



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 026

Le mercredi 10 juin 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le mercredi 10 juin 2020

• (1500)

[Traduction]

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

Je vous souhaite la bienvenue à la 26^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément à l'ordre de renvoi du 26 mai 2020, le Comité poursuit sa séance d'information sur la réponse canadienne à la pandémie de COVID-19.

Afin d'assurer le bon déroulement de la réunion, j'aimerais vous exposer quelques règles à suivre.

L'interprétation dans le cadre de cette vidéoconférence fonctionnera pratiquement de la même manière qu'à une réunion régulière du Comité. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parqué, l'anglais ou le français. Lorsque vous parlez, si vous avez l'intention de passer d'une langue à l'autre, vous devrez chaque fois changer le canal d'interprétation pour choisir celui qui correspond à la langue que vous employez. Vous voudrez peut-être faire une courte pause chaque fois que vous changez de langue. Avant de prendre la parole, veuillez attendre d'être nommé par le président ou, pendant la période des questions, par le député qui pose la question.

Quand vous serez prêt à intervenir, vous pouvez cliquer sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Je tiens à vous rappeler que les députés et les témoins doivent toujours adresser leurs observations à la présidence. Lorsque vous ne parlez pas, assurez-vous que votre micro est désactivé.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins.

Nous accueillons la Dre Joanne Liu, médecin et ancienne présidente internationale de Médecins Sans Frontières, qui témoigne à titre personnel. Nous recevons également le président de l'Association canadienne des radiologistes, le Dr Michael Barry, et son vice-président, le Dr Gilles Soulez. Enfin, nous accueillons Arden Krystal, présidente-directrice générale du Southlake Regional Health Centre.

Nous allons commencer par les exposés de nos témoins.

Docteure Liu, nous vous écoutons. Vous avez 10 minutes.

Dre Joanne Liu (médecin et ancienne présidente de Médecins Sans Frontières, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonjour, mesdames et messieurs les membres du Comité permanent.

Mon intervention se limitera à mon domaine d'expertise, qui est, en gros, la lutte contre les épidémies et les pandémies régionales à petite et à grande échelle. Ce faisant, je m'appuierai sur mon expérience à titre de travailleuse humanitaire, ainsi que sur ma formation en tant que titulaire d'une maîtrise en éducation et en gestion de la santé. Cela fera bientôt 100 jours que la pandémie a éclaté et, malheureusement, le Québec a franchi le cap des 5 000 décès causés par la COVID-19.

Je tiens à rappeler à tous que nous n'avons toujours pas de vaccin ni de traitement précis et que nous ne savons toujours pas grand-chose de l'immunité que les gens acquièrent après avoir contracté l'infection. Par conséquent, la meilleure façon d'y réagir consiste à prendre des mesures d'atténuation — c'est là notre meilleur allié. Mon exposé portera donc sur la prévention de ce qui peut être évité.

Nous avons absolument le devoir de tirer les leçons qui s'imposent après ces 100 jours. Je pense qu'il faut également comprendre que toute réponse entraîne des coûts, mais que, malgré cela, compte tenu de la récurrence des pandémies au cours des 15 dernières années — le SRAS en 2003, la grippe porcine en 2009, le SRMO en 2012, le virus Ebola en 2014 et 2015, le virus Zika en 2015 et, maintenant, la COVID —, tout ce que nous faisons aujourd'hui est un exercice préparatoire pour la prochaine fois, et il s'agit d'un investissement. Nous avons beaucoup appris et nous avons réussi, tout au long de la pandémie, à gérer une pénurie de stocks. Certaines variables en ont subi les conséquences, mais je n'y reviendrai pas, car j'en ai déjà parlé lors de mon premier témoignage il y a quelques mois. Mentionnons, entre autres, l'approvisionnement, les patients, le personnel et les hôpitaux.

Une des leçons que nous avons apprises au cours des derniers mois, c'est la brutalité de la maladie et la solitude des patients qui meurent seuls. Nous avons appris à déceler les divers groupes vulnérables: les aînés, les détenus et les sans-abri. Nous avons appris comment isoler les gens au sein de leur collectivité. Nous avons appris à la dure comment véritablement personnaliser les services de prévention et de contrôle des infections. Nous avons aussi appris, espérons-le, qu'il faut protéger, mentalement et physiquement, notre personnel et nos travailleurs de première ligne. Nous avons appris qu'il faut gérer la mobilité des personnes. Nous avons appris que des éclosons surviennent dans les hôpitaux, même dans les hôpitaux universitaires, et ce, plus souvent que nous le voudrions. Nous avons appris qu'il faut communiquer le bon message, faute de quoi les gens ne s'y retrouvent plus. Nous avons appris que les autorités de santé publique doivent mettre en œuvre les éléments de base: tests, recherche des contacts, isolement et traitement. Enfin, nous avons appris que la capacité d'appoint interne a été mise à rude épreuve et que les patients non atteints de la COVID ont eu du mal à accéder aux soins.

Quel est le rôle du gouvernement, à l'échelle fédérale, maintenant que nous avons enfin dépassé le pic et aplani la courbe dans une certaine mesure? Cela nous permet de souffler un peu, et nous pouvons probablement passer d'un mode réactif à une approche beaucoup plus préventive. Ce que je souhaite à tout prix — sachant que le fédéral est le seul niveau qui nous permet d'avoir une vue d'ensemble de tout le pays —, c'est, en quelque sorte, des normes et des conseils sur les pratiques exemplaires qu'il faut mettre en œuvre.

À cet égard, il y a cinq points dont j'aimerais vous parler.

Tout d'abord, il faut faire une distinction entre le deuxième pic et les rebonds. Beaucoup de gens parlent avec assurance de la possibilité d'un deuxième pic. La réalité, c'est que nous ne savons pas comment se manifester le comportement saisonnier, à supposer que le coronavirus entre en phase dormante; nous ignorons donc s'il y aura un retour en force à l'automne. Nous devons nous préparer au pire. Dans cette optique, je pense que nous devrions élaborer une stratégie concrète de vaccination contre la grippe, en prévision de son retour, parce que nous ne voulons pas engorger nos hôpitaux à l'automne. Nous devons tout faire pour prévenir la deuxième vague, si jamais elle se produit.

• (1505)

Pendant ce temps, ma plus grande crainte, ce sont les rebonds répétés, c'est-à-dire les microéclosions répétées loin de l'épicentre. C'est ce que nous avons observé dans le cas de nombreuses autres éclosions, qu'il s'agisse du virus Ebola, du choléra ou de la fièvre jaune. Je sais que c'est différent, mais je pense qu'il y a une récurrence. Alors que nous assouplissons le confinement et que nous augmentons la mobilité des Canadiens, surtout pendant les vacances d'été, nous risquons de faire face à des microéclosions dans différentes régions rurales.

Pourquoi faut-il s'en inquiéter? Parce que, dans bien des régions rurales, les gens n'ont pas été exposés au virus, d'où le faible nombre de cas, ce qui signifie qu'il n'y a pas beaucoup d'immunité. C'est là une des raisons. L'autre raison, c'est que les hôpitaux dans les régions rurales sont souvent dotés de ce que nous appelons des « médecins dépanneurs ». Entre 20 et 80 % des quarts de travail en salle d'urgence sont essentiellement assurés par des médecins suppléants. Comment encadrer les consultations de ces médecins? Nous ne les mettrons probablement pas en quarantaine pendant 14 jours. Allons-nous faire en sorte qu'ils ne deviennent pas des vecteurs de la COVID-19? Allons-nous les soumettre à des tests et, le cas échéant, faut-il le faire avant leur départ ou pendant qu'ils sont sur les lieux? Voilà un point dont il faut tenir compte.

Par ailleurs, en ce qui concerne les régions rurales, je conseille fortement la mise en place d'équipes d'intervention rapide ou de groupes d'intervention d'urgence, comme j'aime les appeler, pour stabiliser la situation en cas de microéclosion et pour nous assurer que nous optimisons les services de prévention et de contrôle des infections et que nous soutenons l'intervention.

Mon autre sujet de préoccupation concerne la mobilité interprovinciale et la façon dont elle peut contribuer aux microéclosions. Le cas de Campbellton, au Nouveau-Brunswick, est un bon exemple qui montre comment une personne peut se déplacer d'un épicentre vers une province en se rendant à des endroits où il y a eu peu de cas de transmission — et voilà, nous avons une éclosion. Je dirais qu'il faut formuler, au niveau fédéral, des conseils sur la manière de contrôler la mobilité interprovinciale.

À l'échelle internationale, ce qui me préoccupe le plus, c'est, en effet, la frontière. Je crois que nous avons conclu un accord selon lequel la frontière sera fermée jusqu'au 21 juin, si je ne me trompe pas, mais comment allons-nous faire pour respecter cette exigence, sachant que le contrôle de la frontière relève du fédéral, mais que le suivi des personnes se fera probablement par les autorités provinciales de santé publique? Allons-nous assurer le suivi des visiteurs? Allons-nous transmettre leurs renseignements? Allons-nous leur demander de surveiller leurs symptômes? Allons-nous les suivre à la trace? Allons-nous leur demander de s'isoler?

Voilà donc le premier point que je voulais soulever en ce qui concerne la deuxième vague de microéclosions.

J'en viens maintenant à mon deuxième point, soit l'épuisement du personnel.

D'après ce que j'ai observé dans le contexte de nombreuses autres épidémies, lorsque nous franchissons la première vague, nous devons composer avec l'épuisement du personnel et des travailleurs de première ligne. Serons-nous prêts à combler le vide lorsque cela se produira? Quelle est la marge de manœuvre en matière de personnel? Aurons-nous une capacité d'appoint, sachant que les militaires finiront par se retirer des endroits où ils ont été déployés?

Je pense qu'à moyen et à long terme, nous devons envisager de créer une force de réserve civile qui serait formée et qui pourrait intervenir et être fonctionnelle. Par exemple, la Croix-Rouge a élaboré certains modèles de ce genre, mais nous devons y réfléchir, et cela devrait probablement se faire à l'échelle fédérale.

Troisièmement, nous avons absolument besoin de conseils sur les pratiques exemplaires en matière de dépistage et de recherche des contacts dans les établissements de soins de longue durée. La raison pour laquelle le dépistage s'impose, c'est parce qu'il y a des gens qui se déplacent d'un endroit à l'autre, et nous savons que certaines personnes sont asymptomatiques ou présymptomatiques, ce qui signifie qu'elles n'ont pas de symptômes, mais qu'elles développeront la maladie dans un délai d'un à sept jours. Ces gens peuvent être des vecteurs de la maladie. Nous devons disposer d'une stratégie globale en matière de dépistage. Il faut des prélèvements et des tests sérologiques, et nous devons faire en sorte que le système fonctionne. Ainsi, des conseils à ce sujet seraient les bienvenus.

Pour ce qui est de la recherche des contacts, nous devons savoir si nous aurons la capacité et les moyens de le faire en cas de deuxième vague. Nous savons que, dans certaines provinces, cela a été un véritable défi. Quelle est notre capacité d'appoint à cet égard?

Enfin, en matière de conseils, je pense que nous devons adopter une approche claire en ce qui a trait aux établissements de soins de longue durée. Pour ce faire, nous devons nous assurer de tester les personnes qui s'y trouvent et de les protéger, en plus de faire en sorte que ces établissements soient dotés d'un personnel adéquat. Nous devons également tirer des leçons de certaines expériences qui ont donné de bons résultats.

Le quatrième point concerne l'accès aux soins pour les patients qui ne sont pas atteints de la COVID. Dans bien des régions, le système de santé ne fonctionne toujours pas à plein régime. Nous devons établir une liste de priorités pour que notre secteur puisse intensifier ses services, car nous devons éviter que les patients non atteints de la COVID-19 deviennent les dommages collatéraux de la réponse à la COVID-19. Je crois qu'il serait utile d'avoir des conseils à ce sujet.

• (1510)

Le dernier point que j'aimerais soulever porte sur les efforts à l'échelle internationale. Nous avons constaté à quel point le monde est interrelié et interdépendant, sous l'effet de facteurs complexes. Nous savons que la sécurité de tous dépend de la sécurité de chacun. Autrement dit, pour améliorer la santé de tout le monde, il faut améliorer la santé de chaque personne. Nous ne pouvons pas combattre la COVID-19 isolément du reste du monde.

Le Canada a investi massivement dans la recherche et le développement d'un vaccin, à hauteur de 150 millions de dollars. Nous ne savons pas encore quelle serait la capacité de production à grande échelle, en cas de réussite, et nous ignorons dans quelle mesure le vaccin serait abordable et accessible. Plus récemment, une somme de plus de 600 millions de dollars a été prévue pour Gavi, soit l'Alliance du vaccin, dans le cadre de la lutte mondiale contre la polio. À mon avis, si nous comptons investir autant dans la recherche et le développement d'un vaccin, nous devons absolument avoir notre mot à dire afin de pouvoir influencer sur le résultat, à savoir la mise au point d'un vaccin pour le bien public grâce à la recherche et au développement. À défaut de quoi, il sera probablement très difficile d'exercer une influence sur le processus.

Entretemps, je recommande vivement que nous élaborions une stratégie relativement à la façon dont nous nous y prendrions pour vacciner les Canadiens, advenant la création d'un vaccin d'ici la fin de 2020 ou le début de 2021. Nous devrions nous en occuper maintenant que les choses se sont calmées un peu. Il faut déterminer qui nous allons vacciner en priorité, comme les travailleurs de première ligne ou les groupes vulnérables de la population. Nous ne devrions pas improviser le tout à la dernière minute. Il faut y réfléchir mûrement.

En somme, je crois qu'il est tout à fait important que nous fassions tout en notre pouvoir pour mettre en place les mesures d'atténuation. Nous n'avons toujours pas de traitement ni de vaccin. Nous n'en savons pas davantage sur l'immunité. Nous devons prévenir l'évitable. Il s'agit d'empêcher les gens d'être infectés et de tomber malades, mais surtout, il s'agit de sauver des vies.

Je vous remercie infiniment.

Le président: Merci, docteure Liu.

Nous passons maintenant à l'Association canadienne des radiologistes.

Docteur Barry ou docteur Soulez, vous avez la parole pour 10 minutes.

• (1515)

Dr Michael Barry (président, Association canadienne des radiologistes): Monsieur le président, je vous remercie, vous et les membres du Comité, de nous avoir invités aujourd'hui. Le Dr Soulez et moi ferons l'exposé ensemble. Je vais commencer par vous expliquer un peu qui nous sommes.

L'Association canadienne des radiologistes représente environ 2 800 radiologistes, d'un bout à l'autre du pays, qui se dévouent à l'excellence de l'imagerie médicale partout au Canada. Aujourd'hui, nous parlerons un peu des leçons tirées de la crise de la COVID-19, de la façon dont la situation a évolué depuis le début de la pandémie et, enfin, de ce que nous recommandons et demandons. J'ai peut-être déjà rencontré certains d'entre vous, à l'occasion de nos visites sur la Colline au cours des dernières années. Certains des renseignements que nous vous fournirons au sujet des leçons retenues proviennent du rapport du Conference Board du Canada, qui a été publié il y a environ un an et dont une copie a été remise à bon nombre d'entre vous par l'entremise de notre organisation nationale.

Pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas trop notre discipline, les radiologistes sont des médecins qui ont reçu une formation postsecondaire d'environ 15 ans et qui posent des diagnostics au moyen de tomodensitomètres, d'imageries par résonance magnétique et d'échographies. Nous effectuons des procédures d'intervention — plus récemment, dans le cas des AVC —, en ce qui concerne le traitement de symptômes d'AVC aigus, le traitement du cancer par l'ablation de tumeurs et un certain nombre de procédures complexes dans les hôpitaux, les collectivités et le domaine de la radiologie. Nous nous occupons aussi d'autres cas: le traitement des fractures aux urgences, l'évaluation des douleurs lombaires grâce à l'imagerie par résonance magnétique et d'autres choses de ce genre. Beaucoup d'entre vous ont sans doute fait appel à un radiologue ou en ont déjà consulté un.

Voilà donc qui nous sommes. Le Dr Soulez va maintenant parler un peu de notre expérience jusqu'ici, et je reprendrai la parole pour conclure.

Docteur Soulez, c'est à vous.

Dr Gilles Soulez (vice-président, Association canadienne des radiologistes): Merci, monsieur Barry.

Je m'appelle Gilles Soulez. Je suis radiologue d'intervention au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le CHUM, et j'enseigne la radiologie à l'Université de Montréal. Je suis également vice-président de l'Association canadienne des radiologistes. Je vous remercie d'écouter ce que nous avons à dire sur ce sujet très important pour la santé des Canadiens.

Comme vous le savez probablement, la radiologie et l'imagerie sont des portes d'entrée de notre système de santé. En d'autres termes, presque tous les patients qui reçoivent un traitement médical ou chirurgical auront besoin d'une imagerie diagnostique et d'un suivi par imagerie pour contrôler l'efficacité de la...

Le président: Excusez-moi, docteur Soulez, mais pourriez-vous tenir votre micro?

Dr Gilles Soulez: Bien sûr, désolé.

Comme vous le savez, les mesures liées à COVID-19 ont forcé le report des imageries diagnostiques pour des centaines de milliers de Canadiens. À l'échelle du pays, les services d'imagerie médicale ont été réduits de moitié. De plus, les dépistages non urgents de cancer ont été suspendus. Cela s'est traduit par un énorme retard dans les services d'imagerie diagnostique et l'émergence d'un véritable sentiment d'urgence.

Comme vous le savez, avant la crise, nous avions déjà de longues listes d'attente dans tout le pays, plus longues que dans bien d'autres pays. Avant la pandémie, les patients attendaient en moyenne de 50 à 82 jours pour un tomodensitogramme et jusqu'à 89 jours pour une IRM, une imagerie par résonance magnétique. Ces temps d'attente sont de 20 à 52 jours plus longs que la norme recommandée. Ces listes d'attente pour les services essentiels font en sorte que la santé des Canadiens est désormais mise en péril pendant des périodes beaucoup plus longues qu'avant. Cela est particulièrement préoccupant pour les patients atteints de cancer qui attendent un traitement d'importance névralgique dépendant de l'imagerie médicale.

Le débit de traitement d'un service de radiologie est actuellement estimé à 70 % de ce qu'il était avant la COVID, principalement en raison des protocoles de désinfection et de distanciation sociale. Cette réalité ne changera pas avant un bon moment en raison de l'éventualité d'une deuxième vague.

À titre d'exemple, à Québec, un patient de 20 ans s'est présenté avec des douleurs abdominales. Son médecin a rempli une demande pour qu'il aille passer un tomodensitogramme au Centre hospitalier de l'Université Laval de Québec, le CHUL. Or, en raison des retards accumulés, l'homme a dû attendre deux mois avant d'être reçu. La douleur était débilante. Un grand lymphome rétro-péritonéal de 20 centimètres a été découvert. Un traitement aigu a donc été entrepris, mais avec un retard important, ce qui a nui aux chances de rétablissement du patient.

À Québec, la liste d'attente pour les IRM a de quoi inquiéter. Au CHUL, cette liste compte actuellement 12 000 noms. Comme je l'ai dit tout à l'heure, le débit de traitement pour ces services est à environ 70 % de ce qu'il était avant la COVID. Le personnel hospitalier travaille à éliminer de la liste d'attente les examens moins importants. Or, même en éliminant 20 % des demandes, la liste d'attente atteindra quand même 17 000 noms d'ici un an, ce qui vous donne un ordre de grandeur.

En Alberta, on a calculé que la suspension au cours des deux derniers mois du dépistage du cancer du sein par mammographie avait fait en sorte qu'on avait déjà laissé passer 250 cas de cancer qui auraient dû être traités sur-le-champ.

Nous comprenons que le report des services d'imagerie médicale non urgents était nécessaire au plus fort de la pandémie. Maintenant que la première vague est passée et que la propagation du virus a été contenue, nous sommes prêts à reprendre l'imagerie diagnostique à sa pleine capacité, mais de manière sécuritaire.

La santé et la sécurité des Canadiens sont notre priorité numéro un. Nous respectons également le bien-être émotionnel des patients et du personnel. La reprise de l'imagerie diagnostique doit se faire de manière planifiée, efficace et sécuritaire afin de ne pas submerger le système de santé et nos travailleurs de la santé.

Notre groupe de travail sur la reprise des services de radiologie a récemment fourni des lignes directrices pour aider les services de radiologie à reprendre l'imagerie médicale en toute sécurité. Étant donné les délais d'attente déjà très longs pour ces procédures et les retards accentués provoqués par la pandémie — les patients doivent attendre encore plus longtemps qu'avant —, nous sommes d'avis qu'il s'agit d'une urgence nationale.

Avant la pandémie, on estimait qu'en 2017, le PIB avait perdu 3,5 milliards de dollars de PIB en raison du fait que les gens en at-

tente de procédures d'imagerie médicale ne pouvaient pas travailler. La COVID ne manquera pas de faire augmenter ce chiffre de façon considérable. Par exemple, une baisse de 25 % du nombre de patients examinés se traduira par une perte additionnelle de 1 milliard de dollars au titre du PIB, ce qui portera le total à près de 5 milliards de dollars.

Monsieur Barry, veuillez expliquer ce que nous demandons.

• (1520)

Dr Michael Barry: Merci, monsieur Soulez, d'avoir passé en revue certains de ces exemples.

Comme le Comité peut le constater, étant donné les retards qui plombent certaines de ces procédures d'imagerie, les gens ont encore peur de revenir aux urgences ou à l'hôpital pour subir leurs tests. La perspective d'une visite à l'hôpital est devenue quelque chose de très énervant. Presque tout le monde porte un masque.

Nous allons soumettre deux demandes fermes au Comité. L'une d'entre elles ne vous sera pas étrangère, puisque nous l'avons déjà soumise il y a un an ou deux, sauf que cette fois, elle est plus étoffée. Il s'agit de cet investissement de 1,5 milliard de dollars sur 3 ans que nous réclamons en matière d'imagerie médicale pour nous mettre sur un pied d'égalité avec nos partenaires du G7. À l'heure actuelle, nous sommes à peu près au neuvième rang mondial pour ce qui est de l'imagerie avancée, notamment la tomodensitométrie, l'IRM et certaines autres procédures de pointe. Nous sommes loin derrière les autres pays, et la COVID-19 a aggravé la situation. L'investissement de 1,5 milliard de dollars ne permettra pas de venir à bout des listes d'attente, mais ce sera un bon début, un pas dans la bonne direction.

Pour ce qui est des enseignements tirés de la situation actuelle, nous avons constaté que nos infrastructures nationales étaient plutôt obsolètes. Il n'y a pas assez de salles d'attente, de salles de consultation ou d'espace dans l'hôpital. Certaines choses aussi simples que l'ingénierie causent aussi des problèmes, comme ces systèmes de ventilation sans fenêtres, qui datent des années 1970. Avec la COVID-19 et les pandémies futures, ces aspects sont une préoccupation bien réelle. C'est pour cette raison que l'Association canadienne des radiologistes demande au Comité d'envisager la création d'un vaste groupe de travail pour examiner non seulement les besoins en nouveaux équipements pour tenir compte de l'afflux de patients, mais aussi le manque d'espace dans les salles d'attente, les besoins additionnels en matière de nettoyage et les mécanismes destinés à préserver la sécurité des personnes pendant la pandémie.

En conclusion, une autre leçon que nous avons retenue de ce qui s'est passé, c'est que notre système de santé n'était pas prêt à faire face à la demande. Dans les grands centres urbains, en particulier à Toronto, à Montréal et, dans une moindre mesure, à Vancouver et à Calgary, nous n'avions ni l'équipement médical ni le personnel pour faire face à des temps d'attente prolongés ou à l'afflux de patients très malades. Nous avons également appris que nos politiques de distanciation n'étaient pas rigoureuses et que nos équipements de protection personnelle n'étaient pas adéquats. Nous avons des retards dans bien des domaines, mais nous avons pris des notes et nous avons tiré des leçons pour la suite des choses.

Nous demandons au gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de votre comité, de soutenir la reprise de l'imagerie en investissant, par le biais des transferts fédéraux, dans de nouveaux équipements et de nouvelles infrastructures d'imagerie médicale ainsi que dans l'embauche de radiologues, de techniciens en radiation médicale et de sténographes supplémentaires pour nous permettre notamment d'améliorer la qualité des soins que nous offrons à nos patients.

Voilà notre présentation. Je crois qu'il y aura des questions plus tard.

Merci encore une fois au président et au Comité d'avoir écouté notre plaidoyer.

• (1525)

Le président: Messieurs, je vous remercie.

Nous allons maintenant passer à la représentante du Centre de santé régional de Southlake.

Madame Krystal, vous avez la parole pour 10 minutes.

Mme Arden Krystal (présidente-directrice générale, Southlake Regional Health Centre): Merci beaucoup.

Je vais d'abord vous présenter brièvement Southlake et le rôle que nous jouons en Ontario, puis je vous parlerai de ce que nous avons vécu avec la COVID-19.

Notre centre de santé compte plus de 525 lits. C'est l'un des plus grands hôpitaux de l'Ontario. Nous sommes situés à Newmarket, qui se trouve à 30 minutes au nord de Toronto. Nous offrons des services hospitaliers communautaires au large bassin de population de York et du Sud de Simcoe, ainsi que des programmes de soins tertiaires régionaux tels que des services d'oncologie et de cardiologie. Notre programme de soins cardiaques est le troisième en importance de l'Ontario.

Nous avons eu toute une expérience avec la COVID-19. La pandémie a eu une incidence considérable sur nos hôpitaux de la région du Grand Toronto. Ces répercussions nous ont permis de tirer de nombreuses leçons. J'aimerais parler de ces dernières et des bonnes choses que cette situation a pu apporter.

Parmi les initiatives que nous avons prises, il y a eu, à la fin du mois de janvier, la mise en place d'une équipe de gestion des incidents et d'un centre d'opérations d'urgence. C'était plus tôt que dans la plupart des autres administrations, et cela nous a été très utile. Nous avons en effet pu commencer à anticiper très tôt le genre de choses que nous aurions à mettre en place et à faire fonctionner.

Le centre d'opérations d'urgence se réunissait sur une base quotidienne. Nous y avons consacré de nombreuses heures, jour après jour, et de nombreux responsables, administrateurs, médecins-chefs et autres y ont travaillé de nombreuses heures. Nous avons organisé des assemblées publiques quotidiennes avec le personnel et nous nous sommes efforcés de lui fournir beaucoup d'informations. Il ne fait aucun doute que la transparence des communications, tant sur le plan local et provincial qu'à l'échelon fédéral, a eu une incidence déterminante sur nos interventions en réponse à la pandémie.

L'une des choses que nous avons faites, c'est que nous avons fait preuve d'une grande transparence pour la divulgation de nos volumes, de nos réserves en matière d'équipements de protection personnelle et de nos projections. Afin de soutenir notre réponse, nous avons élaboré un modèle de régression logistique pour prévoir la demande de lits dans les unités de soins intensifs et nous avons mo-

délisé le taux de reproduction épidémiologique local dans les régions que nous desservons.

Notre unité des soins intensifs a reçu son premier patient le 16 mars, soit 5 jours après que l'Organisation mondiale de la Santé ait déclaré la pandémie. À ce jour, 88 patients atteints de la COVID-19 ont été admis dans notre unité des soins intensifs et dans nos autres unités, et nous avons malheureusement dû déplorer 22 décès.

À partir de la mi-mars, nous avons mis en place un centre d'évaluation au volant. Nous avons littéralement testé des milliers de personnes, aussi bien par le truchement de ce centre que dans nos maisons de retraite et de soins de longue durée, et dans les lieux de rassemblement de notre zone d'intervention. Nous sommes récemment devenus l'un des deux premiers hôpitaux de l'Ontario à recevoir l'ordre donné par le ministère des Soins de longue durée en vertu d'une ordonnance de gestion obligatoire de prendre en charge la gestion d'un foyer de soins de longue durée sous le coup d'une éclosion.

Dans cette optique, je voudrais parler de certaines des grandes difficultés que nous avons eues et au sujet desquelles nous pensons que le gouvernement fédéral pourrait faire quelque chose.

La première concerne les chaînes d'approvisionnement et les équipements de protection personnelle. Il ne fait aucun doute que l'un des aspects les plus stressants de la COVID-19 et de notre réponse a été la disponibilité des équipements de protection personnelle. L'approche actuelle de l'Ontario en matière d'approvisionnement et de livraison — l'approche « juste à temps » qui, je le sais, est aussi très courante dans toutes les autres provinces, car j'ai également passé une grande partie de ma carrière en Colombie-Britannique — doit assurément être revue en profondeur.

On a laissé se périmer les réserves de matériels pandémiques du gouvernement fédéral et de certaines provinces, dont l'Ontario, qui les avaient mis en place en préparation du SRAS. Résultat: nous n'avons pas été en mesure d'utiliser une impressionnante quantité de stocks qui avaient coûté cher. Aussi, cela a créé un scénario dans lequel nous étions à court d'argent alors que nous aurions dû être disposés à en dépenser. L'une des recommandations que nous avons formulées à ce sujet est que le gouvernement fédéral et les provinces travaillent ensemble pour faire alterner les stocks pandémiques avec la chaîne d'approvisionnement régulière afin d'éviter la péremption de ces stocks et de faire en sorte que nous soyons prêts la prochaine fois qu'une telle chose se produira.

Ces pénuries ont non seulement occasionné bien des angoisses, mais elles ont également donné lieu à de nombreuses difficultés quant à l'organisation du temps et des efforts nécessaires pour concilier et modéliser notre approvisionnement en équipements de protection personnelle. On pense ici à la gestion et au dénombrement des stocks, aux commandes et aux allers-retours incessants entre les chaînes d'approvisionnement centrales et les nombreux autres fournisseurs. Il s'agissait d'une énorme quantité de travail et de temps. Il convient aussi de dire que le changement de stratégie et d'approche concernant les équipements de protection personnelle a été à la source d'un stress important qui a plombé le moral des troupes. Nous devons examiner ce que nous avons fait à cet égard et apporter quelques changements pour l'avenir.

• (1530)

Les soins de longue durée sont l'autre domaine pour lequel j'aimerais donner des avis et des conseils. Nous savons depuis de nombreuses années que le modèle de soins de longue durée que nous avons en Ontario, mais aussi dans d'autres provinces, a d'importantes lacunes, lesquelles ont été clairement mises en lumière par la COVID-19.

Des carences en matière de surveillance, d'inspections et d'intégration avec le reste du système ont causé d'importants problèmes dans de nombreuses résidences. Beaucoup de ces résidences sont désuètes, vétustes et surpeuplées, des conditions qui rendent presque impossible la prévention des épidémies.

Il y a un manque de formation du personnel, un manque de personnel dans certains cas et un manque de capacité de gestion dans de nombreux cas. Il serait utile d'avoir des normes nationales pour les soins de longue durée, très semblables à celles que nous avons dans d'autres juridictions hospitalières.

Nous avons également un besoin pressant d'investissements dans les infrastructures. En raison de leur taille et des problèmes qu'ils éprouvent à contrôler les infections, beaucoup de ces foyers ne peuvent tout simplement pas fonctionner comme ils le devraient pendant une épidémie.

En ce qui concerne la capacité des hôpitaux, il ne fait aucun doute que les établissements du Canada, toutes provinces confondues, fonctionnaient à plus de 100 % de leur capacité, même bien avant la COVID-19. Or, pour faire écho aux observations de mes collègues radiologues, lorsque nos capacités ne suffisent plus à la tâche, la seule façon de récupérer les moyens nécessaires pour affronter une pandémie comme celle-là est d'annuler les procédures facultatives.

Notre hôpital est tombé à 30 % de son volume normal. Nous avons calculé que pour les seules prothèses de la hanche et du genou, il nous faudra peut-être sept ans pour effectuer le nombre d'interventions chirurgicales nécessaires, et ce, à condition de travailler le soir, le week-end, etc. Bien sûr, le problème à cet égard en est un de ressources humaines. Comme l'ont mentionné mes autres collègues, les employés sont vraiment rendus au bout du rouleau. Il serait très difficile d'essayer de leur faire faire les heures supplémentaires nécessaires, même si nous avions l'argent pour cela. Une fois de plus, nous devons repenser notre secteur hospitalier.

Je vais mentionner très rapidement les points positifs. Les soins virtuels ont été un point très positif. Après toutes ces années où l'Ontario et d'autres provinces ont lamentablement traîné de la patte quant aux soins virtuels, la pandémie en a précipité l'adoption généralisée. Nous réalisons maintenant qu'il n'est pas nécessaire de revenir exactement à la façon dont nous faisons les choses. Nous serons en mesure de convertir un nombre important de visites, notamment ambulatoires, en soins virtuels.

Nous avons également remarqué que la bonne collaboration entre le secteur hospitalier et certains autres secteurs nous a aidés, mais ce n'est pas généralisé. Il faut aller vers une meilleure intégration dans toutes les provinces et certainement dans tous les secteurs. Le degré d'intégration que nous avons atteint ici en Ontario par l'intermédiaire des équipes de santé a été très utile.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement nos collectivités de leur appui. Tout au long de cette pandémie, notre personnel et nos médecins ont été continuellement soutenus par un soutien sans pré-

cedent de la part des collectivités que nous servons. Pour les personnes très fatiguées et accablées — et qui souffrent parfois dans une certaine mesure d'un syndrome de stress post-traumatique —, ce soutien a été incroyablement utile, et nous leur en sommes extrêmement reconnaissants.

Je vais m'arrêter là et attendre vos questions.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer aux questions. Il y aura deux tours, et le premier commencera avec M. Jeneroux.

Monsieur Jeneroux, la parole est à vous pendant six minutes.

• (1535)

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous pour le travail que vous faites au quotidien, mais aussi merci d'être parmi nous aujourd'hui. Évidemment, il est très important d'établir la voie à privilégier en cas de vagues ou d'autres pandémies.

Docteur Liu, vous avez fait des commentaires sur le vaccin. Diriez-vous que le gouvernement du Canada s'assure dans la mesure du possible d'avoir son mot à dire sur la création d'un vaccin?

Dre Joanne Liu: Monsieur le président, pour ce qui est du vaccin et de savoir si le Canada s'assure d'avoir son mot à dire, je dirais qu'il y a des investissements majeurs actuellement. Selon moi, ce serait plutôt la diversité des investissements qui pose problème. C'est ma première préoccupation.

L'autre est de veiller à ce que nous en ayons pour notre argent quand nous investissons une telle somme. Pour ce qui est de Gavi, il s'agit en fait d'un programme de vaccination, mais il n'en demeure pas moins un intervenant plus crédible. Nous devons avoir une stratégie et une recommandation sur la recherche et le développement ainsi que sur la façon dont on s'en servira.

Actuellement, je ne suis pas entièrement convaincue qu'un suivi est fait. Il n'y a pas... Peut-être y en a-t-il un et qu'il n'a pas encore été rendu public, mais je crois qu'il s'agit de quelque chose qui doit faire l'objet d'un suivi.

M. Matt Jeneroux: Merci, docteur Liu. Je suis d'accord. Il est manifeste que, sur le plan de la transparence, nous ne savons pas s'il est disponible ou non à l'heure actuelle.

Comme j'ai peu de temps, je souhaite passer aux Drs Soulez et Barry.

Nous avons entendu parler d'un retard relatif au nombre de tests de dépistage. Je crois que vous avez dit de 20 à 52 jours de plus que ce qui est recommandé, docteur Soulez.

L'une des recommandations du Conference Board est d'investir dans le remplacement d'appareils vieillissants. C'est d'ailleurs l'une de vos demandes. À quel point ces nouveaux appareils seraient-ils utiles? Avez-vous des données quant à l'utilité de ces appareils pour réduire et éliminer le retard accumulé? Vous avez fait référence à 250 cas en Alberta. Y en a-t-il d'autres que nous pourrions aider grâce à ces appareils?

Dr Gilles Soulez: Oui, c'est très important, puisque, au plus fort de la crise de la COVID-19, notre capacité d'utilisation des appareils a diminué. Par exemple, si un appareil nous permettait de traiter 80 patients par jour, nous en voyons maintenant 60 par jour. Nous ne pouvons pas garantir que la situation changera à court terme, en raison des risques d'une deuxième vague soulevés par la Dre Liu. Aussi, d'autres infections peuvent changer. Je crois que, pour toutes les procédures à haut débit, nous devons modifier notre façon de faire.

Il y a deux façons d'accroître notre capacité. La première est d'investir davantage dans l'équipement, comme l'a souligné le Dr Barry, afin d'augmenter le nombre d'appareils, car nous ne pouvons pas voir autant de patients qu'avant. En comparaison avec leurs homologues américains, les radiologistes canadiens ont une meilleure production par appareil. Il y a une énorme différence. La deuxième façon est de prolonger les heures d'opération, ce qui signifie plus de personnel, plus de ressources. Ensuite, dans toutes les salles d'attente, nous devons installer... pour assurer notre sécurité. Nous avons des mesures très importantes à prendre.

Docteur Barry, peut-être souhaiteriez-vous ajouter quelque chose?

Dr Michael Barry: Il est très difficile de savoir combien de temps il nous faudra pour rattraper le retard accumulé, car nous sommes encore à la traîne. Comme l'a dit le Dr Soulez, nous pourrions avoir une deuxième vague, puis une troisième. D'autres participants à cette réunion y ont aussi fait référence. Nous fonctionnons à environ 70 % de notre capacité. Nous pourrions atteindre 80 % d'ici un an. Nous pourrions redescendre à 60 % un certain temps. Je ne crois pas que nous redescendions à 30 %, puisque nous en avons tiré des leçons.

Avant, il fallait 10 minutes pour effectuer un tomodensitogramme. Maintenant, il en faut 30. Il suffisait auparavant de 30 minutes pour faire une échographie. Aujourd'hui, il faut prévoir une heure. Le nettoyage entre les patients prend du temps. Je crois que cette situation va durer longtemps, et que nous devons pour l'heure revoir nos façons d'améliorer notre productivité. En attendant, nous essayerons dans la mesure du possible d'empêcher la liste d'attente de s'allonger.

Je ne crois pas que nous allons rejoindre les autres pays membres de l'OCDE très rapidement sans un investissement majeur dans l'équipement et, comme l'a dit le Dr Soulez, dans les ressources humaines. Je crois que d'autres l'ont également mentionné pendant cette réunion. La véritable difficulté qui nous attend...

• (1540)

M. Matt Jeneroux: Je pense qu'il me reste environ 15 secondes. Désolé.

Connaissez-vous l'appareil d'IRM 0.5T de Synaptive, au Centre des sciences de la santé QEII? On a commencé à l'utiliser pour étudier le cerveau des patients atteints de COVID-19 dans l'espoir de mieux comprendre le virus. Pourriez-vous très rapidement commenter le potentiel de cette étude?

Dr Michael Barry: Je connais cet appareil, mais pas l'étude en question. Ce sont des travaux intéressants, et je vais rester à l'affût. Nous pouvons nous renseigner si vous le souhaitez, par l'intermédiaire de nos bureaux, c'est-à-dire de Nick Neuheimer, notre président-directeur général, à Ottawa.

M. Matt Jeneroux: Ce serait utile.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Jeneroux.

La parole est maintenant à M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, je vous en prie. Vous avez six minutes.

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

Mes questions s'adressent surtout à la Dre Liu, mais aussi un peu à Mme Krystal, je présume.

Docteur, corrigez-moi si je me trompe, mais vous portez en quelque sorte deux chapeaux. Vous travaillez pour Médecins Sans Frontières et vous avez fait du travail sur les épidémies et la santé publique, mais vous êtes aussi urgentologue à Montréal. C'est bien cela?

Dre Joanne Liu: Oui, je suis actuellement urgentologue à Montréal. Je ne travaille plus pour Médecins Sans Frontières, mais je demeure en contact avec l'organisation.

M. Marcus Powlowski: Vu ces deux rôles, je crois que vous êtes bien placée pour répondre à ma question. J'ai l'impression que, lorsqu'il est question de la COVID-19, il y a deux univers parallèles au pays. Il y a des endroits comme Thunder Bay, et j'avancerais de vastes régions du pays, la majeure partie du Canada, où nous avons un nombre vraiment bas de cas, où l'incidence est faible et où la capacité de dépistage est somme toute assez bonne, ce qui nous permet de gérer la situation, tandis que, dans le Grand Toronto et le Grand Montréal, c'est une tout autre histoire: il semble y avoir encore beaucoup de cas, et la situation ne paraît pas vraiment sous contrôle. J'aimerais savoir ce qui explique cette différence. Pourquoi les villes de Montréal et de Toronto n'arrivent-elles pas à contrôler la situation?

La deuxième partie de la question devrait vous permettre de répondre toutes les deux. Vu la reprise graduelle des activités, permettre aux résidents de Montréal et de Toronto de se déplacer tant que le virus se propage dans ces villes mettrait tout le pays en danger, y compris, comme vous le savez sûrement, docteur Liu, les communautés autochtones nordiques. Si le virus devait atteindre ces communautés qui doivent déjà composer avec des problèmes socioéconomiques, l'absence de soins de santé sur place s'avérerait un grave problème.

Que peuvent faire les villes de Montréal et de Toronto pour mieux contrôler la situation? Devrait-on rendre le port du masque obligatoire, surtout dans le transport en commun? Que peut faire le reste du Canada pour aider Montréal et Toronto à contrôler la situation?

Peut-être pourriez-vous commencer, docteur Liu, suivie de Mme Krystal. Merci.

Dre Joanne Liu: Monsieur le président, en ce qui a trait aux deux univers parallèles au pays, je ne crois pas qu'il s'agisse d'un scénario inhabituel. À bien des endroits, en cas d'épidémie, il y a un épicentre, puis d'autres endroits où le nombre de cas n'est pas aussi élevé. Pourquoi cette différence? J'aimerais pouvoir répondre à cette question pour le Comité, monsieur le président.

Je crois que, la plupart du temps, il s'agit d'un environnement multifactoriel et que, à ce stade, nous aurons besoin de prendre du recul pour bien comprendre ce qui s'est passé. Nous avons constaté que, à certains endroits, et plus particulièrement dans les établissements de soins de longue durée qui sont devenus un centre d'amplification, le fait qu'un travailleur de la santé ait plus d'un lieu de travail favorisait la contamination et la transmission communautaire, donc il y a en partie cette raison.

Il y a ensuite la question du moment et de l'afflux de personnes rentrant au pays dès le départ. Ce ne sont là que des suppositions. Quand les gens sont revenus après la semaine de relâche, il n'y a pas eu de suivi très serré auprès des personnes qui rentraient au pays. Je le sais, car je suis revenue à la mi-mars et personne ne m'a demandé mon nom. Je me suis présentée à l'aéroport, on m'a remis un dépliant et je suis rentrée à la maison. C'était à moi de gérer ma quarantaine.

Il faudra faire des études beaucoup plus poussées que mon humble opinion devant ce comité, mais je crois que ce sera multifactoriel, en plus de toutes ces autres petites choses qui, ensemble, mènent habituellement à la catastrophe, sans compter la densité de la population à Toronto et à Montréal.

• (1545)

M. Marcus Powlowski: Que pouvons-nous faire pour tenter de contrôler la situation? Pourquoi ne pas adopter le port obligatoire du masque, par exemple, dans le transport en commun?

Dre Joanne Liu: Pour ce qui est du port du masque, monsieur le président, je crois que j'y suis partielle. Quand on regarde l'expérience d'autres pays, surtout en Asie, on constate que cette mesure a été imposée et que, d'une certaine manière, cela fait partie de la culture. En réalité, notre message sur le port du masque est incohérent, ce qui n'incite pas la population à s'y conformer. Donc, maintenant que nous voulons adopter un message plus strict, cette mesure est difficile à mettre en œuvre.

De mon point de vue, qui n'est fondé que sur mon opinion personnelle, le port obligatoire du masque dans le transport en commun et les espaces publics clos pourrait en effet être utile. Rien n'est parfait. Dans ce type de scénario, où nous avons une pandémie sans précédent, les solutions mises en œuvre seront toujours imparfaites. C'est normal, et nous devons l'accepter. Les masques ne sont pas miraculeux, mais ils sont utiles. Ils pourraient réduire la propagation de seulement 10 % ou 15 %, et cette réduction serait la bienvenue.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

La parole est maintenant à M. Thériault.

Allez-y, monsieur Thériault. Vous avez six minutes.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins de leurs témoignages, qui sauront nous aider dans la recherche de solutions.

M. Powlowski a posé une courte question que je voulais poser, puisque les Dres Quach-Thanh et Tremblay, lorsqu'elles sont venues ici, nous ont dit qu'elles trouvaient injustifiée la décision des instances de Montréal de ne pas imposer le port du masque dans les endroits publics et dans les transports en commun. Vous avez donc

répondu à cette question. Je vais poser une question un peu plus longue.

Comme vous l'avez dit plus tôt, on ne sait pas grand-chose encore sur ce virus. Il en a été question lors de notre rencontre du 15 avril également. On n'a toujours pas de vaccin ni de médicaments antiviraux. Notre pays n'est toujours pas autosuffisant. Les stratégies de dépistage sont à géométrie variable et la traçabilité est relative. Comme vous l'avez dit, on est donc condamné à gérer le temps et les espaces au moyen de mesures d'atténuation.

Lors de votre dernière visite, vous vous disiez inquiète d'un déconfinement malavisé et des effets que cela pourrait avoir sur une deuxième vague. Vous insistiez sur l'urgence de redémarrer le système de santé dans l'intervalle d'une accalmie, pour soigner les patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19. Les radiologistes en ont parlé plus tôt. Vous insistiez aussi pour qu'on se prépare à une deuxième vague en créant une plus grande étanchéité entre les zones chaudes et les zones froides.

Avons-nous un plan ou une stratégie? Où en sommes-nous? Sommes-nous prêts pour l'automne? Existe-t-il une stratégie ou un plan d'action qui nous permettrait d'agir de façon proactive plutôt que de façon réactive? Cela me semble être la clé pour la suite des choses.

• (1550)

Dre Joanne Liu: Sommes-nous prêts pour un deuxième pic? C'est la question de l'heure, et il est extrêmement difficile d'y répondre.

En effet, nous voyons que les recommandations sont toujours hésitantes. Je crois que c'est extrêmement difficile, parce qu'on essaie toujours de ménager la chèvre et le chou dans ce qu'on fait. On met en opposition confinement et relance économique, ce qui crée une confusion générale dans l'esprit des gens.

Donc, personnellement, ce que je vois...

[Traduction]

Le président: Veuillez m'excuser, docteur Liu. Pourriez-vous rapprocher un peu votre micro? Merci.

[Français]

Dre Joanne Liu: D'accord, excusez-moi.

Je crois que c'est difficile d'être prêt, parce que les gens sont dans un état d'esprit de déconfinement et de relance économique. À l'heure actuelle, je ne sais pas si les autorités du pays travaillent de façon acharnée sur la préparation d'un plan pour affronter des microéclosions qui, je pense, vont arriver durant l'été, ou une possible seconde vague.

Je ne participe pas à la planification et je ne sais pas comment on se prépare, mais j'ai l'impression qu'on focalise plus sur un déconfinement et sur une relance économique que sur la préparation d'une réponse à des microéclosions ou à une seconde vague. C'est ce que je vois en tant que citoyenne.

M. Luc Thériault: Il y a deux mois moins cinq jours, le 15 avril, vous avez comparu devant le Comité. En temps de pandémie, deux mois moins cinq jours, c'est une éternité, car il s'en passe des choses. Je vous remercie d'être avec nous cet après-midi. En effet, c'est important d'avoir des suivis, et votre grande expérience peut nous éclairer.

Le 15 avril, vous aviez parlé des zones chaudes plus étanches que les zones froides. Y a-t-il espoir que cela se mette en branle? On a le temps, dans l'intervalle, de prévoir le pire d'une deuxième vague. Avez-vous l'impression que c'est en train de se mettre en place de façon plus proactive? On était en réaction, et ce sont les contaminations croisées qui ont mené à certains désastres.

Dre Joanne Liu: L'étanchéité entre les zones chaudes et les zones froides pose des difficultés. Ce qui est malheureux dans tout cela, c'est que les stratégies changent avec l'évolution de la transmission communautaire. Dans un cas de figure comme celui d'aujourd'hui, où la transmission communautaire est très élevée, cela devient de plus en plus difficile d'avoir des patients « froids ». Les patients seront plus susceptibles d'avoir la COVID-19 et de devenir tous « tièdes ». Du coup, il devient extrêmement difficile d'avoir des zones distinctes parce qu'on manque d'espace.

Dès le début, cela aurait été bien d'avoir un hôpital pour les patients positifs et un hôpital pour les patients négatifs pour assurer le maintien des soins. On a décidé de trancher au milieu et cela a des limites.

J'espère qu'au moins dans les régions rurales qui n'ont pas été touchées, mais qui vont peut-être avoir des cas de COVID-19, il sera encore temps de suivre ces procédures de zones chaudes et de zones froides. On l'a fait pour les soins intensifs à Montréal, mais on s'est bien rendu compte que c'est extrêmement difficile de respecter tout cela. C'est pour cela qu'il y a eu huit microéclosions dans huit hôpitaux universitaires du Grand Montréal.

M. Luc Thériault: Avez-vous...

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

La parole est à M. Davies pendant six minutes. Allez-y.

● (1555)

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

Et merci à tous les témoins.

Docteur Liu, je suis content de vous revoir. Je vais commencer par vous.

La semaine dernière, dans une entrevue, vous avez déclaré: « Nous avons besoin d'une stratégie de dépistage. Nous devons établir nos priorités de dépistage. » On dirait que tous les spécialistes et chercheurs qui se présentent devant notre comité s'entendent pour dire qu'un dépistage rigoureux et un programme de recherche des contacts sont essentiels pour gérer la COVID-19, et pourtant, nous semblons incapables de dépasser les quelque 30 000 tests par jour, ce qui est bien en deçà de notre capacité.

Pouvez-vous nous dire si vous jugez que nous effectuons suffisamment de tests, et sinon, quels sont les obstacles et quelles sont vos suggestions pour une bonne stratégie de dépistage?

Dre Joanne Liu: Monsieur le président, merci beaucoup pour cette question sur le dépistage.

Tout le monde constate la nécessité d'une stratégie de dépistage. C'était particulièrement vrai il y a quelques semaines, quand nous n'avions pas assez de tests. Nous avons redoublé d'efforts, bien que cela demeure insuffisant. Donc, si nous sommes toujours limités dans le nombre de tests que nous pouvons administrer, et je crois

que, dans une certaine mesure, nous le sommes, nous avons besoin d'une stratégie et d'établir nos priorités.

Qui devrions-nous privilégier? Nous devrions privilégier les personnes qui croient être des vecteurs de la COVID-19. Selon moi, ce qui manque depuis le début de cette pandémie, c'est que le dépistage chez les travailleurs de première ligne n'a jamais été une priorité. Je ne comprends toujours pas cela. Dans toutes les situations d'épidémie où j'ai travaillé, c'était toujours facilement accessible, surtout quand nous savions qu'il y avait des cas asymptomatiques, quoique c'était quelque peu différent dans le cas du virus Ebola.

Nous savons qu'il y a une transmission asymptomatique; nous savons qu'il y a une transmission présymptomatique. Donc, je conseillerais de tester régulièrement les travailleurs de première ligne, pour s'assurer qu'ils ne se déplacent pas... Pour éviter des cas comme celui de Campbellton, où un médecin qui en était porteur a finalement exposé plus de 150 personnes au virus, et où au moins 16 personnes faisaient partie de cette chaîne de transmission.

M. Don Davies: Merci.

Vous avez aussi dit qu'il serait selon vous prudent d'agir avant la création d'un vaccin et d'entamer une réflexion sur la façon dont se déroulerait la vaccination des Canadiens. Bien qu'il soit encore tôt, avez-vous des suggestions à formuler sur la façon d'établir l'accès prioritaire au vaccin quand il sera disponible, le cas échéant?

Dre Joanne Liu: Monsieur le président, en ce qui a trait à la stratégie de vaccination, je crois que j'y ai fait allusion dans ma courte allocution. Dans toutes les autres pandémies et épidémies régionales que j'ai connues, nous avons toujours accordé la priorité aux travailleurs de première ligne, car, s'ils tombent malades, il n'y a personne d'autre pour s'occuper des patients. Selon moi, c'est essentiel.

Ensuite, si c'est faisable, judicieux et sûr, je crois qu'il faudrait accorder la priorité aux personnes vulnérables, car nous savons que les aînés sont très susceptibles de contracter la COVID-19. S'ils peuvent recevoir le vaccin, j'estime que l'on devrait leur accorder la priorité, de même qu'à tout sous-groupe qui est en situation de vulnérabilité.

M. Don Davies: Si vous me permettez d'approfondir, on a parlé récemment du fait que nous ne recueillons pas de données sur les communautés racisées, les populations autochtones ou d'autres populations qui, avance-t-on, pourraient être plus vulnérables face à la COVID-19. Croyez-vous qu'il soit nécessaire de recueillir des données sur ce type de sous-groupes afin d'étayer nos connaissances des vulnérabilités et ainsi établir la priorité d'accès au vaccin, par exemple?

Dre Joanne Liu: Monsieur le président, pour ce qui est d'obtenir des données sur les personnes qui composent les sous-groupes, cette question porte sur des renseignements personnels et confidentiels. Je crois que ce serait faisable si ces personnes nous autorisaient à obtenir leurs renseignements et à les intégrer à un suprapôt de données.

● (1600)

M. Don Davies: D'accord.

Je vais vous poser une dernière question, docteur Liu. Vous avez mentionné l'importance pour le Canada d'avoir une place à la table, mais je n'ai pas bien compris à quelle table vous faisiez allusion.

Dre Joanne Liu: Monsieur le président, en ce qui concerne la place du Canada à la table des négociations, il existe actuellement différentes plateformes de haute gouvernance en matière de recherche et développement, par exemple le Plan directeur de l'OMS en matière de R-D. Pour ce qui est de la participation du Canada aux divers conseils d'administration des grandes ONG, le Canada siège au sein du conseil d'administration de l'Alliance GAVI, mais non au sein du conseil d'administration de la CEPI, c'est-à-dire l'organisation dans laquelle le Canada a promis d'investir 2 millions de dollars — un investissement auquel le Canada a ajouté 2 millions de dollars supplémentaires, je crois. Comme la CEPI est un consortium qui développe un vaccin, il pourrait être souhaitable de nous assurer que nous y exerçons une influence... Il y a actuellement plus de 10 candidats, et l'un d'entre eux va probablement parvenir à ses fins.

Lorsque ce genre de possibilités existe et que le Canada investit déjà dans ces possibilités, il devrait signaler sa présence et investir davantage dans cette présence afin d'être en mesure d'exercer une influence sur les résultats.

M. Don Davies: Merci.

Madame Krystal...

Le président: Merci, monsieur Davies.

Cela met fin à notre première série de questions. M. Kitchen amorcera la deuxième série de questions.

Monsieur Kitchen, veuillez prendre la parole pendant cinq minutes.

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

Je vous remercie tous de vous être joints à nous.

Docteur Barry, je suppose que, lorsque la plupart des gens qui écoutent cette conversation entendent le mot « radiologue », ils pensent à des radiographies, à des IRM ou à des échographies, mais ils ne se rendent pas compte des nombreux autres genres de soins de santé que les radiologues fournissent aux Canadiens, tels que les tomodensitogrammes, les échocardiographies, les examens TEP, les tomographies, les tomographies monophotoniques d'émission, entre autres choses, dont bon nombre font partie des soins prodigués pour protéger la santé des Canadiens.

Je comprends vos recommandations, et je vous remercie de les avoir formulées. Vous savez peut-être ou non que, pendant les élections de l'année dernière, une partie de la plateforme des conservateurs consistait à proposer un investissement de 1,5 milliard de dollars visant à acheter des appareils d'IRM et de tomodensitométrie pour remplacer les équipements vieillissants. Je suis heureux de constater que cela fait partie de vos recommandations. Ce chiffre est familier et très utile.

Je suis cependant curieux de savoir quelles données l'Association canadienne des radiologistes utilise pour déterminer la meilleure façon de modifier ses pratiques en vue de garantir la sécurité des employés et des patients.

Dr Michael Barry: C'est vraiment une histoire qui évolue en temps réel. Les données dont nous disposons sont empiriques. Nous avons publié 12 articles en 12 semaines depuis le début de la pandémie de la COVID-19. L'article le plus récent, et probablement le plus complet que nous ayons rédigé, porte sur le groupe de travail sur la réintégration qui était présidé par le Dr Anderson — et dont

Dr Soulez était membre. Il s'agit d'un comité national qui étudie l'incidence de la réduction des services jusqu'à 20 ou 30 % de leur niveau habituel et de leur lente réintégration.

Une grande partie des données sont empiriques puisqu'elles sont recueillies à la volée. Ce sont des données difficiles à obtenir dans le meilleur des cas, et encore plus en temps réel, mais, grâce à notre bureau et à notre portée nationale, nous disposons d'un réseau assez solide qui nous permet de savoir où en sont la plupart des provinces et les principales zones métropolitaines lorsqu'il s'agit de leur capacité d'intensifier les activités du système.

M. Robert Kitchen: Utilisez-vous les données de l'ASPC? Dans l'affirmative, avez-vous l'impression de les recevoir en temps voulu?

Dr Michael Barry: En quoi consistent les données de l'ASPC?

M. Robert Kitchen: Ce sont des données provenant de l'Agence de la santé publique du Canada.

Dr Michael Barry: Docteur Soulez, veuillez prendre la parole.

Dr Gilles Soulez: Si je peux me permettre de faire un commentaire, nous, les membres du groupe de travail, avons vraiment examiné toutes les recommandations du monde entier — donc des États-Unis, de l'Europe, de la Chine —, et nous avons essentiellement essayé d'adapter ces recommandations aux réalités canadiennes, c'est-à-dire la façon de placer notre équipement, etc. Il est très difficile de dire... Prenons l'exemple de l'échange d'air. L'échange d'air est très important pour la prévention de la COVID-19. Donc, ces recommandations sont fondées sur des données scientifiques probantes... Nous connaissons le cycle de ventilation qu'il est nécessaire d'appliquer entre chaque patient si l'un de ces patients est atteint de la COVID-19.

• (1605)

M. Robert Kitchen: Je suppose que l'ASPC n'a pas communiqué du tout avec votre organisation. Vous ai-je bien compris à l'égard?

Dr Gilles Soulez: Nos pratiques sont fondées essentiellement sur les recommandations de toutes les sociétés de radiologie du pays.

M. Robert Kitchen: D'accord, mais ils n'ont pas communiqué avec vous pour vous fournir des renseignements qui pourraient concerner, entre autres, les services de radiologie de l'ensemble du pays.

Dr Gilles Soulez: Nous collaborons très étroitement avec l'American College of Radiology et avec la Société Française de Radiologie, donc nous avons vraiment [*Inaudible*] en échange. Il s'agit donc d'une relation étroite.

M. Robert Kitchen: Merci. Je suppose alors que...

Dr Michael Barry: D'après mon bureau, nous avons coordonné certains aspects avec l'ASPC, que je ne connais pas, et avec l'ACMTS. De plus, des organismes fédéraux siégeaient au sein de notre groupe de travail sur la réintégration. Voilà la réponse à votre question.

M. Robert Kitchen: Merci beaucoup.

Madame Krystal, je vous suis reconnaissant de votre exposé. J'ai dû me renseigner sur le Centre de santé régional de Southlake. Je le connaissais sous le nom d'hôpital du comté de York. J'y ai passé beaucoup de temps quand j'étais au collège St. Andrew's. En fait, c'est dans cet hôpital que des professionnels de la santé m'ont sauvé la vie lorsque j'ai été victime d'un accident lié à un délit de fuite. C'est le premier hôpital où je suis allé avant qu'ils me transfèrent à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto, le SickKids, à l'âge de 16 ans. J'ai donc une grande admiration pour cet hôpital, et il aura toujours une place dans mon cœur.

Vous — et les trois organisations, je pense — avez beaucoup parlé du manque de préparation dont nous avons fait preuve à l'égard de la COVID-19. Il est intéressant de vous l'entendre dire. Lorsque je vous entends parler d'un manque de préparation, je crois vous entendre parler de la nécessité de prendre des mesures préventives plutôt que réactives et de prévoir des procédures de dépistage, des protocoles, des essais de simulation, etc. En convenez-vous?

Mme Arden Krystal: Eh bien, en partie oui et en partie non, monsieur le président. Je dirais que, du point de vue des équipements de protection individuelle et de la préparation aux pandémies, il y a certainement des possibilités d'amélioration, selon moi. Au cours de ma déclaration préliminaire, je l'ai mentionné à propos des fournitures nécessaires en cas de pandémie qui ont été mises en place à l'époque du SRAS et qui ont expiré, etc.

Cependant, n'oubliez pas que ce virus est unique en son genre. En ce qui concerne certains des protocoles de dépistage, nous avons été forcés de les développer à la volée, parce qu'il s'agissait d'un nouveau virus et que nous ne savions même pas comment nous pourrions le dépister.

En fait, le test de dépistage n'est pas simple. À mon avis, les gens pensent qu'ils peuvent aisément subir un test de dépistage, mais, quand ils arrivent, ils reçoivent ce prélèvement nasal qui est très, très profond. Cela n'a rien d'une activité agréable. Nous avons la possibilité de tester beaucoup de gens, mais il n'y a pas toujours des gens disposés à venir subir un test de dépistage, alors il y a parfois un...

M. Robert Kitchen: Je suis désolé de vous interrompre, mais...

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, la parole est à vous, et vous disposez de cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président. Je tiens également à remercier tous les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui.

Mes questions sont destinées à Mme Krystal. Je souhaite parler des établissements de soins de longue durée même s'ils relèvent des gouvernements provinciaux.

Au cours de la 24^e séance du comité de la santé, l'agente administrative principale de la municipalité régionale de Peel, Nancy Polsinelli, a témoigné au sujet des établissements de soins de longue durée que la région administre. Elle a expliqué comment la région a abordé la gestion de ses établissements pendant la pandémie de la COVID-19.

À votre avis, en tant que membre d'un hôpital qui a repris la gestion d'un établissement privé de soins de longue durée, y a-t-il une différence entre la qualité des soins prodigués dans les établisse-

ments privés de soins de longue durée et ceux offerts dans le cadre de l'option publique?

Mme Arden Krystal: J'ai acquis de l'expérience dans la région de la Colombie-Britannique pendant de nombreuses années, ainsi qu'ici, en Ontario. L'une des choses que j'ai remarquées, et qui, je pense, a apporté quelques améliorations dans la région de la Colombie-Britannique, c'est le fait que tous les établissements privés et publics sont toujours reliés à l'autorité sanitaire régionale et sont assujettis à des contrats, si vous voulez, qui comportent des obligations contractuelles particulières relatives aux normes de qualité, aux ratios de personnel et aux aspects de ce genre. Cela aide clairement.

Je pense que certains faits semblent indiquer qu'ici, en Ontario, et dans d'autres provinces, les établissements privés ont tendance à disposer d'effectifs plus faibles, en particulier en ce qui concerne les petits établissements privés qui ne bénéficient pas des grandes infrastructures que possèdent certaines des grandes entreprises pancanadiennes. Notre expérience a certainement démontré qu'il y a eu un manque d'infrastructures dans les domaines de l'enseignement, de la formation, de l'achat d'équipements de protection individuelle et des pratiques en matière de contrôle des infections, ce qui les a réellement placés dans une situation désavantageuse à l'arrivée de la pandémie.

• (1610)

Mme Sonia Sidhu: En ce qui concerne votre déclaration sur le manque de personnel, nous avons entendu le PDG de l'hôpital William Osler de Peel, le Dr Naveed Mohammad, parler du succès de notre programme temporaire local qui permet à des experts médicaux formés à l'étranger de travailler en première ligne dans le système de santé afin d'atténuer la pénurie de personnel. En plus de prévenir l'épuisement professionnel du personnel médical permanent, le programme a permis aux spécialistes formés à l'étranger d'acquiescer au sein de notre système de soins de santé l'expérience dont ils ont besoin.

Que pensez-vous de cette solution?

Mme Arden Krystal: Eh bien, je crois que c'est une solution à un autre problème potentiel. Je peux parler de mon expérience ou de notre expérience locale. Selon notre expérience, il est effectivement possible d'embaucher des gens, mais la façon dont leur embauche est structurée... Il y a des travailleurs mais, à l'heure actuelle, le marché du travail est tel que de nombreux établissements privés n'offrent aucun poste à temps plein. De plus, certaines agences de soins à domicile n'offrent pas de postes à temps plein aux préposés aux services de soutien à la personne, ce qui crée une situation qui les incite à passer d'un emploi à l'autre. Ils sont donc au service de plusieurs organisations et, comme nous l'avons constaté pendant cette pandémie, ces préposés employés par plusieurs organisations ont été un vecteur certain de la propagation de la COVID-19.

Dans certains cas, il ne s'agit pas nécessairement d'un besoin d'aller à l'extérieur pour embaucher du personnel. Il faut plutôt que nous améliorions les conditions de travail de nos propres travailleurs, qui sont prêts à être embauchés, mais qui ne peuvent tout simplement pas travailler adéquatement dans les limites que nous leur imposons.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur le président, me reste-t-il du temps?

Le président: Il vous reste une minute et demie.

Mme Sonia Sidhu: D'accord.

Vous avez aussi parlé des soins virtuels. Selon vous, comment ces soins peuvent-ils être bénéfiques pour tous les résidents l'Ontario?

Mme Arden Krystal: Je pense que dans le secteur des soins de longue durée, il peut être très avantageux d'établir des liens entre certains de ces patients et certains des spécialistes qui, autrement, n'auraient pas le temps de visiter ces patients en personne, notamment les spécialistes des soins palliatifs, les gériatres et, dans de nombreux cas, les professionnels de la santé mentale. Dans le secteur hospitalier, nous avons constaté qu'un nombre assez important de personnes peuvent être évaluées à domicile.

Par exemple, nous avons l'habitude de demander aux personnes de venir à l'hôpital pour procéder à des évaluations préopératoires. Rien ne nous empêche de faire cette évaluation virtuellement pendant que la personne est chez elle. En outre, un grand nombre d'évaluations postopératoires ne requièrent pas nécessairement que le patient se rende à l'hôpital. Nous pouvons utiliser les soins virtuels disponibles, qui sont offerts sur de nombreuses plateformes. La COVID-19 et les pressions qui en découlent ont favorisé une mise à l'essai et à l'épreuve très rapide de certaines de ces solutions, qui ont fonctionné. Nous avons donc essentiellement réduit la bureaucratie, si vous voulez, en mettant directement à l'essai les solutions et, ce faisant, nous avons découvert qu'elles fonctionnaient.

Le président: Merci, madame Sidhu.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme McLeod, qui dispose de cinq minutes.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, monsieur le président.

C'est vraiment un plaisir de me joindre à vous. Je sais que le comité travaille d'arrache-pied depuis un bon moment déjà.

Je pense que nous disposons actuellement d'une certaine marge de manœuvre pour nous préparer à ce que l'on a appelé une micro-rafales ou une deuxième vague, notamment en ce qui concerne les établissements de soins de longue durée. Je sais que beaucoup de gens parlent de l'établissement de normes nationales, mais je soupçonne que si vous examinez les lois de chaque province et territoire sur l'octroi de permis aux établissements de soins communautaires, vous constaterez que des normes y figurent et qu'elles sont remarquablement semblables. Donc, je suis plus préoccupée par les mesures que nous prenons en ce moment.

Madame Krystal, chaque établissement de l'Ontario fait-il l'objet d'une inspection de santé et sécurité et d'une inspection de contrôle des infections? Selon moi, chaque établissement du pays devrait en faire l'objet. Il serait judicieux de procéder à une évaluation complète et approfondie à titre de première étape. Est-ce que cela est fait?

• (1615)

Mme Arden Krystal: Il m'est difficile de répondre à cette question pour l'ensemble de la province, mais d'après notre expérience, nous croyons que quelques inspections ont été effectuées dans les établissements que nous avons pris en charge. Nous avons observé quelques violations des normes et le fait qu'un suivi rapide n'a pas toujours été assuré en vue de mettre rapidement en oeuvre un processus d'amélioration pour remédier aux insuffisances. J'estime que c'est probablement le cas partout dans la province.

Je crois qu'il y a un certain manque d'intégration dans le système ontarien, en ce sens que Santé publique Ontario est chargé d'examiner certaines des structures communautaires et certaines des normes de qualité qui doivent être respectées, alors que le ministère des Soins de longue durée est chargé d'en inspecter d'autres. Je pense donc qu'il y a eu un décalage et un manque d'intégration qui ont nui à la détection et à la résolution rapide des problèmes.

Mme Cathy McLeod: Ce serait peut-être un premier pas dans la bonne direction. Une deuxième étape importante consisterait à affecter les fonds nécessaires pour remédier à certains des manques de capitaux qui pourraient être repérés.

Vous avez parlé des véritables défis que posent les enjeux liés à l'EPI. Avez-vous le sentiment que la circulation globale de ce matériel s'améliore? Les personnes qui travaillent dans ces installations ont-elles reçu une formation adéquate et appropriée? Est-ce un problème relatif à l'EPI sur lequel il faut se concentrer dès maintenant?

Mme Arden Krystal: Les choses se sont certainement améliorées du côté de l'accessibilité de l'équipement de protection individuelle au cours du dernier mois environ. Je pense que la situation est encore un peu fragile, surtout au moment où nous reprenons ou nous commençons à essayer de reprendre certaines de nos interventions non urgentes et prévues dans l'ensemble du système. Cela fera en sorte qu'il y aura une grande demande d'une partie de l'équipement de protection individuelle.

En ce qui concerne l'équipement de protection individuelle dans les établissements de soins de longue durée, d'après mon expérience, qui correspond probablement à celle de certains de mes collègues également, dans certains cas, ils avaient de l'équipement de protection individuelle, mais ils n'avaient pas le bon. Ils ne l'utilisaient pas correctement. Ils n'ont pas été formés pour l'utiliser. Dans certains cas, les gens utilisaient deux masques en pensant que cela les aiderait à se protéger alors qu'ils ne faisaient que gaspiller un masque, en fait. Ils n'avaient pas toujours d'écrans faciaux, et ils ne changeaient pas toujours de blouse. Il y avait, et il y a toujours, beaucoup de travail à faire sur le plan de la formation. Cela ne peut se produire d'un coup. Même dans un hôpital très bien préparé, nous avons mis en place un quartier général d'EPI où nous faisons travailler des gens en tout temps à titre d'observateurs. Ils regardent la personne enfiler et retirer l'équipement. C'est vraiment important parce que beaucoup de membres du personnel qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage ont été infectés parce qu'ils ne retireraient pas l'équipement de la bonne façon et ils se sont contaminés. Je crois que c'est un facteur.

Le président: Merci, madame McLeod.

Nous passons maintenant à M. Van Bynen.

Monsieur Van Bynen, allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de cinq minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence.

C'est formidable de pouvoir accueillir un témoin de ma région. Mes questions s'adresseront donc à Mme Krystal. C'est en grande partie parce que j'ai pu voir les défis qu'elle a dû relever dans une collectivité en pleine croissance. Les ressources de l'hôpital sont extrêmement sollicitées depuis neuf ans.

Pour une collectivité qui connaît une telle croissance, comment crée-t-on et protège-t-on une capacité de pointe?

Mme Arden Krystal: C'est probablement la question à 1 milliard de dollars.

C'est un véritable défi. La seule façon dont nous avons pu créer une capacité de pointe, c'est en réduisant les activités non urgentes et prévues. Bien entendu, cela a un effet très néfaste sur tous les gens qui sont inscrits sur une liste d'attente pour une opération. En particulier, il ne s'agit pas nécessairement de gens qui attendent en raison de ce que nous considérons tous comme des maladies potentiellement mortelles, comme le cancer ou des maladies du cœur, mais de gens qui attendent un remplacement de hanche ou de genou, et diverses opérations qui sont considérées comme étant « non urgentes », mais qui causent des difficultés et des douleurs excessives pour ces personnes pendant qu'elles attendent leur tour. Malheureusement, c'est de cette façon que tous les hôpitaux du Canada ont créé leur capacité de pointe. C'est très difficile.

N'oubliez pas que les hôpitaux doivent composer avec une situation où il y a des patients bénéficiant de ce qu'on appelle d'autres niveaux de soins, ou ANS. Ce sont généralement des patients qui attendent d'être admis dans un établissement de soins de longue durée, par exemple. Compte tenu du nombre d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a eu des éclosions, nous sommes en quelque sorte doublement touchés actuellement.

• (1620)

M. Tony Van Bynen: Merci.

De plus, d'autres témoins nous ont dit qu'ils recommandaient qu'on traite les patients atteints de COVID loin des services d'urgence des hôpitaux. Je vois que le 9 mai, l'émission *W5*, à CTV, a présenté une édition spéciale sur l'unité de soins intensifs réservée à la COVID du centre de santé régional Southlake pour montrer les défis rencontrés en première ligne.

Pourriez-vous dire au Comité quels sont ces défis et comment le centre Southlake s'y est pris pour les surmonter?

Mme Arden Krystal: J'ai parlé de certains d'entre eux dans ma déclaration préliminaire: la disponibilité de l'équipement de protection individuelle dans la chaîne d'approvisionnement, la planification rapide pour augmenter la capacité, la réduction du nombre d'opérations, les tentatives d'autoriser des malades à quitter l'hôpital, la création d'un centre d'évaluation, etc. Il y avait beaucoup d'inconnues d'un point de vue médical. C'était un nouveau virus; on ne l'avait jamais vu auparavant. Il y avait beaucoup de craintes au sein de notre personnel et des collectivités, et nous avons dû réagir et nous n'avions aucun traitement connu.

On essaie des choses au fur et à mesure. Nous nous sommes énormément inspirés de ce qui s'est fait ailleurs dans le monde et nous avons grandement collaboré avec des collègues.

Je crois que ce sont là les principaux défis. Je pense que nous nous sommes bien débrouillés sur le plan des ressources humaines.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Je sais que la COVID-19 a eu de grandes répercussions sur la santé mentale des Canadiens et que Southlake offre un large éventail de services de santé mentale pour aider les gens. Le nombre de personnes qui sollicitent l'aide de votre centre de santé a-t-il changé depuis le début de la pandémie?

Mme Arden Krystal: C'est intéressant. Je suis d'accord avec vous: nul doute que vivre avec cette pandémie a certainement fait augmenter l'anxiété et les cas de dépression non seulement chez les

travailleurs de la santé, par exemple, mais également chez les gens qui font face à ces choses dans la collectivité. Toutefois, il est intéressant de souligner que le nombre de visites dans notre service d'urgence en santé mentale a diminué de 48 %, et je pense que c'est parce que les gens ont peur et ne se sentent pas à l'aise d'aller au service d'urgence. Cela dit, nous fournissons également beaucoup de services de façon virtuelle pour les gens qui craignaient de se présenter.

M. Tony Van Bynen: Bon nombre de nos questions visent à déterminer dans quelle mesure le gouvernement a bien répondu à la pandémie. Je crois que nous vivons dans un très petit univers avec une grande mobilité. Par conséquent, au-delà de ce que vous avez déjà expliqué, y a-t-il un moyen dont nous pouvons rebâtir en mieux, en supposant qu'il y aura, si ce n'est une réapparition de la pandémie, une autre pandémie à laquelle nous devons faire face, compte tenu principalement du degré de mondialisation?

Que recommanderiez-vous au-delà de ce que nous avons vu?

Mme Arden Krystal: L'une de mes collègues a dit plus tôt que lorsqu'elle est arrivée à l'aéroport, on lui avait remis un dépliant. C'était à la mi-mars. J'ai entendu ce genre d'histoires jusqu'à la fin du mois de mars. L'une des choses que nous pourrions améliorer, c'est le dépistage chez les visiteurs.

Nous avons commencé à faire du dépistage chez absolument toutes les personnes qui se présentent à l'hôpital. Je ne suis pas convaincue que ce sera un phénomène à court terme qui se limitera à la période de la pandémie. Cela pourrait bien faire partie de notre norme. Nous pouvons non seulement profiter de ces occasions pour assurer la sécurité des patients et du personnel, mais également les utiliser comme des occasions d'apprentissage et rappeler aux gens de faire des choses simples comme se laver les mains.

• (1625)

Le président: Merci.

Merci, monsieur Van Bynen.

C'est maintenant au tour de M. Desilets.

[Français]

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

M. Luc Desilets (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Merci, monsieur le président.

Je remercie également tous les témoins. Vos lumières sont d'une très grande importance pour nous.

Ma première question s'adresse à vous, docteur Liu. Vous avez souligné, et avec justesse, l'importance des pratiques exemplaires. Vous qui connaissez bien le Québec, seriez-vous en mesure de nous dire, dans le contexte d'une deuxième vague, quelles pratiques exemplaires on devrait mettre en avant, particulièrement dans le cas des CHSLD?

Dre Joanne Liu: En ce qui concerne les centres pour personnes âgées, on a protégé une population vulnérable et on a interdit les visites, mais on a failli à appliquer le principe de réciprocité. C'est là que le bât a blessé. Il fallait s'assurer que les gens dans les centres pour personnes âgées étaient bien nourris et bien soignés, que ce soit sur le plan mental, physique ou social. C'est ce qu'on n'a pas bien fait. On a failli à appliquer le principe de réciprocité à l'égard d'une population vulnérable qu'on protégeait.

Dans le cas du personnel et des autres personnes qui habitent dans les centres pour personnes âgées, on n'a pas fait les tests assez rapidement, on n'a pas isolé suffisamment les gens atteints et on n'a pas protégé le personnel. De plus, il y avait un manque d'effectifs. Ce sont quatre éléments sur lesquels on peut avoir une véritable emprise afin de rectifier le tir.

M. Luc Desilets: Ma deuxième question s'adresse aussi à vous, docteur Liu.

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans la perspective d'une deuxième vague?

Dre Joanne Liu: Ce qui m'inquiète le plus par rapport à une deuxième vague, c'est de ne pas être capable de faire la montée en puissance nécessaire de la réponse.

La deuxième vague va peut-être avoir lieu dans quelques semaines. À mon avis, à ce moment-là, nous aurons probablement de bonnes habitudes permettant de minimiser la transmission du virus, comme l'éloignement physique, le lavage des mains et le port du masque. Le défi des gens sera probablement de continuer à le faire à plus long terme.

Pour ce qui est de nos hôpitaux, malgré toute leur préparation, ils ont connu huit éclosions. Selon moi, il ne faut pas que cela se reproduise lors de la deuxième vague. Il faut donc que nos procédures soient en béton en ce qui a trait à la prévention et au contrôle des infections.

Il faut que tous les problèmes d'approvisionnement d'équipement de protection personnelle ne soient plus un sujet d'actualité. Il faut que ce soit réglé. Nous devons avoir des provisions. Notre personnel doit être assuré qu'il ne manquera pas d'équipement.

Je travaille au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Encore aujourd'hui, les masques sont comptés. C'est l'infirmier en chef qui nous les donne; on ne se sert pas soi-même. Je tiens à dire que la peur liée au manque d'équipements demeure.

M. Luc Desilets: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Allez-y, monsieur Davies. Vous disposez de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Madame Krystal, le 25 mai, le gouvernement de l'Ontario a donné la prise en charge de deux des centres de soins de longue durée de la province pendant 90 jours par des hôpitaux locaux. Bien sûr, votre centre a été désigné pour gérer la résidence River Glen Haven, à Sutton, en Ontario. Il s'agit d'un établissement à but lucratif où il y a eu au moins 102 cas d'infections au coronavirus et 32 décès.

Nous avons vu des choses similaires se produire en Colombie-Britannique, où le gouvernement a dû prendre en charge des centres de soins privés.

À votre avis, pourquoi River Glen Haven n'a-t-il pas été en mesure de limiter la propagation de la COVID-19?

• (1630)

Mme Arden Krystal: Je crois avoir parlé, dans mes observations générales précédentes, de certains des plus vieux établissements et de certains défis auxquels ils font face en ayant des chambres qui comptent trois ou quatre lits. River Glen Haven est un vieil établissement. Ce que nous avons constaté, c'est que dans cer-

taines de ses chambres il y avait une distance de peut-être un pied entre les lits. Il est donc très difficile de limiter la propagation de la COVID dans une telle situation.

Nous avons également constaté que bien qu'il y avait de l'équipement de protection individuelle, le personnel ne le portait pas correctement.

Concernant votre question de savoir ce qui explique la différence entre les établissements à but lucratif et ceux sans but lucratif, je dirais que je ne peux que supposer qu'on se préoccupe davantage des coûts de préparation dans un établissement à but lucratif que dans un établissement sans but lucratif. Je pense que certains des établissements... Je dirais que River Glen entre probablement dans la catégorie de ceux qui sont financés pour plus de lits que ce que ce plus vieil établissement peut réellement contenir.

M. Don Davies: Il me semble que même avant l'arrivée de la COVID-19, ce n'était probablement pas une bonne idée d'installer à un pied de distance les unes des autres des personnes âgées, une population vulnérable compte tenu de la présence de toutes sortes d'infections et de comorbidités.

L'idée d'établir des normes nationales a également piqué ma curiosité.

Le président: Monsieur Davies, vous en êtes à 2 minutes et 38 secondes. Pourriez-vous être bref?

M. Don Davies: Certainement.

Pouvez-vous en dire un peu plus sur ce que devraient comprendre des normes nationales? Vous avez dit que c'est similaire à d'autres types de prestation de soins de santé. Qu'aimeriez-vous voir sur le plan des normes nationales dans le secteur de soins de longue durée?

Mme Arden Krystal: J'aimerais qu'il y ait des heures de soins spécifiques par jour-patient. Chaque province présente des différences à cet égard. J'ai travaillé en Colombie-Britannique et en Ontario, et je pense que le modèle intégré britannico-colombien a un avantage dans l'application de ce type de normes.

Le président: Très bien. Merci beaucoup.

C'est ce qui met fin à notre deuxième tour et à cette partie de la réunion.

J'aimerais remercier tous les témoins de ce groupe d'avoir participé et de nous avoir fourni de l'information très pertinente.

Cela dit, nous allons suspendre la séance quelques minutes pendant que nous accueillons le groupe suivant.

• (1630)

(Pause)

• (1635)

Le président: Nous reprenons.

À titre d'information pour les témoins de notre deuxième groupe, je veux mentionner que nous poursuivons la 26^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous nous réunissons conformément à l'ordre de renvoi du 26 mai 2020. Le Comité poursuit sa séance d'information sur la réponse canadienne à la pandémie de la COVID-19.

J'aimerais faire quelques observations à l'intention de nos nouveaux témoins.

Pendant que vous parlez, si vous prévoyez passer d'une langue à l'autre, vous devrez également changer le canal d'interprétation pour qu'il corresponde à la langue dans laquelle vous vous exprimez. Vous voudrez peut-être faire une courte pause lorsque vous changerez de langue. Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous nomme. Lorsque vous êtes prêts à parler, vous pouvez cliquer sur l'icône de microphone pour activer votre micro. Je tiens à vous rappeler que tous les participants doivent transmettre leurs commentaires par l'intermédiaire de la présidence.

L'interprétation de cette vidéoconférence sera très semblable à celle qui se fait dans le cadre d'une réunion normale. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre le parquet, l'anglais ou le français. Lorsque ce n'est pas vous qui avez la parole, votre micro devrait être éteint.

J'aimerais maintenant vous souhaiter à tous la bienvenue.

Nous accueillons des représentants de l'Association dentaire canadienne: le président, le Dr Jim Armstrong; et le directeur adjoint aux affaires professionnelles, le Dr Aaron Burry. Nous accueillons également M. Jason Nickerson, conseiller aux affaires humanitaires de Médecins Sans Frontières; et le Dr Dave Neilipovitz, chef du Département des soins critiques de l'Hôpital d'Ottawa.

Chaque organisation dispose de 10 minutes pour présenter un exposé. Nous entendrons d'abord celui de l'Association dentaire canadienne.

Docteur Armstrong ou docteur Burry, vous disposez de 10 minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

• (1640)

Dr Jim Armstrong (président, Association dentaire canadienne): Merci beaucoup, monsieur le président. Bonjour à tous les membres du Comité. Je suis ravi de témoigner au nom de l'Association dentaire canadienne.

Je préside l'Association dentaire canadienne depuis avril, mais j'ai siégé au conseil d'administration au cours des six dernières années et j'ai fait du bénévolat dans des associations dentaires au pays pendant trois décennies. Je gère également une coopérative qui compte 10 cabinets et 150 membres d'équipe à Vancouver. De plus, je suis professeur auxiliaire à la Sauder School of Business de l'Université de la Colombie-Britannique. Je suis un dentiste ayant un MBA.

Je suis ravi d'être accompagné par le Dr Aaron Burry, qui est le directeur adjoint aux affaires professionnelles de l'Association dentaire canadienne. Le Dr Burry est un dentiste en santé publique qui compte plus de 30 ans d'expérience dans l'examen de questions liées tant à la pratique qu'aux politiques publiques. Il a lui aussi un MBA. En plus du travail qu'il a accompli pour diriger les travaux de l'association afin de comprendre et de relever les défis de la COVID-19 dans notre profession, le Dr Burry a servi des patients en urgence dans une clinique de santé publique au cours des derniers mois et il peut vous parler de cette expérience unique.

Nous avons trois recommandations essentielles à faire aujourd'hui. Premièrement, une plus grande attention devrait être accordée aux dentistes en tant que travailleurs de la santé de première ligne essentiels en ce qui concerne l'accès à l'équipement de protection individuelle. Deuxièmement, il faut que le gouvernement fédéral crée une enveloppe de 3 milliards de dollars pour la santé buccodentaire dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé. Troisièmement, tout examen de l'état de santé dans les établisse-

ments de soins de longue durée devrait inclure des normes de base en matière de santé buccodentaire à l'avenir.

Je reviendrai sur chacune de ces recommandations tout au long de mon exposé, mais j'aimerais d'abord vous parler des défis auxquels la dentisterie a été confrontée en raison de la pandémie, ainsi que ceux qui se dessinent.

En mars, conformément à des ordonnances de santé publique, les cliniques dentaires du Canada ont cessé de fournir des traitements de santé buccodentaire, à l'exception de soins d'urgence très limités, ce qui avait pour objectif de tenir les patients loin des opérations d'urgence dans les hôpitaux. Les cliniques dentaires entament maintenant prudemment un retour progressif à la pratique, conformément aux orientations définies par leurs organismes de réglementation dentaire provinciaux, les autorités de santé publique et les organismes de réglementation de la sécurité au travail.

Ces orientations varient d'une province à l'autre et ont entraîné une grande confusion chez les dentistes et les patients. En outre, au sein des provinces, malheureusement, entre ces organismes de réglementation, il y a parfois des conflits concernant les règlements qui exigent l'utilisation de procédures ou de protocoles différents pour un même type de traitement. Cela entraîne également une grande confusion et une grande angoisse chez les dentistes, qui tentent d'établir la nouvelle normalité.

En reprenant la pratique, les dentistes vivent une expérience physiquement exigeante et mentalement épuisante. Les cabinets dentaires sont essentiellement des mini hôpitaux qui offrent des soins externes et, comme tout hôpital qui offre des soins externes, nous suivons des mesures et des pratiques de lutte contre l'infection strictes. Ce n'est pas nouveau. Toutefois, les nouvelles orientations et règles découlant de l'apparition de la COVID-19 ont rendu les interventions en consultation externe plus difficiles, physiquement épuisantes et longues.

Les dentistes doivent consacrer plus de temps à la préparation avant de voir un patient, et d'après notre première expérience de retour au travail, ils traitent entre 50 et 67 % moins de patients par jour. Il est également beaucoup plus difficile de communiquer avec les patients. Ce n'est pas simplement un seul aspect de la nouvelle approche qui pose problème, mais plutôt l'effet domino des changements apportés à chaque aspect des soins: du travail préparatoire qui est accompli avant d'arriver au cabinet, en passant par le stationnement, qui est devenu notre zone d'accueil...

• (1645)

Le président: Excusez-moi, docteur Armstrong. Pourriez-vous placer votre micro un peu plus près de vous?

Dr Jim Armstrong: Certainement.

Le président: Veuillez continuer.

Dr Jim Armstrong: ... jusqu'aux aires cliniques où il faut assurer une distanciation beaucoup plus marquée entre les patients.

Il faut également veiller à ce que des équipements de protection individuelle de plus en plus variés soient portés, retirés et décontaminés adéquatement, ce qui transforme considérablement nos modes de fonctionnement. L'enchaînement des différentes tâches a changé à un point tel qu'elles ne peuvent pour ainsi dire plus s'enchaîner.

Il est possible que certaines de ces difficultés s'aplanissent avec le temps, mais tout cela met à rude épreuve nos pratiques de médecine dentaire et notre capacité à fournir des soins. Il faut bien sûr préciser que les difficultés en question ne se poseront que si nous avons effectivement accès aux équipements de protection individuelle requis pour procéder aux interventions nécessaires.

Dès le début de la crise, nous avons signalé que les risques de pénurie d'équipements de protection individuelle pourraient placer le secteur de la dentisterie dans une situation critique. Nous avons fait valoir à l'Agence de la santé publique du Canada et au Bureau du dentiste en chef du Canada qu'il deviendrait impossible pour nos cabinets d'offrir les soins d'urgence en cas de pénurie grave.

Nous sommes conscients des défis de toutes sortes à l'origine des pénuries d'équipements de protection individuelle. Le niveau sans précédent de la demande actuelle a été exacerbé par les problèmes qui ont touché les chaînes d'approvisionnement, surtout en Chine.

Au début de la pandémie, alors que tous les hôpitaux manquaient cruellement d'équipements de protection individuelle, de nombreux dentistes au pays se sont départis de leurs propres stocks pour en faire don aux travailleurs de première ligne au sein de leur communauté. La réouverture de nos cabinets nous oblige toutefois à rappeler une considération primordiale: les dentistes sont aussi des pourvoyeurs de soins de première ligne. Bien que nous espérions au départ que l'accès aux équipements de protection individuelle auprès de nos sources traditionnelles deviendrait plus facile avec la réouverture des chaînes d'approvisionnement et l'émergence de nouvelles chaînes, nous attendons toujours que cela se concrétise. Il devient même beaucoup plus difficile de trouver certains équipements, comme les gants en latex.

En outre, les différents cabinets de dentiste essaient d'acquérir les mêmes types d'équipements de protection individuelle que les grandes entités gouvernementales, soient principalement les respirateurs N95, qui sont essentiels et, dans bien des cas, obligatoires pour offrir des soins dentaires dans le contexte actuel. Ces entités gouvernementales, y compris le gouvernement du Canada lui-même, peuvent miser sur leur pouvoir d'achat pour acquérir de grosses quantités d'équipements ou encore imposer aux fournisseurs des lignes directrices les obligeant à prioriser leur approvisionnement en leur qualité d'entités actives aux premières lignes du combat contre la COVID-19.

Il en résulte un approvisionnement en équipements de protection individuelle qui demeure très difficile, voire impossible, avec des prix à la hausse en raison de la demande. Pour prodiguer des soins à leurs patients dans le contexte actuel, les dentistes canadiens ont besoin d'un million de pièces d'équipements de protection individuelle par jour. Ce besoin pourra grimper jusqu'à quatre millions de pièces si jamais nous recommençons à fonctionner au maximum de nos capacités.

Les gouvernements et les pourvoyeurs de soins de santé conjuguent leurs efforts pour trouver des solutions à long terme afin d'assurer un approvisionnement stable et fiable en équipements de protection individuelle au Canada, et les dentistes devraient avoir leur mot à dire dans cette démarche.

Tout cela nous ramène aux préoccupations que nous exprimons depuis plusieurs années déjà concernant le financement public des soins de santé buccodentaire au Canada. La plupart des Canadiens peuvent avoir accès à ces soins grâce au régime d'avantages sociaux financé par leur employeur. Malheureusement, nos pro-

grammes publics souffrent d'un sous-financement chronique partout au pays. À peine 6 % de nos soins dentaires sont offerts aux Canadiens par l'entremise des programmes publics, alors même que la croissance du recours aux programmes de soins de santé buccodentaire avec financement public est particulièrement marquée chez les aînés à faible revenu, les enfants et les personnes aux prises avec un handicap physique ou un trouble du développement. La nouvelle normalité fera en sorte qu'il deviendra encore plus difficile d'offrir des soins à ces personnes, si tant est que l'on puisse effectivement les prendre en charge.

Au cours de la dernière décennie, l'érosion du financement de ces programmes par les provinces et les territoires a fait en sorte qu'il n'est plus possible de satisfaire adéquatement aux besoins des membres de ces groupes vulnérables. Compte tenu des problèmes économiques graves qui découleront de la COVID-19, de nombreux Canadiens n'auront plus accès au régime d'avantages sociaux financé par leur employeur. Les programmes publics seront ainsi mis encore plus à l'épreuve.

Dans ce contexte, le gouvernement fédéral n'a d'autre choix que de contribuer à faire en sorte que les programmes provinciaux et territoriaux en place soient à la hauteur des défis qui se pointent à l'horizon. Nous recommandons plus précisément au gouvernement fédéral de créer une enveloppe de 3 milliards de dollars spécialement consacrée aux soins de santé buccodentaire dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé. Alors même que les budgets de la santé publique sont sollicités de toute part au Canada, nous ne pouvons pas simplement laisser ces programmes attendre leur tour à la fin de la file en espérant que des fonds se rendront jusqu'à eux.

Enfin, si nous considérons les défis qui nous attendent, il faut certes reconnaître que les établissements de soins de longue durée vivent une véritable crise partout au pays.

Il y a plusieurs années, nous avons demandé au ministère des Anciens Combattants d'instaurer des normes de base pour la santé buccodentaire des anciens combattants dans les établissements de soins de longue durée. Nous espérions que l'adoption de normes semblables bénéficierait non seulement aux anciens combattants eux-mêmes, mais aussi aux autres résidents de ces établissements. Malheureusement, on nous a informés que le ministère n'avait pas de contrat avec ces établissements, mais seulement des accords de contribution. Il revenait donc aux différentes provinces de s'assurer que des soins appropriés y sont offerts.

● (1650)

Les normes que nous suggérons ne sont pas coûteuses, mais correspondent d'après nous au strict minimum quant aux soins qui devraient être offerts aux aînés pris en charge. Il s'agit d'une évaluation de la santé buccodentaire au moment de l'accueil, d'un plan à suivre quotidiennement pour la santé buccodentaire, d'une visite annuelle à un dentiste, et d'un emplacement au sein de l'établissement où les services de dentisterie peuvent être offerts.

Nous sommes conscients que l'amélioration des soins à offrir aux aînés dans ces établissements va faire l'objet d'un vaste débat qui va porter sur de nombreux enjeux. Dans le contexte actuel de la COVID-19, ces normes en matière de santé buccodentaire peuvent sembler d'importance mineure, mais ce sont autant de petits pas en avant qui pourraient contribuer au développement d'une culture des soins et de la prise en charge responsable qui sera essentielle si l'on veut s'occuper correctement de nos aînés.

Au nom du Dr Burry et en mon nom personnel, je tiens à vous remercier vivement pour l'attention que vous portez à notre situation. Nous serons ravis de répondre à toutes vos questions.

Le président: Merci, docteur Armstrong.

Nous passons maintenant au représentant de Médecins Sans Frontières.

Docteur Nickerson, vous avez 10 minutes.

M. Jason Nickerson (conseiller aux affaires humanitaires, Médecins Sans Frontières): Merci à vous, monsieur le président ainsi qu'aux membres du Comité, de me donner l'occasion de vous parler de la pandémie de COVID-19 et des mesures que pourrait prendre le Canada pour s'assurer que, partout dans le monde, les gens ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin.

Je prends un instant pour me présenter. Je suis conseiller en affaires humanitaires pour Médecins Sans Frontières (MSF), une organisation basée ici même à Ottawa. Je suis également inhalothérapeute avec une expérience en milieu clinique et en santé publique acquise au Canada et à l'étranger. Je suis titulaire d'un doctorat en santé des populations, et j'ai travaillé comme clinicien-chercheur dans des hôpitaux et des universités du Canada.

MSF est une organisation humanitaire internationale qui fournit des soins de façon impartiale dans plus de 70 pays. Dans certains des environnements les plus complexes de la planète, nous offrons des services de santé essentiels à des gens touchés par des conflits, des épidémies, des catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence.

Nous sommes toutefois confrontés aujourd'hui à une crise sans précédent qui a été créée à la fois directement et indirectement par la pandémie de COVID-19. Tous les pays où MSF est présent sont touchés. Ce sont autant d'endroits où la pandémie ne fait qu'amplifier les inégalités déjà existantes. Nos intervenants de première ligne peuvent le constater au quotidien. Nous voyons des cas de COVID-19 éclorer dans des contextes exigeant déjà une intervention d'urgence, ce qui crée un mélange explosif de risques pour la santé publique.

Dans les camps de Cox's Bazar au Bangladesh, près d'un million de réfugiés rohingyas vivent dans des conditions de surpeuplement et d'insalubrité très propices à la propagation de la COVID-19.

À Haïti, un pays où j'ai travaillé à maintes reprises, nos équipes ont ouvert un centre de traitement de la COVID-19 qui s'est rempli en quelques jours à peine, si bien que l'on a dû doubler le nombre de lits. Plusieurs patients sont morts à leur arrivée, et de nombreux autres étaient gravement malades. Il y a seulement deux laboratoires au pays capables d'analyser les tests de dépistage de la COVID-19, et le système de santé n'est pas bien préparé à affronter ce que l'avenir pourrait lui réserver.

C'est dans ce contexte que nous devons tous faire face à une bien triste réalité. Ainsi, le seul moyen pour nous de sortir de cette pandémie est sans doute un vaccin qui n'existe pas encore et qui doit être rendu accessible rapidement à presque tous les habitants de la planète.

Il y a deux mois, j'ai écrit un article pour servir la mise en garde suivante. Étant donné le mode de fonctionnement actuel de notre système planétaire de recherche et développement dans le secteur médical, nous sommes confrontés au risque bien réel de voir les vaccins et les médicaments conçus pour la COVID-19, même s'ils

sont le fruit de travaux scientifiques financés par les contribuables, devenir des produits inabordables et inaccessibles détenus par le secteur privé, plutôt que des biens publics accessibles à tous. Les investissements publics dans le perfectionnement des connaissances scientifiques sur la COVID-19 sont essentiels, mais nous devons revoir nos approches stratégiques afin d'en optimiser les retombées.

Nous pouvons compter aujourd'hui sur un solide bassin de vaccins expérimentaux pour la COVID-19. Il y en a plus d'une centaine à l'étape des études précliniques et 10 qui font l'objet d'essais cliniques sur des sujets humains pour huit plateformes vaccinales différentes. Bon nombre de ces prototypes bénéficient de milliards de dollars en financement public et philanthropique, y compris plus de 850 milliards de dollars de financement canadien pour les activités de recherche et développement visant la conception de tests diagnostiques, de traitements et d'un vaccin pour la COVID-19.

Notre système mondial de recherche et développement n'est toutefois pas conçu pour accorder la priorité à un accès abordable, surtout à l'extérieur des pays les mieux nantis. Il y a de nombreuses iniquités quant à l'accès aux médicaments vitaux. Ce n'est pas un problème propre à la COVID-19, mais plutôt le résultat de l'incapacité de notre système planétaire d'innovation médicale à prioriser les maladies faisant peser la plus lourde menace sur la santé publique. La COVID-19 n'est que le dernier exemple en date qui nous démontre très clairement que nous devons repenser la façon dont nous produisons des médicaments et des vaccins de manière à donner la priorité aux patients et à la santé publique, plutôt qu'aux profits.

Voici la façon dont les choses se passent le plus souvent. Les découvertes et les travaux précliniques, qui bénéficient de la majorité du financement offert actuellement au Canada, sont réalisés par des chercheurs universitaires ou d'autres établissements bénéficiant d'un financement public. Certains de ceux qui s'intéressent ainsi à la COVID-19 ont d'ailleurs comparu devant votre comité. À partir de là, les médicaments et les vaccins les plus prometteurs, souvent à une étape très préliminaire de leur développement, sont vendus ou cédés sous licence au secteur privé aux fins de leur exploitation subséquente. Dans la plupart des cas, cette cession se fait sans condition et sans obligation que le produit fini soit vendu à un prix abordable ou tout au moins juste, et sans exigence voulant qu'il soit développé rapidement ou que les données et les technologies pertinentes soient communiquées à d'autres instances qui en auraient besoin. Ces médicaments et ces vaccins deviennent ainsi des biens privés dont nous perdons le contrôle, exception faite peut-être de certaines redevances modestes pouvant être versées.

Il y a deux ans, j'ai comparu devant votre comité à l'occasion de son étude sur les travaux de recherche en santé financés par le gouvernement fédéral. J'ai alors expliqué à quel point ce système complique la tâche des équipes de MSF. Depuis près de 50 ans, nous devons faire des pieds et des mains au quotidien pour avoir accès aux médicaments, aux vaccins et aux tests de diagnostic dont nous avons besoin pour nos patients. Lorsque de tels outils existent, ils sont souvent inaccessibles, soit parce que leur coût est exorbitant, sans aucun lien avec les coûts engagés pour les concevoir ou les produire, ou simplement parce que les entreprises pharmaceutiques choisissent de ne pas les faire homologuer dans les pays où nous travaillons parce que nos patients ne représentent pas un marché assez lucratif pour eux.

Depuis des dizaines d'années, nous voyons des millions de personnes se voir refuser un traitement pour des maladies comme le VIH, la tuberculose et l'hépatite C du fait que les médicaments brevetés sont inabordable. On ne peut pas continuer ainsi, aussi bien pour la COVID-19 que pour toutes les autres maladies.

• (1655)

Dans son rapport publié en 2018, le Comité formulait neuf importantes recommandations qui devraient guider les mesures prises par le Canada en matière d'innovation en réponse à la pandémie de COVID-19. À ma connaissance, on n'a malheureusement mis en oeuvre aucune de ces recommandations qui auraient pu assurer dans l'ensemble de la planète un accès équitable aux technologies de soins conçues grâce au financement public canadien.

Le rapport recommandait notamment que le Canada mette en place les mesures de protection nécessaires pour veiller à ce que les accords de licence soient assortis d'exigences précises quant à un accès à coût abordable partout dans le monde. Certaines universités canadiennes ont déjà adopté de telles dispositions sur une base volontaire. Il s'agit fondamentalement d'exiger des bénéficiaires de fonds publics qu'ils instaurent les mécanismes exécutaires requis pour s'assurer que les médicaments, les vaccins et les autres technologies de la santé conçus au moyen du financement public canadien soient rendus accessibles à des prix équitables dans tous les pays où on en a besoin, y compris le Canada. Il s'agit ainsi de faire en sorte que tout investissement de fonds publics se traduise par des technologies de la santé abordables et accessibles à tous. Autrement dit, on veut que les fonds publics investis au Canada et à l'étranger produisent un rendement juste et équitable.

Nous savons tous qu'il serait inacceptable qu'un vaccin pour prévenir la COVID-19 ou un médicament pour la traiter soit développé grâce au financement public canadien sans toutefois être rendu disponible ou accessible à des milliards de personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et même à certains Canadiens. En l'absence de politiques adéquates assurant la mise en commun de ces technologies et des droits afférents, l'accès à ces nouveautés est pourtant mis en péril.

Il est grand temps de faire passer la vie des patients avant les profits des entreprises privées. Voici ce que le Canada doit faire à cette fin.

Il faut d'abord reconnaître que la pandémie est, par définition, planétaire et que nous allons tous être perdants si nous permettons que la course au développement et à la diffusion de vaccins, de traitements et de tests diagnostiques pour la COVID-19 sombre dans le nationalisme, ou que ces produits soient rendus accessibles aux plus offrants seulement. Non seulement serait-il inadmissible de permettre ainsi aux pays les mieux nantis d'avoir accès aux médicaments essentiels alors que les plus pauvres devraient s'en passer, mais ce serait aussi inefficace. Nous ne pourrions pas en effet mettre un terme à cette pandémie tant et aussi longtemps que les nouveaux vaccins ou médicaments pour la COVID-19 ne seront pas accessibles à tous les citoyens de tous les pays du monde.

Deuxièmement, il faut concrétiser l'engagement du premier ministre en veillant à ce que les vaccins et les autres outils de santé publique soient produits à une échelle et à un coût qui les rendent accessibles à tous les pays du monde. Malgré les discours que l'on peut entendre un peu partout sur la planète quant à la nécessité de faire des vaccins et des médicaments pour la COVID-19 des « biens publics mondiaux » ou « le vaccin du peuple », les ins-

tances publiques de financement, y compris au Canada, ont jusqu'à maintenant négligé d'imposer des conditions obligatoires dans l'intérêt public à ceux qui bénéficient de fonds de l'État.

Veiller à ce que les investissements publics aient véritablement une incidence sur la population devrait être l'un des principes directeurs de toutes les activités de financement au Canada pour la conception de nouveaux médicaments, particulièrement dans le contexte d'une pandémie. En outre, le Canada devrait exiger la transparence à toutes les étapes des activités de recherche et développement qu'il finance. Cela doit comprendre l'enregistrement et la mise en commun des données des essais cliniques ainsi que la communication des coûts de recherche et développement, des coûts de fabrication et des prix des produits. Si la population investit dans la mise au point de ces technologies d'importance vitale, elle devrait être tenue au fait en toute transparence de l'utilisation qui est faite des produits dont elle a appuyé le développement.

Troisièmement, il faut appuyer la science ouverte et supprimer les monopoles à l'égard des technologies touchant la COVID-19 en rendant ces technologies et les connaissances qui s'y rattachent accessibles sur une plateforme mondiale. Jusqu'à maintenant, les chercheurs travaillent en collaboration et de façon ouverte pour la mise en commun d'immenses quantités de données, de connaissances et de matériel pour en arriver à comprendre ce virus et ses faiblesses. Grâce à cette approche, le délai pour la mise au point de prototypes de vaccins et de médicaments se calcule en mois, plutôt qu'en années. Cette ouverture est une exception à la règle et, compte tenu du mode de fonctionnement du système mondial de recherche et développement hors du contexte d'une pandémie, il y a un risque véritable que le processus d'innovation devienne plutôt fermé et axé sur le droit à la propriété.

Si nous ne mettons pas en place des mesures de protection efficaces pour rendre obligatoires l'accessibilité, l'abordabilité, la transparence et la mise en commun des connaissances, nous allons permettre la privatisation de nos découvertes qui nous seront revendues, à nous et aux autres pays du monde, à des prix que nous ne contrôlons pas, car, le plus souvent, nous n'essayons même pas de négocier ces droits. C'est ce qu'on appelle dans le milieu des affaires une mauvaise décision commerciale. Il n'y a aucune entreprise privée au monde qui vendrait une technologie dans laquelle elle a investi en sachant qu'elle en aura un jour besoin sans négocier des droits d'accès justes et raisonnables pour elle-même, et nous ne devrions pas le faire nous non plus.

Nous ne sommes pas les seuls à réclamer de telles mesures. Une pétition en cours sur le site Web de MSF demandant au Canada de mettre en place ces mécanismes de protection tout à fait logiques relativement aux technologies de la santé dont nous finançons la mise au point a recueilli plus de 28 000 signatures en trois semaines à peine. Les Canadiens veulent que l'on agisse pour veiller à ce que les gens de toute la planète puissent bénéficier des vaccins et des médicaments dont nous finançons la conception.

Nous avons besoin que vous fassiez le nécessaire compte tenu de ce qui nous attend. Nous nous inquiétons de plus en plus de la situation de pays comme le Bangladesh et Haïti où l'impact de la COVID-19 vient s'ajouter à celui des crises existantes pour créer des besoins humanitaires démesurés.

• (1700)

Le Canada doit continuer à afficher sa solidarité à l'échelle mondiale ainsi que son soutien à l'aide humanitaire internationale, mais il peut et devrait également exiger de meilleures conditions afin d'assurer un accès à tous les patients ainsi qu'une meilleure abordabilité en échange de l'utilisation des technologies de lutte contre la COVID-19 qui sont mises au point grâce aux fonds publics canadiens.

Les Canadiens apprennent bien des choses grâce à la pandémie. L'une des leçons tirées devrait être qu'il faut repenser la façon dont nous développons des médicaments et des vaccins afin que les patients soient la priorité plutôt que les profits.

Merci beaucoup de m'avoir écouté aujourd'hui. Si les membres du Comité ont des questions supplémentaires ou souhaitent obtenir des éclaircissements, ils peuvent communiquer avec moi directement. Merci.

Le président: Merci, docteur.

Au tour maintenant du Dr Neilipovitz de L'Hôpital d'Ottawa.

Docteur Neilipovitz, allez-y. Vous avez 10 minutes.

Dr Dave Neilipovitz (chef du Département des soins critiques, L'Hôpital d'Ottawa): Bonjour. Monsieur le président, honorables membres du Comité, merci de me recevoir aujourd'hui.

Je suis le Dr David Neilipovitz et je suis médecin dans un service de soins intensifs qui a accueilli des patients atteints de la COVID-19 pendant la pandémie. J'ai vu des patients s'en remettre de façon miraculeuse. J'ai également soigné des patients qui n'ont pas eu cette chance, y compris un mari et sa femme, mariés depuis plus de 50 ans, qui sont tristement morts tous les deux du virus.

Je suis le chef des soins intensifs de l'Est de l'Ontario. De plus, je dirige les soins intensifs de L'Hôpital d'Ottawa depuis presque 10 ans. Je faisais donc partie des groupes chargés d'organiser les soins intensifs en vue d'accueillir les patients pendant la pandémie. J'espère ainsi vous donner la perspective à la fois des professionnels de la santé et des administrateurs des soins intensifs face à la pandémie.

La pandémie de la COVID-19 a certainement appelé bon nombre de professionnels des soins de la santé à donner le meilleur d'eux-mêmes. Elle a également révélé certains échecs et faiblesses de notre système de santé canadien. Un échec évident, c'était la façon dont nos résidences de soins à long terme sont gérées, un thème sur lequel, je le soupçonne, se penchera votre comité.

J'aimerais cependant souligner une autre faiblesse, à savoir la capacité des unités de soins intensifs, notamment la façon dont elles fonctionnent et dont elles accueillent les patients. Si le Canada avait connu une éclosion de la COVID-19 comme celle de la ville de New York ou de l'Italie, je crois que vous seriez en train d'étudier les unités des soins intensifs et leurs faiblesses.

Comme bon nombre d'entre vous se souviendront, au début de la pandémie, on s'inquiétait d'avoir suffisamment de respirateurs mécaniques pour les patients aux soins intensifs. Or, il ne s'agit que d'un seul aspect important des soins intensifs. Si je n'ai pas l'espace, les moniteurs ou un élément encore plus important, à savoir le personnel pour s'occuper des patients, le fait d'avoir plus de respirateurs est essentiellement inutile.

Mon équipe a pu accroître la capacité des soins intensifs de niveau 3 de notre hôpital, le niveau 3 étant le niveau le plus élevé possible de soins intensifs, en amenant notre capacité actuelle de 57 lits à plus de 200 lits, une hausse de plus de 300 %. Nous n'étions pas les seuls et bien des hôpitaux du Canada ont pu augmenter leur capacité en faisant presque doubler les places en soins intensifs de niveau 3. Or, cela n'aurait pas été suffisant si nous étions à New York ou en Italie, et il faut donc voir comment nous pourrions améliorer la situation pour obtenir de meilleurs résultats.

Je propose trois stratégies au Comité.

Tout d'abord, il n'existe aucune attente ou norme nationale à l'égard des unités de soins intensifs au Canada. La structure des USI, leur fonctionnement, la composition de leur personnel ou même leurs équipements, tout cela ne fait l'objet d'aucune norme nationale ou attente réelle. Certaines USI disent être de niveau 3 en n'ayant des respirateurs que pour 20 % de leurs lits, par exemple. Bien franchement, c'est inacceptable. Bon nombre d'hôpitaux n'ont pas de médecins ou de personnel infirmier ayant été formés en soins intensifs, malgré les fonds disponibles pour former le personnel infirmier et, plus important encore, il y a des médecins formés qui n'ont pas de travail. C'est inadmissible. J'espère que notre gouvernement fédéral s'attaquera à la question immédiatement.

Deuxièmement, si nous étions en mesure d'offrir des soins intensifs par télé-médecine, nous pourrions certainement améliorer la capacité de tous les hôpitaux d'offrir de meilleurs soins à tous les patients du Canada. Nous savons tous que le Canada est un pays vaste, et il est difficile d'offrir des soins dans toutes les localités dans le meilleur des cas. Si, toutefois, nous avions une réelle capacité de télé-médecine, les plus grands hôpitaux comme le mien pourraient certainement aider ceux des régions plus éloignées, que ce soit dans le Nord ou dans d'autres lieux isolés, à offrir de meilleurs soins à leurs patients aux soins intensifs et à leurs résidents, nos Canadiens, qui le méritent certainement.

Nous aurions pu offrir de meilleurs soins dans ces collectivités, et nous aurions pu améliorer ou même éviter l'évacuation des patients malades. Je suis sûr que vous comprendrez que malheureusement, il n'y a parfois rien à faire pour certains patients. En les gardant sur place, nous leur permettrions de mourir dans leur collectivité, entourés de leur famille et de leurs proches, ce qui est grandement préférable à mourir seul dans un hôpital loin de chez soi. Le gouvernement fédéral pourrait fournir une solution globale en augmentant la capacité de télé-médecine au Canada, ce qui améliorerait grandement la situation.

• (1705)

J'ai une troisième et dernière proposition pour améliorer la capacité des unités de soins intensifs du Canada ainsi que les soins qui y sont offerts.

Tous les Canadiens ont droit aux soins de santé. C'est incontestable, à mon avis. Ce qui est difficile, cependant, c'est de décider sur quels soins les Canadiens ont le droit d'insister? Les USI de New York et de l'Italie ont dû limiter l'accès aux soins intensifs. C'est horrible et injuste. Cependant, c'est également injuste lorsque certaines familles insistent pour que les USI raniment leurs proches et leur infligent des thérapies, y compris un traitement mécanique et médicamenteux, en l'absence de chance raisonnable de guérison. Ces soins sont contre-indiqués. Cela limite aussi grandement la capacité des professionnels de la santé de soigner d'autres patients et pèse lourdement sur nos ressources en soins intensifs.

Le gouvernement fédéral est la seule instance qui puisse se pencher sur la question. Je demande respectueusement à notre gouvernement et au Comité de s'attaquer à ce dossier, certes épineux, qui s'impose urgemment.

Merci encore de m'avoir donné l'occasion de vous faire part des trois façons dont le gouvernement fédéral pourrait améliorer et augmenter la capacité des soins intensifs au Canada. Il pourrait le faire en établissant des normes nationales, en améliorant la capacité de télémédecine et en abordant la question difficile des soins qui sont ou non indiqués.

Je serais heureux de répondre à vos questions ou préoccupations. Vous pouvez également communiquer directement avec moi.

Merci.

Le président: Merci, docteur Neilipovitz.

Nous passerons maintenant à une série de questions. Encore une fois, il y aura deux séries.

Madame Jansen, vous avez six minutes.

Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): Merci beaucoup pour vos exposés.

J'aimerais commencer par M. Nickerson. La Société canadienne [*Difficultés techniques*] CanSino, qui travaille conjointement avec le régime communiste chinois pour mettre au point un vaccin contre la COVID-19.

Lors de la première éclosion de la maladie, le gouvernement chinois a, dans un premier temps, bâillonné les médecins et les scientifiques et a étouffé toute information sur le virus. Je sais que je ne voudrais pas un vaccin produit par un pays ayant un bilan si entaché. Si nous voulons que les Canadiens se fassent vacciner, devrions-nous travailler avec un régime communiste qui a fait preuve de si peu de transparence? Pensez-vous que les Canadiens feraient confiance à un vaccin produit par un tel régime?

• (1710)

M. Jason Nickerson: Je ne connais pas les particularités du vaccin CanSino. Je sais que le journal *The Lancet* a publié les résultats des essais de la phase I il y a environ deux semaines.

Je crois que vous faites allusion à un problème systématique international, c'est-à-dire qu'il nous faut davantage de transparence et la publication ouverte des données pour toutes les innovations médicales. Je ne vise pas ce vaccin particulier, mais plutôt l'architecture et le système de recherche-développement à l'échelle internationale. La publication et la diffusion transparentes des données des essais cliniques devraient être obligatoires...

Mme Tamara Jansen: Êtes-vous préoccupés par l'absence de transparence de notre collaboration avec... Nous contribuons je ne sais pas combien de millions de dollars à cette étude. Seriez-vous préoccupés?

M. Jason Nickerson: Comme je l'ai dit tantôt, je ne connais pas les particularités de ce vaccin. Nous essayons de suivre l'élaboration de plus d'une centaine de vaccins dans le monde qui sont en cours d'évaluation.

Encore une fois, je crois que vous faites allusion au fait que les données doivent être ouvertement accessibles, quelle qu'en soit l'origine, afin de la communauté internationale d'experts qualifiés puisse évaluer les données de façon indépendante et déterminer le bien-fondé scientifique d'un produit médical en cours d'évaluation.

Mme Tamara Jansen: Parfait. Merci.

J'ai appris que pour ce vaccin, on utilise une lignée cellulaire HEK 293 qui a été cultivée en 1973 à partir d'un embryon avorté. Beaucoup de Canadiens y verront un problème d'éthique.

Qu'en pensez-vous? Pensez-vous que l'utilisation d'une lignée cellulaire était un choix judicieux si on ne peut s'attendre raisonnablement à ce que tous les Canadiens participent à un programme de vaccination comme celui-là?

M. Jason Nickerson: Je n'ai pas le bon doctorat pour me permettre de m'exprimer sur les lignées cellulaires et les vecteurs de vaccin. Je suis spécialisé en santé de la population. Je regrette, mais je ne peux répondre à la question.

Mme Tamara Jansen: D'accord.

J'ai appris que le Conseil national de recherches du Canada a conclu un contrat avec CanSino. Nous cherchons à établir si, aux termes d'un tel contrat, nous pouvons garantir que le vaccin sera produit et distribué au Canada. Il me semble, d'après vos propos, que ce n'est pas possible. Nous avons essayé de communiquer avec les gens concernés la semaine dernière et n'avons pas pu obtenir de réponse.

Qu'en pensez-vous? La situation me rend nerveuse.

M. Jason Nickerson: Le secteur mondial de production des vaccins se trouve dans le collimateur en ce moment.

Comme c'est souvent le cas, le diable est dans les détails, et j'ignore quelles sont les dispositions des accords de licence ou de collaboration. Cependant, presque tout le monde s'entend pour dire qu'aucun fabricant ne sera en mesure de produire des doses innombrables de ce vaccin ou de n'importe quel autre vaccin.

La seule façon d'assurer des quantités suffisantes de vaccin ou même de médicaments pour la COVID-19, c'est une stratégie axée sur de nombreux manufacturiers implantés dans de nombreux pays qui produisent les quantités suffisantes de ces vaccins et de ces médicaments.

Il faudra collaborer afin d'assurer une distribution et une répartition équitables de cet arsenal thérapeutique. Il n'y a aucune autre solution sur le plan de la logistique. Tous les acteurs du secteur sont en train de se rendre compte de cette réalité.

Mme Tamara Jansen: Ils en ont tous besoin.

Nous consacrons 1,1 milliard de dollars à la recherche, conformément à l'engagement du premier ministre, et si les sociétés qui ont reçu des fonds canadiens ne sont pas tenues de nous accorder un accès au traitement ou au vaccin, c'est de l'argent dépensé à mauvais escient et une grande source de préoccupation.

Il ne semble pas y avoir d'avantage pour les Canadiens. Si nous versons tant d'argent en recherche-développement sans obtenir de garantie, comment pouvons-nous être sûrs d'un accès?

M. Jason Nickerson: Permettez-moi de vous faire quelques rappels.

Nous ignorons quels vaccin ou médicament seront efficaces. Les efforts de développement et les essais cliniques ont commencé il y a quelques mois seulement. Les travaux avancent rapidement et, bien franchement, certains des meilleurs cerveaux du monde scientifique se penchent là-dessus.

Comme je l'ai dit dans mon exposé, le système mondial de recherche-développement médical n'a pas été conçu en fonction des principes d'accès et de distribution équitables à l'échelle mondiale. Il nous faut une façon différente de développer ces...

• (1715)

Mme Tamara Jansen: Avez-vous une proposition pour que les choses se passent autrement?

M. Jason Nickerson: Des propositions ont été faites. On a suggéré notamment des mécanismes de mise en commun de la propriété intellectuelle internationale. On pourrait alors mettre en commun la propriété intellectuelle générée, ce qui permettrait à plusieurs fabricants de s'en servir à des fins de production et aux pays d'en profiter, et ainsi de suite. Les ressources seraient mises en commun.

Dans le cadre d'une autre étude de votre comité, j'ai indiqué que la réponse reposait sur une science ouverte axée sur des principes. Les scientifiques devraient collaborer et mettre en commun leurs données et leurs connaissances, profiter des technologies des autres, et les connaissances et le savoir seraient diffusés de façon équitable à tous, afin que n'importe qui puisse en profiter et l'utiliser.

Le président: Merci, madame Jansen.

Au tour maintenant de M. Fisher. Vous avez six minutes.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci également à tous nos témoins qui participent aujourd'hui.

Monsieur Nickerson, je reviens à la question du développement d'un vaccin. Je crois que l'Université Dalhousie mènera les premiers essais cliniques du Canada d'un vaccin possible.

J'ai beaucoup aimé l'idée d'assurer un accès équitable au vaccin. Pouvez-vous me dire s'il y a des précédents ou des pratiques exemplaires d'autres pays dont pourrait se servir le Canada pour assurer un accès équitable?

Les « mesures de protection logiques » m'ont plu également.

M. Jason Nickerson: Merci.

Il existe bien sûr d'autres modèles de recherche-développement ailleurs dans le monde. Des organisations sont à l'œuvre ici au Canada. Je vais sans doute faire référence à l'étude antérieure, car de très bonnes observations ont été faites par le Consortium génomique structurelle. C'est une organisation qui prône la science ouverte et qui crée des médicaments d'une façon différente.

MSF est l'un des fondateurs de l'initiative des médicaments contre les maladies négligées, une organisation à but non lucratif qui œuvre dans le domaine de la recherche-développement pharmaceutique et qui a mis au point, il me semble, sept formulations différentes ou nouvelles de médicaments existants, par exemple des polythérapies pédiatriques contre le VIH ou le paludisme, ou encore de nouveaux médicaments, comme le féxinidazole, qui sert à traiter la trypanosomose africaine, la maladie du sommeil.

Cette organisation agit en fonction d'un ensemble de principes. Elle travaille avec des chercheurs, l'industrie pharmaceutique et le secteur privé, mais tout le travail qu'elle effectue est encadré par un

ensemble de principes, et le gouvernement canadien devrait s'en inspirer pour créer des normes fédérales. Elle reconnaît la nécessité de vendre à prix raisonnable les produits finaux dont ont besoin les patients, qu'il s'agisse de médicaments ou de vaccins, d'en assurer un accès équitable, et elle cherche à mettre au point des produits thérapeutiques qui sont considérés comme étant des biens publics mondiaux.

Pour ce faire, il faut négocier des dispositions d'accès équitable, avec des clauses de mise en application, des licences et des contrats, et ainsi de suite, qui stipulent les attentes à l'égard des bénéficiaires en aval de la propriété intellectuelle pour ce qui est des données, du savoir-faire et de la substance au cœur des médicaments ou des vaccins, ainsi que des indications claires sur le prix, l'homologation dans les pays où la maladie est endémique, l'encadrement du travail avec les fabricants afin d'assurer une production mondiale et une répartition équitable, et ainsi de suite.

Il existe en fait de nombreux exemples de façons différentes dont on peut développer des médicaments et des vaccins. Il y a notamment la Communauté de brevets des médicaments de notre organisation, ainsi que l'initiative des médicaments contre les maladies négligées, que j'ai déjà mentionnée. On ne cherche pas à remplacer le bon travail qui se fait déjà au Canada, mais plutôt à reconnaître que nous vivons dans un monde dans lequel les médicaments deviennent de plus en plus chers et hors de prix, et nous prévoyons des mécanismes de protection logiques. Si nous, le public, payons pour que quelqu'un développe ou découvre quelque chose, nous savons qu'il faut y rattacher des clauses prévoyant un prix juste ainsi qu'une garantie selon laquelle le produit sera offert à tous les patients partout dans le monde qui en ont besoin.

• (1720)

M. Darren Fisher: Monsieur Nickerson, j'ai une question sur l'équité. Patty Hajdu a dit qu'une pandémie ailleurs peut rapidement devenir une pandémie partout. Compte tenu de cette déclaration, pouvez-vous indiquer au Comité pourquoi vous jugez important que nous travaillions afin que chaque pays ait les ressources nécessaires pour réagir à la COVID-19?

M. Jason Nickerson: Comme je l'ai dit plus tôt, je travaille pour un organisme qui mène ses activités dans certaines des situations d'urgence de santé publique les plus complexes au monde, et ce, dans plus de 70 pays. J'ai travaillé dans de nombreux endroits dotés d'infrastructures de santé très fragiles, où la capacité à fournir le type de soins dont parlait le Dr Neilipovitz n'existe presque pas ou existe de façon très limitée.

Dans ce genre d'endroit, un vaccin ou un traitement susceptible d'empêcher les personnes atteintes d'une maladie bénigne de développer une forme plus grave de la maladie est absolument essentiel pour éviter qu'une catastrophe de santé publique ne se superpose à une situation d'urgence déjà en cours. Je pense que c'est aussi simple que cela. Il faut que ces outils de santé publique soient mis à la disposition de tous, et partout, parce qu'honnêtement, c'est la chose à faire sur le plan éthique et moral, mais aussi, sur le plan pragmatique, il s'agit d'une maladie infectieuse transmissible. Nous sommes au cœur d'une pandémie mondiale et nous avons vu à quelle vitesse le virus peut se propager d'un endroit à l'autre.

M. Darren Fisher: Le Canada s'en est assez bien sorti. Alors qu'on s'apprête à rouvrir les frontières, quelles sont vos plus grandes préoccupations au sujet des endroits qui n'ont pas encore bien réussi à s'en sortir, c'est-à-dire les pays qui n'ont pas encore aplati la courbe?

M. Jason Nickerson: Nous tentons toujours d'évaluer l'impact de la pandémie mondiale au jour le jour. Il y a maintenant des cas dans pratiquement tous les pays où travaillent les intervenants de Médecins Sans Frontières. Il est intéressant de souligner qu'on trouve, dans de nombreux pays dans lesquels nous travaillons, des professionnels de la santé publique qui ont de l'expérience en matière d'interventions en cas d'épidémie et de différents types de situation d'urgence. Il existe donc, dans un sens, une certaine capacité sur le terrain et des gens qui ont une bonne expérience dans la recherche de contacts, etc. Nous sommes encore en train d'évaluer les besoins et de répondre à ces besoins à mesure que nous les décelons.

Comme je l'ai mentionné, dans des endroits comme Haïti... Nous avons publié une déclaration ou un communiqué de presse la semaine dernière dans lequel nous décrivons les réalités que nous observons sur le terrain, à savoir que lorsque des cas modérés à graves commencent à se déclarer, le risque que les systèmes de santé soient débordés ou éprouvent de grandes difficultés est assez évident.

Le président: Merci, monsieur Fisher.

La parole est maintenant à M. Thériault.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je vais m'adresser à M. Nickerson, mais je vais le laisser reprendre son souffle.

Monsieur Nickerson, Médecins sans frontières possède une expérience considérable sur le terrain à l'échelle internationale en matière de pandémie. Médecins sans frontières a toujours cru aux mesures d'atténuation. Vous avez considéré la fermeture des frontières ou des écoles et la mise en quarantaine. Même si cela ne stoppait pas la pandémie, vous disiez que ces mesures allaient ralentir.

L'OMS a donné des avis contradictoires à cet égard. Le 14 mars, on disait que la fermeture des frontières et la mise en quarantaine n'étaient pas une solution. Trois jours plus tard, le directeur de la direction européenne disait que cela avait le mérite de ralentir la pandémie. Lundi de cette semaine, Maria Van Kerkhove, la responsable technique de la cellule chargée de la gestion de la pandémie à l'OMS, a déclaré que la transmission du virus par une personne asymptomatique semblait très rare, ce qui a fait réagir la communauté. Le professeur Liam Smeeth a expliqué que les infections asymptomatiques pourraient tourner autour de 30 à 50 %. Les meilleures études suggèrent que presque la moitié des cas ont été infectés par des personnes asymptomatiques ou présymptomatiques.

Ma question est assez simple. Que pensez-vous de l'efficacité ou de la cohérence et des avis contradictoires de l'OMS dans la gestion de cette pandémie?

• (1725)

[Traduction]

M. Jason Nickerson: C'est une grande question.

Notre organisme fournit des soins médicaux et emploie des médecins, du personnel infirmier et des spécialistes de la santé publique. Ces personnes sont incroyablement douées pour intervenir dans les crises de santé publique lorsqu'elles surviennent sur le terrain. Nous sommes habituées aux épidémies et aux urgences de santé publique.

Je peux vous décrire nos interventions en ce qui concerne les évaluations et le suivi des données probantes émergentes. Nous avons des équipes de professionnels de la santé spécialisés dans ce domaine qui élaborent des lignes directrices et tentent de suivre l'évolution des recommandations qui sont formulées. Nous apprenons tous au fur et à mesure que nous traversons cette crise. Je pense qu'il est très utile d'obtenir des avis coordonnés et des conseils clairs des responsables de la santé publique à l'échelle mondiale.

Je crois que ce qu'il faut retenir, dans l'ensemble, c'est que les données probantes émergent au fur et à mesure. La situation évolue et nous faisons tous de notre mieux en essayant de lire les articles publiés dans *The Lancet* et d'autres revues médicales à mesure qu'ils sont publiés.

[Français]

M. Luc Thériault: Votre réponse est assez prudente, malgré votre jeune âge. Cependant, croyez-vous que l'acteur principal, l'OMS, devrait avoir des positions moins contradictoires et des lignes directrices moins hésitantes, ce qui permettrait davantage d'avancer? Cela vous inquiète-t-il?

Quel est votre avis sur la controverse au sujet de la contamination par des gens asymptomatiques ou présymptomatiques?

[Traduction]

M. Jason Nickerson: Je crois que nous apprenons tous beaucoup de choses au sujet des messages en matière de santé publique dans le cadre de nos efforts pour lutter contre cette pandémie.

Dans une certaine mesure, je sympathise avec les personnes responsables de communiquer des données probantes qui émergent rapidement et d'évaluer ces données qui sont, bien honnêtement, imparfaites, parce que nous apprenons tous sur le tas au beau milieu d'une pandémie.

Je suis d'accord avec l'affirmation selon laquelle il est essentiel de communiquer clairement les risques et de formuler des conseils en matière de santé publique, mais comme je l'ai dit, nous apprenons tous au fur et à mesure au milieu d'une urgence mondiale sans précédent en matière de santé publique, et c'est tout un défi.

Le président: Je vous remercie.

Je suis désolé, monsieur Thériault. Il vous reste une minute.

[Français]

M. Luc Thériault: Des études faites par des chercheurs du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal ont fait état de données intéressantes sur les anticorps générés par la COVID-19.

Une étude montre que six personnes infectées sur dix ont produit des anticorps neutralisants deux semaines seulement après le début des symptômes de la maladie, mais que la neutralisation dure six semaines. Cela suppose donc que la stratégie d'implantation de vaccins, pour autant qu'on en ait un, comprendrait un vaccin avec des rappels.

Vous qui vous préoccupez de l'accessibilité et de l'équité sur le plan international, quelle est votre opinion sur ce niveau de difficulté qui s'ajoute à la solution de vacciner et d'immuniser l'ensemble de la « planète »?

• (1730)

[Traduction]

M. Jason Nickerson: Oui, certainement. L'un des rôles des organismes internationaux est, en fait, d'élaborer ce que l'on appelle des profils de produits cibles. Il s'agit de déterminer le profil idéal d'un vaccin qui serait déployé dans le monde entier. Il est absolument essentiel que notre organisme et tout autre organisme de santé publique tiennent compte de cela dans la détermination de l'ensemble idéal de paramètres que nous souhaitons attribuer à un vaccin canadien.

En effet, à ces discussions participent des représentants de pays qui seront potentiellement touchés de manière disproportionnée par cette situation.

Grâce à d'autres vaccins, nous savons que la manière dont ils sont mis au point est importante. En effet, dès la conception et la mise au point d'un vaccin, il faut déterminer s'il sera injectable ou administré avec un compte-gouttes, à quelle température il doit être conservé, combien de temps il peut rester hors du réfrigérateur, combien de doses se trouvent dans un flacon, etc. Ces considérations sont essentielles pour veiller à mettre au point un vaccin bien adapté à une utilisation mondiale, afin de maximiser son impact et son efficacité.

Je pense que vous décrivez un bon exemple de cette situation.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

M. Don Davies: Je vous remercie, monsieur le président.

J'aimerais également remercier les témoins d'être ici aujourd'hui.

Monsieur Nickerson, y a-t-il actuellement des garanties internationales en place pour veiller à ce que les traitements et les stocks de vaccins contre la COVID-19 soient distribués en fonction des besoins plutôt que de la richesse ou du poids politique des pays?

M. Jason Nickerson: Je vous remercie de votre question.

Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, la réponse courte, c'est que nous entendons des déclarations faites par différents chefs d'État et d'autres intervenants qui semblent s'engager à respecter ce genre de principes en matière de biens publics mondiaux, de vaccins pour les populations, de garantie d'un accès équitable, etc. C'est certainement un pas dans la bonne direction.

Comme je l'ai mentionné, le système mondial de recherche et développement et le système pharmaceutique mondial ne sont pas fondés sur ce principe d'accès équitable. Ils sont plutôt conçus pour générer des profits et les maximiser. Nous devons donc utiliser un langage exécutoire dans la rédaction des engagements de financement et dans les accords de licence et, honnêtement, il faut imposer ce langage pour atteindre ces objectifs.

M. Don Davies: Permettez-moi de faire une proposition à cet égard. D'après ce que je comprends, le gouvernement du Costa Ri-

ca a proposé que l'Organisation mondiale de la Santé établisse un mécanisme mondial de mise en commun des droits de propriété intellectuelle, de la recherche et des données pour toutes les technologies liées à la COVID-19. Il affirme que cela accélérerait l'innovation ouverte et favoriserait une production accrue des technologies liées à la COVID-19, ainsi que d'autres éléments. Le gouvernement du Canada a-t-il déclaré publiquement qu'il appuyait cette initiative?

M. Jason Nickerson: À ma connaissance, la réponse est non. J'ai consulté le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé plus tôt aujourd'hui, et je n'ai pas vu le Canada dans la liste. Il se peut que je l'aie manqué, mais à ma connaissance, la réponse est non.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Au-delà des engagements politiques, vous avez parlé de l'importance des garanties. Le gouvernement fédéral canadien a-t-il mis en œuvre des garanties pour veiller à ce que les vaccins, les diagnostics et les traitements liés à la COVID-19 qui sont mis au point avec des fonds publics soient abordables et accessibles aux personnes et aux systèmes de santé qui en ont besoin?

M. Jason Nickerson: Encore une fois, à ma connaissance, la réponse est non. Je suis les travaux du Comité depuis un certain temps et je sais que cette question a été posée à un moment donné. Je crois que la réponse était qu'il n'y a pas de langage à cet effet dans au moins un des accords de financement qui ont été conclus.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, ce n'est pas la façon habituelle d'octroyer du financement au Canada. En effet, les bénéficiaires de fonds publics ne sont pas tenus d'avoir une sorte de licence d'accès global ou de mettre en œuvre une politique d'accès équitable au niveau institutionnel.

Souvent, le système fonctionne comme je l'ai décrit. Des chercheurs reçoivent des fonds publics et des laboratoires universitaires et d'autres endroits font le travail de découverte, puis les produits prometteurs sont vendus au secteur privé sans aucune condition. Il faudrait changer cela.

• (1735)

M. Don Davies: En mars dernier, vous avez écrit un article d'opinion dans lequel vous dites ce qui suit:

Le Canada n'a peut-être même pas besoin de dépendre de partenaires commerciaux pour amener l'innovation médicale du laboratoire au chevet du patient. L'expérience de la mise au point du vaccin contre l'Ebola montre que les chercheurs du secteur public ont fait la plus grosse partie du travail dans la mise au point et même dans la fabrication des premiers lots de vaccin. Nos hôpitaux, nos universités et nos groupes de recherche sur les vaccins disposent d'experts en essais cliniques qui sont parfaitement capables de réaliser les essais cliniques nécessaires pour mettre au point et fournir de nouvelles technologies de santé rapidement et à un prix abordable.

À votre avis, un fabricant public de médicaments et de vaccins comme les Laboratoires Connaught, qui se trouvaient autrefois au Canada, contribuerait-il à garantir l'accessibilité financière et la mise au point de médicaments et de vaccins qui sont mis au point, évidemment, grâce à des fonds publics?

M. Jason Nickerson: Je l'ai déjà dit à quelques reprises, mais le rythme auquel les découvertes scientifiques progressent dans le cadre de la mise au point d'un vaccin et de traitements contre la COVID-19 est absolument sans précédent. D'ailleurs, lorsque j'ai écrit cet article, l'entente de collaboration CanSino n'existait pas encore.

Je pense que ce point est mis en évidence par les propos de M. Fisher. Les essais cliniques seront effectués par des chercheurs de Dalhousie University, qui ont l'expérience de ce type d'essais cliniques. Il existe, dans des universités, des instituts de recherche et d'autres établissements, une certaine expertise dans la réalisation d'au moins certains types d'essais cliniques, de la phase I à la phase III. Il existe des modèles d'innovation qui ne reposent pas uniquement sur la vente au secteur privé de médicaments et de vaccins potentiels prometteurs à un stade précoce. Il y a d'autres façons de fonctionner dans ce secteur.

M. Don Davies: Je vous remercie.

J'aimerais remercier les témoins de l'Association dentaire canadienne de comparaître aujourd'hui.

Nous connaissons le travail effectué par votre association. De 33 à 35 % des Canadiens n'ont aucun régime d'assurance dentaire à aucun moment. Maintenant, comme vous l'avez mentionné, nous savons qu'environ trois millions de Canadiens ont perdu leur emploi en raison de la COVID-19 et en même temps, tout régime d'assurance dentaire auquel ils avaient accès par l'entremise de leur employeur.

À votre avis, le temps est-il venu de réévaluer la méthode de prestation de soins dentaires au Canada, afin de veiller à ce que tous les Canadiens aient accès à des services de santé buccodentaire essentiels?

Dr Jim Armstrong: Souhaitez-vous que je réponde ou que le Dr Burry, qui est expert en santé publique, réponde à la question?

M. Don Davies: C'est comme vous voulez.

Dr Jim Armstrong: Je répondrai en premier.

Je crois que le temps est venu. C'est la raison pour laquelle nous avons formulé notre proposition. Je crois qu'on peut aborder la question de plusieurs façons. Comme M. Nickerson l'a dit, nous sommes en train de tenter de déterminer comment nos systèmes... La COVID-19 a permis de cerner un grand nombre de lacunes dans nos systèmes.

Il y a des éléments intéressants dans l'Affordable Care Act, la loi américaine sur les soins abordables. Il y a également des modèles européens. Nous avons mené de nombreuses recherches au cours des 18 derniers mois sur différents types de modèles de soins pour ces patients. Un plus grand nombre de Canadiens perdront leur régime d'assurance dentaire; ils devront avoir accès à ces soins. Nous sommes tout à fait d'accord avec cela.

Le président: Je vous remercie, monsieur Davies.

C'est ce qui termine la première série de questions. Nous entamons la deuxième série de questions avec M. Kitchen.

Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

M. Robert Kitchen: Je vous remercie, monsieur le président.

J'aimerais remercier tous les témoins de leurs exposés.

J'aimerais d'abord m'adresser à vous, docteur Armstrong. À titre d'information, j'étais registraire de la profession chiropratique en Saskatchewan et j'ai ensuite été président de l'organisme. Je connais la différence entre l'association et l'organisme de réglementation. Je présume que, durant cette période, vous avez été en communication étroite avec le collège des chirurgiens-dentistes.

Si vous pensez pouvoir formuler une réponse, je vous en serais reconnaissant.

Selon le plan d'intervention économique du Canada, et sur le site Web de l'Association dentaire canadienne, les programmes d'aide financière mis en œuvre par le gouvernement pourraient ne pas s'appliquer à certains cabinets dentaires, car chaque situation dépend de la structure opérationnelle de chaque cabinet.

Avez-vous observé de grands bouleversements dans les nombreux cabinets?

● (1740)

Dr Jim Armstrong: Il y a environ 18 000 cabinets au Canada. Nous sommes probablement organisés de 19 000 façons différentes. Nous avons constaté que le gouvernement fédéral a été très efficace dans sa capacité à traiter et à modifier certaines d'entre elles. Pour certains cabinets, les subventions salariales ont été très importantes. Nous espérons qu'elles se prolongeront. Ce serait bien si elles étaient toujours versées après le mois d'août.

Habituellement, je n'aime pas beaucoup les politiciens, mais je les adore maintenant, car je pense que dans l'ensemble, nous avons plus de bons points dans notre réponse économique à la COVID-19. Le gouvernement fédéral semble certainement faire preuve d'une grande souplesse dans l'examen de certaines de ces questions.

M. Robert Kitchen: Dans ses prévisions et ses délibérations, l'Association dentaire canadienne s'est-elle fondée, en tout ou en partie, sur les données de l'Agence de la santé publique du Canada sur la COVID-19?

Dr Jim Armstrong: Je vais laisser le Dr Burry répondre à cette question, car il est mieux informé sur ce sujet.

Dr Aaron Burry (directeur adjoint aux affaires professionnelles, Association dentaire canadienne): Oui, certainement. Nous participons à de nombreuses conférences téléphoniques avec les intervenants de l'Agence de la santé publique du Canada sur tous les éléments liés à la COVID-19.

Notre organisme a réalisé une synthèse nationale pratiquement chaque semaine depuis le début de cette situation. Nous utilisons des données de l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres organismes pour veiller à ce que les dentistes d'un bout à l'autre du pays comprennent bien la situation.

Pour les dentistes, il s'agit avant tout de comprendre ce qui se passe dans leur collectivité, ainsi que les tendances, en particulier s'ils envisagent de rouvrir leur cabinet et de rétablir leurs services. Un grand nombre de cabinets sont restés ouverts pour fournir des soins d'urgence tout au long de la pandémie. D'autres commencent maintenant à proposer davantage de services en ligne. Nous devons comprendre l'évolution de cette pandémie, ainsi que tout autre renseignement que peut nous fournir l'Agence de la santé publique du Canada.

M. Robert Kitchen: Je m'aperçois que ça fait beaucoup de changements. Je remercie d'abord toute la profession qui, au début de l'épidémie, a fourni de l'équipement de protection individuelle. Beaucoup de dentistes se sont départis du leur. Vos recommandations pour obtenir un accès prioritaire à cet équipement sont importantes.

Quelle est l'ampleur de vos discussions avec l'Agence de la santé publique du Canada, pour que vous accédiez à cet équipement pour soigner la bouche des Canadiens?

Dr Aaron Burry: Sur ces discussions, les éclaircissements fédéraux sur les vendeurs et revendeurs légitimes d'équipement de protection individuelle au Canada ont été utiles. Malheureusement, les fournisseurs des dentistes qui en possèdent n'ont pas les réserves qui leur permettent d'en donner aux dentistes, et ça semble un problème national. C'est ce qu'on nous dit. Une éventualité importante pour les dentistes est l'épuisement de leurs réserves s'ils commencent à intensifier les soins qu'ils doivent donner et répondre à des problèmes qui ont été différés pendant plusieurs mois. À cet égard, je pense que l'impossibilité de regarnir les stocks aussi rapidement qu'on le voudrait engendre un sentiment général de contrariété.

M. Robert Kitchen: Merci. Je vous en sais gré.

Je pense que, d'une province à l'autre, les changements sont nombreux. En Saskatchewan, où les enjeux sont différents, les dentistes, par exemple, semblent adhérer le plus à des règlements des plus sévères, tandis que, en Ontario, les règlements se sont complètement assouplis ces trois derniers jours. La Saskatchewan compte certains des cas les moins nombreux.

L'Association dentaire canadienne estime-t-elle que le déconfinement donne de bons résultats dans son secteur quand il est de ressort provincial ou qu'une sorte de norme ou d'orientation nationale aurait été plus utile?

Dr Aaron Burry: Je pense que les Canadiens profiteraient tous d'une uniformisation plus poussée à l'échelle nationale et d'une orientation plus nationale de l'action des provinces. Diverses orientations, dans chaque province et à chaque niveau augmentent beaucoup la difficulté.

En même temps, il faut respecter et comprendre que les décisions locales se fondent sur la capacité locale. On nous a parlé, tout à l'heure, de la capacité d'un système de santé de répondre aux besoins. Je pense qu'on constate que, dans certaines parties du pays, des agents médicaux réagissent au fait qu'ils ne bénéficient pas du même niveau de soutien médical. Ils s'en inquiètent. Ils demandent donc aux dentistes d'en faire plus dans les provinces en question. Je pense que c'est révélateur de l'existence, au Canada, d'un système très étendu et très diversifié dans lequel, devant la même information, les agents trouvent des réponses différentes.

• (1745)

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

Nous passons maintenant à Mme Jaczek, qui dispose de cinq minutes.

Mme Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci, monsieur le président. Je remercie tous nos témoins pour leurs exposés.

Chacun de vous a fait allusion à un rôle plus dynamique pour le Canada dans chacun de vos domaines.

Je voudrais d'abord interroger le Dr Neilipovitz. Vous avez fait allusion aux normes nationales pour les pratiques dans les unités de soins intensifs. Vu que la santé est essentiellement de ressort provincial, comment prévoyez-vous que s'élaboreront ces normes nationales?

Dr Dave Neilipovitz: Merci pour la question.

Le problème du partage fédéro-provincial des compétences a toujours existé, et je ne suis pas naïf au point de croire que sa solution est simple. Mais, actuellement, la plupart de nos sociétés se

plient à une norme nationale, et je crois que l'occasion est belle, pour le gouvernement fédéral, de collaborer avec les provinces pour fixer les attentes concernant les unités de soins intensifs. Leurs directions fédérales collaboreraient avec les diverses autorités provinciales ainsi que notre société nationale. On fixerait ainsi ce qu'une unité de soins intensifs de niveau 3 est censée fournir. Les divers autres constituants et, je crois, les provinces et les médecins lui feraient bon accueil.

Je suis peut-être naïf de croire que c'est facile, mais tous aspirent à une norme nationale. Des normes nationales s'appliquent dans les salles d'opération et dans divers autres lieux. Pourquoi pas dans nos unités de soins intensifs?

Mme Helena Jaczek: L'Hôpital d'Ottawa semble bien préparé et depuis longtemps. Visiblement, les expériences antérieures, comme avec le SRAS, semblent l'avoir très sensibilisé à la nécessité de la planification en vue d'une pandémie.

Comment vous préparez-vous à une éventuelle deuxième vague? Comment cela se présente-t-il pour votre hôpital?

Dr Dave Neilipovitz: Je peux parler de l'hôpital et de l'Ontario aussi. Je pense que cette province, comme vous l'avez fait remarquer, grâce à l'épreuve du SRAS, était peut-être mieux préparée que d'autres, parce qu'elle y a consacré une quinzaine d'années. Nous avons eu des simulations, même si c'était avec le virus H1N1.

En vue de la deuxième vague, qui peut ne pas survenir, nous continuons de nous préparer en misant sur des réserves suffisantes pour nous d'équipement de protection individuelle. Presque chaque semaine, notre parc de ventilateurs augmente. C'est toujours ça de pris.

Je collabore avec des homologues d'autres établissements, pour déterminer les modalités de cette collaboration. L'expérience a été très positive entre tous les emplacements. Ce serait consolant pour les Canadiens s'ils savaient. Nous y travaillons.

Nous revoyons nos protocoles et pratiques, en commun, suivant les grandes lignes des événements internationaux, comme l'a préconisé M. Nickerson. C'est certainement notre démarche et notre matériel, en Ontario.

Nous essayons aussi de trouver des façons de déterminer le début probable d'une deuxième vague, à l'affût de mesures et de signaux qui nous permettraient de nous préparer rapidement, mais sans nuire aux autres soins, comme ça semble s'être produit dans la première vague.

Mme Helena Jaczek: Qu'en est-il de l'épuisement professionnel des soignants de première ligne, de ceux des unités de soins intensifs? C'est visiblement extrêmement stressant pour eux. Comment avez-vous transigé avec les aspects de santé mentale qui ne manquent jamais de se manifester quand le stress est si élevé?

Dr Dave Neilipovitz: Je pense que c'est par la discussion et la mise en commun des expériences. En fait, j'ai été très impressionné par l'apport de certaines de nos sociétés ainsi que du gouvernement, du moins celui de l'Ontario, le mien, pour nous accorder des stratégies axées sur la santé mentale et la pleine conscience.

Honnêtement, ce n'est pas seulement les soins intensifs qui ont été éprouvés. Je pense que nous devrions reconnaître que dans d'autres secteurs de nos hôpitaux, des professionnels de la santé se sont portés au secours de leurs collègues et ont apporté leur aide dans des conditions auxquelles ils n'étaient pas habitués. Je sais que beaucoup de membres des équipes des salles d'opération — je suis également anesthésiologiste — se sont portés volontaires, ont donné de leur temps et ont soigné des patients dans les établissements de soins de longue durée.

Plus ça dure, plus je m'inquiète du temps qu'il faudra, y compris pour redémarrer. Ce sera certainement éprouvant pour nos infirmières, nos inhalothérapeutes et autres spécialistes et nos médecins. Je crois donc que l'aide fournie aux sociétés a été utile aux médecins. Le surplus de rémunération accordé à nos professionnels de la santé a certainement été le bienvenu.

Je pense bien qu'une stratégie à long terme sur les effets de la COVID sur la santé mentale des professionnels de la santé et des Canadiens en général devrait être un souci majeur de notre gouvernement.

• (1750)

Le président: Merci, madame Jaczek.

Nous passons à Mme Jansen, qui dispose de cinq minutes.

Mme Tamara Jansen: Merci.

Docteur Neilipovitz, je me demandais quel pourcentage de lits des unités de soins intensifs on a utilisé à Ottawa, au plus fort de la pandémie. Je pense que vous l'avez dit.

Dr Dave Neilipovitz: C'a été 57 lits aux deux emplacements. Heureusement, et croyez-le ou non, les soins intensifs n'ont pas été poussés à leur limite dans la plupart des centres canadiens. En gros, ils étaient utilisés à environ 80 % de leur capacité. Nous n'avons jamais été obligés d'aller dans nos secteurs pandémiques.

Mme Tamara Jansen: Très bien.

Dès le début, le premier ministre a vanté la grande capacité d'intensification de notre système de santé. Ma première réaction a été de penser que tout Canadien ayant dû attendre quelques heures à l'urgence sait que notre système n'a pas cette capacité.

Croyez-vous que la fermeture d'importants services médicaux comme ceux de chirurgie cardiaque et ainsi de suite constitue réellement de la capacité d'intensification ou n'est-ce pas, en quelque sorte, une autre façon de déshabiller Pierre pour habiller Paul?

Dr Dave Neilipovitz: Votre question révèle que vous connaissez la réponse, c'est-à-dire que nous avons modifié les soins que recevaient d'autres patients. C'est la réalité. C'est une chose de cesser de pratiquer une chirurgie d'urgence, ce qui n'a pas vraiment eu lieu; c'est surtout les chirurgies électives qui ont été touchées. Il y avait une capacité d'intensification non inhérente à notre système. Je pense qu'il y a des moyens de l'améliorer.

Mme Tamara Jansen: Qu'en pensez-vous? Est-ce les hôpitaux de campagne? Je ne crois pas que nous y ayons eu recours, c'est-à-dire éloigner la COVID des autres processus, peut-être avec des hôpitaux de campagne. Est-ce qu'on y a songé?

Dr Dave Neilipovitz: L'idée des hôpitaux de campagne a été examinée. Je fais partie de groupes qui les ont examinés et en ont discuté, mais c'était plus facile à dire qu'à faire. On peut ouvrir un bon nombre d'hôpitaux à capacité d'intensification, mais comment y

affecter le personnel? Comment les équiper et les doter de fournitures et ainsi de suite?

D'autres stratégies seraient plus efficaces. La plupart des Canadiens sont désormais conscients que beaucoup de patients d'hôpitaux de soins intensifs seraient mieux soignés dans des établissements de soins de longue durée, qui sont certainement, et c'est malheureux, en nombre insuffisant. Pour l'avenir, ce sera un sujet important de discussion. À cause des modifications dans les soins de longue durée, nos soins intensifs ont été encore plus sujets à des contraintes. Je pense qu'une stratégie globale des soins de longue durée se fait attendre depuis longtemps au Canada.

Mme Tamara Jansen: D'accord.

En entendant tous les besoins du système de santé après cette pandémie — je veux dire que votre groupe de témoins, visiblement, en a énuméré beaucoup —, le problème semble presque trop gros pour être soluble. Vous savez, s'il fallait répondre aux besoins de tous les hôpitaux, ce serait un peu comme essayer d'avaler un éléphant. Où peut-on même commencer?

Comment établir les priorités? Quel serait, d'après vous, le changement le plus indispensable à faire dans nos infrastructures ou ailleurs? Quel serait le résultat le plus à notre portée? Pourriez-vous désigner une solution précise et très efficace, immédiatement applicable, presque sans décroiser les bras?

Dr Dave Neilipovitz: Excellente question!

À l'impossible, nul n'est tenu, mais je commencerais vraiment par les soins de longue durée. Comment sortir d'un hôpital de soins intensifs les patients qui n'ont pas besoin d'y être?

J'ai fait allusion à certains des défis qui se posent en fin de vie, et le sujet est certainement difficile. Mais je crois important d'examiner tous les aspects de ce moment et non seulement la principale question abordée il y a plusieurs années. Il y en a d'autres.

Les soins de longue durée, je le crois vraiment, contribueraient beaucoup à résoudre certaines difficultés qu'éprouvent les hôpitaux. Notre plus gros problème, et de loin, est le manque de place. Si nous vidions de 20 à 30 % de nos lits d'hôpitaux de leurs patients, des patients qui, malheureusement, ne peuvent aller nulle part ailleurs, nous contribuerions beaucoup à améliorer notre système de santé.

• (1755)

Mme Tamara Jansen: Peut-on, par des méthodes innovantes, raccourcir les longues listes d'attente? Pourrions-nous appliquer des marches à suivre à l'extérieur du système ordinaire de santé pour, peut-être, soulager la pression comme, que sais-je? des services mobiles privés de radiologie, ce genre de services? Peut-on le faire avec créativité? Non mais, une liste d'attente de sept ans pour le remplacement d'une hanche semble une mauvaise idée.

Dr Dave Neilipovitz: On peut toujours être créatifs. Chaque modification du système apporte des occasions de faire mieux.

Pendant la COVID, nous avons certainement trouvé beaucoup de moyens d'augmenter l'efficacité. La télémédecine a certainement aidé à beaucoup d'aspects. Tous les patients n'ont pas besoin de se présenter à l'hôpital pour consulter le médecin. Voilà pourquoi ça me semble une occasion à saisir. L'investissement dans nos services de télémédecine permettrait un délestage partiel.

La privatisation des idées et leur sortie du cadre traditionnel comportent à la fois un inconvénient et une occasion à saisir. Il faut sûrement l'examiner, mais en reconnaissant que notre objectif suprême est de soigner équitablement tous les Canadiens.

Mme Tamara Jansen: Oui.

Le président: Merci, madame Jansen.

Entendons maintenant M. Kelloway.

Monsieur Kelloway, vous disposez de cinq minutes.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, monsieur le président. Je salue mes collègues et les témoins.

Je l'ai déjà dit. J'ai oublié le nombre de nos séances. Je devrais le savoir, comme ça, au pied levé, mais il y en a eu amplement pendant la pandémie. Mais chacun des témoins a fourni tellement de renseignements et de connaissances, à nous, au public canadien, à moi, que je tiens seulement à l'en remercier.

Je questionnerai d'abord l'Association dentaire canadienne.

Les questions qu'on pose ou, plus important encore, les réponses entendues amènent des révélations. Docteur Armstrong, vous avez dit de considérer la dentisterie comme ayant beaucoup de patients externes, et cela m'a paru une révélation incroyable sur la reformulation des perceptions par rapport aux réalités du système de santé. Pourriez-vous approfondir un peu cette observation vraiment intéressante? Vous avez parlé des 3 milliards de dollars fédéraux qu'on pourrait ou devrait y investir, dans la province. Je pense que vous y avez fait allusion un peu, mais je tiens à vous donner l'occasion de peut-être éclairer un peu mieux ces éventuels éléments particuliers, ces éventuels secteurs d'investissement.

Ensuite, ma question, toujours à votre association, sur le début de la reprise des soins dentaires dans le pays comme beaucoup d'autres services de santé, serait de décrire en quoi la dentisterie, demain ou dans deux ou trois semaines, aura changé par rapport à ce qu'elle était avant la COVID?

Merci beaucoup.

Dr Jim Armstrong: Je vous remercie pour ces deux questions. Je vais répondre à la deuxième question en premier, car elle est plus simple.

Je ne peux pas vous dire à quoi ressemblera la situation, car les choses évoluent quotidiennement. La semaine dernière, 3 000 nouveaux articles ont été publiés au sujet de la COVID. Il y a trop de facteurs: le temps que durera la pandémie, le moment où nous aurons un vaccin et la durée de la période pendant laquelle nous devrions modifier nos processus.

J'aimerais revenir aux propos du Dr Neilipovitz concernant la télémédecine. Nous commençons à utiliser la télédentisterie, qui présente, selon moi, un grand potentiel pour l'accès équitable aux soins.

Il est certain que l'Association dentaire canadienne souhaite rendre l'accès aux soins plus équitable, réduire les coûts des soins et en accroître la qualité.

Pour répondre à votre première question, au sujet des 3 milliards de dollars, je peux dire que le Canada, comparativement à bien d'autres pays, sous-finance la santé publique et l'aide publique. Comme l'un de vos collègues, l'honorable Don Davies, l'a souligné, entre 30 et 35 % des Canadiens ne bénéficient d'aucune assurance

dentaire ou leur assurance n'est pas suffisante. Ce qui nous préoccupe véritablement, c'est le nombre de Canadiens qui perdront cette assurance, car la récession à laquelle la pandémie donnera lieu risque d'être très profonde et très longue.

Si une partie du financement était destinée aux soins buccodentaires, ce serait une bonne chose, car le financement de ces soins provient souvent des services sociaux et non du budget de la santé. Ces soins sont les derniers à être financés et les premiers à subir des compressions. Nous disposons de très bonnes cliniques privées, mais nous avons également de très bonnes installations en milieu hospitalier, mais elles sont sous-financées. Si nous pouvions obtenir le financement nécessaire... Je crois que nous avons tous dit que nous sommes ouverts à des suggestions. Nous sommes disposés à examiner tous les moyens d'accroître le financement, car le problème demeure l'accès équitable aux soins pour l'ensemble des Canadiens.

• (1800)

M. Mike Kelloway: Un sujet récurrent dans les discussions d'aujourd'hui est sans aucun doute l'accès équitable aux soins.

J'aimerais en apprendre davantage au sujet de la télédentisterie. En Nouvelle-Écosse, nous observons un recours accru à la télémédecine en raison de la COVID, et nous constatons que les gens commencent à s'y habituer. J'aimerais en savoir davantage au sujet de la télédentisterie. Merci.

Ma prochaine question s'adresse au représentant de l'hôpital d'Ottawa.

J'aimerais que vous me décriviez ce que vit une personne atteinte de la COVID hospitalisée chez vous. J'aimerais savoir quel traitement est prodigué, mais je m'intéresse aussi au suivi qui est assuré par la suite. Je me demande si vous pourriez, pour les autres témoins, pour mes collègues et pour les Canadiens, nous expliquer tout cela.

Dr Dave Neilipovitz: C'est une grande question.

En ce qui concerne les patients, ils ne présentent pas tous les mêmes symptômes. La réaction d'une personne au virus ne correspond pas nécessairement à celle de tout le monde.

Malheureusement, les patients que je traite figurent parmi les personnes les plus malades. Lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, un grand nombre d'entre eux ont de la difficulté à respirer. Ils vivent également de la peur et de l'anxiété en raison de tout ce qu'ils ont entendu au sujet de la maladie. Je dois dire que les infirmières ont offert des soins fantastiques.

Ce qui fait que ces patients sont différents de ceux atteints de toute autre maladie ou de tout autre trouble, c'est qu'ils ne peuvent compter sur la présence d'aucun membre de leur famille ou ami. Je crois que c'est un aspect tragique de cette situation dont nous parlerons pendant encore plusieurs années. Nous avons fait de notre mieux, du moins à l'hôpital d'Ottawa, pour permettre aux patients, notamment grâce à des vidéos, de voir les personnes qu'ils souhaitent vraiment voir. Qu'une personne qui n'est pas un membre de leur famille soit là pour les toucher et leur tenir la main, c'est mieux que rien, mais ce n'est pas comme si c'était un membre de la famille.

Pour répondre à votre question concernant ce que vivent ces patients... je peux dire qu'ils ont le souffle court. Certains patients ont de la difficulté à respirer, tandis que d'autres, étonnamment, n'éprouvent pas cette difficulté, quoique leur taux d'oxygène dans le sang soit assez faible.

En ce qui concerne le rétablissement, je sais que mes collègues qui travaillent dans ce domaine font de leur mieux. Il y a certes beaucoup d'inconnues, notamment la question de savoir si les gens sont contagieux ou non. Ils font de leur mieux pour aider les patients à se rétablir. Certains d'entre eux ont besoin d'un ventilateur pendant près d'un mois, alors vous pouvez imaginer la perte musculaire et les changements qu'ils subissent.

M. Mike Kelloway: Je vous remercie beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

La parole est maintenant à M. Desilets.

[Français]

Monsieur Desilets, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Luc Desilets: Merci, monsieur le président.

Bonjour à tous. Je vous remercie d'être là.

Ma question s'adresse à vous, docteur Neilipovitz. Vous parlez de normes nationales, mais vous dites aussi qu'il devrait y avoir une importante collaboration avec les provinces. Dans ce contexte, que dites-vous des transferts en santé qui sont souvent demandés, évidemment, par les provinces?

[Traduction]

Dr Dave Neilipovitz: Vous voulez savoir ce que je pense des transferts en santé? Devrait-on les augmenter? Devraient-ils être modifiés?

En ce qui a trait à l'idée d'accroître le financement, aucun médecin ne dira que nous ne devrions pas augmenter le financement, quoique j'estime que nous devrions financer la santé de façon plus intelligente. Je crois que nous sommes tous de cet avis.

Pour ce qui est des transferts en santé, il est certain que nous voudrions qu'ils soient augmentés. Toutefois, je dirais que nous devons travailler plus intelligemment. Aucune source de financement n'est inépuisable. Il est possible pour nous tous de travailler ensemble. Je collabore moi-même avec des collègues qui travaillent à Gatineau. Lorsque la COVID a fait son apparition, nous leur avons offert nos services, et j'ai travaillé avec mon homologue. Il existe une collaboration entre les provinces. Nous pouvons travailler ensemble, et la collaboration peut certes ouvrir la voie au financement.

• (1805)

[Français]

M. Luc Desilets: Dans votre deuxième recommandation, je crois, vous souhaitez que le gouvernement apporte son soutien au développement de la télémédecine dans les unités de soins intensifs.

Pouvez-vous m'expliquer comment peut se vivre la télémédecine en soins intensifs?

[Traduction]

Dr Dave Neilipovitz: Merci.

Il faut s'appuyer sur ce qui se fait ailleurs dans le monde, de sorte qu'un département comme le mien pourrait obtenir des vidéos ainsi que l'information fournie par les investigations et les moniteurs, en vue d'aider les équipes qui prodiguent les soins, fournissent des avis et orientent les traitements. Ainsi, des experts, même dans divers autres départements, pourraient contribuer à améliorer les soins dans des établissements éloignés. Il serait alors possible, grâce aux vidéos et en améliorant la connexion, de voir et de savoir ce qui se passe.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Desilets.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Monsieur Nickerson, au cours de la dernière législature, le comité de la santé a produit un rapport sur la science ouverte, dans lequel il recommande que les Instituts de recherche en santé du Canada imposent l'obligation d'accorder une licence donnant un libre accès en ce qui a trait aux médicaments et aux vaccins. À votre connaissance, est-ce que les Instituts de recherche en santé du Canada ont mis en place une politique de libre accès en ce qui concerne les médicaments et les vaccins liés à la COVID-19 mis au point grâce à des fonds publics ou est-ce qu'ils obligent les organismes qu'ils financent à se doter d'une telle politique?

M. Jason Nickerson: Je ne reçois pas actuellement de financement des Instituts de recherche en santé du Canada, mais, à ma connaissance, une telle obligation n'existe pas.

M. Don Davies: Je présume que vous recommanderiez une telle obligation.

M. Jason Nickerson: Tout à fait. C'est l'une des recommandations que nous avons formulées à l'intention du Comité au cours de la précédente législature, c'est-à-dire que le financement accordé pour la mise au point de médicaments, de vaccins, de tests de diagnostic et d'autres technologies devrait être conditionnel à la mise en place d'une politique qui prévoit que l'octroi d'une licence doit être assorti de dispositions qui visent à garantir l'abordabilité, l'accessibilité et un juste prix lors de la commercialisation. Je pense que d'imposer cette condition au départ permet de négocier assez efficacement certaines de ces dispositions.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Armstrong et docteur Burry, je sais que vous avez coprésidé le groupe de travail de l'Association dentaire canadienne chargé de planifier le retour au travail. J'ai quelques questions à vous poser.

À votre avis, est-ce que les cliniques dentaires dans toutes les régions du pays sont en mesure de reprendre leurs activités de façon sécuritaire, à tout le moins en ce qui concerne les services non urgents?

Dr Aaron Burry: En ce qui concerne les différentes régions du pays, je peux vous dire que sur la côte Est, par exemple, où aucun cas d'infection n'a été signalé depuis plusieurs semaines, je crois que les cliniques dentaires sont tout à fait en mesure de reprendre leurs activités d'une manière sécuritaire. Je crois que la situation est encore difficile dans des provinces comme le Québec et l'Ontario, où il y a des éclosons et où on surveille encore la situation.

Dans l'avenir, il serait bien d'établir des normes nationales à appliquer en cas de pandémie qui préciseraient ce qu'il faut faire. Toutes les directives sont essentiellement provisoires. Nous devons nous rappeler qu'il s'agit de directives provisoires dans le contexte d'une situation nouvelle. Cette pandémie est sans précédent; nous n'avons jamais vécu cela auparavant.

Je pense que la plupart des cliniques sont en mesure de procéder à leur réouverture. Il y a toutefois des doutes qui persistent, notamment dans les Territoires du Nord-Ouest, où les médecins sont très préoccupés par la fragilité du système de santé dans ce territoire.

Le président: Merci.

Cela met fin à la deuxième série de questions.

Je tiens à remercier tous les témoins pour le temps qu'ils nous ont consacré, leur expertise et leurs connaissances, dont ils nous ont fait profiter. Je tiens aussi à remercier les membres du Comité.

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>