas et le nombre de cas graves qui importent. Si 10 millions de personnes ont été infectées, les conséquences seraient dévastatrices pour la société... Je n'aime pas jouer les prophètes de malheur et je me range de préférence du côté de ceux qui disent que ce n'est pas aussi grave qu'on le pense. Seulement, comme je m'intéresse surtout aux événements cardiovasculaires graves et aux atteintes cognitives, je n'ai pas le choix d'être inquiet. La démence, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson mettent déjà à rude épreuve notre système de santé. C'est à ce genre de difficultés qu'il faut penser.

Je termine en disant que j'ai eu la COVID. Pour ce qui est des symptômes, je ne suis pas... Tout ce que je peux dire, c'est que j'ai été à plat pendant au moins un mois et demi. J'ai eu le variant Delta, avant de pouvoir me faire vacciner parce que c'était trop tôt. Il m'a fallu un bon moment pour récupérer, et je ressens encore de légers effets. Est-ce qu'ils m'ont empêché de fonctionner? Non. Mon horaire de travail était assez chargé. Mais si j'ai été assez épargné, je peux tout à fait comprendre que d'autres sont plus lourdement atteints. Voilà pour l'anecdote.

• (1745)

M. Marcus Powlowski: Merci.

J'aurais une autre question. Est-ce que le vaccin ou les traitements réduisent l'incidence?

Docteur Falcone ou monsieur Arts, vous avez dit qu'il n'y avait pas de corrélation entre la forme grave de la maladie et la probabilité d'avoir la COVID de longue durée.

Je ne sais plus lequel a évoqué une étude récente de Harvard et de l'Université de la Pennsylvanie selon laquelle 40 % des personnes qui ont été mises sous respirateur présenteraient ensuite une perte des facultés cognitives. À défaut d'autre chose, encore une fois, les données anecdotiques indiquent que dans la population générale, ce taux de 40 % est loin d'être une réalité. N'est-ce pas un indicateur qu'il y aurait une corrélation? C'est ce que les Britanniques ont établi. Toutefois, relativement aux études récentes, un aspect du problème n'est-il pas qu'on ne connaît pas le dénomina-

teur? On ne sait pas quelle proportion de la population a eu la forme moins grave de la COVID, alors que nous avons ces chiffres pour la forme grave puisque nous savons combien de personnes ont été hospitalisées et admises aux soins intensifs?

Le président: Si possible, pouvez-vous répondre brièvement? M. Powlowski a utilisé tout son temps de parole pour formuler sa question.

Des députés: Oh, oh!

M. Marcus Powlowski: Je vais m'adresser à la Dre Falcone, puisque je... [*Inaudible*]...

Des députés: Oh, oh!

Le président: Une réponse succincte, je vous prie.

Dre Emilia Liana Falcone: Je suis d'accord. Si on ne connaît pas le dénominateur, c'est assez compliqué d'estimer la prévalence. Toutefois, même quelques points de pourcentage d'écart avec un dénominateur aussi élevé... C'est forcément un très grand nombre de personnes.

Le président: Merci beaucoup, docteur Falcone.

[*Français*]

Monsieur Garon, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie, monsieur le président.

Je vais essayer d'être plus bref que mon collègue M. Powlowski.

Il a beaucoup été question aujourd'hui des résultats de la recherche, et cela était très intéressant. Or, j'aimerais que nous parlions rapidement du financement de la recherche.

Docteur Falcone, la crise liée à la pandémie de COVID-19 a-t-elle modifié notre façon de percevoir la recherche clinique?

Faudrait-il changer notre façon de financer la recherche clinique, de manière à être davantage en mesure de faire face rapidement à des crises de santé publique aussi graves que celle que nous avons vécue?

Dre Emilia Liana Falcone: Je pense que la réponse, en matière de recherche, a tout de même été bonne dans le contexte de cette pandémie. Cependant, nous avons pu constater que la COVID-19 était très surprenante. Elle ne fait que nous surprendre. Il faut parfois être ouvert à des hypothèses un peu nouvelles, qui ne s'appuient pas nécessairement sur les mêmes données préliminaires.

C'est dans cette optique que certains fonds pourraient être réservés à des projets dont le niveau de risque est un peu plus élevé, mais qui peuvent être très rentables, surtout dans un contexte où il faut se mobiliser rapidement.

M. Jean-Denis Garon: Si je comprends bien, vous parlez de fonds spéciaux qui seraient utilisés dans des situations extrêmement graves et pressantes. Un certain nombre de critères permettraient de débloquer des fonds très rapidement. Ce processus pourrait se dérouler parallèlement au financement habituel en matière de la recherche.

Pour mieux comprendre, j'aimerais savoir notamment quel mécanisme serait mis en œuvre pour financer cette recherche clinique.

Dre Emilia Liana Falcone: Il pourrait en effet s'agir d'un mécanisme un peu parallèle.

M. Jean-Denis Garon: La question suivante sera ma dernière, vu qu'il ne me reste qu'environ une minute.

Il a été question tout à l'heure de dénominateur et de prévalence.

Devons-nous nous inquiéter, à long terme, de l'effet de la COVID-19 de longue durée sur la force de travail? Au Québec, par exemple, nous sommes aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre. Des pressions s'exercent également en milieu hospitalier, et cette situation est liée au financement inadéquat du système de santé, notamment par le fédéral.

Éprouvez-vous les mêmes inquiétudes à cet égard?

Dre Emilia Liana Falcone: Oui, j'ai aussi des préoccupations, surtout en ce qui concerne la COVID-19 de longue durée, parce que la durée peut être très variable. Les symptômes peuvent persister pendant des mois, voire des années. Dans notre clinique, nous voyons des gens qui, plus de deux ans après avoir souffert d'une infection aiguë, souffrent encore de séquelles et sont incapables de retourner au travail.

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie beaucoup.

Le président: Je vous remercie, monsieur Garon.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous pouvez y aller avec vos questions pour les deux dernières minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Je ne sais pas trop à qui s'adresse la question, alors je vous demande d'y répondre si vous vous en sentez capable. Existe-t-il un lien entre le variant et la fréquence de la COVID de longue durée? Est-elle plutôt associée au variant Omicron, au variant Delta ou à un autre variant précédent?

● (1750)

M. Eric Arts: Ce sera très difficile à établir sur la base des études cliniques précédentes parce que trop de personnes ne connaissent pas la souche qui les a infectées. Toutefois, nous savons que selon les périodes, l'infection est plus susceptible d'avoir été causée par un variant ou un autre, et nous pouvons faire des estimations. De vastes études de cohortes pourraient nous aider à faire ces estimations, mais elles peuvent devenir un vrai cauchemar sur le plan des études épidémiologiques. J'ai confiance que nous parviendrons à une meilleure compréhension.

Une des choses que nous savons est que le variant Omicron était très différent du variant Delta sur les plans des tailles des populations et de l'apparition, ce qui nous donne des données assez lisibles, mais ces...

M. Don Davies: Je suis désolé de vous interrompre, mais je crois que j'ai ma réponse.

Je voudrais donner le dernier mot à Mme Goulding. Il est essentiel d'entendre la voix des patients, d'autant plus si le phénomène est nouveau.

Je vous donne donc le dernier mot, madame Goulding. À votre avis, qu'est-ce que le gouvernement fédéral doit absolument savoir, et quelles pistes de réflexion voulez-vous nous donner à titre de porte-parole des nombreuses personnes qui souffrent de la COVID de longue durée partout au pays?

Mme Susie Goulding: L'important est de comprendre que la pandémie n'est pas terminée, loin de là. Les nouvelles vagues et les nouveaux variants continuent de se succéder, et la COVID de

longue durée continue ses ravages. De plus en plus de gens se joignent à nos groupes. Quand cela finira-t-il? Il devient très urgent de comprendre l'évolution rapide... Il faut trouver le moyen d'en venir à bout pendant que c'est encore possible. La situation s'aggrave. Les chiffres s'additionnent. C'est une urgence et il faut la mettre au sommet des priorités pour que les gens cessent de souffrir.

Il faut éviter que d'autres personnes se retrouvent dans cette situation. Nous devons comprendre ce qui se passe. Nous devons aider les chercheurs, financer leurs travaux, peut-être autrement que ce qui s'est fait jusqu'ici. C'est très frustrant pour les chercheurs de mettre sur pied un projet de recherche et d'avoir à attendre parce qu'ils n'ont pas reçu le financement ou pour d'autres raisons. Tout prend tellement de temps, il y a tellement d'obstacles avant la mise en marche des projets. Il faut vraiment que les choses changent.

Le Canada a vraiment tardé à admettre cette condition. L'existence de la COVID de longue durée a été reconnue pour la première fois dans une annonce de la Dre Tam en juillet 2021. Maintenant, il faut mettre les bouchées doubles. D'autres pays ont pris les choses en main et investi des ressources et des sommes importantes dans des mesures nécessaires. Les États-Unis ont investi des milliards de dollars dans la recherche et le financement de mesures liées à la COVID de longue durée.

Par ailleurs, reconnaître qu'il s'agit d'une condition médicale invalidante permettrait aux personnes atteintes d'avoir accès à ce dont ils ont besoin. C'est primordial. Les gens souffrent et ne peuvent pas retourner au travail. Ils n'ont pas accès à la nourriture ou aux produits de première nécessité. C'est quelque chose qui doit être corrigé immédiatement.

M. Don Davies: Merci de ces observations.

Le président: Merci, madame Goulding.

Chers collègues, je vous demanderais d'attendre un petit moment. Je vais remercier les témoins et nous aurons une question de régie interne à régler avant de conclure.

Je me tourne vers nos témoins. Vous avez eu la chance de vivre la pleine expérience des comités. Nous avons eu du retard à cause d'un vote. Nous avons eu des difficultés techniques. Nous avons débattu d'une motion en plein milieu de la réunion. Je vous remercie de votre patience et d'être restés avec nous.

Madame Goulding, nous vous offrons nos meilleurs vœux de bonne santé. Merci de défendre cette cause.

Madame O'Brien, monsieur Arts et docteur Falcone, merci infiniment d'avoir fait preuve de patience et de professionnalisme tout au long de cette réunion ponctuée d'imprévus. Je vous remercie sincèrement du travail que vous accomplissez dans la lutte contre la pandémie mondiale et de nous faire bénéficier pleinement de votre expertise. Merci énormément d'être venus à notre rencontre.

Chers collègues, nous avons reçu un budget pour l'étude sur la santé des enfants, qui est estimé à 22 000 \$. Ce budget n'est pas coulé dans le béton, mais nous devons l'approuver. Il tient compte de la possibilité que nous recevions des témoins en personne, des frais d'expédition de casques d'écoute et d'autres dépenses du genre. Je serais ravi de recevoir une motion visant l'adoption du budget pour l'étude sur la santé des enfants.

● (1755)

M. Don Davies: Je propose l'adoption du budget.

Le président: Merci, monsieur Davies. Le Comité souhaite-t-il débattre de la motion?

(La motion est adoptée.)

Le président: Le Comité est-il d'accord pour lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: Je vois qu'il y a consensus. 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>