



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

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

---

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 032**

Le mardi 7 juillet 2020

---

Président : M. Ron McKinnon





## Comité permanent de la santé

Le mardi 7 juillet 2020

• (1100)

[Traduction]

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

Bienvenue, tout le monde, à la réunion n° 32 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément à l'ordre de renvoi du 26 mai 2020, le Comité reprend sa séance d'information sur la réponse canadienne à l'écllosion du coronavirus.

J'aimerais vous faire part de quelques consignes pour assurer le bon déroulement de la réunion. Pendant la vidéoconférence, le service d'interprétation sera très semblable à celui offert lors d'une réunion de comité habituelle. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, l'anglais ou le français.

Si vous avez l'intention de passer d'une langue à l'autre lorsque vous parlez, vous devez également changer le canal pour qu'il corresponde à la langue dans laquelle vous vous exprimez. Vous pouvez également faire une petite pause lorsque vous changez de langue. Veuillez attendre que je vous nomme avant de parler. Lorsque vous êtes prêts à intervenir, cliquez sur l'icône du microphone afin d'allumer votre micro. Je rappelle aux membres du Comité et aux témoins que toute intervention doit se faire par l'entremise de la présidence. Lorsque vous n'avez pas la parole, votre micro doit être éteint.

Veuillez prendre note que je serai très strict avec le temps aujourd'hui, puisque nous devons passer à huis clos plus tard.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins. À titre personnel, nous recevons Mme Arjumand Siddiqi, professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health à l'Université de Toronto. Du Wellsley Institute, nous accueillons le Dr Kwame McKenzie, président-directeur général. Bienvenue à vous deux.

Nous allons commencer avec Mme Siddiqi.

La parole est à vous. Vous avez 10 minutes.

**Mme Arjumand Siddiqi (professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, à titre personnel):** Merci beaucoup.

Je vous remercie de me donner l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui. Je suis très reconnaissante à mes parents et à tous ceux qui ont rendu cette comparaison possible. Il faut faire preuve d'un sens aigu des responsabilités dans le cadre de mes fonctions comme scientifique, et je souhaite ardemment que mon pays, le Canada, fera ce qui s'impose pour tous ses citoyens.

Je suis professeure agrégée et chef de la division en épidémiologie à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto, où je suis titulaire de la chaire de recherche du Canada sur

l'équité en santé des populations. Je suis épidémiologiste sociale et j'étudie les inégalités en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé, en mettant particulièrement l'accent sur les politiques sociales et les autres facteurs sociétaux qui sont en fin de compte responsables de l'occasion pour tous d'être en santé.

Depuis que la gravité de la pandémie de COVID-19 est devenue apparente, les autorités canadiennes nous ont assuré que nous étions tous dans le même bateau. En effet, les séances d'information quotidiennes nous ont donné le sentiment que le nombre total de cas et de décès dans nos villes et nos provinces est un bon indicateur de l'inquiétude que chacun de nous éprouve face au risque de la COVID-19 ou de la confiance que nous pouvons avoir de reprendre certaines de nos activités antérieures à la COVID.

Cependant, à la fin de mai, un rapport étonnant — bien que tout à fait prévisible pour ceux d'entre nous qui étudient ces choses et ceux d'entre nous qui les vivent — a laissé entendre que les données de la ville que nous recevions durant les séances d'information de la Santé publique de Toronto dissimulaient d'énormes différences dans le fardeau et le risque de la COVID-19 parmi les quartiers de Toronto. Un phénomène similaire a également été noté pour Montréal. Les quartiers du nord-ouest de Toronto, qui sont fortement habités par des Noirs et des gens de la classe ouvrière — notamment Jane et Finch, Rexdale et Weston —, ont été les plus durement touchés. Les dernières données indiquent des taux de cas supérieurs à 450 par 100 000 habitants dans ces quartiers.

Pendant ce temps, le centre-ville et les quartiers centraux, dont les résidents sont principalement blancs et riches, ont à peine été touchés. Par exemple, Yonge et Eglinton ont un taux de cas de 14 et Beaches a un taux de 15 cas par 100 000 habitants.

Cela signifie que les données globales pour Toronto ont occulté un risque de COVID-19 plus de 40 fois supérieur entre les quartiers ouvriers noirs de Toronto et ses quartiers riches blancs. Si le coronavirus lui-même ne fait pas de discrimination, notre société en fait malheureusement. Le Canada est structuré d'une manière qui a placé le fardeau du risque de la COVID-19 carrément sur les épaules et les poumons de la classe ouvrière noire et, dans une moindre mesure, des autres membres de la classe ouvrière non blanche.

La répartition spatiale de la COVID-19 dans les quartiers de Toronto reflète moins le fait que les quartiers eux-mêmes sont risqués que le fait que les Noirs de Toronto ont tendance à vivre dans un petit ensemble de quartiers, ceux dans lesquels ils peuvent se permettre d'avoir un logement et éviter la discrimination en matière de logement, tandis que les Blancs riches vivent dans un ensemble de quartiers qui offrent le plus de commodité et de confort.

Pourquoi utilisons-nous des données de voisinage si les quartiers ne sont pas vraiment le cœur du problème? Malheureusement, ce sont les meilleures données dont nous disposons pour comprendre les caractéristiques sociales — race, revenus, etc. — qui comportent un risque de mauvaise santé, notamment la COVID-19. Nous utilisons effectivement les caractéristiques des quartiers comme indicateur des caractéristiques individuelles et, parce que Toronto est si fortement et structurellement ethnoculturelle, et que les gens sont tellement regroupés par race et par revenu dans divers quartiers, pour l'instant, c'est malheureusement une approximation raisonnable à faire, même si elle est imparfaite.

Dans un premier temps, je vous exhorte à réfléchir longuement à une meilleure collecte de données raciales et socio-économiques chaque fois que nous colligeons régulièrement des données au Canada sur la santé et d'autres questions dans notre système de soins de santé, nos écoles, le marché du travail, etc. C'est essentiel pour comprendre notre pays et demander à nos gouvernements de rendre des comptes sur l'inégalité raciale de la même manière que les données sur le genre sont utilisées pour lutter contre l'inégalité entre les sexes.

Si ce n'est pas le quartier, qu'est-ce qui crée alors un plus grand risque pour les travailleurs noirs de la classe ouvrière? En raison du manque de données, il est difficile de répondre à cette question sans équivoque; cependant, nous pouvons nous appuyer sur un ensemble très vaste et solide de recherches menées dans d'autres pays, ainsi que sur des preuves indirectes provenant du Canada.

La meilleure explication — bien qu'il y en ait d'autres dont je me ferai un plaisir d'aborder —, c'est que les emplois dans les services essentiels qui ont continué d'être occupés pour effectuer les commandes à domicile sont en grande partie occupés par des Noirs et des membres de la classe ouvrière non blanche.

- (1105)

Ce sont nos travailleurs en soins de longue durée et en soutien personnel. Ils nettoient nos hôpitaux et transportent nos patients d'un endroit à l'autre. Ils approvisionnent nos épiceries, conduisent nos camions de livraison et travaillent dans les champs pour récolter nos produits. En revanche, les emplois qui permettent de rester chez soi, tout en ayant l'esprit tranquille quant à sa sécurité d'emploi et à ses revenus, sont largement occupés par de riches Blancs. Ce sont nos banquiers et nos financiers, nos avocats et, oui, nos professeurs.

La conséquence évidente est que les emplois occupés de façon disproportionnée par des Noirs et d'autres Canadiens non blancs les forcent à travailler dans des environnements qui présentent un risque élevé d'exposition à la COVID-19, alors que les emplois occupés de façon disproportionnée par des Blancs plus riches offrent une protection contre l'exposition à la COVID-19.

En fin de compte, sachant que les travailleurs noirs et les autres travailleurs non blancs à faible revenu n'ont guère le choix, nous les sacrifions pour que le reste d'entre nous puisse se réfugier dans le confort de nos foyers et attendre que cela se termine.

Ce tri racial des emplois n'est évidemment pas fonction du hasard ou du choix. Il est le résultat d'une confluence de politiques et de systèmes canadiens dans lesquels la discrimination raciale est si persistante et omniprésente qu'elle ne peut être considérée comme un incident isolé ou même comme un complément à la compréhension de notre système d'institutions et de politiques. Elle fait plutôt partie intégrante des systèmes en soi. Divers universitaires ont utili-

sé des expressions telles que le racisme systémique, le racisme structurel, le racisme institutionnel et le capitalisme racial pour désigner cet ancrage profond du racisme dans nos politiques et systèmes sociétaux.

Au-delà de l'emploi, le racisme systémique est plus généralement le principal facteur qui détermine qui a la sécurité économique, la richesse et le revenu. Il peut être encore plus puissant que le sexe à cet égard. À son tour, la sécurité économique est le principal indicateur de la santé, car elle facilite les conditions de vie quotidienne qui sont fondamentales pour la santé: des emplois qui ne nous exposent pas à des risques pour la santé, beaucoup d'argent pour payer les factures, des logements confortables, des quartiers agréables, une bonne alimentation et peu de stress.

Et cela est vrai qu'il s'agisse de la COVID-19 ou de maladies cardiovasculaires, de dépression ou de diabète. Au final, il faut une sécurité économique pour avoir de bonnes chances de vivre en santé, et c'est précisément pour cette raison que la sécurité économique est si cruciale et que les inégalités raciales et sanitaires sont si omniprésentes et persistantes. Le racisme limite l'accès des travailleurs noirs à la richesse, aux emplois, aux revenus, etc. Aussi horrible que soit le fait que nous ayons des inégalités raciales durant la pandémie de COVID-19, il ne s'agit en réalité que d'une autre manifestation d'un système d'inégalités raciales profondément ancré.

C'est donc la cause profonde — le racisme systémique — que nous devons vraiment corriger pour redresser les inégalités durant la crise de la COVID-19. Dans ce qui suit, je vais vous présenter les meilleures options pour y parvenir, selon les données scientifiques.

La première consiste à s'attaquer avec vigueur à l'inégalité raciale en matière de richesse, à l'inégalité au niveau des stocks d'argent et de biens.

Des économistes comme Miles Corak au Canada et William Darity Junior et Darrick Hamilton aux États-Unis ont fait une découverte déconcertante sur l'inégalité de la richesse qui, comme je vais l'expliquer, est sans doute encore plus critique que l'inégalité des revenus. Il s'avère que la principale source d'inégalité raciale en matière de richesse ne réside pas dans les différences raciales au niveau de l'éducation, voire de l'emploi et du revenu. Ces éléments sont importants, mais ce sont les conséquences, et non les causes, de l'inégalité raciale en matière de richesse.

La plus grande source d'inégalité de la richesse est ce que les économistes appellent les transferts intergénérationnels et ce que le reste d'entre nous appellerait les cadeaux de maman et papa et de grand-maman et grand-papa. C'est vrai: l'avantage de la richesse des Blancs n'est pas un avantage gagné. Les cadeaux sont ce qui permet aux Blancs de payer pour faire progresser leur éducation et donc leur revenu, et ce qui leur permet de verser une mise de fonds pour l'achat d'une maison tôt dans leur vie.

C'est injuste pour de nombreuses raisons, dont la plus importante est peut-être les injustices historiques qui ont permis aux Blancs, mais pas aux autres, d'accumuler de la richesse au fil des générations.

Ce sont ces transferts de richesse qui créent des occasions de revenus plutôt que des occasions de richesse. Cela signifie que les Canadiens noirs accusent déjà un retard à la naissance. C'est inacceptable, et le Canada doit envisager, comme le font les États-Unis, un système d'obligations pour bébés ou un système semblable dans le cadre duquel les jeunes enfants issus de groupes noirs et autres qui ont été historiquement désavantagés reçoivent une somme qui profite à mesure que l'enfant vieillit et qui, à l'âge adulte, peut être utilisée de la même manière que les cadeaux familiaux ont été utilisés par les riches familles blanches. Les économistes ont même calculé combien de temps il faudrait à une telle politique pour créer l'égalité de la richesse.

En plus de résoudre l'inégalité de la richesse, nous devons aborder la question de la sécurité du revenu pour chaque Canadien. Nous devons concevoir un marché du travail dans lequel chaque emploi est un emploi de qualité.

• (1110)

Nous devons veiller à ce que les salaires, les avantages sociaux et les conditions de travail de tous les emplois répondent à une norme minimale élevée et que la discrimination en matière d'emploi soit plus rigoureusement sanctionnée.

Nous disposons de solides données d'essais aléatoires qui nous racontent une histoire très désolante de discrimination raciale sur le marché du travail qui ne peut pas être expliquée par les différences dans les diplômes étrangers ou le manque d'expérience professionnelle au Canada.

Nous devons cesser de nous reconforter par le fait que les gens parviennent d'une manière ou d'une autre à survivre et à créer les conditions qui leur permettent de s'épanouir. Il existe d'innombrables exemples de moyens de mettre ce système en oeuvre. Par exemple, une garantie universelle d'emploi mettrait fin au chômage involontaire et créerait de bons emplois pour effectuer un travail important dont le Canada a cruellement besoin. Elle mettrait également de la pression sur le secteur privé pour qu'il soit compétitif sur le plan des salaires et des conditions de travail.

Enfin, nous devons universaliser l'accès aux services de base qui créent une qualité de vie élevée: services de garde, éducation, santé et assurance-médicaments au sens large, soins aux personnes âgées, etc. Nous ne pouvons plus limiter les possibilités en fonction de la race et de la situation économique. C'est si injuste et si indigne d'un pays qui a tant à offrir.

Voilà, c'est dit. Il n'y a pas de solution partielle pour résoudre les inégalités durant la crise de la COVID-19. Même si on élaborait des politiques de fortune, on serait rapidement de retour ici pour parler d'une autre inégalité raciale en matière de santé, car c'est ainsi que ça fonctionne. Si nous ne réglons pas les problèmes structurels fondamentaux du racisme systémique et de son incidence sur la sécurité économique, rien ne change jamais. Ce n'est tout simplement pas juste pour un Canadien d'être soumis à cela.

Si les solutions politiques que j'ai exposées sont audacieuses, elles sont très réalisables. De nombreux chercheurs ont souligné la manière dont ces politiques peuvent être conçues et financées. Il nous incombe...

**Le président:** Docteur, pardonnez-moi, mais je vous prie de conclure vos remarques.

**Mme Arjumand Siddiqi:** D'accord.

Il nous incombe de mieux voir aux intérêts de notre population, et j'espère certainement que nous le ferons.

Merci.

**Le président:** Merci, docteur.

Nous allons maintenant entendre le Dr McKenzie pour 10 minutes.

**Dr Kwame McKenzie (président-directeur général, Wellesley Institute):** Monsieur le président et honorables membres, merci de m'avoir invité à m'adresser au comité permanent.

Je suis médecin et aussi le président-directeur général du Wellesley Institute, un groupe de réflexion qui vise à améliorer la santé et l'équité en matière de santé grâce à la recherche et à l'élaboration de politiques axées sur les déterminants de la santé. Ce matin, vous auriez dû recevoir le résumé de la note d'information que nous avons soumise au comité permanent. Le résumé donne plus de détails sur les recommandations que je vais formuler aujourd'hui. La note d'information complète s'inscrit dans le contexte et fournit des références à mes observations.

J'aimerais particulièrement remercier Erica Pereira, la greffière procédurale, d'avoir fait traduire le résumé aussi rapidement.

La survie des passagers à bord du *Titanic*, il y a de cela plus d'un siècle, était directement liée à leur statut social: 60 % de ceux en première classe ont survécu, par rapport à 42 % de ceux en deuxième classe, et seulement 24 % de ceux en troisième classe ont survécu. Le plan d'évacuation du *Titanic* était le même pour tout le monde, mais les passagers en troisième classe étaient dans des couchettes intérieures inférieures et avaient du mal à se rendre aux canots de sauvetage. Le nombre de décès est élevé parce qu'il n'y avait pas de plan adéquat pour eux, même s'ils étaient les passagers qui en avaient le plus besoin.

Transportons-nous 108 ans plus tard pour examiner la réponse du Canada à la COVID. Elle est très bonne en fait. Nous nous en sommes bien tirés. Mais comme le *Titanic*, nous n'avons pas élaboré un plan adéquat pour nos populations à plus haut risque comme les personnes qui vivent dans des lieux d'hébergement collectif, les personnes à faible revenu et, bien sûr, les populations racialisées. Initialement, nous nous sommes concentrés sur l'aplanissement de la courbe et non pas sur ceux sous la courbe. Si nous avons mis l'accent sur les deux, nous aurions eu une meilleure réponse et nous aurions sauvé des milliers de vies.

Nous avons maintenant besoin de quatre groupes d'actions pour veiller à ce que nos réponses actuelles et futures aux pandémies soient équitables et meilleures. Premièrement, nous avons besoin d'une loi qui garantit que nos réponses en matière de santé publique, de santé personnelle et de politique sociale produisent des résultats équitables. Deuxièmement, nous avons besoin de plans fédéraux et provinciaux de santé et de santé publique liés à la COVID-19 qui sont fondés sur l'équité. Troisièmement, nous avons besoin d'une politique sociale fondée sur l'équité et de plans de relance qui garantissent que les groupes les plus durement touchés sont adéquatement servis. Enfin, nous avons besoin de flux de données, de recherches et de renforcement des capacités pour garantir que nous avons de bonnes données sociodémographiques, raciales et ethniques sur lesquelles nous appuyer, et nous devons surveiller les interventions en matière de santé publique, de santé et de politique sociale. Je vais passer en revue chacune d'elles un peu plus en détail.

La première recommandation concerne la loi. Nous avons en fait constaté des disparités raciales dans les taux d'infection et de décès lors des pandémies précédentes. Durant la pandémie de H1N1 en Ontario, les citoyens de l'Asie du Sud-Est étaient trois fois plus susceptibles d'être infectés, les citoyens de l'Asie du Sud, six fois plus, et les Noirs, 10 fois plus, que n'importe qui d'autre. Malgré cela, nous n'avons pas modifié nos systèmes de collecte des données sociodémographiques. Nous n'avons pas mené de recherches et n'avons pas discuté avec les collectivités pour essayer de découvrir pourquoi ces disparités existent. Nous avons géré la pandémie de COVID-19 sans les systèmes de surveillance ou les connaissances qui nous aideraient à détecter et à traiter les disparités raciales en matière de santé. Nous avons ensuite mis sur pied une réponse universelle comme celle du *Titanic*, un plan de lutte contre la pandémie faisant fi des distinctions raciales et culturelles qui allaient, comme on pouvait s'y attendre, donner lieu à des inégalités en matière de santé. Certains ont fait valoir que c'était de la négligence. Je dis simplement que cela ne devrait pas être légal. Nous avons des lois pour les choses qui nous tiennent à cœur. Nous ne les laissons pas aux largesses des professionnels, des fonctionnaires ou des politiciens. Si nous voulons que les services publics offrent des réponses équitables, nous devrions les enchâsser dans une loi applicable.

La deuxième recommandation concerne les régimes de santé fédéraux et provinciaux sur la COVID-19 fondés sur l'équité. Nous aurions une réponse plus juste si nous adoptions une approche d'équité en matière de santé pour ce qui reste de la première vague, à la deuxième vague et durant la reprise. Une approche d'équité en matière de santé vise à réduire les disparités évitables entre les groupes. Elle garantit que les personnes qui ont des besoins similaires bénéficient de la même réponse à la pandémie et que les personnes qui ont des besoins plus importants bénéficient d'une réponse plus importante.

- (1115)

Il existe de nombreux outils fondés sur des données probantes, tels que des évaluations d'impact sur l'équité en matière de santé, qui pourraient être utilisés pour élaborer ce genre de réponses, et ils se sont révélés efficaces en matière de santé publique au Canada. Mais lorsque nous élaborons des plans d'équité, nous devons également travailler avec les collectivités pour mettre au point des stratégies qui leur permettent de se protéger contre la COVID-19.

La troisième recommandation est d'avoir ces plans équitables, mais aussi d'établir un lien avec ce dont parlait Mme Siddiqi, car l'équité en matière de santé reconnaît que le risque de maladie et la capacité de se rétablir ne sont pas seulement liés aux interventions sanitaires, mais aussi aux déterminants sociaux de la santé.

L'Association médicale canadienne a calculé que 85 % de notre risque de maladie est lié à ces déterminants sociaux tels que le revenu, le logement, l'éducation, le racisme et l'accès aux soins de santé. Cela offre des possibilités politiques importantes pour améliorer la santé, car de nombreuses disparités en matière de santé sont évitables.

La COVID-19 nuit à la santé de quatre façons: par la maladie elle-même, par les effets secondaires de la réponse en matière de santé publique, par les changements aux soins de santé tels que l'annulation d'opérations, et par le ralentissement de l'économie. Ces facteurs interagissent avec les déterminants sociaux de la santé, de sorte que certaines parties de notre population sont plus durement touchées que d'autres. Comme l'a dit Mme Siddiqi, les popu-

lations noires du Canada ont été les plus durement touchées par la COVID-19.

Nos politiques sociales et notre plan de relance en cas de pandémie doivent être élaborés de manière à réduire les inégalités et à atteindre les personnes les plus touchées. La réduction du risque différentiel lié aux déterminants sociaux de la santé est une intervention importante à cet égard, et probablement l'une des plus importantes. L'idée d'un plan de relance ciblé sur les populations les plus touchées permettrait non seulement d'améliorer notre réponse, mais aussi de rendre ces populations plus résilientes aux futures pandémies et aux futures vagues.

Le dernier outil, ce sont les chiffres et les données. Je suis un chercheur et je fais partie d'un groupe de réflexion. Nous pensons que les chiffres et les données sont essentiels, et ils l'ont été dans la lutte contre la COVID. Nous nous sommes appuyés sur le nombre de cas, le nombre de décès et, soudainement, tout le monde comprend ce qu'est un nombre R, ce que je n'aurais jamais cru possible de mon vivant.

Les chiffres sont également utiles pour indiquer si nos interventions fonctionnent pour tout le monde, et pour ce faire, nous avons besoin de données ventilées. Nous avons désespérément besoin de meilleurs flux de données sur la race et l'ethnicité et d'autres déterminants sociaux de la santé pour la COVID-19 et pour la santé en général. Nous avons besoin de données similaires, bien sûr, pour la politique sociale. Ces données doivent être de bonne qualité et il doit y avoir une bonne gouvernance et une bonne reddition de comptes en matière de données. Les collectivités veulent de plus en plus avoir leur mot à dire et contrôler l'utilisation de leurs données.

Le Wellesley Institute recommande que le Canada recueille des données démographiques au niveau individuel pour la COVID-19, y compris la race et l'ethnicité, et que le Canada entreprenne d'urgence une analyse novatrice en utilisant les données existantes pour obtenir un tableau aussi précis que possible des disparités. Il recommande également que le Canada élabore une stratégie de collecte continue de données sociodémographiques pour la politique sociale et de santé, y compris la race et l'ethnicité.

Mais les données ne sont pas une fin en soi. Les données doivent être liées à des stratégies significatives visant à réduire les disparités. Cela signifie un engagement avec les collectivités, des recherches et des mesures pour élaborer des interventions équitables en matière de santé publique et de politique sociale.

En conclusion, la santé publique est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société. Les interventions en matière d'équité en santé et le concept de déterminants sociaux de la santé sont des outils importants pour nous aider à planifier la meilleure réponse à une pandémie. Ils constituent également une base solide pour la politique sanitaire et sociale.

- (1120)

La stratégie universelle a en fait entraîné un énorme nombre de décès sur le *Titanic* et, jusqu'à présent, a mené à une hausse importante des décès dans certains segments de la population canadienne durant la pandémie de COVID-19.

Si nous voulons une réponse à la COVID-19 et des systèmes de santé mieux adaptés au XXI<sup>e</sup> siècle, nous avons besoin de lois qui garantissent l'équité; nous avons besoin de plans de lutte contre la pandémie de COVID-19 fondés sur l'équité; nous avons besoin d'une politique sociale et de plans de relance axés sur la réduction des inégalités actuelles et nous avons besoin de flux de données et de recherches qui nous permettent de détecter correctement les groupes à risque, d'élaborer des interventions appropriées et de surveiller leur incidence.

Si nous pouvons mettre toutes ces mesures en place, nous ferons en sorte que la bonne réponse du Canada devienne une excellente réponse, et nous sauverons des vies.

Merci beaucoup.

• (1125)

**Le président:** Merci, docteur.

Nous allons entamer notre période de questions. Nous procéderons à deux séries d'interventions et nous commencerons la première avec M. Jeneroux.

Monsieur Jeneroux, allez-y, je vous prie. Vous avez six minutes.

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

Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui. C'est effectivement un témoignage fascinant.

Madame Siddiqi, pour faire suite à une remarque que vous avez faite, avez-vous réussi à obtenir certains des renseignements démographiques dont vous avez parlé en dehors de la région du Grand Toronto? Plus précisément, existe-t-il des données sur la localisation des cas dans tout le Canada?

Je sais, par exemple, que l'Ontario a une carte qui met en évidence les pôles de concentration des cas de COVID, mais y a-t-il quelque chose au niveau fédéral qui vous serait utile?

**Mme Arjumand Siddiqi:** Il y a deux volets, et je pourrais demander au Dr McKenzie de m'aider à comprendre quelles sont les données disponibles.

Il y a en fait deux problèmes. La réponse courte est non, mais il y a deux raisons à cela. La première, c'est que je ne sais pas très bien dans quelle mesure les données sont disponibles — qui ont tendance à être des données sociodémographiques dans les secteurs que nous recueillons lors du recensement. Donc, lorsque le recensement est effectué, nous avons une idée de la répartition des Canadiens en fonction des différents facteurs sociodémographiques. Nous ne diffusons pas ces renseignements, du moins pas facilement, au niveau individuel, mais nous permettons aux gens d'accéder à des renseignements sur les secteurs. Ce doit être lié actuellement aux cas de COVID, ce qui nous a permis de comprendre ce qui se passait en Ontario, sans savoir ce qui se passe au niveau des particuliers. Ce dont je ne suis pas sûr, c'est si d'autres provinces ont fait la même chose, mais ce serait réalisable.

Par ailleurs, il convient de préciser que, personnellement, je n'ai eu accès à aucune de ces données parce que nous avons un système au Canada où les agences et les institutions détiennent les données et décident de qui peut y avoir accès. C'est très différent, par exemple, de la situation aux États-Unis où nous pouvons télécharger ces données sur Internet. Il y a beaucoup d'activités de recherche qui ont eu lieu là-bas, beaucoup de renseignements et d'analyses qui ont été générés sur cette société précisément parce

que des scientifiques indépendants peuvent facilement poser ces questions sur les données plutôt que de se fier à des agences et des institutions qui ont beaucoup d'obstacles à surmonter pour le faire.

**M. Matt Jeneroux:** Excellent. Merci.

Je conclus de cette réponse qu'il serait utile de disposer de certaines de ces données qui offrent une perspective nationale. C'est peut-être une recommandation que nous pouvons faire au ministère.

Monsieur le président, comme il s'agit peut-être de l'une de nos dernières réunions, je veux utiliser mon temps de parole pour présenter quatre motions. Je me ferai un plaisir de les lire. J'ai les quatre devant moi ici, mais je vous demande si vous voulez que je les lise toutes. Je sais que nous les avons toutes devant nous, mais j'aimerais proposer ces quatre motions maintenant.

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

Vous avez la parole, alors vous pouvez présenter les motions. Si vous le faites, vous devez le faire une à la fois, et nous les étudions une à la fois.

Je dois également vous informer que nous passerons à huis clos après notre deuxième groupe de témoins, alors vous pourriez peut-être vouloir les présenter à ce moment-là.

**M. Matt Jeneroux:** Je vous remercie de votre conseil, monsieur le président. Je vais présenter la première motion. Je vais commencer avec la plus longue. Si vous voulez que je m'abstienne de lire les motions à n'importe quel moment, veuillez me le faire savoir.

Je propose ce qui suit:

Que, conformément à l'article 108(1)a) du Règlement, le Comité demande au gouvernement de lui fournir les documents suivants d'ici le lundi 3 août 2020, et que ces documents soient publiés sur le site Web du Comité d'ici le lundi 10 août 2020 :

Tous les documents, notes d'information, notes de service et courriels concernant les nouvelles informations qui ont influencé les recommandations du gouvernement sur le port du masque dont a parlé la Dre Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique, lors de sa comparution devant le Comité permanent de la santé le mardi 19 mai 2020, y compris tous les documents, notes d'information, notes de service et courriels envoyés et reçus par Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, le bureau de la ministre de la Santé, le Bureau du Conseil privé et le bureau du premier ministre concernant la gestion de la Réserve nationale stratégique d'urgence entre 2015 et 2020, incluant la réserve nationale ventilée par numéro et toutes les mises à jour envoyées au gouvernement, de même que les contrats du gouvernement du Canada en matière d'équipement de protection personnelle depuis janvier 2020.

• (1130)

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

Quelqu'un veut-il intervenir? Si vous souhaitez intervenir, veuillez lever la main.

Docteur Jaczek, on vous écoute.

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

Je me demande si M. Jeneroux envisagerait de modifier une partie de sa motion, plus particulièrement la référence aux courriels. Comme vous vous le rappellerez sans doute, lorsque nous avons adopté quelques motions précédemment, je pense que le Comité avait pris la décision que ce ne serait pas particulièrement utile. Colliger ces courriels représenterait énormément de travail. Cela n'aiderait pas considérablement le but de la motion, qui consiste à trouver des documents de fond en lien avec l'action du gouvernement.

J'aimerais proposer ce que je considère être une modification favorable pour supprimer l'exigence que les courriels soient inclus.

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

Monsieur Jeneroux, je vois que vous levez la main.

**M. Matt Jeneroux:** Merci, monsieur le président.

Je suppose que je m'attendais à quelque chose de ce genre. Je signalerais à la députée et aux autres députés que les courriels sont évidemment importants dans les échanges, car nous savons que c'est l'un de nos moyens de communication. Nous voulons également nous assurer [*Difficultés techniques*], car personne ici ne fait partie du gouvernement. Personne ici ne sait ce qui s'est dit dans ces courriels. C'est donc utile à l'ensemble du Comité. De plus, le dernier ministre qui a comparu devant nous, le ministre Champagne, a déclaré que les messages textes sont importants. Je sais que nous avons abandonné les messages textes dans le passé.

Cela étant dit, je sais que ce sont des témoins importants que nous voulons tous entendre, si bien que pour cette motion particulière, nous allons approuver la modification favorable, je suppose, monsieur le président, si c'est ainsi qu'on l'appelle, pour remplacer « tous les documents, notes d'information, notes de service et courriels » par « tous les documents, notes d'information et notes de service ».

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

Avons-nous le consentement unanime pour apporter ce changement? Je demanderais simplement à ceux qui sont contre le changement de le dire.

Puisque je n'entends aucun dissident, je pense que nous pouvons conclure que la motion est proposée comme M. Jeneroux vient de le signaler...

Monsieur Fisher, on vous écoute.

**M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.):** Désolé, monsieur le président, mais pouvez-vous juste...?

J'allais accepter le retrait des courriels, comme Mme Jaczek et M. Jeneroux l'ont suggéré. Êtes-vous en train de dire maintenant que nous allons nous prononcer sur la motion ou sur ce consentement unanime... et puis, s'il y a d'autres modifications proposées à cette motion, nous les examinerons par la suite?

**Le président:** Nous ne procédons pas au vote. Je demande seulement s'il y a un consentement unanime pour que nous acceptions que M. Jeneroux a proposé sa motion sans référence aux courriels.

Toute autre discussion sur la motion est recevable.

Monsieur Webber, vous opposez-vous au consentement unanime?

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Oui, monsieur le président. Je sais qu'il y a encore un peu plus de travail à faire, mais je pense que ces courriels sont importants. Il n'y aura pas de consentement unanime. Je m'oppose. Merci.

● (1135)

**Le président:** Comme nous n'avons pas le consentement unanime, si nous voulons apporter ce changement, il faudra le faire par l'entremise d'une modification. Quelqu'un souhaite-t-il proposer cette modification?

**M. Darren Fisher:** Je propose que nous retirions le terme « courriels » dans la motion.

**Le président:** Très bien. Quelqu'un d'autre veut intervenir sur la modification?

Comme personne ne veut intervenir, madame la greffière, pourriez-vous tenir un vote sur la modification, qui consiste à retirer la référence aux courriels et, bien entendu, à apporter les corrections grammaticales appropriées?

**La greffière du Comité (Mme Erica Pereira):** Merci, monsieur le président.

Le vote porte sur la modification. Tous ceux qui sont en faveur, dites oui. Tous ceux qui s'y opposent, dites non.

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

**Le président:** Nous allons maintenant poursuivre notre discussion sur la motion modifiée.

Monsieur Fisher.

**M. Darren Fisher:** Merci, monsieur le président.

Je me demande si M. Jeneroux serait disposé à retirer le Cabinet du premier ministre et le bureau de la ministre de la Santé également.

**M. Matt Jeneroux:** Non. Bel essai.

**Le président:** Merci, monsieur Fisher. Était-ce une motion ou juste une observation?

**M. Darren Fisher:** Je propose de retirer ces éléments.

**Le président:** Nous allons discuter de la modification de M. Fisher, qui consiste à retirer les références explicites au Cabinet du premier ministre et au bureau de la ministre de la Santé.

Monsieur Jeneroux.

**M. Matt Jeneroux:** Nous jugeons évidemment que c'est important. J'ignore ce que le député tente de camoufler par ces deux interventions. Je tente d'agir rapidement, sachant que nous voulons entendre les témoins. Il est manifestement crucial de connaître les conseils qui ont été prodigués au bureau du premier ministre, car ce dernier a fait des déclarations publiques sur les masques au début.

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

Madame Jansen, vous avez la parole.

**Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC):** Je trouve préoccupant qu'on ait commencé en déclarant qu'il est exagéré de demander les messages textes. On nous affirme maintenant que c'est trop demander que de réclamer les courriels. Et voilà que nous allons retirer le bureau du premier ministre. Je trouve étonnant que tout soit exagéré. Certains éléments sont très importants, car nous devons aller au fond des choses.

● (1140)

**Le président:** Je vous remercie, madame Jansen.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je veux simplement formuler deux remarques. Sachez d'abord que j'appuie la motion de mon collègue afin d'assurer la transparence, d'obliger le gouvernement à rendre des comptes et d'obtenir des renseignements dont tous les parlementaires devraient souhaiter la présentation au comité de la santé. Je suis toutefois parfaitement conscient que nous recevons deux excellents témoins qui, je pense, livrent aujourd'hui des témoignages importants, particulièrement en regard de l'attention générale accordée au racisme à l'échelle du pays.

C'est la première fois que nous nous penchons vraiment sur les répercussions de la COVID-19 sur les populations marginalisées. Je me demande simplement s'il ne vaudrait pas mieux prendre ces motions... Je serais certainement favorable à la tenue d'une séance distincte pour examiner ces motions, car je crains que si nous continuons à en débattre, nous n'aurons pas l'occasion de bénéficier de la merveilleuse expertise des témoins d'aujourd'hui et de leur poser des questions.

Je me demande si M. Jeneroux pourrait envisager de retirer maintenant les motions. Selon l'article 104 du Règlement, si quatre membres du Comité acceptent de tenir une séance, cette dernière doit avoir lieu. Je serais certainement d'accord pour procéder ainsi, car nous pourrions ainsi régler ces questions très importantes, qui sont toutefois d'ordre administratif, au cours d'une séance distincte et entendre les excellents témoins que nous recevons aujourd'hui.

**Le président:** Monsieur Jeneroux, vous pouvez intervenir.

**M. Matt Jeneroux:** Je vous remercie, monsieur le président.

Je suis entièrement d'accord avec mon collègue, monsieur Davies. Je veux évidemment que nous en finissions le plus rapidement possible. Ces motions me semblent très simples. J'ai tenté de les formuler de façon simple d'entrée de jeu.

Je pense que le gouvernement, par l'entremise d'un membre en particulier, en fait un peu trop, mais si nous procédons immédiatement à un vote, je pense que nous pouvons régler la question assez rapidement et ainsi revenir aux importants témoignages des témoins.

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

Je tiens à ce que les témoins sachent que nous tenons certainement à leurs témoignages et à leur précieuse expertise. Nous devons toutefois traiter les motions quand elles sont proposées.

Madame Jaczek, nous vous accordons la parole.

**Mme Helena Jaczek:** Je vous remercie, monsieur le président.

Je considère certainement que les témoignages que nous recevons aujourd'hui sont extrêmement importants et je voudrais assurément avoir l'occasion d'interroger les témoins également. Nous sommes toutefois saisis d'une motion.

Je voulais proposer une autre modification potentielle qui s'inspire en bonne partie du libellé que nous avons adopté il y a quelques semaines pour une motion proposée par M. Kitchen.

**Le président:** Pardonnez-moi, madame, mais nous sommes saisis d'une modification. Nous devons la traiter avant d'en recevoir d'autres.

**Mme Helena Jaczek:** C'est justement pourquoi je tente de dire que je considère certainement que nous devons poursuivre la discussion.

**Le président:** D'accord. Je vous remercie.

Monsieur Kelloway, vous avez la parole.

**M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je veux simplement faire écho aux propos de M. Davies. Je suis convaincu que nous devons discuter des motions proposées et, bien entendu, de notre réponse et de nos suggestions à cet égard.

Par ailleurs, comme M. Davies l'a fait remarquer, il s'agit d'une conversation importante, que nous pourrions envisager de tenir lors d'une séance distincte ou à huis clos. Nous pourrions alors discuter des motions en toute collégialité afin de pouvoir formuler des observations à leur sujet.

**Le président:** Vous avez la parole, monsieur Desilets.

[Français]

**M. Luc Desilets (Rivière-des-Mille-Îles, BQ):** Monsieur le président, je suis d'accord avec quelques-uns de mes collègues, dont M. Davies. C'est la deuxième fois en deux semaines qu'un tel processus se produit. Je comprends que nous devions traiter les motions, mais, selon moi, nous devrions les traiter à part, à l'extérieur des réunions du Comité. J'éprouve une certaine gêne à aborder de telles motions et à présenter des différends avec mes collègues devant des experts, des sommités dans leur domaine. Je crois que cela ne les regarde pas, même s'ils n'en sont pas nécessairement incommodés. Je trouve que cela n'a pas sa place.

Deux autres motions seront présentées, et je crains que le même processus se répète. Je tiendrais à ce que vous preniez position sur la présente motion et à ce qu'elle soit reportée. Nos règles nous permettent de traiter cette motion à l'extérieur et à un autre moment. J'aimerais que nous puissions plutôt questionner ces deux témoins, qui nous apportent un contenu fort différent de celui que nous offrent d'autres invités. Cela me dérange énormément de rater cette occasion. Je vous demanderais donc de reporter les délibérations sur cette motion.

• (1145)

[Traduction]

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

Il est de la prérogative du député de présenter une motion quand il a la parole. Tant que c'est le cas, nous devons traiter les motions quand elles sont présentées.

Monsieur Van Bynen, vous pouvez intervenir.

**M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je partage aussi l'avis de M. Kelloway et de Don Davies. Nous recevons aujourd'hui de très précieux experts, et nous pourrions ne plus avoir l'occasion d'inclure leurs propos dans les rapports dont nous discuterons. Même si le processus et la procédure nous permettent de tenir un débat aujourd'hui, je pense que par acquit de conscience, afin de présenter un rapport de haute qualité aux gens qui le liront, nous ne devons pas perdre une occasion en or d'entendre Mme Siddiqi et le Dr McKenzie et de bénéficier de leur expertise. Ce n'est pas une occasion à laquelle nous devrions renoncer si rapidement.

Si des membres proposent une motion pour ajourner le débat afin que nous puissions entendre les témoins, je l'appuierais avec plaisir. Je considère que nous avons là une importante, une excellente occasion de traiter d'une question très importante pour notre pays, une question qui peut réellement influencer l'avenir vers lequel nous dirigeons, pas seulement dans ce dossier, mais pour tous les cas futurs où nous devons choisir entre l'équité et l'égalité au cours de pandémies. C'est une occasion que nous ne devrions pas manquer, monsieur le président. Je pense qu'il faudrait remettre le débat à une autre séance.

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

Monsieur Davies, vous avez la parole.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, j'ignore si cette motion est recevable, mais je pense que la majorité du Comité l'appuierait. Je proposerais une motion pour que les quatre motions de M. Jeneroux soient traitées lors d'une séance publique distincte, parce que je pense qu'elles devraient faire l'objet d'un débat public. Nous pourrions ainsi revenir à nos témoins d'aujourd'hui.

Je trouve ironique que nous recevions des témoins qui traitent de la suppression historique des groupes marginalisés et du fait que leur voix ne soit pas prise en compte dans la politique publique, alors que nous ne les écoutons même pas au cours de la séance. Voilà un comportement qui me semble particulièrement malheureux et qui, à dire vrai, mériterait d'être sanctionné. Je proposerais donc que nous déposions ces quatre motions et prévoyions une séance distincte dans les plus brefs délais afin d'en discuter en public.

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

**M. Matt Jeneroux:** Monsieur Chair, je lève la main depuis un bon bout de temps. Je ne suis pas certain que vous vous en soyez aperçu.

**Le président:** Bien sûr. Je répondrai seulement à M. Davies, puis je vous accorderai la parole.

Monsieur Davies, la motion que vous avez proposée est irrecevable pour le moment. Pour être recevable, la motion devrait proposer l'ajournement du débat sur les motions.

**M. Don Davies:** Alors je propose cette motion.

**Le président:** D'accord. Nous avons une motion pour ajourner le débat.

Avant d'examiner cette motion, je me demande si M. Jeneroux a une remarque qui nous aiderait à ce sujet.

**M. Matt Jeneroux:** Oui, monsieur le président.

Je veux que nous entendions le plus grand nombre de témoins possible, bien entendu. Au début, j'ai tenté de me montrer courtois envers le gouvernement en proposant cette motion. Malheureusement, il n'est guère courtois de chercher à éliminer l'objet principal de la motion, au bout du compte. Je demanderais respectueusement, maintenant que j'ai proposé deux motions — je ne suis pas certain si ce que je vais proposer est recevable —, si nous pourrions peut-être examiner...

Je n'ai pas l'impression qu'il convient de tenir un débat à huis clos comme vous l'avez proposé, monsieur le président, mais il me semble que nous pourrions peut-être réserver une demi-heure ou une heure à cette fin après la présente séance. Je sais qu'il n'y a pas de séance après la nôtre. Je pense que la greffière peut confirmer si nous disposons toujours de la salle ou non. Si nous pouvions dé-

battre de ces motions en public, je serais certainement heureux de le faire et de proposer une motion en ce sens. Je ne suis toutefois pas certain que cette proposition soit recevable. Je vous laisse le soin de décider si je peux retirer ou non une motion à ce moment-ci.

• (1150)

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

La motion de M. Davies est recevable. Cependant, si le Comité convient à l'unanimité de tenir une séance distincte à cette fin...

**M. Darren Fisher:** Pardonnez-moi de vous interrompre, monsieur le président, mais j'invoque le Règlement. Je ne connais pas les procédures des comités autant que vous, mais M. Davies a suggéré de proposer une motion pour tenir une séance distincte, puis en a présenté une pour ajourner le débat.

Je voudrais peut-être demander à la greffière ce qu'il se passe en pareil cas. D'après ce que je comprends, il n'y a pas de discussion après qu'un membre a proposé d'ajourner le débat. Je cherche simplement à y voir clair.

**Le président:** C'est exact. Cependant, pour exécuter la motion de M. Davies pour ajourner le débat — ce que nous pouvons certainement faire —, nous devons ensuite traiter trois autres motions. Je propose que le Comité accepte à l'unanimité de retirer la motion de M. Davies, s'il le souhaite, et celle de M. Jeneroux afin de les réexaminer ultérieurement...

**M. Darren Fisher:** D'accord. Vous voyez? Vous êtes plus futé que moi.

**Le président:** Nous pouvons procéder avec le consentement unanime, mais en l'absence d'un tel consentement, nous devons traiter la motion de M. Davies et les autres qui seront proposées.

Monsieur Davies, seriez-vous d'accord pour procéder ainsi?

**M. Don Davies:** Oui, monsieur le président.

Ce que je veux dire, c'est qu'il me semble, après avoir entendu la proposition très généreuse et très raisonnable de M. Jeneroux, que nous pourrions court-circuiter tout le processus. Je pense l'avoir entendu proposer de retirer toutes les motions pour l'instant et de simplement les traiter après avoir entendu les témoins de nos deux groupes d'aujourd'hui, comme tout le monde souhaite le faire, je pense.

Peut-être que si vous demandez le consentement unanime, nous pourrions convenir de proposer toutes les motions à la fin de la séance.

**Le président:** D'accord. Je demanderai si nous avons le consentement unanime...

Pardonnez-moi, mais avez-vous proposé de les examiner après la présente séance? Nous n'avons pas le temps de nous occuper de tout cela aujourd'hui. Nous ne disposerons que de 20 minutes pour une rencontre à huis clos, si même nous avons le temps de le faire. Je propose donc que nous tenions une séance distincte, peut-être la semaine prochaine, pour traiter ces motions. Je me demande si le Comité consent unanimement à procéder de la sorte.

**M. Matt Jeneroux:** Monsieur le président, j'invoquerais brièvement le Règlement à ce sujet. Je pense qu'il n'y a pas de séance après la nôtre. Lors de mon intervention, j'ai entre autres demandé à la greffière si nous pouvons ou non poursuivre la séance pour une demi-heure si nous le souhaitons.

**Le président:** Selon mes informations, nous devons absolument terminer la séance à 14 h 40, heure de l'Est.

Quoi qu'il en soit, nous nous égarons quelque peu ici. Le Comité consent-il à l'unanimité à retirer toutes les motions dont il est actuellement saisi pour les examiner au cours d'une séance tenue à cette fin, à un moment fixé par la greffière, mais peut-être au début de la semaine prochaine? Consent-il unanimement à le faire?

En fait, je demanderai à la greffière de tenir un vote à ce sujet pour que tout soit clair.

**Mme Tamara Jansen:** Monsieur le président, je me demande si vous imposerez une limite de temps pour la tenue de cette séance supplémentaire. Vous dites qu'elle aura peut-être lieu la semaine prochaine, mais que se passera-t-il si ce n'est pas le cas?

• (1155)

**Le président:** Je dis simplement que nous demanderons à la greffière de trouver un moment convenant à tous pour tenir la séance. J'ignore quel est l'horaire la semaine prochaine, mais nous organiserons une séance distincte pour examiner ces motions.

**Mme Tamara Jansen:** Je me demande si nous pourrions établir une limite de temps pour ne pas attendre un mois.

**Le président:** Nous n'attendons pas un mois. Le but du consentement unanime consiste à atteindre une sorte de consensus. Nous croyons comprendre qu'il s'agit d'une question importante que nous devons régler. Nous le ferons de manière proactive; nous ne voulons simplement pas le faire maintenant, car nous voulons revenir à nos témoins.

Nous n'avons pas de date précise...

**M. Matt Jeneroux:** Nous nous fions à vous pour trouver une date plus tôt que plus tard, monsieur le président.

**Le président:** Très bien. Je vous en remercie.

Cela étant dit, voyons si nous sommes d'accord.

Je vais demander le consentement unanime pour que nous examinions ces motions au cours d'une séance distincte organisée à cette fin par le président et la greffière à une date convenable dans un avenir rapproché.

Le Comité accepte-t-il à l'unanimité de procéder ainsi?

**Des députés:** Oui.

**Le président:** Je vous remercie. Avec le consentement unanime du Comité, les motions sont réputées retirées.

Nous organiserons une séance afin d'examiner la motion que M. Jeneroux a initialement proposée et toutes celles qu'il souhaitait présenter aujourd'hui, et nous poursuivrons nos tours de questions. Je vous remercie tous beaucoup de votre collaboration.

Sur ce, nous reprendrons notre interrogatoire.

Monsieur Jeneroux, votre temps est écoulé...

**M. Matt Jeneroux:** Monsieur le président, je pense qu'il me reste du temps, car le chronomètre s'arrête quand on propose une motion, comme vous le savez pertinemment. Cependant, pour faire bon usage du temps du Comité et pour être certain que le NPD et le Bloc ont l'occasion de poser des questions également, je céderai le reste de mon temps au président.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Jeneroux. Vous avez raison.

Nous accorderons maintenant la parole à M. Fisher, qui dispose de six minutes.

**M. Darren Fisher:** Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins de comparaître. Je veux également remercier M. Jeneroux. Conformément au processus du Comité, il a entièrement le droit de proposer ces motions, et nous pourrions prendre les deux heures de la séance pour en débattre et régler la question.

Je vous remercie donc, monsieur Jeneroux, d'avoir accepté de reporter le débat à une date ultérieure.

Madame Siddiqi, je tiens tout d'abord à souligner que vous avez livré tous les deux d'excellents témoignages qui nous seront fort utiles. Un des députés — M. Van Bynen, il me semble — a fait remarquer qu'il importe d'intégrer vos propos dans notre rapport. Comme il s'agit de la dernière séance au cours de laquelle nous pouvons le faire, il n'en est que plus important de recueillir votre témoignage. Si je vous pose une question que vous pensez avoir déjà en quelque sorte abordée, sentez-vous libre d'approfondir le sujet si vous le souhaitez, car vous avez fourni énormément d'informations. J'ai bien tenté de les prendre en note, mais c'était tout simplement impossible.

C'est à vous que je poserai la question suivante, madame Siddiqi. Nous convenons que la pandémie a des répercussions disproportionnées sur les communautés vulnérables. Comment pouvons-nous mieux prévenir ces répercussions disproportionnées dans l'avenir?

• (1200)

**Mme Arjumand Siddiqi:** Je vous remercie beaucoup de poser cette question. Je me ferai un plaisir de vous en dire plus à ce sujet.

Je pense que pour faire mieux, il faut comprendre la cause de leur vulnérabilité. De façon générale, nous pourrions envisager deux approches. L'une consiste à atténuer le préjudice subi par les personnes vulnérables, mais il faut d'abord se demander ce qui les a rendus vulnérables au départ. Qu'est-ce qui fait que nous considérons que les gens sont vulnérables ou non? La documentation nous a appris que la situation sociale et économique des gens, en ce qui concerne notamment la race et la classe sociale, crée une vulnérabilité inhérente. Si nous ne nous attaquons pas au fait que la vie, les conditions matérielles, le stress, les occasions et d'autres facteurs sont fondamentalement influencés par la race et la classe sociale, nous ne pouvons espérer faire quoi que ce soit à propos des conséquences finales de la vulnérabilité, comme les iniquités au chapitre de la COVID-19, des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension, de l'éducation, de l'emploi, etc.

Je pense que nous pouvons examiner longuement et en profondeur la manière dont nous structurons les occasions dans la société et nous dire « Nous voulons une société où les politiques et les institutions offrent des occasions à tous. » Comme l'un des membres l'a souligné avec éloquence, c'est là la distinction entre l'égalité et l'équité, au sens où — sachant que la société n'est pas équitable et est injuste envers certains — nous devons commencer à examiner des politiques clés qui nous permettraient d'assurer l'équité au lieu de simplement offrir des occasions, comme si tout le monde pouvait en profiter de manière égale.

L'éducation postsecondaire l'illustre fort bien. D'aucuns pourraient faire valoir que tout le monde peut présenter une demande d'inscription, ce qui crée une sorte d'égalité. Nous n'empêchons personne de présenter une demande. Quiconque a les notes requises et satisfait aux critères peut s'inscrire. Ce n'est toutefois pas ainsi que les choses fonctionnent, car il faut être capable de payer les frais. Les gens doivent bénéficier du soutien d'enseignants qui les aident à avoir le sentiment qu'ils peuvent se rendre jusque là. Ils doivent vivre dans un milieu qui ne leur cause pas un stress tel qu'ils ne peuvent se concentrer sur leurs études. Il en va de même pour la COVID. Oui, nous pourrions tous nous confiner, respecter la distanciation sociale et, techniquement, éviter la COVID, mais ce n'est pas réellement ainsi que les choses se passent. Certains d'entre nous sont plus exposés que d'autres à la maladie en raison de leur position vulnérable.

Je suppose que ce que je veux faire comprendre, c'est qu'aussi contre-intuitif que cela puisse paraître, il faut vraiment examiner les injustices fondamentales qui rendent les gens vulnérables dans notre société pour pouvoir s'attaquer aux conséquences de cette vulnérabilité.

**M. Darren Fisher:** Docteur McKenzie, vous avez formulé de nombreuses recommandations. Ici encore, j'ai pris des notes aussi vite que je le pouvais, mais auriez-vous l'obligeance de donner votre avis à ce sujet avant que mon temps ne soit écoulé?

**Dr Kwame McKenzie:** Volontiers, et je vous remercie de me poser la question.

Je suis entièrement d'accord avec Mme Siddiqi: nous devons fondamentalement tendre vers l'égalité et l'équité, et il y a des causes fondamentales qui expliquent les disparités.

Le problème, c'est que ce n'est pas au cours de la première ou de la deuxième vague de la pandémie, ou lors de la relance, que seront prises une bonne partie des mesures visant à éliminer ces causes fondamentales. Il faut donc se demander ce qu'on peut faire maintenant pour aider concrètement ce groupe à bénéficier d'une réaction plus équitable.

Je pense que si nous avons les données nécessaires, nous constaterions que les diverses provinces réussissent à différents degrés à avoir une réaction équitable. J'en suis complètement sûr. Nous savons que les diverses provinces affichent des taux totalement différents de contamination à la COVID. Si on compare la Colombie-Britannique avec le Québec et l'Ontario, on observe des résultats très différents. En fait, si le Québec et l'Ontario avaient eu des résultats de la même qualité que ceux de la Colombie-Britannique, environ 2 000 vies auraient été sauvées en Ontario et 4 000 l'auraient probablement été au Québec.

Nous avons fait les choses de manières très différentes. Si nous pouvions seulement en arriver au point où nous pourrions faire en sorte que les provinces réagissent de manière égale dans la lutte contre la COVID, les résultats seraient meilleurs pour tous.

L'objectif de la législation consiste à tenter de favoriser l'équité et à faire en sorte que les provinces pensent à l'équité quand elles élaborent leurs plans de lutte contre la pandémie. Pour l'instant, plusieurs n'y pensent pas, ce qui explique pourquoi il y a des disparités. Le fait de penser à l'équité lors de l'élaboration des plans de lutte contre la pandémie ne permettrait pas d'éliminer toutes les disparités, mais puisqu'il existe des causes fondamentales à ces disparités, comme Mme Siddiqi l'a fait remarquer, nous pourrions certainement réagir de meilleure manière et de façon plus équitable et

ainsi sauver des vies en adoptant un point de vue qui tient compte de l'équité dans le domaine de la santé.

Puis, quand nous en arriverons à la relance, nous devons en profiter pour atténuer certains des facteurs fondamentaux à l'origine des iniquités. Je pense que nous pouvons agir maintenant, directement dans nos plans de lutte contre la pandémie, puis dans nos plans de relance, afin d'être plus équitables et de sauver des vies.

Je pense aussi qu'il est criminel de ne pas disposer des données nécessaires. Nous sommes en 2020, n'est-ce pas?

• (1205)

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

[Français]

Je cède maintenant la parole à M. Desilets pour six minutes.

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

Je remercie nos deux invités de leur présentation.

Leurs propos sont fort intéressants et quelque peu différents de ceux des témoins que nous avons reçus dans le passé.

Ma première question s'adresse à M. McKenzie.

J'ai bien aimé le parallèle que vous avez fait avec le navire *Titanic*. C'est imagé et très réel à mon avis.

Vous avez commencé votre intervention en disant que la réponse du Canada avait été positive. En quoi a-t-elle été si positive, selon vous?

En écoutant la suite de votre énoncé, j'ai l'impression que nous avons complètement manqué le bateau en ce qui concerne les Noirs.

[Traduction]

**Dr Kwame McKenzie:** Je vous remercie, monsieur Desilets.

Je vous ramènerais à certains chiffres.

Le taux de mortalité est de quelque 23 décès par 100 000 habitants au Canada, alors qu'il est de 50 par 100 000 habitants au Royaume-Uni. En fait, le taux du Canada est très bon comparativement à ceux de nombreux pays à revenus élevés. Nous nous en sommes donc raisonnablement bien tirés.

De toute évidence, si nous nous comparons à l'Allemagne, dont le taux est de 11 décès par 100 000 habitants, nous ne faisons pas aussi bonne figure. En fait, selon une analyse, nous aurions sauvé 4 528 vies si notre réponse avait été aussi bonne que celle de l'Allemagne.

Nous sommes en milieu de peloton comparativement à de nombreux pays. Nous avons très bien réagi; la situation aurait pu être bien pire.

L'ennui, c'est que cette bonne réponse a fonctionné mieux pour certaines personnes que pour d'autres. Je juge donc que nous avons bien réagi, mais si nous avons agi de manière égale pour tout le monde, nous aurions obtenu de bien meilleurs résultats, et le taux de mortalité et la morbidité auraient été beaucoup plus bas. Nous aurions été mieux placés en vue de la relance.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Monsieur McKenzie, avons-nous des données comparatives pour d'autres pays qui auraient le même ratio Blancs-Noirs parmi la population et qui feraient partie du G20? Vous parliez du taux de mortalité. Vous avez parlé de 23 sur 100 000 au Canada.

Quand on analyse les résultats de façon un peu plus pointue, est-ce qu'il y a des pays comparables?

Comment nous en tirons-nous au Canada?

[Traduction]

**Dr Kwame McKenzie:** Je pense que c'est une question vraiment intéressante et réellement importante. Il est très difficile d'établir des comparaisons entre les pays. En outre, la plupart des décès excédentaires, lesquels sont liés à un groupe ethnique, n'ont aucun rapport avec la biologie. Ils sont attribuables à la situation sociale des gens, qui est le résultat de choix stratégiques. Oui, nous pourrions dire « Oh non, nous ne pouvons nous comparer qu'à des populations composées de groupes ethniques semblables », mais dans une certaine mesure, cela donne l'impression que la race est le déterminant. Or, ce sont les politiques sociales et le racisme et non la race qui sont le déterminant.

Bien entendu, si on examine un pays comme l'Allemagne, on constate que sa population à l'importante diversité ethnique compte de nombreux migrants, notamment une très vaste population turque, ce qui ne l'a pas empêchée de mieux réagir que nous.

• (1210)

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je vous remercie beaucoup. Cela répond à ma question.

Le quatrième élément que vous avez soulevé portait sur l'importance d'obtenir des résultats pancanadiens qui permettent de comparer les provinces entre elles et les provinces avec le fédéral. Plusieurs intervenants ont exprimé ce besoin et cette lacune. On a demandé que l'information puisse être transférée, et qu'il puisse y avoir une collaboration qui ferait qu'on n'attendrait pas un an, entre autres, pour pouvoir colliger ces informations et tirer des conclusions. Certains pays ont été beaucoup plus rapides que nous; ils ont été beaucoup plus avant-gardistes et ont mis sur pied des systèmes pour centraliser ces données.

Selon vous, au Canada, de qui relève la responsabilité d'assurer cette cohésion entre les organismes, entre les provinces et entre les provinces et le fédéral? Qui devrait gérer cela? J'ai l'impression qu'on se lance la balle.

[Traduction]

**Dr Kwame McKenzie:** Je pense qu'il existe, au chapitre de la collecte de données, d'importantes difficultés attribuables à la répartition des compétences entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Je suis toutefois d'avis que le gouvernement fédéral lui-même peut veiller à mettre de l'ordre dans ses propres affaires.

Il est étonnant que nous procédions à un recensement sans chercher à l'utiliser pour recueillir des données sociodémographiques et des renseignements sur la race et l'ethnie auprès de tous les citoyens. Nous ne demandons ces renseignements qu'à 20 % des gens dans le formulaire long au lieu de les recueillir auprès de tous les répondants dans le formulaire court. Si nous pouvions modifier le

formulaire court pour obtenir un portrait exhaustif du Canada, peut-être pourrions-nous mettre ces données en rapport avec d'autres renseignements pour obtenir un bon, un meilleur portrait des pandémies. Il est possible de le faire, mais à l'échelle fédérale, et le gouvernement fédéral peut également insister pour que les provinces fournissent des données.

Pour le moment, le gouvernement fédéral verse des sommes substantielles aux provinces. Il devrait peut-être réfléchir aux données que les provinces fournissent afin de démontrer que leurs réactions sont réellement équitables. Rares sont ceux qui donneraient de l'argent à une entreprise ou à un service sans savoir exactement ce qu'ils obtiendront en retour. Pour l'heure, les transferts fédéraux ne sont parfois pas liés de manière transparente à la productivité, particulièrement pas à la productivité fondée sur l'équité.

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

Je voudrais aviser le Comité que nous avons établi la date de notre prochaine séance, qui se tiendra lundi prochain à 15 heures, heure de l'Est. Nous pourrions alors examiner la motion de M. Jeneux. Nous reporterons aussi les instructions de rédaction à cette séance. Notre temps est encore serré aujourd'hui, mais nous ferons de notre mieux pour entendre les deux groupes de témoins et effectuer deux tours de questions. Je vous remercie tous.

Monsieur Davies, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je vous remercie, madame Siddiqi, docteur McKenzie, de nous faire profiter de votre expertise aujourd'hui. Je pense que vous avez tous deux expliqué très clairement et avec force la raison pour laquelle le gouvernement fédéral doit recueillir des données nationales exhaustives sur les facteurs sociaux, économiques et autres.

Madame Siddiqi, vous avez écrit récemment que le gouvernement du Canada hésite à recueillir régulièrement des données sur la race et l'ethnie, ce qui entraîne, selon ce que vous écrivez, une absence de reddition de comptes au chapitre de la lutte contre les disparités raciales dans tous les secteurs de la société.

À votre avis, pourquoi le gouvernement fédéral hésite-t-il à recueillir des données sur la race et l'ethnie en ce qui concerne la COVID-19 et en général?

• (1215)

**Mme Arjumand Siddiqi:** Je peux vous révéler la principale raison que nous entendons souvent, puis formuler des hypothèses sur ce qui pourrait se passer.

On nous indique souvent que si on ne communique pas des données, si on ne les rend pas accessibles ou qu'on ne les recueille pas de façon plus globale, c'est en fait pour protéger la vie privée des Canadiens, puisqu'il pourrait y avoir quelques problèmes, particulièrement si la diffusion à grande échelle de données compromettrait la sécurité et la vie privée de Canadiens en permettant d'identifier des personnes précises. Or, peu d'éléments portent à croire que les préoccupations sont suffisantes pour empêcher la diffusion de données réellement précieuses. Est-il quand même possible d'identifier des Canadiens précis même si les données sont anonymisées? Il n'est presque jamais possible de le faire. Il existe peut-être une très mince possibilité, comme c'est le cas pour les données du recensement, d'ailleurs, mais ce n'est pas suffisant pour me convaincre qu'il y a un motif légitime de ne pas recueillir des données et de les rendre libres d'accès aux gens comme moi, le Dr McKenzie et d'autres intervenants afin d'informer notre pays de ce qui nous arrive.

Voilà qui m'amène à ce qui pourrait se passer, selon moi. C'est malheureux, mais je pense que quand on ne recueille pas de données, on a au moins une manière de faire fi des preuves. Nous pouvons faire passer nos opinions pour des faits, pour la simple raison que nous ne disposons pas des faits.

J'ai l'impression que, comme vous l'avez fait remarquer et comme je l'ai souligné auparavant, si nous avons des données et si des scientifiques indépendants peuvent les analyser, il se forme un corpus de preuves qui, d'une certaine manière, nous force à au moins admettre les faits, à au moins devoir admettre et affronter le fait que nous avons devant nous des sources de preuves empiriques, au lieu de nous retrouver avec une situation dans laquelle tout le monde affirme pratiquement n'importe quoi sans que nous ne disposions d'une manière efficace de confirmer ou d'infirmer ces propos.

Je pense que si le gouvernement hésite, c'est en partie parce que ces données permettraient de faire de sérieuses démonstrations empiriques de ce qui se passe au sein de notre société. En outre, comme le Dr McKenzie l'a indiqué, ce n'est pas la fin; ce n'est que le début, et cela nous forcera à aller de l'avant et à agir.

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

Docteur McKenzie, je veux traiter de la santé mentale quelques instants.

Selon un article diffusé le 29 juin par *Global News*, avant de vous installer à Toronto, vous dirigiez un service de santé mentale situé dans le Nord de Londres, au Royaume-Uni. Quand une personne atteinte de psychose ou d'une autre forme grave de maladie mentale était en crise, c'est votre équipe de professionnels du domaine de la santé plutôt que la police qui intervenait en premier. Dans cet article, vous affirmez qu'il était possible d'agir ainsi parce que le Royaume-Uni finance les soins de santé mentale comme le Canada ne le fait pas.

Pourriez-vous fournir plus de détails au Comité sur l'efficacité de ce programme et peut-être souligner les principales différences qui existent entre les approches du Royaume-Uni et le Canada au chapitre du financement des soins de santé mentale?

**Dr Kwame McKenzie:** Je vous remercie beaucoup de cette question. Je ne voyais pas très bien vers quoi vous vous dirigiez, pensant que vous alliez parler de l'épidémie de problèmes de santé mentale découlant de la COVID.

Nous constatons qu'au Canada, environ 7 % des dépenses relatives aux soins de santé concernent la santé mentale. Au Royaume-Uni, ce pourcentage est de 9 à 11 %, selon l'endroit où l'on se trouve. Il se dépense beaucoup d'argent en santé mentale au Royaume-Uni.

Vous savez évidemment que la santé mentale est une affaire de main-d'œuvre. Elle ne donne pas lieu à des opérations étonnantes et à toutes sortes d'interventions. Elle n'exige pas beaucoup d'équipement. C'est une question d'effectif. Si on ne dépense pas d'argent, on n'a pas d'employés, et sans employés, il n'y a pas de service.

La différence que j'ai observée entre le Canada et le Royaume-Uni, c'est qu'il n'y existe pas de services de santé mentale suffisamment complets, notamment à l'échelle communautaire, ce qui fait qu'il y a davantage de crises. Il y a beaucoup plus de crises de santé mentale qui peuvent, comme vous le savez, connaître un dénouement tragique.

La panoplie et la gamme des services de santé mentale ne sont pas, selon moi, suffisantes au Canada pour combler les besoins de la population. Si la COVID entraîne une épidémie de problèmes de santé mentale, je pense que nous nous retrouverons avec de véritables problèmes sur les bras à moins que nous ne commençons à investir des sommes substantielles pour renforcer la capacité afin d'atténuer les conséquences de la COVID sur la santé mentale dans la communauté et ailleurs.

• (1220)

**M. Don Davies:** Vous avez parlé de la voie législative...

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

Voilà qui met fin au premier tour. Nous entamerons le second avec M. Webber.

Monsieur Webber, vous avez la parole pour cinq minutes.

**M. Len Webber:** Je vous remercie, monsieur le président. Je remercie également les deux médecins qui comparaissent aujourd'hui de leurs témoignages, qui sont certes extrêmement intéressants.

Monsieur le président, je déteste certainement intervenir après M. Davies, car une fois encore, il a soulevé des points que je voulais aborder.

Docteur McKenzie, je m'intéresse au même article de *Global News* au sujet de votre expérience dans le Nord de Londres, au Royaume-Uni. Il y est question de l'équipe de professionnels du domaine de la santé qui intervenait en premier à la place de la police quand une crise de santé mentale survenait au sein de la communauté. Vous avez brièvement traité de la question. Pouvez-vous nous expliquer comment cette équipe a vu le jour, comme elle travaillait et comment vous composiez avec des personnes violentes ou armées qui refusaient de collaborer?

Je sais que cela ne faisait pas partie de votre témoignage d'aujourd'hui, mais je pense que c'est très pertinent sur le plan de la santé mentale. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la genèse de cette initiative?

**Dr Kwame McKenzie:** S'il est une chose que nous avons constatée et que nous avons toujours pensée, c'est qu'on réduit le besoin d'intervenir en cas de crise si on peut intervenir précocement. Notre équipe agissait donc de manière très directe, au sein de la communauté. Pour chaque personne que nous rencontrions, nous remettions un numéro de téléphone qu'elle et sa famille pouvaient utiliser en tout temps pour que nous allions les rencontrer. Oui, nous recevions tous les appels de détresse. Oui, c'est nous plutôt que la police que les gens appelaient en premier, et nous allions les voir. Au cours des trois ou quatre années où j'étais là, aucun de nos employés et de nos clients n'a été blessé. Ce n'est pas arrivé.

Cette réussite s'explique entre autres par le fait que nous étions des experts de la désescalade et de la réaction aux crises de santé mentale, et aussi par le fait les gens nous connaissaient. Cela change tout. Mais notre succès s'explique en grande partie par le fait que nous rencontrions les gens à un stade précoce de leurs maladies et de leurs problèmes. Au lieu d'attendre que la situation soit si grave qu'il faille appeler la police, les familles nous appelaient à un stade précoce et nous allions voir les gens afin d'atténuer le problème.

Les services de santé mentale communautaires adéquatement déployés sont très importants et ils fonctionnent. Oui, nous éprouvions des problèmes quand les gens étaient très perturbés, et la police était là en renfort, mais c'est nous qui intervenions en premier. La police restait dans la voiture, à l'extérieur, et nous l'appelions en cas de besoin. La police était donc sur place, mais jamais qui que ce soit n'a été amené menottes aux poings, notamment parce que c'est traumatisant. Même si la personne n'est pas blessée, il faut ensuite composer avec le traumatisme.

C'est ainsi que nous procédions, et cela fonctionnait bien. Cette pratique s'est répandue à Londres. C'est de cette façon qu'on agissait à l'époque.

• (1225)

**M. Len Webber:** Je crois que c'est brillant, docteur McKenzie. Je crois que nous devrions envisager de mettre quelque chose de ce genre en œuvre partout dans notre pays également. Je vous remercie.

J'ai une question rapide pour Mme Siddiqi.

Merci encore une fois de votre exposé, et merci de nous faire profiter de votre expérience découlant de vos études des liens entre la race et les résultats en santé. Dans un article publié le 1<sup>er</sup> juin dans le *Globe and Mail*, vous avez dit que les États-Unis et le Canada étaient comme le jour et la nuit, concernant la collecte de données fondées sur la race. Pouvez-vous nous expliquer plus précisément ces différences, madame Siddiqi?

**Mme Arjumand Siddiqi:** J'ai une vaste expérience des États-Unis, car j'y ai reçu ma formation et j'y ai vécu longtemps. J'y fais encore beaucoup de recherche. C'est là-dessus que mes observations se fondent.

Aux États-Unis, ils ont rendu systématique la collecte de données fondées sur la race comme nous l'avons fait pour les données fondées sur l'âge et le sexe. Aux États-Unis, vous répondez à une question sur votre race presque chaque fois que vous répondez à des questions sur votre profil démographique ou votre lieu de résidence. Cela signifie que vous répondez à cela quand vous utilisez le système de soins de santé ou le système d'éducation, quand vous posez votre candidature à un emploi et quand vous décrochez un emploi, au moment où l'on prend votre adresse et vos renseigne-

ments. Puis ces données sont rendues publiques. Nous pourrions, vous et moi, aller dès maintenant sur Internet et accéder à des ensembles de données qui sont administratives — c'est-à-dire que ces ensembles réunissent les données recueillies de façon systématique — ou qui découlent d'enquêtes gouvernementales, comme ce qui se fait ici avec l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et ainsi de suite. Nous pourrions aller sur Internet, télécharger ces données, accompagnées d'une excellente documentation sur la façon de les utiliser, et créer des analyses sur le champ pour faire le portrait des inégalités raciales ou des inégalités socio-économiques.

Je vais vous donner un autre exemple. Nous faisons du travail sur les inégalités quant aux résultats à la naissance dans les États-Unis. Nous pouvons le faire parce que les certificats de naissance comportent de l'information sur la race, et parce que l'information peut facilement être téléchargée sur Internet. Je n'ai pas besoin de faire une demande pour obtenir les données, de me rendre dans un centre de données de Statistique Canada pour faire une analyse entre 9 heures et 17 heures, d'obtenir une accréditation à cette fin, de leur dire exactement ce que je vais leur demander, puis...

**Le président:** Madame Siddiqi, je vais vous demander de conclure, je vous prie.

**Mme Arjumand Siddiqi:** Certainement.

Au Canada, ce qui se produit, c'est qu'il y a toute sorte d'obstacles, premièrement pour recueillir des données et, donc, pour les avoir, et deuxièmement, pour accéder aux données que nous avons déjà.

**M. Len Webber:** C'est intéressant. Merci beaucoup.

**Le président:** La parole est maintenant à M. Van Bynen.

Allez-y. Vous avez cinq minutes.

**M. Tony Van Bynen:** Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier nos deux témoins de l'information vraiment très utile qu'ils nous fournissent. Je trouve particulièrement intéressante la reconnaissance du transfert de fortune intergénérationnel comme étant la cause profonde du racisme systémique. Je vous en remercie.

Ma première question s'adresse à Mme Siddiqi. Je crois comprendre que l'École de santé publique Dalla Lana compte une organisation étudiante autonome, le groupe de travail sur les maladies infectieuses, qui a créé un outil de navigation des ressources communautaires. J'espère que vous pouvez en dire un peu plus au Comité à propos de cet outil. Qu'est-ce que le groupe espère accomplir avec cet outil? Comment a-t-il été conçu? Et qu'est-ce que le groupe a découvert grâce à l'information qu'il a obtenue en élaborant l'outil?

**Mme Arjumand Siddiqi:** Oui. Je suis très fière de dire que l'outil a été conçu par quelques-uns de nos étudiants au doctorat. Ce sont Isha Berry et Jean-Paul Soucy qui ont dirigé le dossier. Davis Fisman, Ashleigh Tuite et d'autres membres de notre faculté ont également participé pleinement à l'élaboration de cet outil.

En gros, le but de cet outil était de combler une lacune, soit l'absence de données couramment disponibles sur la COVID, alors que nous étions en pleine crise et que nous voulions désespérément de l'information parce qu'il fallait absolument la transmettre au public. Cette équipe et leurs collègues ont fait preuve d'ingénuité et ont pris les reportages des médias qui précisaient les personnes qui mouraient de la COVID, leurs caractéristiques et leur lieu de résidence, et ils ont ainsi assemblé leur propre base de données. Vous pouvez imaginer le processus laborieux de création d'une base de données qui n'a rien d'automatisé, mais pour laquelle des gens ont sué sang et eau pour extraire de l'information de partout où ils pouvaient en trouver.

Ils ont tiré diverses choses de ces données. Ils ont pu nous dire comment la pandémie procédait, où se trouvaient les zones chaudes, et si les choses s'amélioraient ou se détérioraient au fil des jours. Ils n'ont rien pu nous dire, cependant, à propos des iniquités sur le plan sociodémographique. Ils ont donc essayé de recueillir de l'information sur le métier et ainsi de suite, quand ils la trouvaient dans les articles des médias. Étant donné qu'ils ne pouvaient pas compter sur une source qui misait sur un modèle de collecte de renseignements normalisé, ils étaient en fait à la merci de ce qu'ils pouvaient trouver. Habituellement, il s'agissait du lieu de résidence d'une personne, de son âge et, bien sûr, de son état de santé après avoir contracté la COVID-19.

Cela nous a vraiment beaucoup renseignés, mais ce qui est remarquable, c'est qu'ils ont réalisé cela en si peu de temps, grâce à leur propre ingéniosité et leur propre initiative, mais aussi qu'ils ont été obligés de le faire parce que nous n'avons pas de système gouvernemental de collecte de données systématique accessible au public.

• (1230)

**M. Tony Van Bynen:** Merci. Est-ce qu'il serait possible que cette information soit transmise au Comité?

**Mme Arjumand Siddiqi:** Oui, bien sûr.

**M. Tony Van Bynen:** C'est excellent. Merci.

Ma prochaine question s'adresse à vous, docteur McKenzie. Je commencerai par dire que j'ai trouvé très révélatrice votre observation voulant qu'il soit important que nous comprenions ce qu'il y a « sous la courbe », plutôt que de chercher à aplatir la courbe, et c'est dans une grande mesure le reflet de certaines des disparités sociales dont nous avons entendu parler. Quels changements souhaitez-vous concernant le salaire minimum, les suppléments au revenu, l'aide sociale et les mesures de soutien, afin que le système commence à être plus équitable?

**Dr Kwame McKenzie:** Comme vous le savez, j'ai dirigé la recherche et l'évaluation de l'étude sur le revenu de base de l'Ontario. J'aime l'idée du revenu de base. J'aime les résultats du revenu de base. J'aime le fait qu'il améliore l'équité, et j'aime le fait qu'il donne des résultats en matière de santé et de santé mentale, ainsi que sur le plan de la dignité. La dignité et l'inclusion sociale sont très importantes.

Quand je pense à ces choses, j'aime aussi l'idée que nous essayions de penser à la façon... Quand nous pensons aux mesures de soutien du revenu, nous avons tendance à penser aux sommes que nous donnons aux gens, mais nous ne faisons pas nécessairement le lien avec le niveau requis pour garantir la santé. Quand nous pensons à l'assurance-emploi que les gens obtiennent, ou à la PCU que les gens reçoivent, je suis très curieux de savoir si cela permet ef-

fectivement aux gens d'être en santé, car cela va contribuer à réduire les disparités.

Je pense aussi que l'accessibilité à des mesures comme la PCU, entre autres, est importante. J'ai remarqué diverses études qui sortent en ce moment et qui montrent, par exemple, que parmi la population noire, environ 40 % des gens ont perdu leur revenu ou leur emploi à cause de la pandémie, mais une plus faible proportion de la population noire a demandé de l'aide sociale et a obtenu la PCU. Je crois qu'il y a des problèmes d'équité dans l'accès à des mesures comme la PCU. C'est en partie attribuable au fait que des gens ne connaissent pas leurs droits, ainsi qu'au fossé numérique qui sépare les gens, mais c'est là, à n'en pas douter.

Je dirais que les choses importantes sont les suivantes. Quand nous pensons à l'aide sociale, pouvons-nous établir le lien avec la santé et déterminer ce qu'il faut aux gens pour être en santé? Pouvons-nous penser à la façon de veiller à ce que l'aide atteigne les bonnes populations et à ce que ces populations reçoivent effectivement l'aide?

J'aurais d'autres suggestions à faire.

**Le président:** Merci.

Monsieur Kitchen, la parole est à vous pour cinq minutes.

**M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci à vous deux de vos exposés, madame Siddiqi et docteur McKenzie.

Je suis vraiment ravi de vous entendre dire cela. Vous avez beaucoup parlé du manque de données et du fait que nous devons avoir des données courantes. Nous entendons cela tout au long des réunions du Comité. La collecte et la diffusion de données représentent un défi de taille, que ce soit à cause des obstacles provinciaux ou des obstacles fédéraux, etc.

Vous avez parlé des inégalités sociales, quand vous avez abordé la question du revenu; vous avez parlé de logement et de race, entre autres. J'ai remarqué, en faisant un peu de recherche à votre sujet à l'avance, que vous avez tous les deux mentionné les enjeux touchant les personnes handicapées.

Je me demande si vous pouvez tous les deux parler un peu de ce segment particulier de la population. Je vais demander au Dr McKenzie de commencer. Madame Siddiqi, vous pourrez ensuite ajouter vos observations sur la façon dont cela se répercute sur la gestion de la situation. Vous avez dit qu'il faut d'abord s'occuper du groupe le plus durement touché.

• (1235)

**Dr Kwame McKenzie:** Je crois qu'il est vraiment important de penser aux handicaps.

Je crois avoir mentionné précédemment l'analyse qui compare l'Allemagne au Canada. Ce qui différencie principalement l'Allemagne et le Canada, concernant les pertes de vie, est que 80 % des personnes qui sont mortes au Canada étaient dans des établissements de soins de longue durée, alors que seulement 34 % des personnes qui sont mortes en Allemagne vivaient dans de tels établissements. Ils ont réglé la question des soins de longue durée, et c'est ce qui a influencé le cours des choses.

À la fin de la présente vague et lors de la prochaine, je crois que les populations vulnérables, notamment les personnes qui vivent dans des lieux d'habitation collective et les personnes handicapées, représenteront la prochaine frontière, avec les populations racialisées, pour la production d'une réponse équitable et de qualité.

Je crois qu'il sera important de nous concentrer sur leurs besoins et de réfléchir à ce qu'il leur faut pour être en mesure de se protéger eux-mêmes. Comme je l'ai dit précédemment, je suis d'accord avec madame Siddiqi concernant les causes fondamentales. Je crois également que nous devons collaborer et poser des questions aux personnes handicapées. « Que vous faut-il pour être en mesure d'utiliser les outils que nous avons? Nous avons les outils nécessaires au dépistage, à la distanciation physique et à la recherche des contacts. Comment pouvez-vous le faire? Qu'est-ce qui vous empêche de le faire? »

Si nous pouvions régler ces questions et trouver des interventions novatrices, nous pourrions être en mesure de protéger bien des personnes faisant partie de ces groupes, car c'est ce qui s'est produit dans les établissements de soins de longue durée de divers pays. Ces pays avaient déjà de bonnes politiques de prévention des infections dans les établissements de soins de longue durée, et ils les ont mises en œuvre au moment du confinement; ils ont protégé leurs aînés, alors que nous ne l'avons pas fait.

**M. Robert Kitchen:** La parole est à vous, madame Siddiqi.

**Mme Arjumand Siddiqi:** Je n'ajouterai qu'une chose concernant les données.

Comme le Dr McKenzie l'a dit, je crois qu'il serait important de comprendre les difficultés auxquelles les personnes handicapées font face et de discuter avec elles de leurs besoins.

Il est aussi important de comprendre la façon dont il s'agit d'un axe de vulnérabilité au niveau de la population, ainsi que les types de tendances quant aux difficultés que rencontrent ces personnes.

J'ajouterai seulement, pour la question posée précédemment au sujet du groupe de travail sur les maladies infectieuses, qu'il y a un groupe... Je me suis mal exprimée, car il y a deux groupes à notre école. Un des groupes, qui est dirigé par Kahiye Warsame, Yulika Yoshida-Montezuma et d'autres personnes, se penche sur les questions socioéconomiques, et il pourrait également être en mesure de se pencher sur les personnes handicapées.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Selon le principe de précaution, il existe une responsabilité sociale de protéger le public de l'exposition aux méfaits, en particulier quand la recherche scientifique a fait ressortir un risque plausible. Cela signifie que l'on commence par le plus haut niveau de protection de la société pour ensuite procéder à une réduction progressive en fonction de toute nouvelle information sur la nature du risque, ou sur l'absence de risque.

Vous avez tous les deux indiqué que certains groupes démographiques des collectivités canadiennes courent un plus grand risque concernant la COVID-19, mais l'Agence de la santé publique du Canada a choisi de ne pas appliquer le principe de précaution dans le contexte du virus.

Si nous avions appliqué le principe de précaution, croyez-vous que cela aurait contribué à enrayer la propagation de la COVID-19 au sein de certains groupes démographiques particuliers au Canada?

• (1240)

**Dr Kwame McKenzie:** C'est pour moi la question la plus facile de toute la journée. Oui, absolument, monsieur Kitchen. Je suis tout à fait d'accord avec vous.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Et vous, madame Siddiqi?

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

Veuillez répondre très rapidement, madame Siddiqi.

**Mme Arjumand Siddiqi:** [*Difficultés techniques*] d'un côté, oui, mais de l'autre, le problème fondamental réside dans le risque accru d'exposition au virus. C'est aussi un enjeu.

**Le président:** Merci.

La parole est maintenant à Mme Jaczek.

C'est à vous. Vous disposez de cinq minutes.

**Mme Helena Jaczek:** Merci beaucoup, monsieur le président.

J'ai été praticienne de la santé publique pendant de nombreuses années, et je trouve très agréable de vous entendre tous les deux mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. C'est vital, et vous avez mis cela en évidence. Vous avez tous les deux tellement approfondi ce qui était initialement considéré comme les déterminants sociaux de la santé, et vous avez fouillé les données pour pousser bien plus loin l'analyse, avec madame Siddiqi qui met en évidence les problèmes des personnes racialisées dans la communauté, du point de vue de la susceptibilité et ainsi de suite.

Ma première question s'adresse à vous, docteur McKenzie. Je suis ravie de vous revoir, même si c'est virtuellement. Je me demande si vous pouvez nous en dire un peu plus sur le projet pilote sur le revenu de base en Ontario. Je remarque que l'institut Wellesley a mené, le 6 mai, auprès d'un certain nombre de parties prenantes, un sondage dont le but était d'examiner la situation des personnes vulnérables en particulier. L'une des réponses les plus courantes à ce sondage, concernant la reprise après la COVID-19, visait le possible besoin d'établir un revenu universel de base.

Pourriez-vous, au bénéfice du Comité, nous en dire un peu plus sur votre rôle dans le cadre du projet pilote sur le revenu de base de l'Ontario, auquel on a bien sûr mis fin après une année seulement, et nous faire part des leçons apprises et colligées, au cours de cette période d'un an, comme base de notre réflexion à venir?

**Dr Kwame McKenzie:** Je me trouve chanceux d'avoir participé au projet pilote sur le revenu de base en tant que président du groupe consultatif de recherche et d'évaluation. Je fournissais directement des conseils concernant le fonctionnement du projet pilote sur le revenu de base et le lien entre le projet pilote sur le revenu de base et les tiers chargés de l'évaluation, un consortium d'universitaires. À certains égards, comme vous vous senez sans doute, je veillais à ce que tout fonctionne en me faisant l'interprète du langage académique et du langage bureaucratique.

Le projet sur le revenu de base comportait deux éléments différents. Il y avait un essai contrôlé randomisé dans deux secteurs, soit Hamilton et Thunder Bay, dans le nord de l'Ontario. Il y avait une répartition au hasard des personnes qui recevaient un revenu de base ou qui n'en recevaient pas. Il y a ensuite eu une étude de saturation dans un endroit différent, à Lindsay, avec 22 000 personnes dans un secteur surtout agricole, afin de déterminer si l'économie de ce secteur subirait des changements si toutes les personnes à faible revenu avaient un revenu de base. Le revenu de base ou le montant d'argent que vous obteniez essentiellement se fondait sur un remboursement de taxe, ce qui fonctionnait très bien.

Nous avons appris beaucoup de choses. Premièrement, c'est possible. Deuxièmement, les gens adorent cela. Ils trouvent que c'est une façon beaucoup plus digne d'obtenir leur aide sociale. Troisièmement, les entrepreneurs prennent des risques et bâtissent des entreprises s'ils peuvent compter sur du soutien et s'ils savent qu'ils ont au moins un revenu de base. Quatrièmement, les gens changent leur vie et retournent aux études. Ils s'installent dans un meilleur logement. Ils se donnent la chance fondamentale d'aller de l'avant, s'ils ont un revenu de base. Les gens se tirent de la pauvreté s'ils ont un revenu de base.

D'après moi, y mettre fin était une parodie. Vous ne pouvez pas amorcer un projet de recherche, dire aux gens qu'ils ont trois ans pour révolutionner leur vie, puis leur enlever l'argent. C'est mauvais pour leur santé. Manifestement, il est mauvais pour le pays de ne pas avoir cette information. Cela nous a fait mal paraître sur la scène mondiale, car des gens de partout dans le monde attendaient les résultats de ce projet. Quand on a fait des suivis auprès de certains des participants, notamment à Hamilton, des gens qui n'avaient eu le revenu de base que pendant un an s'en étaient mieux tirés que ceux qui ne l'avaient pas eu.

Pour les gens, je crois qu'il est à peu près temps que... Être un citoyen comporte des droits et des responsabilités. Il faut peut-être conclure avec les citoyens un marché selon lequel ils ont des droits, dont le droit à un revenu de base à la mesure d'un pays où les revenus sont élevés.

• (1245)

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

[Français]

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

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

Bonjour, madame Siddiqi.

[Traduction]

**Le président:** Excusez-moi, monsieur Desilets. Votre microphone semble s'être déconnecté.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je vous prie de m'excuser, monsieur le président.

Madame Siddiqi, vous avez fait allusion, avec justesse, aux inégalités et aux écarts qui existent entre les Blancs et les Noirs sur le plan de la richesse ainsi qu'à une espèce de bon de naissance qui existerait ailleurs. Pouvez-vous nous dire rapidement de quoi il s'agit?

[Traduction]

**Mme Arjumand Siddiqi:** Oui. Merci beaucoup.

Comme je l'ai mentionné, l'une des conséquences malheureuses de l'inégalité, c'est qu'elle commence à la naissance avant qu'on puisse y faire quoi que ce soit, et c'est attribuable aux générations précédentes dans lesquelles les Blancs avaient plus de ressources socioéconomiques que les Noirs. Aux États-Unis, les ménages blancs sont 10 fois plus riches, ce qui signifie que si le revenu familial médian d'une famille blanche est de 170 000 \$, le revenu familial médian d'une famille noire est de l'ordre de 17 000 \$.

Pour lutter contre cette inégalité des revenus, ils ont beaucoup parlé de stratégies visant à la réduire. L'une de ces stratégies consiste à avoir des « obligations pour bébé ». L'idée est de donner aux nouveau-nés une somme d'argent qui peut croître au fil du temps. Elle n'est donc pas destinée à être dépensée sur-le-champ. De nombreux besoins requièrent une attention immédiate, mais cette proposition consiste à remettre une somme qui pourra croître au fil du temps et qui pourra servir à l'âge adulte à acheter le genre de choses que les familles riches achètent à leurs enfants lorsqu'ils deviennent adultes. Cette somme sert souvent à payer des études, à faire une mise de fonds sur une maison. Ce genre d'obligations pour bébé fonctionneraient de la même façon. Des économistes ont effectué des estimations qui laissent entendre que ce genre de proposition pourrait éliminer l'écart de richesse d'ici deux générations, si les montants investis sont suffisamment élevés et que la mesure est assez bien gérée.

• (1250)

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

Nous passons maintenant à M. Davies, pour deux minutes et demie.

**M. Don Davies:** Merci.

Vous avez tous les deux parlé des répercussions profondes et néfastes des inégalités de revenus en fonction de la race et du racisme structurel, qui sont bien ancrés. Je suis curieux de voir la tendance. Se maintient-elle? Est-ce que nous nous améliorons? La situation empire-t-elle?

Deuxièmement, dans le peu de temps dont je dispose, j'aimerais tous les deux vous demander quelles seraient les deux grandes priorités du gouvernement fédéral pour commencer à s'attaquer au problème si vous étiez première ministre, madame Siddiqi, et si vous étiez ministre des Finances, docteur McKenzie?

**Dr Kwame McKenzie:** Pourquoi ne pas commencer par la première ministre?

**Des voix:** Ha, ha!

**Mme Arjumand Siddiqi:** Je vous remercie beaucoup tous les deux.

En ce qui concerne l'inégalité des revenus, il est difficile de se prononcer, car nous n'avons pas de bonnes données. Aux États-Unis, je pourrais répondre à la question pour vous, mais au Canada, c'est très difficile.

En général, pour ce qui est de l'inégalité économique, je peux vous dire, par exemple, que l'inégalité des revenus s'accroît. Elle empire, et nous pensons que c'est d'autant plus vrai dans le cas de la richesse... En fait, nous avons des données probantes qui nous l'indiquent. La division raciale est très difficile à calculer, car nous n'avons pas beaucoup de données.

Si je devais proposer deux mesures possibles dans notre société, la première serait de faire quelque chose pour éliminer cet écart de richesse et pour permettre à ces familles d'avoir une sécurité économique, d'étudier davantage, de générer des revenus et ainsi de suite. Pour moi, la lutte contre l'inégalité des revenus serait primordiale. La deuxième mesure serait d'établir un lien entre l'égalité des revenus et l'universalisation d'un grand nombre des services et des programmes qui se sont avérés utiles, comme pour l'accès à l'éducation, y compris les études postsecondaires, et l'accès, à l'opposé, à l'éducation préscolaire, aux services de garde et ainsi de suite.

Permettez-moi de dire une chose au sujet du revenu de base...

**M. Don Davies:** Madame Siddiqi, je suis désolé. Je veux que le Dr McKenzie ait la chance de présenter ses deux priorités.

**Mme Arjumand Siddiqi:** Bien sûr. Je suis désolée.

**Dr Kwame McKenzie:** Pour commencer, je dirai simplement que d'une première génération à une deuxième et à une troisième, le taux de pauvreté dans la population noire au Canada augmente. C'est le seul segment de la population au Canada où le taux de pauvreté est plus élevé parmi les petits-enfants des immigrants, et c'est un problème.

Je crois que nous pouvons faire beaucoup de choses, mais nous devons notamment hausser le plafond. Je me suis entre autres intéressé à l'aide sociale, au revenu de base et à ce genre de choses pour hausser le plafond afin d'atténuer l'écart entre les riches et les pauvres, ce qui aidera considérablement les populations racialisées.

Je pense aussi que nous devons probablement commencer à envisager une loi plus facile à appliquer, une sorte de loi avec plus de mordant, pour commencer à envisager l'égalité entre les races. Si on prend la région de Toronto, la vérité est que, d'après des études de Centraide, la population racialisée n'a pas eu de hausse salariale concrète au cours des 30 dernières années, et l'écart entre cette population et les autres groupes s'est accentué pendant cette période.

**Le président:** Docteur, pouvez-vous conclure, s'il vous plaît?

**Dr Kwame McKenzie:** Oh, oui. Vous faites bien de me ramener à l'ordre. J'aurais pu continuer indéfiniment.

L'écart s'accroît au fil du temps, et nous devons donc cerner les mesures à mettre en place pour remédier à la situation.

**Le président:** Merci, monsieur Davies, et merci à chacun de vous.

Je tiens plus particulièrement à remercier les témoins, qui nous ont tous donné beaucoup de précieux renseignements. Merci de nous avoir donné du temps aujourd'hui.

Sur ce, nous allons suspendre la séance et accueillir un deuxième groupe de témoins. Merci beaucoup.

• (1255)

(Pause)

• (1300)

**Le président:** Reprenons.

Je vous souhaite de nouveau la bienvenue à la 32<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous siégeons conformément à l'ordre de renvoi du 26 mars 2020. Le Comité poursuit sa séance d'information sur la réponse canadienne à l'éclatement du coronavirus.

J'aimerais faire quelques observations pour la gouverne des nouveaux témoins. Avant de parler, veuillez attendre d'être nommés. Lorsque vous êtes prêts à prendre la parole, vous pouvez cliquer sur l'icône de microphone pour activer votre micro. Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence. L'interprétation de la vidéoconférence sera très semblable à ce qui se fait dans une réunion normale de comité. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, l'anglais et le français. Si vous passez d'une langue à l'autre, vous devrez changer le canal d'interprétation afin qu'il corresponde à la langue dans laquelle vous vous exprimez. Vous voudrez peut-être faire une courte pause lorsque vous changez de langue. Lorsque vous ne parlez pas, votre microphone doit être mis en sourdine.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins.

De l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, nous accueillons Mme Kathleen Morris, vice-présidente, Recherche et analyse, et Mme Mélanie Josée Davidson, directrice, Performance du système de santé. Du ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile, nous avons Mme Colleen Merchant, directrice générale, Cybersécurité nationale, Secteur de la Sécurité et de la Cyber-Sécurité nationale. Du Centre de la sécurité des télécommunications, le CST, nous accueillons M. Scott Jones, dirigeant principal, Centre canadien pour la cybersécurité. De la GRC, nous souhaitons la bienvenue au surintendant principal Mark Flynn, directeur général, Criminalité financière et la cybercriminalité, Opérations criminelles de la police fédérale. De Statistique Canada, nous accueillons Mme Karen Mihorean, directrice générale, Perspectives, intégration et innovation en données sociales; M. Marc Lachance, directeur général par intérim, Diversité et populations; et M. Jeff Latimer, directeur général et conseiller stratégique pour les données sur la santé.

Merci à vous tous d'être parmi nous. Nous allons commencer par les déclarations des témoins, plus précisément par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Je vous en prie. Vous avez 10 minutes.

• (1305)

**Mme Kathleen Morris (vice-présidente, Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé):** Merci, monsieur le président.

Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, merci de l'occasion de comparaître devant le comité permanent.

Je m'adresse à vous aujourd'hui depuis le territoire ancestral des Wendats, de la nation Anishinabek, de la Confédération des Haudenosaunee et des Mississaugas de New Credit. Je reconnais que des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivent maintenant en grand nombre sur ce territoire.

Depuis 1994, l'ICIS, comme on nous appelle communément, est un chef de file en matière de données et d'information sur la santé. L'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Notre conseil d'administration est formé de sous-ministres de la Santé et d'autres dirigeants des systèmes de santé qui représentent toutes les régions du pays. L'ICIS a signé des ententes de partage de données avec chaque province et territoire, ainsi qu'avec plusieurs organismes fédéraux.

Les données pancanadiennes sur la santé sont une responsabilité partagée entre l'ICIS et nos partenaires à Statistique Canada, à Santé Canada et à l'Agence de la santé publique du Canada. Chacun de ces organismes joue un rôle défini au sein de l'écosystème de la santé, celui de l'ICIS étant axé sur les systèmes de soins de santé et leur fonctionnement.

Par exemple, l'ICIS gère les données sur les hôpitaux, les soins de longue durée, les dépenses de santé et la main-d'oeuvre en santé, ainsi que l'information sur la performance des systèmes de santé. Les données sont fournies volontairement par les provinces et les territoires, selon les normes convenues d'un commun accord. Ces données sont ensuite regroupées et comparées, ce qui permet aux systèmes de santé d'apprendre les uns des autres. De plus, nous collaborons étroitement avec des organismes internationaux comme l'OCDE et le Fonds du Commonwealth, ce qui nous permet de tirer des leçons des autres pays.

Les données et l'information recueillies sont mises à la disposition des responsables de l'élaboration des politiques, des dirigeants des systèmes de santé, des chercheurs et du public. Nous jouons un rôle capital en fournissant des données et des analyses pertinentes et fiables aux décideurs des systèmes de santé canadiens. Toutefois, nous restons neutres et objectifs dans l'accomplissement de notre mandat. Nous n'élaborons pas de politiques et ne prenons pas position en matière de politiques. En définitive, l'ICIS contribue aux efforts déployés pour améliorer les systèmes de santé et la santé des Canadiens. Pour atteindre ses objectifs, l'ICIS se doit de préserver la confiance du public. Nous sommes résolus à protéger la vie privée des Canadiens et à assurer la sécurité de leurs renseignements personnels sur la santé.

Pendant la pandémie de COVID-19, les travaux de l'ICIS étaient axés sur trois priorités: premièrement, maintenir l'approvisionnement actuel en données et chercher des occasions de l'enrichir; deuxièmement, développer des produits ou des services analytiques visant à contribuer aux efforts dans la lutte contre la COVID; et troisièmement, fournir des données et de l'information rapidement à ceux qui en ont besoin.

Laissez-moi vous donner un ou deux exemples dans chacun de ces secteurs prioritaires.

Pour maintenir et enrichir la chaîne d'approvisionnement en données, nous travaillons étroitement avec nos fournisseurs de données pour réduire les interruptions dans le flux de données. Nous sommes heureux d'annoncer que les hôpitaux et la majorité des établissements de soins de longue durée ont été en mesure de respecter les échéances habituelles pour la collecte de données pour l'exercice financier 2019-2020. Nous avons également diffusé de nouvelles normes relatives à la saisie des cas confirmés et suspectés de COVID. Cette information sera très importante pour analyser la réponse des hôpitaux face à la pandémie. Nous avons également créé des lignes directrices qui permettent de recueillir des données de grande qualité sur la santé fondées sur la race, un sujet qui a d'ailleurs fait l'objet d'une discussion plus tôt aujourd'hui.

Le deuxième objectif consiste à fournir des analyses visant à éclairer la prise de décision. Durant les premières phases de la pandémie, nous avons été sollicités par de nombreuses personnes chargées d'anticiper les besoins en matière de lits d'hôpitaux, de personnel de santé et de fournitures médicales comme les ventilateurs et l'équipement de protection personnelle. En réponse à cette demande, nous avons élaboré un outil pour aider à modéliser ces besoins en ressources à l'échelle locale. Nous avons également for-

mulé des conseils et facilité l'échange d'expertise entre les équipes de modélisation travaillant dans diverses régions au pays. Plus récemment, nous avons publié un rapport qui compare la situation de la pandémie au Canada dans le secteur des soins de longue durée à celle d'autres pays. Le rapport a révélé que l'adoption rapide de mesures sanitaires strictes dans les établissements de soins de longue durée était associée à un nombre inférieur de cas de COVID-19 et à un taux moindre de décès.

Enfin, notre troisième initiative portait sur la réponse aux demandes. En plus d'avoir analysé en détail des sujets précis, l'ICIS a, au cours des derniers mois, répondu à plus de 500 demandes de données et d'information. L'objet de ces demandes a évolué au fil des semaines. Initialement, les demandes visaient à dresser le bilan de la situation: nombre de cas, de patients et d'hospitalisations. On nous a ensuite posé plus de questions sur les soins de longue durée. Plus récemment, les questions ont principalement porté sur la réouverture sécuritaire des services de santé et les conséquences possibles du confinement sur des enjeux comme les problèmes de santé mentale et l'usage de substances ainsi que les chirurgies planifiées.

● (1310)

Au fur et à mesure que nous suivions l'évolution de la pandémie en collaboration étroite avec nos partenaires fédéraux, il est devenu clair qu'il existe certaines lacunes dans d'importantes chaînes d'approvisionnement en données entre les systèmes de santé et au sein de ceux-ci au Canada. La COVID-19 a mis en lumière certaines de ces lacunes, et nous constatons qu'elles tombent dans au moins trois catégories.

Il y a d'abord des lacunes dans la disponibilité des données. Ces lacunes sont bien réelles. Les données n'existent tout simplement pas, comme les témoins de la première partie de la réunion l'ont peut-être souligné. Ces lacunes touchent par exemple l'information sur les fournitures et l'équipement disponibles dans le système, ou encore les caractéristiques des établissements de soins de longue durée, comme le nombre de patients dans les chambres, les propriétaires et le type de gestion, ainsi que le ratio de dotation en personnel. Nous avons également ciblé d'importantes lacunes dans les données portant sur certains aspects de la main-d'œuvre de la santé, comme le nombre de préposés aux services de soutien à la personne et leur lieu de travail.

La deuxième catégorie concerne les données qui existent, mais qui ne sont pas disponibles à temps pour la prise de décisions. Par exemple, il nous faut des données plus actuelles sur les hôpitaux et les services d'urgence. Bien qu'elles soient recueillies dans les établissements hospitaliers partout au pays, ces données ne cheminent pas assez rapidement pour éclairer le type de décisions nécessaires durant une pandémie. Pour combler temporairement cette lacune et aider le gouvernement fédéral à déterminer si les hôpitaux dans certaines régions du pays étaient submergés par les cas de COVID, nous avons créé un rapport sur le nombre de lits d'hôpitaux, de lits dans les services de soins intensifs et de ventilateurs et leur utilisation. Chaque jour, ce rapport est mis à jour manuellement par nos principales personnes-ressources dans les provinces et les territoires et par le personnel de l'ICIS.

Enfin, certaines lacunes sont attribuables à notre incapacité d'intégrer les données. Les systèmes sont souvent incapables de communiquer entre eux, soit parce qu'ils utilisent des normes différentes, soit parce que les données qu'ils traitent ne comprennent aucun identificateur personnel permettant cette connexion. Par exemple, il nous est impossible actuellement de suivre le parcours complet d'un patient atteint de la COVID — du dépistage au traitement et, espérons-le, jusqu'au rétablissement —, car les dossiers de santé publique, les dossiers médicaux électroniques et les dossiers des systèmes de santé sont fragmentés.

L'ICIS travaille continuellement à améliorer la portée et la disponibilité des données des systèmes de santé canadiens aux fins d'analyse et de prise de décisions. Nous savons que les lacunes sont nombreuses, mais nous recommandons d'en combler trois en priorité.

Il y a premièrement le manque de données exhaustives, actuelles et intégrées sur la main-d'œuvre de la santé pour soutenir la planification et les politiques.

La collecte et l'analyse des données sur la main-d'œuvre de la santé sont actuellement fragmentées et incomplètes. Nous devons recueillir dans nos systèmes actuels de l'information sur d'autres professions, comme les techniciens en inhalothérapie et les préposés aux services de soutien à la personne, afin de mieux comprendre la composition du personnel de première ligne et les différents milieux de travail. Nous devons aussi veiller à ce que ces données puissent être couplées avec celles sur l'utilisation des services de santé ainsi qu'avec les données financières des organismes de soins de santé. Ainsi, il serait sans doute plus facile de connaître les taux d'infection au sein de la main-d'œuvre de la santé, le nombre d'heures supplémentaires effectuées et les effets à long terme de la COVID-19 sur les travailleurs de première ligne.

La deuxième lacune se rapporte à la nécessité d'avoir des données plus actuelles et exhaustives sur les soins de longue durée: les résidents, les travailleurs et les établissements.

Même si les données sur les profils cliniques des résidents des établissements de soins de longue durée sont excellentes dans la plupart des régions du pays, nos connaissances comportent des lacunes. Nous en savons peu sur la qualité de vie et l'expérience des résidents avant la pandémie, ni sur les changements que cette dernière a provoqués dans ces domaines. De plus, les renseignements dont nous disposons sur les établissements proprement dits, sur la composition du personnel qui dispense les soins et sur la détection et la gestion des éclosions sont limités. Il importe de reconnaître que même si les établissements de soins de longue durée traitent nos personnes âgées les plus vulnérables, un grand nombre de Canadiens âgés vivent dans d'autres milieux de soins sur lesquels nous avons très peu d'information.

Enfin, il faut des données plus actuelles et exhaustives sur les soins hospitaliers et les services cliniques dispensés aux patients atteints de la COVID ainsi qu'à ceux qui présentent d'autres problèmes de santé.

Les données de l'ICIS sur les hôpitaux brossent un portrait détaillé du nombre de Canadiens traités et des types de soins qu'ils reçoivent. Ces données d'excellente qualité sont toutefois assemblées par des spécialistes en information sur la santé après la sortie du patient de l'hôpital. Afin de mieux gérer nos systèmes face à des questions émergentes, comme la COVID-19, mais aussi la grippe saisonnière et l'épidémie de surdoses d'opioïdes, il faut automatiser le

flux de données des hôpitaux en temps réel, ou presque réel, et avoir de plus amples renseignements sur les patients à leur arrivée à l'hôpital.

Les discussions sur ces solutions concrètes se poursuivent. Les bases ont été jetées, mais ces solutions exigeront l'engagement des gestionnaires des systèmes de santé et des dispensateurs de soins, le leadership des responsables des politiques et une aide financière pour le développement et la mise en œuvre de systèmes d'information.

• (1315)

Aujourd'hui, nous sollicitons votre engagement et votre soutien. De meilleures données permettent de prendre de meilleures décisions et, en fin de compte, d'améliorer la santé des Canadiens.

Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de faire cette présentation. Je serai ravie de répondre à vos questions.

**Le président:** Je vous remercie.

Nous passons maintenant au ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile, à la GRC et au Centre de la sécurité des télécommunications.

Je crois que M. Jones va commencer. Monsieur Jones, vous avez 10 minutes pour faire votre exposé.

**M. Scott Jones (dirigeant principal, Centre canadien pour la cybersécurité, Centre de la sécurité des télécommunications):** Monsieur le président, membres du Comité, bonjour et merci de m'avoir invité à comparaître pour discuter de la cybersécurité pendant la pandémie de COVID-19.

Comme cela vient d'être dit, je m'appelle Scott Jones et je suis le chef du Centre canadien pour la cybersécurité du Centre de la sécurité des télécommunications. J'ai le plaisir d'être accompagné de mes collègues, le surintendant principal Mark Flynn, directeur général de la criminalité financière et de la cybercriminalité à la GRC, et Colleen Merchant, directrice générale de la cybersécurité au ministère de la Sécurité publique.

En matière de cybersécurité, nos ministères ont des mandats distincts, mais complémentaires.

Le Centre de la sécurité des télécommunications, le CST, qui relève du ministre de la Défense nationale, est l'un des principaux organismes de renseignement du Canada et la principale autorité technique du pays en matière de cybersécurité. Le Centre canadien pour la sécurité cybernétique — ou comme je l'appellerai désormais, le cyber centre — est une branche du CST. Nous défendons le gouvernement du Canada, nous faisons connaître les pratiques exemplaires quant à la prévention des compromissions, nous gérons et coordonnons les incidents d'importance nationale et nous travaillons à l'édification d'un Canada numérique sécuritaire.

La Sécurité publique dirige les travaux entourant l'élaboration des politiques du gouvernement du Canada en matière de cybersécurité. Cela comprend la mise en œuvre de la stratégie nationale de cybersécurité de 2018 et la coordination des efforts et des initiatives stratégiques déployés à l'échelle du gouvernement pour assurer la sécurité des biens numériques et cybernétiques. La Sécurité publique soutient également la protection des infrastructures névralgiques et propose des outils d'évaluation aptes à fournir des conseils de haut calibre aux propriétaires et aux opérateurs quant à la façon d'améliorer leur situation en matière de cybersécurité et de cyberrésilience.

Les services de police fédéraux de la GRC sont chargés d'enquêter sur les attaques contre les infrastructures essentielles du Canada — dont le secteur des soins de santé — en collaboration avec les services de police locaux. En outre, la GRC dispose de son Unité nationale de coordination de la lutte contre la cybercriminalité, un service pancanadien qui a pour fonction de coordonner la réponse des services de police canadiens face aux incidents de cybercriminalité. Ensemble, nos trois services travaillent avec les intervenants du milieu canadien de la cybersécurité afin de protéger le Canada et les Canadiens contre d'éventuelles cybermenaces.

Aujourd'hui, j'aimerais faire le point sur le contexte actuel de la cybermenace dans le cadre de la pandémie la COVID-19 et souligner le travail important que le CST, la GRC et la Sécurité publique accomplissent pour protéger le gouvernement du Canada et les Canadiens, en particulier dans le contexte du secteur de la santé.

Les auteurs de cybermenaces tentent de tirer parti des préoccupations accrues des Canadiens à l'égard de la COVID-19. Nos vies dépendent de plus en plus des communications numériques. C'est un phénomène qui existait déjà avant la pandémie, mais qui s'est accentué avec cette dernière. Les cybercriminels sont conscients de cette dépendance numérique et ils cherchent à tirer profit de la situation actuelle. Que ce soit pour la cyberinfrastructure sous-jacente à l'Internet des objets, les appareils connectés ou les applications permettant la notification numérique des possibilités d'exposition au virus, la collaboration en matière de cybersécurité est plus essentielle que jamais. Or, pour connaître un succès pérenne, les solutions doivent impérativement être conçues en tenant compte de la cybersécurité.

Du point de vue du gouvernement, l'objectif sous-jacent doit être de protéger les Canadiens en ligne. Ces efforts sont en cours et ils sont considérables. C'est le cyber centre qui mène la charge pour le gouvernement fédéral. Outre ces efforts, la cybersécurité et la cybercriminalité restent interconnectées; elles rappellent à notre esprit l'importance de traduire en justice les responsables de ces méfaits.

L'application de la loi reste un élément essentiel de la cybersécurité. À ce titre, le Programme de la police fédérale de la GRC enquête sur les menaces les plus importantes pour l'intégrité politique, économique et sociale du Canada. On pense entre autres à la cybercriminalité qui cible le gouvernement fédéral, menace les infrastructures essentielles du Canada et le secteur des soins de santé, s'arrime aux cybersystèmes pour faciliter ou soutenir des activités terroristes et menace des actifs commerciaux névralgiques susceptibles d'avoir d'importantes répercussions sur le plan économique.

La GRC travaille avec ses partenaires nationaux et internationaux en matière d'application de la loi et avec d'autres organismes du gouvernement du Canada pour s'assurer que les cybermenaces de toutes sortes ne sont pas traitées isolément. Une mise en commun appropriée et opportune des renseignements les concernant est essentielle pour les enquêtes et elle contribue à améliorer la cybersécurité des Canadiens. Par exemple, le cyber centre et la GRC travaillent ensemble en échangeant des renseignements sur les arnaques en ligne afin d'alerter les Canadiens à leur sujet et de favoriser la circulation d'indicateurs de compromission aptes à les bloquer et à les prévenir. Du côté de la sécurité publique, on s'attaque à ces questions en dialoguant avec les parties concernées et en favorisant la tenue d'échanges féconds afin de cerner les problèmes et de proposer des solutions stratégiques.

Le cyber centre travaille sans relâche pour sensibiliser le public aux cybermenaces qui pèsent sur les organismes de santé en émet-

tant de manière proactive des alertes idoines et en leur fournissant des conseils adaptés au secteur de la santé, aux partenaires gouvernementaux et aux parties prenantes de l'industrie. Tout au long de la pandémie, le cyber centre a travaillé en étroite collaboration avec des partenaires industriels et commerciaux pour faciliter le retrait de sites Web malveillants, y compris ceux qui ont usurpé l'identité de ministères et d'organismes du gouvernement canadien. Le cyber centre a également contribué à la surveillance d'importants programmes du gouvernement du Canada et à la protection de ces programmes face aux cybermenaces. On pense notamment à l'application Web de la Prestation canadienne d'urgence. Nous avons continué à évaluer les applications infonuagiques, notamment pour l'Agence de la santé publique, et nous avons assuré la surveillance et la défense de l'utilisation de l'infonuagique au sein du gouvernement.

Cependant, les citoyens canadiens eux-mêmes sont également menacés. Étant donné que les personnes et les organisations se tournent de plus en plus vers le travail et l'apprentissage à domicile, les appareils personnels et les réseaux domestiques sont devenus des cibles attrayantes. En réponse, le cyber centre s'est associé à l'Autorité canadienne pour les enregistrements Internet, l'ACEI, afin de créer et de lancer le Bouclier canadien de l'ACEI, un service gratuit visant à bloquer les menaces qui visent le système de noms de domaine — le DNS — et à préserver la confidentialité et la sécurité en ligne pour tous les Canadiens.

● (1320)

Le cyber centre a également collaboré avec le Centre antifraude du Canada. Cet organisme est géré par la GRC, la Police provinciale de l'Ontario et le Bureau de la concurrence, c'est-à-dire par les trois sources de confiance du Canada pour le signalement et l'atténuation des fraudes par marketing de masse.

Les principaux objectifs du Centre antifraude sont la prévention par l'éducation et la sensibilisation, la perturbation des activités criminelles et la diffusion de renseignements permettant aux organismes responsables de l'application des lois de dépister les implications du crime organisé dans les stratagèmes frauduleux.

Grâce à des conseils et à des orientations ciblés, le cyber centre contribue à protéger les intérêts des Canadiens en matière de cybersécurité. J'invite tous les Canadiens à visiter le site [pensezcybersecurite.gc.ca](https://pensezcybersecurite.gc.ca) et toutes les entreprises à visiter le site [cyber.gc.ca](https://cyber.gc.ca) pour en savoir plus sur les pratiques exemplaires qui peuvent être appliquées pour vous protéger, vous et tous les Canadiens, contre les cybermenaces.

Enfin, le cyber centre a déterminé que la pandémie de COVID-19 présente un risque sérieux pour la cybersécurité des organismes de santé canadiens investis dans la réponse à la pandémie. Les auteurs de cybermenaces savent que le secteur de la santé subit d'intenses pressions pour ralentir la propagation de la COVID-19 et mettre au point des traitements médicaux aptes à prévenir les nouvelles infections et leur propagation. Or, étant donné leurs capacités limitées en matière de cybersécurité, les hôpitaux et autres services médicaux de première ligne sont souvent la cible d'activités malveillantes à cet égard.

Nous continuons à recommander aux organismes de santé canadiens de rester très vigilants et de prendre le temps de veiller à appliquer les meilleures pratiques en matière de cybersécurité, notamment en surveillant davantage les journaux de réseau, en rappelant aux employés d'être attentifs aux courriels suspects et d'utiliser des pratiques de télétravail sécurisées le cas échéant, et en veillant à ce que les serveurs des systèmes névralgiques soient protégés par des correctifs pour toutes les vulnérabilités connues en matière de sécurité.

Afin de protéger davantage le secteur de la santé, la Sécurité publique, en étroite collaboration avec le cyber centre, procède actuellement à la mise au point d'un outil de cyber enquête canadien qui permettra aux organismes du secteur de la santé tels que les hôpitaux, les cabinets de médecins et les établissements de soins de longue durée, entre autres, d'évaluer facilement la cybersécurité de leur organisation. L'enquête pourra être effectuée en moins d'une heure et sur une base strictement volontaire. Cette enquête a deux fonctions principales.

La première est de fournir à l'organisme un rapport détaillant toutes les constatations techniques relatives aux failles du programme de cybersécurité qui pourraient et devraient être colmatées pour améliorer sa cybersécurité. La deuxième fonction de cet outil est d'identifier les tendances et les défis communs en matière de cybersécurité dans le secteur de la santé afin d'aider le gouvernement du Canada à adapter son intervention quant au renforcement de la cybersécurité du secteur dans son ensemble. Le ministère de la Sécurité publique a l'intention de lancer cet outil d'enquête dans les semaines à venir et d'étendre son application aux 10 secteurs d'infrastructures essentielles afin d'examiner la cybersécurité de tous les aspects des chaînes d'approvisionnement.

Il convient également de noter que l'Équipe des infrastructures essentielles nationales de la GRC a travaillé avec l'Agence de la santé publique du Canada pour assurer la diffusion de matériel de sensibilisation au sein du secteur de la santé. Elle dispose en outre de divisions dans tout le pays qui s'affairent à créer de nouveaux partenariats dans le secteur de la santé afin d'améliorer les connaissances qu'ont ces organismes de leur situation quant aux menaces possibles.

Ensemble, nos trois ministères aimeraient souligner que même lorsque toutes les précautions possibles sont prises, il est essentiel que les organismes nous informent de tout cyberincident dont elles sont victimes. La cybersécurité est la responsabilité de chacun de nous, et il faudra tout notre savoir-faire et la collaboration de tous pour protéger le Canada et les Canadiens. Plus nous échangerons, mieux nous serons protégés. À défaut de faire circuler l'information, la prochaine personne touchée sera la prochaine victime.

Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner. Nous serons heureux de répondre à toutes vos questions.

**Le président:** Statistique Canada, c'est à vous. Vous avez 10 minutes pour nous livrer votre déclaration liminaire.

**M. Jeff Latimer (directeur général et conseiller stratégique pour les données sur la santé, Statistique Canada):** Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais d'abord vous remercier de me donner la possibilité de comparaître devant votre comité comme représentant de Statistique Canada. À titre de fonctionnaire, je suis toujours reconnaissant que de telles occasions me soient offertes. Je suis ici avec mes collègues

Karen Mihorean et Marc Lachance. Ils pourront au besoin répondre aux questions qui concernent leurs domaines respectifs.

Il est évident que la pandémie a soulevé d'importantes préoccupations au sujet des répercussions disproportionnées qui se sont produites à l'échelle du Canada en fonction des disparités socioéconomiques. Tous les groupes n'ont pas été touchés de la même façon, et nous avons constaté ces répercussions dans nos données, particulièrement en ce qui concerne les aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée, les travailleurs de la santé, les communautés racialisées, les communautés autochtones et les personnes vivant dans des ménages à faible revenu.

Avant de présenter quelques exemples clés, il est important de souligner les responsabilités au chapitre de la collecte des données dans le contexte de la COVID-19.

Les autorités provinciales et territoriales de santé publique sont chargées de la collecte et de la déclaration des cas de COVID-19 dans leur secteur de compétence. L'Agence de la santé publique du Canada est responsable de recevoir les données transmises par les provinces et les territoires et de produire des rapports à l'échelle nationale. Même si Statistique Canada ne recueille pas directement de données sur la COVID-19, nous fournissons une expertise et des conseils sur les lacunes dans les données existantes, les stratégies possibles pour les combler, ainsi que les normes qui président à la collecte et à l'échange de ces données.

J'aimerais apporter une dernière précision concernant la collecte de données. Il existe deux méthodes générales à ce chapitre: les données d'enquête, qui sont fondées sur un échantillon de la population, et les données administratives, qui représentent habituellement un recensement de tous les cas. Les cas de COVID-19 sont recensés au moyen de données administratives, qui comportent souvent certaines limites. Au Canada, il ne fait aucun doute que ces limites sont hautement problématiques.

Tout d'abord, il y a l'absence de normes communes concernant les données proprement dites et l'échange de ces données à l'échelle du pays. Il y a également des questions au sujet de l'efficacité du traitement des données et de la qualité de ces dernières. En deuxième lieu, le manque de granularité dans les données recueillies sur la COVID-19 fait en sorte qu'il est difficile de répondre aux questions stratégiques clés. Par exemple, aucune donnée n'est recueillie sur les caractéristiques démographiques, comme la race, l'origine ethnique ou le revenu, ni sur l'état de santé sous-jacent des personnes. De plus, on ne dispose pas de données géospatiales détaillées pour mieux comprendre la propagation de cette maladie. Enfin, les données soumises au gouvernement fédéral ne comprennent pas d'identificateurs qui pourraient faciliter un couplage sécuritaire et approprié avec les bases de données existantes de Statistique Canada et ainsi combler ces lacunes.

Ceci étant dit, nous recueillons activement de nouvelles données d'enquête et nous analysons nos données existantes, afin de faire la lumière sur les répercussions indirectes possibles de la COVID-19. En cette période de distanciation sociale, beaucoup plus de jeunes que d'ânés font état d'une détérioration importante de leur santé mentale, soit 64 % comparativement à 35 %. En mai dernier, le taux de chômage des étudiants était de 40 %, ce qui est le triple du taux enregistré l'an dernier pour le même mois. Une tendance similaire a également été observée chez les jeunes qui ne sont pas aux études. Plus de 70 % des personnes âgées de plus de 80 ans au Canada déclarent au moins un problème de santé chronique pré-existant lié à des symptômes graves de la COVID-19, soit plus du double du taux observé chez les adultes de moins de 60 ans.

Si nous examinons la population des immigrants, les pertes d'emploi pendant la pandémie ont plus que doublé comparativement à la population née au Canada. Nous savons aussi qu'avant la COVID-19, le taux de chômage des Canadiens noirs était déjà deux fois plus élevé que celui de la population en général, et que l'écart salarial s'est creusé au cours des dernières années. En outre, les jeunes Noirs sont deux fois plus nombreux que les autres jeunes Canadiens à déclarer vivre dans l'insécurité alimentaire. Les populations de minorités visibles, comme les Canadiens d'origine chinoise et coréenne, ont signalé une augmentation des incidents négatifs fondés sur la race au cours des derniers mois. Enfin, une femme sur 10 a indiqué s'inquiéter de la violence à la maison pendant la pandémie.

Si nous examinons les caractéristiques sociodémographiques des travailleurs en soins de longue durée, qui font actuellement face à certains des problèmes les plus difficiles, nous constatons qu'ils sont plus susceptibles d'être des immigrants, moins susceptibles de travailler à temps plein et plus susceptibles de gagner moins que le Canadien moyen. Les hommes autochtones sont deux fois et demie plus susceptibles d'être sans emploi et gagnent en moyenne 23 % de moins que leurs homologues non autochtones. Dans presque tous les indicateurs, y compris l'état de santé et l'espérance de vie, la population autochtone obtient des résultats bien en deçà des moyennes canadiennes.

La pandémie a fait ressortir un grand nombre d'inégalités sociales préexistantes que Statistique Canada étudie depuis des décennies. Afin de répondre au besoin d'obtenir plus de données, nous avons lancé un certain nombre d'outils de collecte rapides, comme des panels Web et la collecte par approche participative. Parmi les sujets abordés figuraient les répercussions de la COVID-19 sur la main-d'œuvre, l'insécurité alimentaire, la santé mentale, les perceptions à l'égard de la sécurité, la confiance à l'égard des autres et les préoccupations parentales. Statistique Canada a terminé hier la collecte par approche participative visant à mieux comprendre les répercussions sur les personnes ayant une incapacité de longue durée. Ces données seront disponibles au début d'août et comprendront de l'information sur le statut de minorité visible, ainsi que d'autres marqueurs démographiques, comme le genre, le statut d'immigrant et l'identité autochtone. D'autres données sur les problèmes de santé mentale seront aussi disponibles au cours des prochaines semaines. Elles fourniront des ventilations selon la diversité de genre, le statut d'immigrant et les groupes ethnoculturels.

En partenariat avec les provinces et les territoires, nous avons considérablement amélioré l'actualité des données sur les décès au Canada, afin d'avoir une meilleure idée de la surmortalité pendant la pandémie. Ces données seront publiées le mois prochain.

Nous travaillons aussi en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'examiner plus en détail les enjeux pour les travailleurs de la santé et les établissements de soins de longue durée.

• (1330)

Enfin, nous travaillons avec l'Agence de la santé publique du Canada pour que les Canadiens et les chercheurs aient accès aux données préliminaires détaillées sur le nombre de cas confirmés de COVID-19.

Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé. Mes collègues et moi-même sommes disposés à répondre à toutes vos questions.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci. Merci à tous les témoins pour leurs exposés.

Nous allons entamer nos séries de questions et nous tâcherons d'en faire deux. Cependant, comme nous n'avons pas beaucoup de temps, nous les écourterons. Pendant la première série, vous aurez cinq minutes au lieu de six pour vos interventions. C'est Mme Jansen qui commencera.

Madame Jansen, vous avez cinq minutes.

**Mme Tamara Jansen:** Merci beaucoup.

J'aimerais d'abord m'adresser à Mme Merchant si possible. J'ai une question concernant un point dont on a un peu parlé dans les médias.

Le 31 mars 2019, le Laboratoire national de microbiologie du Canada a envoyé 15 souches du virus Ebola et de l'henipavirus à l'Institut de virologie de Wuhan aux fins d'expériences sur le gain de fonction. Dans ce type d'expérience, on fait intentionnellement subir une mutation à un pathogène pour voir s'il devient plus mortel ou infectieux. On a récemment publié une demande d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels contenant des détails concernant le transfert de ces virus au laboratoire de Wuhan, mais la majeure partie des renseignements importants n'y figurait pas.

Comme le gouvernement a affirmé à plusieurs reprises à quel point il s'engage à privilégier une approche pangouvernementale à l'égard de la sécurité des pathogènes, pouvez-vous expliquer le rôle que votre ministère a joué dans l'enquête sur cette fuite?

**Mme Colleen Merchant (directrice générale, Cybersécurité nationale, Secteur de la Sécurité et de la Cyber-Sécurité nationale, ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile):** Cette question m'est-elle adressée?

**Mme Tamara Jansen:** Oui, madame Merchant. Je m'interroge au sujet de l'approche pangouvernementale à l'égard de la sécurité des pathogènes. Pouvez-vous expliquer le rôle qu'aurait joué votre ministère dans l'enquête sur cette fuite?

**Mme Colleen Merchant:** Je ne saurais vous répondre. Il semble que ce n'ait pas été une question de cybersécurité. Je serais ravie de voir si quelqu'un d'autre au ministère serait en mesure de répondre à cette question.

**Mme Tamara Jansen:** Un autre témoin a-t-il des renseignements à fournir concernant cette fuite?

**Mme Colleen Merchant:** Je ne pense pas. M. Jones et M. Flynn de la GRC n'auraient pas non plus de renseignements à ce sujet.

**Mme Tamara Jansen:** D'accord.

Nous savons qu'en 2014, la Chine a lancé une cyberattaque importante contre le Conseil national de recherches, le CNRC, et que, malgré cet antécédent, le CNRC a travaillé en partenariat avec une entreprise en lien avec le régime chinois, CanSino, pour produire un vaccin au Canada. Est-ce que cette situation vous préoccupe le moins?

**Mme Colleen Merchant:** Du point de vue de la cybersécurité, nous nous préoccupons vivement chaque fois que les renseignements transmis entre organismes risquent d'être vulnérables. Sur le plan des télécommunications ou de la sécurité informatique, nous nous préoccupons toujours, que les renseignements soient transmis entre le Canada et un autre pays ou même à l'échelle nationale.

Pour sécuriser l'infrastructure, Scott Jones et son organisme, le centre pour la cybersécurité, offrent les consignes et les conseils les plus judicieux à des organismes comme le CNRC.

• (1335)

**Mme Tamara Jansen:** Votre ministère suit-il actuellement de près les travaux réalisés avec CanSino?

**Mme Colleen Merchant:** Du point de vue de la cybersécurité, ce serait probablement les collègues du centre pour la cybersécurité qui suivraient de près cette question ou des collègues responsables de la sécurité et du renseignement, alors que du point de vue de la politique stratégique, ce serait Sécurité publique, mais ce n'est pas une question que nous suivons de près.

**Mme Tamara Jansen:** Ce n'est pas votre ministère qui cernerait d'éventuelles cyberinteractions inappropriées entre, disons, le médecin — le Dr Qiu — et l'équipe à l'Institut de virologie de Wuhan?

**Mme Colleen Merchant:** Non, ce ne serait pas lui. Cette question relève plutôt du secteur de la sécurité et du renseignement.

**Mme Tamara Jansen:** D'accord. Je pense que je vais maintenant m'adresser aux représentants de Statistique Canada.

Monsieur Latimer, après l'éclosion de SRAS au début de 2003, IBM a produit un système de TI — Panorama — pour l'Agence de la santé publique du Canada. Le but était de faire en sorte que nous disposions d'un système national exhaustif pour gérer l'éclosion d'une maladie transmissible. Ce programme a été élaboré par IBM, créateur de notre tristement célèbre système de paie Phénix, et, en août 2015, le vérificateur général de la Colombie-Britannique, ma province d'origine, a déterminé que le programme était lent et sujet aux erreurs et aux pannes imprévues. En gros, c'était un désastre total qui a coûté aux contribuables de la Colombie-Britannique à eux seuls la somme ridicule de 113 millions de dollars, soit une hausse de 420 % par rapport au montant prévu au départ.

Connaissez-vous ce programme et son fonctionnement?

**M. Jeff Latimer:** Merci d'avoir posé la question.

Je ne connais pas ce programme, comme il relève de l'Agence de la santé publique, je ne peux pas me prononcer à son sujet. Je peux parler de la situation actuelle concernant les données au Canada, mais pas de ce système.

**Mme Tamara Jansen:** D'accord.

**Le président:** Il vous reste 18 secondes.

**Mme Tamara Jansen:** Je m'interrogeais au sujet de la difficulté de regrouper les programmes de collecte de données nationales. Le problème est-il que les provinces n'y souscrivent pas? On m'a dit

qu'en deux semaines, Statistique Canada pouvait mettre en place un système réel à cette fin.

**M. Jeff Latimer:** Je ne suis pas convaincu que deux semaines suffisent, mais je pense que nous avons l'expertise et l'expérience voulues pour aider le pays à élaborer des normes nationales en matière de données et de partage de données.

**Mme Tamara Jansen:** Vous pourriez donc élaborer un système du genre...

**Le président:** Merci, madame Jansen. La parole est maintenant à M. Fisher.

Monsieur Fisher, allez-y, je vous prie. Vous avez cinq minutes.

**M. Darren Fisher:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à vous tous d'être venus aujourd'hui. Ma première question s'adresse au représentant du Centre de la sécurité des télécommunications.

Nous entendons parler d'arnaques et d'hameçonnage liés au coronavirus. Pas plus tard que cette semaine, nous avons entendu parler d'ainés qui reçoivent des appels concernant le supplément à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément du revenu garanti qu'offre le gouvernement pendant la pandémie de COVID-19. On leur demande des renseignements pour accéder à leurs comptes bancaires afin d'y déposer de l'argent alors qu'ils n'ont, bien sûr, pas besoin de présenter de demande pour recevoir ce financement.

Comment votre organisme collabore-t-il avec la GRC locale ou les forces policières locales, je suppose, pour enquêter sur des cas pareils? Comment vous y prenez-vous pour vous assurer que le public est au courant de ces arnaques? Aujourd'hui, nous avons affiché sur Facebook un message qui a été partagé plus de 300 fois.

**M. Scott Jones:** Merci au député d'avoir posé la question, monsieur le président.

Dans les faits, nous gérons la question de bien des façons. Peut-être que M. Flynn voudra aussi nous donner le point de vue de la GRC.

Premièrement, lorsqu'une entité semble se faire passer pour le gouvernement du Canada, nous avons pris des mesures énergiques pour nous assurer de protéger tant l'image de marque que son intégrité, si bien que nous retirons d'Internet très rapidement, au point où nous le faisons avant même qu'elles fassent des victimes parmi les Canadiens. Deuxièmement, nous transmettons beaucoup de renseignements pour que ces entités soient bloquées. Le Bouclier canadien de l'Autorité canadienne pour les enregistrements Internet bloque les arnaques par courriel qui vous demandent de faire une action. Les Canadiens seraient protégés s'ils utilisaient ce service gratuit qui a été boudé.

Troisièmement, comme je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires, nous travaillons avec le Centre antifraude du Canada de la GRC à informer les Canadiens. Malheureusement, la COVID-19 est un appât particulièrement efficace pour encourager les gens à cliquer sur un lien et à transmettre de l'information. Voilà pourquoi nous avons aussi publié beaucoup de renseignements, d'évaluations de la menace, de bulletins et autres.

**M. Darren Fisher:** Merci pour cette réponse.

Je m'adresse maintenant aux représentants de l'ICIS. Tous les membres du Comité ont été choqués d'apprendre que dans quatre cas sur cinq, les personnes décédées du coronavirus résidaient dans des centres de soins de longue durée. Nous en avons beaucoup entendu parler, et la Nouvelle-Écosse a été tout aussi durement touchée.

Quels types de mesures croyez-vous que les provinces et les territoires devraient mettre en place dans les centres de soins de longue durée? Je sais que vous en avez parlé brièvement dans vos remarques liminaires, mais comment les autres pays gèrent-ils ce problème?

● (1340)

**Mme Kathleen Morris:** Je remercie beaucoup le député d'avoir posé sa question, monsieur le président.

Vous avez raison. L'ICIS a bien transmis des renseignements récemment sur le fait que le secteur des soins de longue durée a été assez durement touché au Canada.

Dans l'ensemble des groupes d'âge, le nombre de décès attribuables à la COVID au Canada a été inférieur à la moyenne internationale, contrairement aux cas dans les centres de soins de longue durée, qui ont clairement fait partie des plus nombreux. Une des choses que nous avons apprises de cette expérience est que les pays qui ont mis en place des mesures ciblées pour le secteur des soins de longue durée de concert avec les mesures de confinement générales ont eu beaucoup moins d'infections et de décès liés à la COVID dans les centres de soins de longue durée. Ils ont notamment pris des mesures pour soumettre les résidents des centres de soins de longue durée à des tests de dépistage à grande échelle et répétés. Ils ont aussi prévu des unités d'isolement pour pouvoir isoler un résident qui tombe malade et ainsi réduire le risque d'infection.

De plus, il importe d'offrir les types de soutiens adéquats aux fournisseurs de soins de longue durée, par exemple, celui de pouvoir faire appel à du personnel d'appoint lorsque le nombre de cas augmente. Au Canada, l'armée est intervenue dans certaines provinces. Ailleurs, on a fait appel à des équipes spécialisées à qui on a fourni gratuitement de l'équipement de protection individuelle pour que tous les fournisseurs de soins de longue durée se sentent en sécurité.

Ce sont des exemples de mesures qu'on a vus dans d'autres pays où le taux de mortalité était moins élevé dans les centres de soins de longue durée.

**M. Darren Fisher:** Leurs taux de mortalité étaient généralement plus élevés dans l'ensemble, mais moindres dans les centres de soins de longue durée.

**Mme Kathleen Morris:** C'est exact.

**M. Darren Fisher:** Merci aux représentants de Statistique Canada d'être venus.

Dites-moi brièvement comment Statistique Canada change ses façons de faire pour rehausser ses opérations dans le contexte de la nouvelle normalité et des répercussions de la COVID-19.

**M. Jeff Latimer:** Je pense que dans mes remarques liminaires, j'ai souligné quelques points. Je vais les répéter et en ajouter quelques-uns qui me semblent importants.

Avant tout, nous avons mis en place de nouvelles méthodes de collecte de données qui sont assez rapides. Par exemple, bien que nos groupes de discussion sur le Web et nos sondages d'externalisa-

tion ne soient pas les mêmes que nos sondages représentatifs dans tout le pays, ils fournissent de nouvelles informations importantes dans un délai très court. Je pense qu'il s'agit là d'un progrès essentiel. Nous nous appuyons toujours, et nous devons nous appuyer, sur notre programme national de statistiques, mais ce sont des ajouts intéressants et importants.

Nous avons également travaillé avec les provinces pour accélérer la collecte et la communication des données sur les décès au Canada. C'est un élément essentiel. Il s'écoulait autrefois presque deux ans entre le décès et la déclaration, et nous prévoyons maintenant de publier des rapports mensuels. Nous travaillons avec les provinces et les territoires et nous espérons avoir la plus grande couverture possible sur une base mensuelle. Ces rapports commenceront le mois prochain. Il s'agit d'une augmentation massive, et je pense qu'elle est importante pour le Canada, afin de commencer à voir les données sur les décès et de les utiliser. Ce sont là deux éléments que je considère comme primordiaux.

Nous travaillons dans un certain nombre d'autres domaines. La désagrégation des données est un élément essentiel. Nous travaillons vraiment fort pour essayer de rendre les données disponibles au niveau requis pour prendre des décisions stratégiques importantes.

Voilà les trois points que je soulignerais.

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

[Français]

C'est maintenant au tour de M. Desilets.

Vous avez la parole pour cinq minutes, monsieur Desilets.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence. Je les remercie aussi d'avoir accepté de nous transmettre leurs connaissances et leur savoir.

Ma première question s'adresse à M. Latimer.

Nous avons entendu à plusieurs reprises, au Comité permanent de la santé, bon nombre d'intervenants nous parler de toutes les difficultés majeures que posent la circulation des informations et des données, la collecte de ces données et l'échange des données entre les provinces et le fédéral, un peu partout et de différentes façons.

Juste aujourd'hui, nous avons entendu tantôt la représentante de l'Institut canadien d'information sur la santé nous faire part de ces mêmes préoccupations. Une heure plus tôt, c'était le Dr McKenzie. Bref, plusieurs intervenants se sont exprimés à ce sujet.

Monsieur Latimer, êtes-vous d'accord à propos du constat que je fais?

● (1345)

**M. Jeff Latimer:** Je vous remercie beaucoup de votre question, monsieur Desilets.

[Traduction]

Je suis d'accord pour dire que la manière dont les données sur la COVID-19 sont recueillies dans les administrations et communiquées à l'échelon fédéral pose des problèmes importants. J'en ai souligné quelques-uns dans mes remarques liminaires.

Il n'existe vraiment pas de normes de données et d'échange de données communes au pays. Je pense que c'est un problème important. Les données recueillies ne permettent pas d'obtenir les ventilations démographiques importantes qui seraient nécessaires. De plus, les identificateurs personnels au niveau fédéral ne sont pas non plus disponibles. Ce couplage entraînerait des économies importantes et nous permettrait de combler les lacunes en matière de données grâce au couplage des enregistrements avec nos fonds de données existants.

En conséquence, oui, je suis d'accord avec cette affirmation.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Dans un pays évolué comme le nôtre, comment expliquez-vous que nous n'ayons pas de plan directeur ou de plan intégré, alors que nous savons pertinemment que, dans le cas d'une pandémie comme celle que nous vivons, les informations sont le nerf de la guerre?

La Corée du Sud a réussi en 24 heures à mettre en place un système qui donnait des directives très précises. C'est votre domaine; peut-être pouvez-vous comprendre cela. Pour ma part, je n'y arrive pas.

Comment se fait-il que nous n'ayons pas de plan intégré pour cette transmission d'informations capitales?

**M. Jeff Latimer:** Je vous remercie de la question.

[Traduction]

Je ne veux pas parler au nom de mes collègues de l'Agence de la santé publique du Canada, mais je dirai qu'ils travaillent à une stratégie. Nous collaborons avec eux chaque jour et travaillons en étroite collaboration pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale qui aborderait tous les problèmes que j'ai soulignés.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Dois-je comprendre, monsieur Latimer, que la responsabilité devrait revenir à l'Agence de la santé publique du Canada? L'Agence devrait-elle gérer, superviser et contrôler cet amalgame d'informations fort essentielles?

[Traduction]

**M. Jeff Latimer:** Je ne serais pas à l'aise. Je crois qu'il revient aux personnes à des échelons bien supérieurs au mien de décider qui devrait recueillir ces données au Canada.

Je dirai que les deux organismes ont l'expertise et qu'ils collaborent à combler les lacunes.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je parle de l'Agence de la santé publique du Canada. Quel est l'autre organisme dont vous parlez?

[Traduction]

**M. Jeff Latimer:** Je parlais de l'Agence de la santé publique du Canada et de Statistique Canada, et nous collaborons aussi avec Santé Canada. Nous travaillons avec les trois organismes.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Latimer.

Me reste-t-il du temps de parole, monsieur le président?

[Traduction]

**Le président:** Il vous reste une quarantaine de secondes.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je serai bref.

Monsieur Jones, il y a deux semaines, le Comité permanent de la Santé demandait au gouvernement de mettre en place une façon de faire pour que les produits et les services numériques soient sécuritaires dès leur conception.

Est-ce que cela vous semble réaliste?

[Traduction]

**M. Scott Jones:** Comme je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires, je pense qu'il est très important de concevoir la cybersécurité dès le départ pour comprendre les menaces auxquelles on peut faire face. Malheureusement, lorsque nous examinons une application, nous nous penchons généralement sur ses avantages. Nous devons également examiner comment elle peut être utilisée à mauvais escient du point de vue de la cybersécurité. Je pense que nous avons fait beaucoup de progrès, certainement en ce qui concerne le système de notification d'exposition. Une partie de l'équipe qui travaille à ce projet veille à ce qu'il soit prêt dès le départ et conçu dans une optique de cybersécurité.

Il est important que nous continuions à insister sur le fait qu'il ne faut pas tenir compte que des avantages de la technologie. Nous devons également examiner comment elle peut être utilisée à mauvais escient.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je vous remercie, monsieur Jones.

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

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez cinq minutes.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être ici.

Madame Morris, ma première question s'adresse à vous.

L'ICIS recueille-t-elle actuellement des renseignements nationaux concernant la disponibilité des ressources du système de soins de santé comme les ventilateurs, les unités de soins intensifs et les lits d'hôpitaux?

**Mme Kathleen Morris:** Nous recueillons ces informations et nous disposons d'informations assez détaillées sur les patients qui utiliseraient ces services. L'un des défis est que ces informations circulent un peu plus lentement, car elles sont fondées sur les données de sortie, ce qui fait qu'elles ne sont pas disponibles aussi rapidement que nous le souhaiterions en cas de pandémie.

L'une des choses que nous avons faites pour résoudre ce problème est de rassembler très rapidement des données, en travaillant avec les provinces et les territoires, pour créer un tableau de bord qui examine l'offre de lits et de ventilateurs dans les unités de soins intensifs, le nombre de patients atteints de la COVID qui utilisent ces ressources et le nombre de personnes ayant d'autres problèmes de santé qui ont besoin de ce type de soins. Nous regroupons ces données et les mettons à jour quotidiennement.

• (1350)

**M. Don Davies:** Merci.

Est-ce que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent désormais ces informations à l'ICIS?

**Mme Kathleen Morris:** Oui, il y a quelques petites lacunes, mais en général, nous recevons de bons flux de données de la part des provinces et des territoires.

**M. Don Davies:** Pourriez-vous vous engager à fournir au Comité une liste de ces renseignements? Je suis curieux, par exemple, de savoir combien de ventilateurs nous avons au Canada, surtout si nous devons faire face à une deuxième vague à l'automne. Pourriez-vous fournir ces renseignements au Comité?

**Mme Kathleen Morris:** Je pense que c'est possible, et je vais regarder... Les chiffres changent quotidiennement, mais nous allons tenter de vous faire parvenir de l'information après la séance.

**M. Don Davies:** Merci.

Comme des voix réclament de meilleures données démographiques pour comprendre les inégalités en santé et la COVID-19, l'Institut canadien d'information sur la santé a publié en mai une norme provisoire de collecte de données sur la race que peuvent utiliser les organismes compétents qui choisissent de recueillir ce type de données. Toutefois, comme vous l'avez sans doute entendu lors des discussions avec notre premier groupe de témoins et par la suite, nombre d'intervenants critiquent cette approche parce qu'elle est volontaire. Selon eux, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file pour que la collecte de données se fasse de manière uniforme à l'échelle du pays.

Comme il est impossible à l'heure actuelle de savoir où les ressources et les soins sont les plus nécessaires en raison du manque d'information, le gouvernement fédéral devrait-il imposer des normes nationales sur la collecte et l'échange de renseignements sociodémographiques concernant la COVID-19?

**Mme Kathleen Morris:** Nous sommes d'avis qu'il faut avoir les données les plus détaillées possible pour comprendre, planifier et gérer les services de santé. Nous avons travaillé pendant un bon bout de temps avec les communautés touchées pour élaborer ce que nous appelons nos normes d'équité. Elles portent sur divers éléments comme le revenu, le sexe, le genre, et comprennent la race et le statut d'Autochtone. Elles sont importantes pour bien comprendre la situation et planifier les services en conséquence.

L'exercice nous a appris notamment que si la collecte de données est importante, il est aussi très important que les communautés qui en font l'objet se sentent à l'aise de collaborer. Certains groupes racialisés, en particulier, pensent souvent que les données recueillies sont utilisées à leur détriment. Nous croyons que cette façon de voir les choses évolue et que les avantages de la collecte de données sont clairs. Notre rôle consiste à établir des normes afin que les façons de recueillir les données soient claires et comparables et que les données puissent être regroupées pour en faire une bonne utilisation.

**M. Don Davies:** Monsieur, vous avez mentionné que le fait de ne pas avoir de normes de données communes à l'échelle nationale est une des lacunes. Pensez-vous en outre que l'information démographique, notamment sur la race et l'ethnicité, devrait faire l'objet de rapports obligatoires à l'échelle du pays? Je souligne que nous savons — et nous l'avons entendu dire pendant les discussions avec le précédent groupe de témoins — que lors du recensement, Statistique Canada pose généralement ces questions à un échantillon de 100 000 personnes. Serait-il temps qu'elles soient posées à l'ensemble de la population?

**M. Jeff Latimer:** Je vais demander à mon collègue Marc Lachance, qui possède l'expertise dans ce domaine, de répondre à votre question.

**M. Marc Lachance (directeur général par intérim, Diversité et populations, Statistique Canada):** Bonjour.

C'est une très bonne question. Comme nos collègues de l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada élabore des normes nationales, et comme vous l'avez mentionné, le recensement est l'une des grandes activités de collecte de données où l'on applique ces normes. Statistique Canada est un organisme statistique national qui, à ce titre, met toutes ces normes à la disposition des intéressés. Nous les élaborons en collaboration avec les communautés et des experts. Nous les testons également auprès des répondants pour nous assurer qu'ils les comprennent bien. Ainsi, nous avons des normes qui peuvent être utilisées par d'autres organismes. Elles sont toutes rendues publiques, et comme il a été mentionné, elles sont toutes fiables et utilisées.

Nous collaborons aussi étroitement avec nos...

• (1355)

**M. Don Davies:** Monsieur Lachance, respectueusement, je vous ai demandé si les questions sur la race et l'ethnicité vont être posées à tous les Canadiens, et non pas seulement à 100 000 d'entre eux.

**M. Marc Lachance:** Je ne comprends pas très bien votre question au sujet des 100 000 personnes.

Comme vous le savez, nous posons ces questions à un certain ratio de la population dans le recensement. Nous avons des normes relatives à l'ethnicité et aux origines ethniques. Nous avons également des questions qui portent sur les minorités visibles. Nous posons ces questions dans le cadre du recensement et aussi d'autres enquêtes.

Statistique Canada n'a pas le mandat d'imposer ces normes. Nous les appliquons à nos enquêtes pour nous assurer que l'interopérabilité entre nos enquêtes est aussi bonne que dans le cas du recensement et d'autres enquêtes sur la population que nous effectuons, y compris les enquêtes sur la santé.

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Cela met fin à cette série de questions. Nous allons entamer la deuxième série et réduire la durée des questions également. Les périodes de cinq minutes passeront à quatre minutes, et malheureusement, celles de deux minutes et demie passeront à deux minutes.

Monsieur Webber, allez-y. Vous avez quatre minutes.

**M. Len Webber:** Merci, monsieur le président.

Monsieur Latimer, vous avez parlé de la collecte de données de Statistique Canada sur les décès liés à la COVID-19. J'aimerais savoir si vous recueillez des données sur les décès qui ne sont pas liés à la COVID, mais aux annulations des chirurgies non urgentes, comme les interventions cardiaques ou les traitements contre le cancer, en raison de la réponse à la pandémie.

**M. Jeff Latimer:** Nous recueillons des données sur tous les décès au Canada, et pas seulement ceux liés à la COVID-19. Les rapports mensuels que nous prévoyons publier à partir du mois prochain comprendront les données sur tous les décès que nous font parvenir les provinces et les territoires. Nous ne pourrions pas établir si ces décès sont dus à une chose ou une autre, mais d'autres analystes pourraient être en mesure d'examiner ces questions.

**M. Len Webber:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Jones du centre pour la cybersécurité.

L'industrie et le gouvernement sont passés, pratiquement du jour au lendemain et sans préavis, en mode télétravail pendant la pandémie, en utilisant des outils comme Zoom, comme nous l'avons fait ici. On parle beaucoup de la possibilité que les employés du gouvernement travaillent de la maison à l'avenir, mais beaucoup d'entre eux ont accès à des secrets d'État, des renseignements militaires et des renseignements personnels.

Comment recommanderiez-vous de procéder pour équilibrer les risques entre sécurité personnelle et sécurité nationale?

**M. Scott Jones:** Il y a beaucoup d'éléments importants. Premièrement, nous avons préparé des conseils et des lignes directrices sur les mesures que les Canadiens peuvent prendre lorsqu'ils font du télétravail. Lorsqu'ils utilisent Zoom, par exemple, comme nous le faisons actuellement, ils sont beaucoup mieux protégés en utilisant les halls, les salles d'attente, des mots de passe, etc., afin que des intrus ne s'invitent pas dans leur réunion — l'outil en vogue — ou autre chose du genre. Ils peuvent prendre beaucoup de mesures pour être mieux protégés lorsqu'ils sont en télétravail. Tous les Canadiens peuvent notamment profiter du Bouclier canadien.

Pour ce qui est du gouvernement précisément, nous travaillons avec nos collègues de Services partagés Canada et du Conseil du Trésor. J'utilise, par exemple, un appareil fourni par le gouvernement qui est géré très soigneusement. Je n'ai pas de privilèges administratifs. Nous avons une surveillance défensive, et elle se trouve sur le réseau du gouvernement. Lorsque j'utilise mon Wi-Fi à la maison, je ne suis pas branché directement sur l'Internet. Je me branche sur le réseau du gouvernement via un réseau sécurisé.

Pour ce qui est de la sécurité nationale, qui fait partie de nos responsabilités, j'ai des gens qui travaillent encore dans des installations sécurisées, car la nature de leur travail l'exige.

**M. Len Webber:** Merci.

Monsieur Jones, avez-vous des réserves au sujet de l'utilisation de la technologie de Huawei dans les réseaux Internet à la maison?

**M. Scott Jones:** Un des éléments que nous examinons attentivement, c'est la façon de multiplier les niveaux de cybersécurité. À mon point de vue, toute technologie comporte un certain degré de vulnérabilités. Nous cherchons à les neutraliser. Si un produit ne fonctionne pas de la manière prévue, il faut se demander comment mieux le sécuriser.

Je vais vous donner l'exemple de mon outil de travail ici, qui est branché sur un réseau RPV. Nous utilisons le chiffrement pour protéger la confidentialité de notre travail. Nous avons renforcé nos systèmes d'exploitation en désactivant de nombreuses fonctions. Je ne peux pas installer de logiciel. Je ne peux pas contourner nos contrôles de sécurité. Par exemple, si quelqu'un installait des pinces crocodile, pour utiliser un vieux terme, sur les lignes, il ne pourrait rien voir de ce que je fais, car le chiffrement l'en empêcherait.

Il faut multiplier les niveaux de sécurité pour ne pas compter sur un seul élément pour se protéger.

• (1400)

**M. Len Webber:** Merci.

Ma question s'adresse maintenant au surintendant principal Mark Flynn de la GRC. Le sujet n'a pas fait l'objet de discussions ici aujourd'hui, mais je suis très curieux de connaître la réponse.

La GRC est chargée de l'application des mesures de quarantaine. Nous comprenons que les taux de conformité laissent à désirer étant donné que beaucoup de gens ont fait fi de l'obligation de s'isoler pendant 14 jours. Pouvez-vous nous expliquer comment vous procédez pour faire respecter les mesures de quarantaine, et surtout, comment vous composez avec les voyageurs récalcitrants, comme les voyageurs américains qui disent se rendre en Alaska en passant par le Canada mais qui empruntent d'autres routes au pays?

**Surint. pr. Mark Flynn (directeur général, Criminalité financière et la cybercriminalité, Opérations criminelles de la police fédérale, Gendarmerie royale du Canada):** Je travaille pour la GRC, mais malheureusement, cela ne relève pas de ma responsabilité. Je peux vous dire, toutefois, que la GRC, qui est à la fois le service de police fédéral et le service de police provincial dans de nombreuses provinces au pays, a déployé des efforts considérables pour faire appliquer la Loi sur la quarantaine.

Je serai heureux de consulter mes collègues pour obtenir plus d'information à ce sujet et la transmettre au Comité.

**M. Len Webber:** Ce serait fantastique. Merci.

Monsieur le président, puis-je simplement demander que l'information soit acheminée par votre entremise au Comité?

**Le président:** Oui, tout à fait. Merci, monsieur Webber.

Je mentionne à l'intention de tous les témoins qui ont de l'information à faire parvenir au Comité de l'acheminer à la greffière. L'information sera traduite au besoin et acheminée aux membres.

Monsieur Kelloway, allez-y, s'il vous plaît. Vous avez quatre minutes.

**M. Mike Kelloway:** Merci, monsieur le président.

Chers collègues, membres du personnel et témoins, merci d'être avec nous aujourd'hui.

Mes questions s'adressent aux représentants de Statistique Canada. J'aimerais tout d'abord parler des Canadiens et de leur santé mentale pendant la pandémie. Nous savons que de nombreux facteurs liés à la pandémie de la COVID-19 — perte d'emploi, isolement, incertitude, anxiété — peuvent influencer sur la santé mentale des gens.

Pouvez-vous nous parler de l'incidence de la COVID-19 sur la santé mentale autoévaluée des Canadiens?

**M. Jeff Latimer:** Je vais commencer par une brève réponse et ensuite céder la parole à ma collègue Karen Mihorean qui vous donnera plus de détails, le cas échéant.

Nous avons constaté à cet égard une détérioration importante de la santé mentale autoévaluée des Canadiens pendant la pandémie. J'ai mentionné dans ma déclaration liminaire que 64 % des jeunes, soit un pourcentage important, rapportent une détérioration de leur santé mentale, et 35 % des personnes âgées. Il s'agit bien évidemment d'un problème important.

Madame Mihorean, avez-vous d'autres renseignements à fournir?

**Mme Karen Mihorean (directrice générale, Perspectives, intégration et innovation en données sociales, Statistique Canada):** Oui, merci.

Nous avons constaté aussi que les jeunes ne sont pas les seuls dans cette situation. Nous avons été en mesure de comparer les données de notre approche participative et des enquêtes par panel en ligne à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; nous avons comparé les pourcentages globaux et les perceptions générales qu'avaient les Canadiens de leur santé mentale en 2018-2019 à la situation actuelle. Nous constatons une détérioration pas seulement chez les jeunes, mais aussi chez les populations autochtones et les immigrants. Ce sont aussi les populations qui ont été particulièrement touchées par les pertes d'emploi, par exemple, et la déstabilisation financière. Nous constatons des détériorations relativement importantes dans la santé mentale autoévaluée en particulier chez ces trois groupes.

**M. Mike Kelloway:** Je trouve que les pourcentages chez tous ces groupes sont effrayants, et le 60 % chez les jeunes est particulièrement frappant.

Au sujet du rapport sur la santé mentale autoévaluée, s'accompagne-t-il de recommandations stratégiques? Je sais que vous avez mentionné quelques conclusions clés, mais avez-vous des recommandations stratégiques dont vous pourriez nous faire part?

**Mme Karen Mihorean:** Statistique Canada ne formule pas de recommandations stratégiques. Nous fournissons l'information à nos collègues — par exemple, de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada et des associations partout au Canada — afin qu'ils prennent connaissance des données et élaborent les politiques les mieux adaptées à la situation, à la lumière des répercussions graves de la COVID sur la santé mentale de certains groupes.

**M. Mike Kelloway:** Excellent.

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

**Le président:** Il vous reste une minute.

**M. Mike Kelloway:** Oh, merveilleux.

Monsieur Jones, nous savons que les cyberattaques contre nos organismes de recherche et de santé peuvent être menées par divers acteurs sur la planète, notamment être parrainées par des États. Quel est le plan dont s'est doté Sécurité publique Canada ou la GRC, ou les deux, pour mettre un terme à ces attaques, trouver les coupables et prévenir de nouvelles attaques?

• (1405)

**M. Scott Jones:** Si un organisme de santé est menacé, c'est normalement le centre pour la cybersécurité qui intervient.

Nous procédons de diverses façons. Premièrement, nous émettons des alertes. Lorsque nous constatons qu'un organisme de santé doit prendre des mesures pour se protéger, nous émettons des alertes, qui sont envoyées en temps opportun. Il s'agit d'alertes ou de capsules, etc., qui nécessitent une intervention immédiate. Nous constatons malheureusement qu'on n'y donne pas toujours suite, si bien que les vulnérabilités demeurent et que ces organismes peuvent être attaqués.

Deuxièmement, nous communiquons plusieurs fois par semaine avec tous les secteurs de la santé au pays pour continuer de leur fournir des conseils sur ce qu'ils observent et sur ce que nous observons au sujet des activités de ciblage; de cette façon, ils peuvent aussi nous alimenter. Il est très important que l'information circule dans les deux directions, et lorsqu'ils constatent quelque chose de louche, qu'ils nous informent et qu'ils informent aussi la GRC, quand il s'agit d'activités criminelles, même si nous nous communi-

quons l'information, et il est important que nous continuions à le faire.

Troisièmement, nous publions une évaluation de la menace qui porte expressément sur le secteur de la santé, un bulletin pour informer les organismes qu'ils peuvent s'attendre à une augmentation des activités de ciblage parrainées par des États qui cherchent à obtenir plus d'information, par exemple, sur la recherche, sur la production de vaccins, etc., et pour les renseigner sur les formes que cela peut prendre, puis pour continuer à les sensibiliser, car au bout du compte, il en coûte beaucoup moins cher de prévenir que guérir.

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

Nous passons maintenant à M. Jeneroux.

Monsieur Jeneroux, vous avez quatre minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

**M. Matt Jeneroux:** Merci, monsieur le président.

Je remercie nos témoins de leur présence en cette journée de juillet bien occupée.

J'aimerais faire du suivi avec Mme Morris concernant une question de mon collègue, M. Davies, qui a demandé de l'information au sujet des respirateurs et des lits d'hôpitaux, et je me demande quand vous avez commencé à recueillir l'information. Était-ce, disons, avant janvier?

**Mme Kathleen Morris:** Nous avons des données de référence, en particulier sur les lits d'hôpitaux et les lits aux soins intensifs, et dernièrement, je dirais au cours des derniers mois, nous avons commencé à recueillir des données auprès des provinces et des territoires à ce sujet, alors nous disposons de données de référence historiques et de données plus récentes.

**M. Matt Jeneroux:** Au sujet des données plus récentes, quand environ avez-vous commencé à recueillir cette information?

**Mme Kathleen Morris:** Nous avons commencé au cours des dernières semaines.

**M. Matt Jeneroux:** Très bien. Merci.

Je m'adresse maintenant aux représentants de Statistique Canada. Je crois savoir que vous préparez une enquête nationale auprès des ménages sur la COVID-19. Est-ce exact?

**M. Jeff Latimer:** Non, nous n'avons pas une enquête nationale auprès des ménages, mais je vais demander à Mme Mihorean de vous parler des enquêtes que nous lançons, si vous le souhaitez.

**Mme Karen Mihorean:** Merci de cette question.

Comme nous l'avons déjà dit, et comme M. Latimer l'a mentionné dans ses remarques liminaires, nous avons créé un panel en ligne où nous suivons près de 7 000 Canadiens. C'est un roulement de la population active, ainsi, ils participent à notre enquête sur la population active. C'est ce que nous appelons un échantillon probabiliste et que nous pouvons généraliser à la population dans son ensemble. Nous lançons un nouveau thème sur notre panel en ligne. Il s'agit d'une enquête auprès des ménages, effectuée par le biais d'un questionnaire électronique, où les gens reçoivent un lien pour répondre aux questions. Toutes les quatre ou cinq semaines, nous envoyons un thème différent, et tous les thèmes se rapportent précisément à différents éléments liés à la COVID, comme les pertes d'emploi, les comportements adoptés pour se protéger ou, comme cela a déjà été mentionné, la santé mentale. Nous avons posé des questions à propos de la reprise et ce genre de choses.

Nous avons également l'approche participative, qui n'est pas en soi une enquête auprès des ménages. En ce moment, nous travaillons avec l'Agence de santé publique du Canada sur une enquête comportant 25 à 30 questions, afin d'examiner les conséquences imprévues de la COVID. Nous espérons lancer cette enquête un peu plus tard en août. Il s'agira, de nouveau, d'une enquête probabiliste que nous pourrions généraliser à toute la population. Nous aurons à tout le moins des estimations nationales, provinciales et territoriales et, je l'espère, nous les aurons pour les plus importantes RMR. Je suis désolée de ne pas avoir avec moi la taille exacte de l'échantillon pour cette enquête.

**M. Matt Jeneroux:** Ce serait bien si vous pouviez revenir nous expliquer les résultats obtenus. Je crois que ce serait intéressant.

Ma dernière question s'adresse à l'ICIS.

Nous avons constaté que les données manquaient pour la phase antérieure à la COVID-19. Quelles recommandations suggérez-vous pour améliorer la mise en commun des données sur la COVID-19, mais également dans le cas d'une future pandémie ou d'une deuxième vague?

• (1410)

**Mme Kathleen Morris:** Selon moi, créer l'infrastructure permettant d'obtenir des données à point nommé sur les hôpitaux serait un facteur essentiel pour appuyer la surveillance de la santé publique. Les données hospitalières sont très riches et elles représentent une ressource fabuleuse pour les gestionnaires de systèmes de santé et pour les chercheurs, en leur permettant de suivre les patients sur une longue période de temps. Ce qui manque ce sont les informations rapides et opportunes sur les admissions, pour que la santé publique dispose de cette information dès l'hospitalisation du patient.

Ce qui a été difficile dans le cas de la COVID, c'est que les patients étaient souvent hospitalisés très longtemps et n'obtenaient cette information uniquement quand ils quittaient l'hôpital, retardait tout pendant un certain temps, voire jusqu'à un mois.

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

Passons maintenant à Mme Jaczek. Madame Jaczek, vous avez la parole pour quatre minutes.

**Mme Helena Jaczek:** Merci beaucoup. Mes questions s'adressent à l'ICIS et à Statistique Canada. Comme l'ont dit un certain nombre de mes collègues dans ce comité, les exposés des témoins ont en général énormément critiqué les ensembles de données existants, la rapidité d'obtention, etc. Je suis sûre que vous en êtes conscients.

Madame Morris, vous nous avez dit que l'Agence de santé publique du Canada, Statistique Canada et l'ICIS ont très clairement défini les domaines de compétence pour lesquels ils recueillaient les données. M. Latimer nous a dit qu'en fait, il n'y a pas d'identifiant qui relie ces organisations entre elles, de sorte qu'un chercheur puisse suivre les données d'un particulier, avec bien sûr des données non nominatives. Il n'y a pas de lien interorganisations facile. Vous avez fait référence à des accords de partage de données.

Pouvez-vous nous expliquer comment un chercheur pourrait utiliser ces accords de partage de données pour faciliter une enquête? Tout à l'heure, certains témoins nous ont clairement dit qu'aux États-Unis il existait un moyen très facile de suivre les ensembles de données et d'en faire la liaison. Qu'envisagez-vous pour l'avenir?

Quelle est la situation à l'heure actuelle et comment pouvons-nous l'améliorer?

**Mme Kathleen Morris:** Merci beaucoup pour la question.

Les chercheurs sont de gros clients de l'ICIS. Je parlais de 500 demandes de données. Beaucoup de ces demandes émanaient de chercheurs en quête de données pour modéliser les conséquences de la pandémie sur le système de santé, afin d'aider à les prévoir et pour modéliser, dans le cadre de la reprise, les chirurgies électives et d'autres procédures à mesure que la situation s'améliorait.

Ce qui est particulièrement utile avec les données de l'ICIS c'est qu'elles possèdent un identifiant, ainsi nous pouvons suivre les patients dans les différents ensembles de données, savoir les médicaments qui leur ont été prescrits, s'ils sont en soins de longue durée, dans un hôpital ou dans certains cas, en soins primaires. Nous pouvons les suivre d'un ensemble à l'autre.

C'est particulièrement utile quand nous envisageons les mesures de rendement du système de santé, comme les réadmissions ou les visites répétées aux urgences, et c'est très utile pour faire le suivi des complications qui peuvent survenir sur une certaine période de temps. Par exemple, avec la COVID, il sera très intéressant de savoir s'il y a des conséquences à long terme sur la santé des patients qui ont eu des résultats positifs au test, conséquences que nous pourrions suivre tout au long de leur vie.

Cependant, vous avez raison de dire que les données sont lacunaires. Parfois à cause de la vitesse d'obtention des données. Les données que l'ICIS recueille ont été structurées pour faciliter les analyses comparatives dans les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux et les régions sanitaires, et les analyses comparatives aident à améliorer le rendement du système de santé. Les données sont complètes, comparables, conformes à des normes communes, et fournissent de très bonnes informations sur les soins. D'autres éléments comme les réadmissions, l'intensité de la douleur dans les soins de longue durée ou l'aggravation des escarres n'évoluent pas au jour le jour et, si vous pouvez fournir cette information tous les trimestres, voire tous les ans, il est possible d'améliorer les choses.

• (1415)

**Mme Helena Jaczek:** Madame Morris, l'ASPC peut-elle utiliser cet identifiant pour se relier à leur ensemble de données?

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

**Mme Helena Jaczek:** Pouvez-vous me répondre par oui ou par non?

**Mme Kathleen Morris:** Les données de l'ICIS peuvent être reliées avec les données des tests, parce que je crois que les deux ont un seul identifiant.

[Français]

**Le président:** Je cède maintenant la parole à M. Desilets.

Monsieur Desilets, vous avez la parole pour deux minutes.

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

Ma première question s'adresse à M. Flynn.

Nous avons entendu parler de la situation de la Dre Xiangguo Qiu, de son conjoint et d'un groupe d'étudiants, qui ont été expulsés du Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg.

Comment la Gendarmerie royale du Canada a-t-elle été appelée à jouer un rôle dans cette intervention?

[Traduction]

**Surint. pr. Mark Flynn:** Merci, monsieur le président.

Certaines activités au laboratoire de Winnipeg ont été référées à la GRC, ce qu'elle peut confirmer. Cependant, si j'en parlais en mentionnant un détail quelconque ici cet après-midi, cela serait inapproprié et pourrait de plus avoir des conséquences pour l'enquête.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je peux très bien comprendre la situation.

Pouvez-vous nous dire si le Canada considère que cette situation est liée à une activité d'espionnage?

[Traduction]

**Surint. pr. Mark Flynn:** Comme je l'ai dit, parler de cette enquête de quelque manière que ce soit pourrait compromettre la situation.

[Français]

**M. Luc Desilets:** D'accord, je comprends. Il n'y a pas de problème.

Quelle leçon devons-nous tirer de cet incident?

Est-ce que le Canada est trop ouvert pour ce qui est de recevoir des chercheurs étrangers et de les intégrer dans ses équipes?

Peut-il s'agir d'une simple erreur de filtrage?

[Traduction]

**Surint. pr. Mark Flynn:** D'une manière générale, sans parler de cet incident, si vous regardez l'histoire criminelle, toute sorte de gens, des Canadiens, des immigrants ou des étrangers commettent des crimes importants au Canada. C'est dur de généraliser à partir de ce genre de situation.

[Français]

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

[Traduction]

Merci.

[Français]

**M. Luc Desilets:** Je vous remercie.

[Traduction]

**Le président:** Nous allons passer à M. Davies.

Monsieur Davies, allez-y pour deux minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur Latimer, lorsque M. Amir Attaran a comparu devant le Comité le 14 avril, il a dit :

Les scientifiques ont besoin de données transparentes sur la maladie dans chaque province pour pouvoir établir des modèles et des prévisions mathématiquement et médicalement précis. Nous n'en sommes pas là, car les provinces détiennent les données, qu'elles ne sont pas tenues de partager avec l'Agence de santé publique du Canada. Elles n'ont aucune obligation légale de le faire. Ensuite, de façon encore plus insensée, l'Agence de santé publique du Canada censure les données avant de les divulguer aux scientifiques, probablement pour éviter de mettre certaines provinces dans l'embarras.

Pouvez-vous confirmer si c'est une pratique de l'ASPC que de retirer des informations des données provinciales et territoriales sur la COVID-19 avant de les divulguer aux scientifiques par le biais de Statistique Canada?

**M. Jeff Latimer:** Je ne peux ni le confirmer, ni l'expliquer, ni le commenter. Je ne sais absolument pas ce que fait l'Agence de santé publique du Canada. Ce que je peux vous dire c'est que c'est très peu probable quand il s'agit des données qu'ils partagent avec nous. La seule chose que nous faisons c'est de nettoyer les données pour plus de précision. Nous n'enlevons ni ne cachons aucune des données que nous mettons sur notre site Web.

**M. Don Davies:** D'accord, merci.

Monsieur Jones, je voudrais juste bien comprendre. Pouvez-vous nous confirmer s'il y a eu des atteintes avérées à la sécurité des données dans les institutions de recherche canadiennes qui travaillaient sur la COVID-19?

**M. Scott Jones:** Oui, il y a eu effectivement des atteintes avérées à la sécurité des données. Nous nous efforçons continuellement de protéger les autres institutions de recherche, par des conseils et des directives proactifs, entre autres. Ce que l'on ne sait pas, c'est que les institutions de recherche sont en général de petites et moyennes organisations, et c'est la difficulté selon moi. Car nous leur donnons des orientations spécifiques au secteur de la santé, mais aussi des mesures pragmatiques et des conseils d'orientation que nous distribuons aux petites et moyennes organisations.

● (1420)

**M. Don Davies:** Pouvez-vous nous confirmer si l'une ou l'autre d'entre elles étaient parrainées par l'État?

**Le président:** Merci, monsieur Davies, vos deux minutes sont écoulées.

Nous n'avons plus de temps. Les horaires sont très rigoureux.

Je voudrais encore une fois remercier tous les témoins d'avoir comparu et de nous avoir donné de leur temps et leur expertise. C'est quelque chose que nous apprécions, car cela va grandement nous aider dans nos travaux.

Merci aux députés.

Sur ce, 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>