



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

43<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION

---

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 031**

Le vendredi 23 avril 2021

---

Président : M. Ron McKinnon





## Comité permanent de la santé

Le vendredi 23 avril 2021

• (1300)

[Traduction]

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

Je vous souhaite à tous la bienvenue à cette 31<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Notre comité poursuit son étude de la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de COVID-19. Nous allons nous intéresser plus particulièrement aujourd'hui aux effets collatéraux de la pandémie.

Je veux souhaiter la bienvenue à nos témoins. Nous accueillons Mme Rebecca Shields, cheffe de la direction, section locale de York-South Simcoe, Association canadienne pour la santé mentale; M. Wayne Leslie, chef de la direction, Down Syndrome Resource Foundation; et Mme Kirby Mitchell, représentante de Focus Education Consulting. Sont également des nôtres trois représentants de la Société canadienne du cancer, soit Mme Kelly Masotti, vice-présidente, Défense de l'intérêt public; M. David Raynaud, analyste, Défense de l'intérêt public; et M. Stuart Edmonds, vice-président principal, Mission, recherche et défense de l'intérêt public.

Nous allons maintenant inviter nos témoins à nous présenter leurs observations préliminaires en commençant par la représentante de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Madame Shields, vous avez la parole pour les six prochaines minutes.

**Mme Rebecca Shields (cheffe de la direction, York and South Simcoe Branch, Association canadienne pour la santé mentale):** Merci beaucoup. C'est un privilège pour moi de pouvoir prendre la parole devant les honorables députés et mes collègues qui participent à cette séance.

Sans plus tarder, je voudrais vous exposer en toute franchise nos recommandations qui m'apparaissent les plus importantes. Comme vous le savez trop bien, il y a une crise de santé mentale qui couve actuellement, et je veux vous proposer quelques pistes de réflexion à ce propos.

Dans le budget fédéral qui vient d'être présenté, on prévoit investir des sommes importantes dans les services en santé mentale, en s'intéressant tout particulièrement aux populations vulnérables et à nos travailleurs essentiels. J'ai deux recommandations bien précises à vous soumettre dans ce contexte. Il convient de cibler dès maintenant les secteurs névralgiques en évitant de saupoudrer ces investissements à la grandeur du Canada. Il faut cibler les endroits les plus touchés et y investir directement en analysant bien la situation. Si la COVID nous a appris quoi que ce soit, c'est que les choses vont dégénérer si l'on n'apporte pas une attention particulière aux communautés déjà mal en point. La quatrième vague en sera une de santé

mentale. L'expérience des pandémies passées nous apprend que les travailleurs essentiels et ceux qui sont en première ligne s'exposent au stress post-traumatique, et nous savons que les personnes souffrant de ce syndrome sont 40 % plus susceptibles de vivre une dépression grave et songent davantage au suicide. Ce sont ceux et celles qui sauvent des vies aujourd'hui, et nous devons être prêts à leur venir en aide.

Ma deuxième recommandation concerne justement le travail de planification que nous devons faire. C'est une très bonne chose que vous vous tourniez vers les hôpitaux et les centres de recherche de renom, mais il faut également investir dans nos organisations communautaires qui ont su gagner la confiance des populations locales et de leurs membres les plus vulnérables en établissant d'étroites relations avec ces gens-là. Pour contrer les effets disproportionnés de la pandémie sur les individus marginalisés et les personnes autochtones, noires et de couleur, nous devons nous en remettre à ces organisations communautaires. Pourquoi donc? Parce que ce sont ces organisations qui sont à même d'offrir un soutien vraiment complet aux plus vulnérables. Vous souhaitez peut-être compter sur l'apport des grandes institutions canadiennes, mais vous devez aussi vous assurer que l'argent se retrouve là où on en a besoin pour aider rapidement ces personnes qui deviendraient sans cela plus vulnérables encore, comme nous pouvons le constater actuellement dans certaines collectivités à la suite des mesures prises pour contrer la pandémie.

Je voudrais traiter en terminant d'un point lié à la consommation abusive de substances intoxicantes, et plus particulièrement d'alcool et de cannabis. Suivant les données à notre disposition, plus de 50 % des adeptes du cannabis indiquent avoir accru leur usage de cette drogue pendant que la consommation excessive occasionnelle d'alcool augmentait au sein d'autres groupes, et plus particulièrement chez les gens ayant des enfants à la maison.

Ma troisième recommandation serait donc mettre sur pied une initiative de santé publique en vue de réduire la consommation d'alcool et de cannabis. Je travaille moi-même dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie, et je peux vous confirmer que les gens consomment davantage, ce qui aura pour conséquence à long terme de rendre leur traitement plus difficile tant et aussi longtemps que cette pandémie se poursuivra. Il faut faire appel à l'Agence de la santé publique du Canada pour faire passer le message afin que les gens réduisent leur consommation de ces substances.

L'agence Pollara a réalisé pour le compte de notre association de nombreuses enquêtes portant sur les répercussions en matière de santé mentale. Comme vous le savez, ces impacts se font ressentir de façon disproportionnée pour les femmes, et notamment pour celles qui ont des enfants. Elles sont de plus en plus nombreuses à souffrir d'anxiété et de solitude. Il y a maintenant une femme sur quatre qui indique être aux prises avec une grande anxiété, comparativement à un homme sur cinq. L'écart n'est pas encore si marqué, mais il faut s'inquiéter tout particulièrement du sort des femmes avec des enfants dans ce contexte. Nous observons en outre une plus grande solitude, en particulier chez les jeunes de 18 à 39 ans. Nous constatons également les incidences de l'isolement social et de la solitude pour nos aînés. Les répercussions de cette solitude et des problèmes de dépression et d'anxiété se font de plus en plus ressentir, et les gens se sentent moins bien qu'auparavant. Plus que jamais, des gens perdent espoir, si bien que 80 % des Canadiens indiquent ne plus avoir l'impression que leur santé s'améliore.

Il y a tout de même quelques éléments positifs que l'on doit faire ressortir. Les gens estiment savoir comment s'y prendre pour avoir accès à des soins, mais sont vivement préoccupés par les listes d'attente et se demandent s'ils pourront bel et bien recevoir les soins qu'il leur faut. Nous devons nous assurer que ces investissements ciblés sont effectués pour que chacun puisse avoir accès rapidement au soutien dont il a besoin.

Nous offrons notamment en Ontario le programme Retrouver son entrain qui profite du financement du ministère de la Santé. Il s'agit d'une thérapie cognitivo-comportementale offerte par téléphone pour soulager le stress, l'inquiétude, la dépression et l'anxiété. Nous préconisons le déploiement de programmes semblables dans l'ensemble du Canada. Ces services qui aident les gens à mieux composer avec leur situation vont devenir essentiels pour la population en général.

• (1305)

Je veux profiter du peu de temps qu'il me reste pour insister sur des points que j'estime particulièrement importants. Je veux ainsi vous parler à nouveau des troubles de stress post-traumatique, surtout chez nos travailleurs de la santé et nos travailleurs de première ligne. C'est un problème qui touche de façon disproportionnée notre personnel infirmier et hospitalier, nos ambulanciers, nos policiers, nos préposés en soins de longue durée, en soins à domicile et en santé communautaire, et tout le personnel de nos établissements de santé. La situation pénible que vivent actuellement ces travailleurs va avoir des répercussions sur les autres services de santé offerts aux Canadiens. On constate que ces gens commencent à souffrir et que l'épuisement professionnel les guette de plus en plus. Si l'on en arrive à ce point, c'est tout notre système de santé qui va en ressentir les effets. Je vous enjoins encore une fois de bien analyser la situation pour déterminer la façon dont nous pouvons optimiser ces investissements.

Pour faire suite à mes recommandations, je veux profiter de quelques minutes qu'il me reste pour vous parler à nouveau des relations communautaires basées sur la confiance.

Je suis désolée, mais je ne sais pas ce que signifie le carton jaune. Est-ce que cela veut dire qu'il me reste une minute?

**Le président:** Vous en êtes déjà en fait à six minutes, mais je peux vous laisser une dernière minute pour conclure.

**Mme Rebecca Shields:** Je vais conclure avec un dernier point concernant le recours à la technologie pour améliorer l'accès aux

soins virtuels. Nous savons que les services en santé mentale en mode virtuel permettent d'améliorer la situation, mais il y a une question d'égalité d'accès qui se pose. Si nous ne pouvons pas offrir un accès équitable aux plus vulnérables, aux personnes autochtones, noires et de couleur et aux gens de toutes les générations, nous ne pourrions pas leur prodiguer assez rapidement les soins dont ils ont besoin, et la crise va s'envenimer.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

J'aurais dû vous parler de mes cartons. J'essaie de vous montrer le carton jaune lorsqu'il vous reste environ une minute, bien qu'il m'arrive d'oublier lorsque je suis trop captivé par les propos d'un témoin. Le carton rouge indique que la personne a atteint les six minutes prévues. Lorsque vous voyez ce carton, vous devez vous efforcer de conclure.

Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre M. Leslie qui représente la Down Syndrome Resource Foundation.

Vous avez la parole pour les six prochaines minutes.

**M. Wayne Leslie (chef de la direction, Down Syndrome Resource Foundation):** Merci infiniment de me donner l'occasion d'être ici aujourd'hui.

La Down Syndrome Resource Foundation offre des services de santé et d'éducation aux enfants, aux jeunes et aux adultes atteints du syndrome de Down. La DSRF est basée à Burnaby, en Colombie-Britannique, et est le principal fournisseur de services aux gens atteints du syndrome de Down dans la province. Nous sommes également connus pour le soutien que nous offrons aux familles des personnes atteintes du syndrome de Down partout au pays.

Le syndrome de Down est une affection génétique causant une déficience développementale. Elle découle de la présence d'un chromosome 21 supplémentaire, un troisième, qui cause des problèmes de santé, des retards du développement et des troubles d'apprentissage.

Au Canada, de 45 000 à 50 000 personnes sont atteintes du syndrome de Down. Même au sein de la population handicapée du pays, il s'agit d'un petit groupe de personnes, qui en raison de leur nombre limité, sont souvent négligées et marginalisées.

Ces facteurs combinés les rendent particulièrement vulnérables et disproportionnellement touchés par la pandémie.

Chez les adultes atteints du syndrome de Down, les taux d'hospitalisation liés à la COVID-19 sont quatre fois supérieurs à ceux de la population typique, tandis que les taux de décès sont 10 fois plus élevés. Leurs troubles du développement les rendent également plus susceptibles de contracter la maladie, parce qu'ils ont du mal à respecter les consignes sanitaires comme le port du masque et la distanciation physique ou n'y arrivent carrément pas. Dans une société où les protocoles sanitaires sont conçus pour protéger le grand public, et non les plus vulnérables, la seule solution sûre pour ces personnes est l'isolement extrême.

Notre fondation estime que la principale raison pour laquelle nous n'avons pas constaté de taux d'hospitalisation et de décès plus élevés au sein de la communauté trisomique, c'est qu'elle est coupée de la société.

Prenons l'exemple du système d'éducation. En raison du risque de conséquences graves si une personne, même jeune, contracte la COVID-19, de nombreux élèves ont dû être retirés complètement de l'école. La fréquentation scolaire en personne, qui est essentielle quand on a une déficience intellectuelle, est trop risquée, parce que les protocoles sanitaires des écoles ne sont pas conçus pour protéger les élèves les plus vulnérables.

C'est la même chose pour les adultes atteints du syndrome de Down ou d'autres troubles du développement qui travaillent. Beaucoup d'entre eux ont dû arrêter complètement de travailler. Il est trop risqué pour eux de se rendre au travail. Ils accomplissent souvent des tâches qui ne peuvent pas être accomplies à distance, si bien qu'ils se retrouvent complètement privés de leur emploi.

Notre fondation recommande que les efforts pour combattre la pandémie et les autres crises sanitaires similaires soient axés sur la protection des plus vulnérables du Canada en premier lieu. Cela comprend toutes les personnes handicapées, et particulièrement celles atteintes d'un trouble comme le syndrome de Down, qui vient souvent avec des comorbidités importantes. Des écoles, des lieux de travail et des communautés sûrs pour les personnes handicapées sont également plus sûrs pour l'ensemble de la population.

La pandémie a par ailleurs des effets plus grands sur les familles de personnes souffrant de troubles du développement, comme le syndrome de Down, que sur les autres familles. Aujourd'hui plus que jamais, les organismes communautaires comme la DSRF qui travaillent directement avec ces familles ne peuvent que constater les lacunes, les inégalités et la fragilité du filet de sécurité sociale du Canada qui rendent nos familles plus à risque.

Les enfants souffrant de troubles du développement ou de n'importe quel autre handicap dépendent davantage de leur famille, quel que soit leur âge. Il est beaucoup plus difficile de s'adapter aux mesures de confinement quand on a des enfants atteints de troubles du développement et que les services de soutien sont perturbés ou totalement interrompus. En temps normal, les familles de personnes handicapées souffrent déjà d'inégalité financière en raison des coûts supplémentaires qu'elles doivent absorber pour payer des thérapies essentielles ou d'autres choses.

Comme un parent me le disait récemment, le Canadien moyen vit la plupart du temps en zone verte, dans des conditions généralement bonnes, et passe périodiquement en zone jaune ou même rouge lorsque survient une crise. Les familles de personnes handicapées au Canada vivent pratiquement tout le temps en zone jaune, donc quand survient une pandémie, elles basculent automatiquement en zone rouge et y restent. C'est extrêmement lourd pour elles.

Sans surprise, les demandes de services adressées à la DSRF ont augmenté, mais les demandes de service en santé mentale, en particulier, ont atteint des niveaux jamais vus, parce que les familles prennent durement conscience de la fragilité de leur situation émotionnelle et financière.

La réalité, c'est que la façon dont le Canada aborde l'aide aux personnes handicapées depuis des années a contribué à l'état dans lequel ces familles se trouvent actuellement. Elles sont particulièrement vulnérables émotionnellement et financièrement, de sorte qu'elles sont moins en mesure de survivre à de longues périodes de difficultés comme celles créées par la pandémie actuelle.

Notre fondation recommande l'établissement d'une prestation fédérale pour les personnes handicapées, ou quelque chose du genre,

pour changer la donne. La pression supplémentaire qui pèse sur les familles de personnes handicapées met bien en lumière en quoi les prestations et les mesures de soutien actuelles sont déficientes.

Je conclurai en vous disant que bien que nos personnes handicapées soient confrontées à des défis importants depuis le début de la pandémie, vous avez l'occasion d'utiliser cette crise comme catalyseur pour apporter des changements positifs et très profonds à la façon dont ces personnes sont traitées et protégées.

• (1310)

Je crois que la citation bien connue de Mahatma Gandhi est peut-être celle qui résume le mieux la situation: « La véritable mesure de toute société se trouve dans la façon dont elle traite ses membres les plus vulnérables. »

Merci.

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

Nous entendrons maintenant le représentant de Focus Education Consulting.

Monsieur Mitchell, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Kirby Mitchell (Focus Education Consulting):** Bonjour à tous.

Je vous remercie de m'accueillir.

Je représente aujourd'hui Focus Education Consulting. C'est ce que je fais. Je suis consultant en matière d'éducation, de même qu'enseignant. Je suis également bénévole à la Worldwide Commission to Educate All Kids (Post-Pandemic), où je représente le Canada. À l'heure actuelle, 50 pays sont représentés à la commission. Dans nos conversations, lorsque nous parlons des enfants qui vivent cette pandémie, nous les regroupons en trois groupes, selon le type d'enseignement qu'ils reçoivent.

Le premier comprend les jeunes qui reçoivent une éducation en classe, qui y sont présents physiquement. C'est la classique salle de classe où les enfants passent le plus clair de leur temps. Il y a ensuite ceux qui reçoivent un enseignement en ligne hybride, en format virtuel. Enfin, le troisième groupe est celui des jeunes déscolarisés.

La commission se concentre sur le troisième groupe, celui des élèves qui ne fréquentent plus l'école. À l'heure actuelle, la commission estime le nombre de jeunes dans le troisième groupe à environ 500 millions dans le monde. Nous estimons qu'ils sont entre 10 et 20 millions aux États-Unis; entre 60 et 70 millions en Inde; 24 millions au Pakistan; entre 3 et 4 millions en Colombie. Au Canada, l'Institute for 21st Century Questions, le groupe de réflexion associé à la commission, estime qu'il y a 200 000 enfants de première et de deuxième année qui font partie du troisième groupe, qui compterait au total environ 5 millions d'enfants.

Comment en sommes-nous arrivés là?

Quand j'en parle, j'essaie de brosse le tableau de l'expérience scolaire antérieure à la COVID. Replongeons-nous dans le passé. C'est ce que je fais pour tenter de me situer dans cette discussion. Je m'imagine partir à pied pour l'école le matin, prendre l'autobus, arriver devant l'école et entendre la sonnerie d'appel. Il y a des élèves qui entrent en classe dès la première période. D'autres se dirigent vers la salle d'étude; d'autres vont s'entraîner au gymnase et d'autres se dirigent directement vers la sortie et sortent derrière. Le point commun, d'après l'expérience qui nous est communiquée [*Difficultés techniques*] des expériences différentes à l'école.

Ce dont nous nous sommes éloignés à cause de la COVID et des restrictions en vigueur, c'est de cet espace, des écoles. Les écoles offrent bien plus que le sport, les relations humaines et l'apprentissage. Ce sont les raisons généralement admises pour lesquelles les jeunes vont à l'école, mais il y a aussi des jeunes qui vont à l'école pour éviter l'école. Beaucoup de jeunes s'y présentent et passent le plus clair de leur temps à faire de l'évitement, à déranger et à essayer de trouver leur place dans un espace où ils ne se sentent pas vraiment les bienvenus.

Cela permet cependant aux enseignants, au personnel administratif et à quiconque travaille à l'école, à leurs amis, à leurs pairs d'essayer de les réengager parce qu'ils sont physiquement présents dans cet espace et qu'il y a des obstacles à leur départ. Il faut comprendre que les décrocheurs quittent l'école mentalement, spirituellement, bien avant de la quitter physiquement. L'apprentissage en ligne a accéléré exponentiellement leur sortie du système.

[*Difficultés techniques*] salle de classe, et ils sont dans la classe de M. Mitchell. Ils ont un onglet ouvert pour la classe de M. Mitchell et un onglet pour tout ce qu'ils avaient la liberté d'avoir avant. Ce peut être un jeu, ce peut être du clavardage, ce peut être une recherche pour découvrir une nouvelle carrière. Aujourd'hui, quand un élève se trouve dans la classe de M. Mitchell — et il n'a pas de relation avec moi —, tout ce qu'il a à faire, c'est de commencer par ériger des murs. Par exemple, un élève peut avoir à subir un test dans ma classe. Il a une panne d'Internet et ne peut pas terminer son test. Quand il se reconnecte à la classe, comme il n'a pas de relation avec moi, il ne se sentira pas à l'aise de me demander du temps supplémentaire pour le terminer. Les élèves disent que cela fait monter leur anxiété. Ils disent que soit ils demandent l'aide à l'enseignant, soit ils ferment l'onglet.

Ils décident donc de fermer l'onglet de M. Mitchell. Ils n'arrivent pas à gérer ce stress. Ils ne pourront jamais se rattraper. Ils n'en auront jamais la chance. Ils ferment l'onglet, en ouvrent un autre et décrochent. Il n'y a rien qui les freine quand ils veulent fuir aujourd'hui dans cet espace en ligne et dans la façon dont on revoit constamment l'apprentissage en ligne depuis un an et demi.

• (1315)

Avant la COVID, il y avait beaucoup d'avantages à venir à l'école. Nous avons des élèves engagés, qui le sont toujours. Nous avons des élèves qui étaient des « figurants ». Ils allaient à l'école, ils se présentaient en classe, mais ils n'étaient pas vraiment engagés. Il y avait ensuite les fuyants.

Ce troisième groupe comprenait les élèves qui évitaient l'école et les marginaux, pour des raisons qualifiées de « comportementales ». Ces élèves sont souvent racialisés — ce sont des Noirs, des Autochtones, des personnes de couleur — et marginalisés. Ils sont exclus de l'école en raison de leurs comportements. Leurs comportements ne sont pas conformes à la norme, qu'il s'agisse de leurs

comportements en classe ou dans les couloirs. Il existe un mécanisme d'exclusion lent qui ne leur permet pas de faire partie de la classe, voire de l'école. Ils peuvent être envoyés dans une école spéciale. Puis il y a le décrochage.

Le phénomène s'est accéléré avec l'apprentissage en ligne, étant donné la facilité avec laquelle ils peuvent s'éclipser. Le taux de décrochage augmente à un rythme exponentiel. Il y a actuellement 200 000 jeunes décrocheurs, et leur nombre ne cesse d'augmenter. Depuis la fermeture récente, je m'inquiète pour les élèves avec qui je travaille habituellement et que je vois normalement se promener dans l'école. Cette énergie d'évitement et de résistance n'est plus là. C'est un espace en ligne maintenant, et soit on s'y intègre, soit on ne s'y intègre pas. Il n'y a pas de résistance. Il n'y a pas d'entre-deux. Je ne vois plus ces élèves dans les couloirs, et je ne les vois pas en ligne. J'ai l'impression qu'il y a encore plus de jeunes, en plus de ceux-là, qui sont exclus de l'école, pour diverses raisons.

**Le président:** Pouvez-vous conclure, s'il vous plaît, monsieur?

**M. Kirby Mitchell:** Oui.

Il y a des élèves qui ont des difficultés en anglais ou qui sont toujours en apprentissage de l'anglais. Il y a des élèves dont les sources d'anxiété ont augmenté. Il y a des élèves qui ont du mal avec le nouveau modèle d'apprentissage, avec l'apprentissage en ligne. Nous perdons ces élèves. Il y a aussi le paradoxe du « gosse de riche », des jeunes qui réussissent normalement bien à l'école et qui ont toutes les ressources nécessaires, mais qui décrochent eux aussi.

Je constate avec inquiétude que la dernière fermeture a été dévastatrice. Nous le constatons non seulement à l'échelle locale, au Canada, mais aussi à l'échelle mondiale, avec les fermetures et les restrictions qui se perpétuent à cause de la pandémie.

Merci.

• (1320)

**Le président:** Merci.

Nous entendrons maintenant les représentants de la Société canadienne du cancer.

Est-ce Mme Masotti qui lira la déclaration?

**M. Stuart Edmonds (vice-président principal, Mission, recherche et défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer):** Je commencerai et je passerai le flambeau à Mme Masotti à mi-parcours.

**Le président:** Très bien. Allez-y.

**M. Stuart Edmonds:** Bonjour. Je vous remercie de me permettre de témoigner devant vous aujourd'hui, particulièrement en ce mois de la jonquille, le mois de la sensibilisation au cancer.

Malheureusement, le cancer n'a pas cessé d'être une maladie qui transforme et menace la vie en cette période de pandémie mondiale. Plus de trois millions de Canadiens vivent actuellement avec le cancer ou y ont survécu. Si les effets de la COVID-19 se feront sentir pendant les mois et les années à venir, les besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs soignants continueront d'évoluer au gré des répercussions de la pandémie.

Si la plupart des provinces ont repoussé les interventions chirurgicales non urgentes d'une manière ou d'une autre au cours de la première vague, certaines réussissent mieux que d'autres à rattraper leur retard. Dans certaines régions, les listes d'attente pour une chirurgie continuent de s'allonger. Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, de mars à juin 2020, la plupart des personnes souffrant de problèmes nécessitant une intervention chirurgicale urgente et vitale ont reçu des soins. Cela dit, à l'échelle nationale, le nombre de chirurgies chez les personnes atteintes de cancer a diminué de 20 % par rapport à la même période en 2019.

En Ontario, près de 36 000 chirurgies de moins qu'en 2019 ont été effectuées au printemps 2020. À l'aube de la troisième vague de la pandémie, l'Ontario a cumulé un retard de plus de 200 000 chirurgies, toutes catégories confondues, dont certaines pour le cancer, qui sont encore reportées. Au Québec, il y a eu 6 % d'interventions chirurgicales de moins en oncologie que l'année dernière, ce qui représente environ 2 200 chirurgies.

Les tendances qui se dégagent des demandes de renseignements sur nos programmes d'information et de soutien et des sondages nationaux menés auprès des personnes confrontées au cancer et à leurs soignants nous donnent une vue d'ensemble de l'effet cumulatif de la perturbation des soins sur les personnes atteintes de cancer. Selon un sondage de la SCC mené auprès des patients en juillet 2020, près de la moitié des répondants ont vu leurs rendez-vous pour des traitements contre le cancer retardés ou annulés pendant la première vague de la pandémie. Nous craignons que la troisième vague ne perturbe encore davantage les soins en oncologie dans certaines parties du pays.

L'ampleur des listes d'attente pour des interventions chirurgicales ne saurait être sous-estimée. Selon une étude effectuée sur des patients en oncologie, au Canada, qui a été publiée dans la *British Medical Journal*, les personnes dont le traitement contre le cancer est retardé ne serait-ce que d'un mois voient leur risque de décès augmenter d'environ 10 %. De même, plus le début du traitement tarde, plus le risque augmente.

Je céderai maintenant la parole à Kelly Masotti.

**Mme Kelly Masotti (vice-présidente, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer):** Outre les effets immédiats de la COVID sur les chirurgies et les traitements contre le cancer, nous craignons un tsunami de diagnostics de cancer. Depuis le début de la pandémie, le nombre total de diagnostics de cancer a chuté radicalement. On estime cette diminution à environ 40 %.

En Ontario, de mars à décembre 2020, on a réalisé près d'un million de tests de dépistage du cancer de moins qu'au cours de la même période en 2019. En Alberta, plus de 170 000 tests, dont environ 40 000 mammographies, ont été annulés pendant deux mois à partir de la fin mars.

[Français]

Au Québec, des estimations récentes prévoient que plus de 5 000 Québécois pourraient avoir un cancer sans avoir reçu de diagnostic à cet effet.

[Traduction]

Les programmes de dépistage permettent un dépistage précoce du cancer, à un moment où il est plus facile à traiter et où les pronostics sont meilleurs. Nous craignons que l'interruption des programmes de dépistage fasse en sorte qu'un plus grand nombre de cancers soit diagnostiqué ou traité trop tard. Il faut continuer d'en-

courager les gens à aller se faire examiner, et les services d'oncologie devront tenir compte des perturbations causées par la COVID-19 dans leur planification.

La COVID-19 a également interrompu beaucoup de traitements oncologiques pour tous les types de cancer. Selon une étude réalisée par l'Institut du cancer, les chercheurs craignent que la pandémie de COVID-19 ne retarde les avancées pour les patients de presque un an et demi.

Au Canada, les essais cliniques ont été touchés à divers degrés partout au pays. Ces essais peuvent permettre à des personnes atteintes d'un cancer d'avoir accès à des thérapies prometteuses. Dans bien des cas, le recrutement de patients a été interrompu dans les provinces en raison d'un manque de personnel et de ressources médicales et pour des raisons de sécurité pour les patients.

La COVID-19 a également miné les efforts de la santé publique en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé. Par exemple, les unités locales de santé publique ont dû réaffecter du personnel et des ressources à la lutte contre la COVID. La lutte contre le tabagisme en est un bon exemple, puisqu'un grand nombre d'employés de la santé publique qui travaillent normalement à la lutte contre le tabagisme et au programme d'abandon du tabac ont été redéployés afin de lutter contre la COVID-19.

Dans les circonstances, les gouvernements doivent prendre les devants en se dotant d'un plan détaillé et coordonné pour s'attaquer au fardeau futur du cancer au Canada. Ce plan d'action devra mettre à contribution tous les ordres de gouvernement, le public, les organismes de bienfaisance, le secteur privé, le milieu universitaire, les décideurs, les politiciens et les citoyens.

Les répercussions de la COVID-19 sur la lutte contre le cancer, de même que l'augmentation du nombre de cancers attribuables au vieillissement de la population feront augmenter les besoins de services et de fournisseurs de soins de santé, d'infrastructure, de personnel soignant, d'aide aux familles et d'autres programmes et services.

Un nombre croissant de survivants du cancer auront besoin d'un soutien accru. Il est essentiel de nous concentrer sur la planification des programmes de lutte contre le cancer, qu'il s'agisse de la prévention, du dépistage précoce, des examens, du traitement, des soins palliatifs ou d'autres formes de soins médicaux. Il faut également miser sur la recherche pour bien évaluer l'augmentation future du nombre de cas de cancer et trouver d'autres solutions pour traiter efficacement les personnes atteintes de cancer et leur offrir tous les soins nécessaires.

• (1325)

[Français]

Je tenais à vous remercier pour le temps que vous nous avez accordé. C'est avec plaisir que nous répondrons à vos questions. Merci.

Je vous remercie.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Nous passons maintenant aux questions.

Monsieur Barlow, la parole est à vous. Vous avez six minutes.

**M. John Barlow (Foothills, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président. Merci à tous de vos témoignages aujourd'hui.

J'aimerais commencer par vous, madame Shields. C'est un plaisir de vous revoir.

Il y a deux ou trois jours, j'ai eu une conversation téléphonique avec une électricienne qui a appelé. C'était une jeune fille de 19 ans qui était très bouleversée. Son frère de 20 ans s'est suicidé il y a quelques semaines. C'était un apprenti électricien qui avait été mis à pied en raison du confinement. Il avait trouvé un emploi dans un restaurant, mais il l'a perdu lorsque les fermetures ont été prolongées. L'isolement a eu raison de lui. Il n'a pu lutter contre la dépression et il s'est suicidé.

Je sais que beaucoup de mes collègues députés qui participent à cette réunion sur Zoom ont eu des conversations semblables avec des électeurs. Nous sommes beaucoup à recevoir de plus en plus d'appels de ce genre à nos bureaux de la part de gens complètement désespérés. Ce suicide a certainement dévasté cette famille.

J'ai tenu une assemblée publique virtuelle avec un grand nombre de propriétaires d'entreprises et de dirigeants communautaires qui ont fait le récit de situations semblables de dépression, d'anxiété et de suicide.

Nous avons eu l'occasion de discuter à la fin de 2020. Vous aviez alors mentionné une étude récente, réalisée en décembre, qui révélait que 40 % des Canadiens avaient déclaré que leur santé mentale s'était détériorée. Le nombre de cas de toxicomanie et de suicide a augmenté. C'était en décembre.

Vous avez parlé d'une troisième et d'une quatrième vague, qui seront des vagues de santé mentale. Je n'avais jamais entendu personne l'exprimer ainsi, mais c'est très déconcertant. Selon vous, que sera l'impact du prolongement des fermetures et des restrictions sur la santé mentale des Canadiens?

**Mme Rebecca Shields:** Nous savons, grâce aux pandémies précédentes, que l'impact ira en augmentant. Permettez-moi d'expliquer pourquoi. Vous avez raison de dire que l'incertitude et la vulnérabilité ont un impact disproportionné sur les gens. Par exemple, dans les communautés où les emplois sont précaires, comme dans ce cas... Je suis réellement navrée du sort de ce jeune homme. Ce stress économique et cette incertitude peuvent évidemment mener à la dépression, à l'anxiété et, bien sûr, au risque de suicide. C'est immanquable. Nous le savons depuis les pandémies passées. Nous l'avons constaté avec le SRAS; certaines populations sont plus à risque que d'autres.

Je voulais parler des personnes à haut risque, comme les travailleurs essentiels du secteur de la santé, le personnel hospitalier ou les personnes qui sont en première ligne. Ce sont eux qui ont été touchés par la COVID et qui sont absolument à haut risque. Certaines communautés ont été très touchées par la COVID. J'ai mentionné les personnes noires, autochtones et racialisées. Donc, les gens qui ont un emploi précaire, qui ont perdu leur emploi, qui sont en première ligne ou qui ont été atteints de la COVID sont à risque.

Il observe une augmentation générale de l'anxiété et de la dépression. Les femmes, les femmes avec enfants et les familles avec enfants ont toutes tendance à avoir des niveaux d'anxiété plus élevés. Il y a aussi les jeunes; certains en ont parlé. Mon collègue, M. Mitchell, a parlé de l'impact sur les jeunes et de l'augmentation de l'anxiété.

Quelles sont les répercussions de l'isolement social? L'isolement social qui se transforme en solitude mène à la solitude chronique, qui donne des résultats comparables à fumer 15 cigarettes par jour.

Mes collègues oncologues savent certainement à quel point c'est grave.

Donc, vous avez raison. Voilà ce à quoi nous nous préparons: la quatrième vague. Comment? Nous essayons d'augmenter l'accès immédiat aux soins, mais cela se présente de deux façons. Cela passe d'abord par la planification et la formation précoce. J'ai besoin de gens sur le terrain aujourd'hui, pour qu'ils soient là demain. Je ne peux pas attendre. Donner aux communautés linguistiques ou culturelles un accès à des travailleurs formés ne peut pas attendre, car l'attente entraîne un risque accru de suicide.

Ce que nous savons — et il est essentiel de le comprendre —, c'est qu'il est possible qu'une personne hospitalisée obtienne son congé. Le risque de suicide est le plus élevé dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital. Il faut offrir des programmes immédiatement pour aider les gens à faire la transition. Voilà où vous devez renforcer la capacité communautaire, avec des partenaires communautaires de confiance qui peuvent commencer à offrir des services de soutien complets à ces gens.

Des organisations comme la nôtre offrent des programmes de counseling, d'emploi, de logement et de sécurité alimentaire. Prenez par exemple nos activités d'orientation et de soutien communautaire. Nous devons travailler avec nos hôpitaux et nos centres de soins actifs pour stabiliser les patients, mais nous devons ensuite offrir des soins continus de transition. Je sais que je parle à des gens qui le savent et le comprennent.

La Stratégie nationale de prévention du suicide est lancée. Cela prendra un certain temps, mais je recommande d'investir immédiatement ces 50 millions de dollars, et ce, dans les communautés les plus touchées.

• (1330)

**M. John Barlow:** Je voudrais revenir sur ce que vous avez dit sur la nécessité d'avoir des gens sur le terrain immédiatement. Je suis certain que vous parlez du TSPT chez les travailleurs de la santé de première ligne. À quel point est-il frustrant, pour eux, de ne pas avoir... J'entends les préoccupations sur la valse-hésitation: il y aura des vaccins, il n'y en aura pas; il y aura des tests rapides, il n'y en aura pas.

Quelles ont été les répercussions, sur la santé mentale des travailleurs de la santé, de cette incertitude sur l'accès aux vaccins et aux tests rapides?

**Mme Rebecca Shields:** L'incertitude est un élément déclencheur pour chacun d'entre nous, car elle accroît le stress. Nous voyons des gens qui sont à des stades de stress aigu ou chronique, donc qui ont un risque plus élevé de traumatisme et, par conséquent, un risque accru de dépression. Les traumatismes et la dépression peuvent mener au suicide. Nous essayons vraiment de mettre en place des services adaptés et spécifiques aux traumatismes pour nos communautés.

**Le président:** Merci.

Monsieur Van Bynen, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie tous nos témoins d'être avec nous aujourd'hui et de partager leurs expériences et leurs préoccupations par rapport à la pandémie.

C'est un véritable honneur d'accueillir une de mes électrices au Comité et d'inclure ses observations dans nos travaux. Je poserais donc mes questions à Mme Rebecca Shields, de la section de la région de York et de Simcoe Sud de l'Association canadienne pour la santé mentale. Je suis conscient qu'elle sert une population de plus de 1,2 million de personnes réparties dans plus de 10 municipalités différentes.

Madame Shields, je tiens d'abord à vous remercier des nombreux projets que vous avez entrepris en collaboration avec des partenaires communautaires, notamment la police régionale de York et le centre régional de santé Southlake. Vous avez créé des équipes d'intervention pour les situations urgentes qui, souvent, nécessitent une présence policière, mais aussi la présence de votre équipe pour intervenir efficacement.

L'automne dernier, il y a bien plus de quatre ou cinq mois, j'ai présenté une motion au Comité pour étudier les impacts de la COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être des Canadiens. J'avais alors indiqué que la troisième vague de la pandémie en était une de santé mentale, et elle est devenue la quatrième. Donc, je comprends très bien vos préoccupations.

Vous étiez favorable à la tenue de cette étude, et vous avez déclaré qu'une relance économique et sociale complète et réussie passait par la compréhension des véritables répercussions de la pandémie sur la santé mentale des Canadiens. Je suis tout à fait d'accord avec vous, et je vous remercie de votre appui.

Je sais qu'il est essentiel d'investir dans la recherche exhaustive à l'échelle communautaire pour comprendre les répercussions et cerner les stratégies les plus prometteuses. Vous avez parlé des zones chaudes. Bien que les travaux du Comité aient une portée plus large, à l'échelle du pays, comment pouvons-nous, selon vous, cerner les stratégies communautaires?

**Mme Rebecca Shields:** Chaque province et territoire a sa propre approche en matière de soins de santé, bien évidemment. La santé mentale nous touche tous, mais nous avons des besoins uniques à l'échelle communautaire. C'est ce que nous constatons.

Fondamentalement, nous comprenons que la COVID, qui est une question de soins de santé, a eu des conséquences et des résultats complètement différents selon les communautés. Les enseignements de la recherche sur la COVID doivent être transposés dans la recherche à l'échelle des quartiers. Nous pouvons extraire des données des hôpitaux, ce que nous faisons, puis transmettre ces informations, mais qu'entend-on par des recherches axées sur la population?

Cela comporte divers éléments. D'excellentes pratiques de pointe émanent, par exemple, du Slaughter Family Centre for Youth in Transition du CAMH, dont les recherches sont axées sur les jeunes. Une des conclusions émanant des recherches de conception conjointe et de la recherche-action participative du centre était que la COVID a des répercussions différentes sur les jeunes. Les cohortes de jeunes ne sont pas toutes les mêmes. Certains jeunes fonctionnent très bien à la maison et d'autres, non, comme mon collègue, M. Mitchell l'a indiqué. Il importe de le comprendre afin de concevoir et fournir des services efficaces et ainsi adopter une approche axée sur l'équité en santé.

L'objectif est que la recherche communautaire soit faite dans une optique d'équité en santé afin de pouvoir ensuite concevoir et fournir conjointement des services efficaces pour ces communautés.

La recherche doit être ancrée dans la communauté, elle doit être conçue conjointement, et elle doit être adaptée aux particularités ethnoculturelles de la population afin d'adopter une approche axée sur l'équité en santé, parallèlement à la prise en compte d'autres groupes culturels spécifiques, comme mon collègue M. Leslie l'a mentionné, notamment les personnes ayant des troubles du développement, les personnes LGBTQ2S, nos communautés autochtones et nos communautés noires.

Toutes ces communautés ont des besoins qui leur sont propres. Par conséquent, dans la conception et l'analyse de la recherche, nous ne devons pas nous limiter à une perspective générale, mais creuser davantage, car nous savons que les interventions doivent être axées sur des besoins précis. La pandémie nous l'a montré. Si nous ne prenons pas en compte les besoins de populations précises, elles sont laissées pour compte, et sans cette approche axée sur l'équité en santé, elles sont démesurément touchées.

Nous pouvons faire mieux, et c'est ce que j'aimerais que nous fassions.

Je vous remercie encore de votre question. J'espère y avoir répondu.

• (1335)

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

Pendant cette pandémie, l'accès aux ressources et au soutien en santé mentale a été essentiel pour beaucoup de Canadiens. Notre gouvernement est intervenu avec le programme Espace mieux-être Canada et Jeunesse, J'écoute. Je sais que l'ACSM avait son propre service téléphonique de soutien.

Ce service était-il en place avant la pandémie? Si oui, pouvez-vous nous parler des changements ou des différences que votre personnel a observés entre la situation préalable à la pandémie et celle pendant la pandémie?

**Mme Rebecca Shields:** Premièrement, comme tous les organismes en santé mentale, nous sommes évidemment passés le plus possible aux soins virtuels. Nos services étaient donc accessibles. J'ai mentionné la nécessité d'assurer l'équité d'accès. Nous avons offert des conseils ciblés aux travailleurs de la santé de première ligne et divers services sans rendez-vous. Nous avons vraiment essayé d'éliminer toute forme de liste d'attente. Nous avons donc offert beaucoup de services sans rendez-vous ou sur appel afin de répondre aux besoins immédiats. Nous avons investi pour élargir l'accès au programme Retrouver son entrain afin que personne n'ait à attendre pour accéder, par téléphone, à cette thérapie cognitivo-comportementale qui vise à traiter — selon un format fondé sur des preuves — l'inquiétude, l'humeur dépressive, le stress et l'anxiété.

Voilà le genre d'investissements que nous avons fait pour répondre rapidement aux besoins en santé de la population. Ensuite, nous nous sommes concentrés davantage sur certaines populations vulnérables, comme les sans-abri.

Je vois le carton rouge. Merci beaucoup.

**M. Tony Van Bynen:** Je vous remercie de toutes les bonnes choses que vous faites pour notre collectivité.

**Le président:** Merci, monsieur Van Bynen.

[Français]

C'est maintenant au tour de M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie tout d'abord l'ensemble des témoins de nous aider à comprendre les effets collatéraux de la pandémie.

Je vais d'abord m'adresser aux représentants de la Société canadienne du cancer.

Lorsque nous avons commencé notre étude sur la pandémie, au tout début de la première vague, plusieurs témoins nous ont dit que le sous-financement chronique des réseaux de la santé avait fragilisé nos systèmes et que cela aurait des effets catastrophiques à l'avenir. À cette époque, nous avions deux espoirs: trouver un vaccin rapidement et faire en sorte qu'il n'y ait qu'une vague. Nous en sommes maintenant à la troisième vague.

Vos propos rejoignent ceux de la Dre Mélanie Bélanger, de l'Association des gastro-entérologues du Québec et du Dr Martin Champagne, de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec. Ces spécialistes nous ont dit que la pandémie de COVID-19 avait fait et allait faire d'autres victimes, soit des patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19.

On sait que la lutte contre le cancer est une lutte d'intervention précoce. À partir du moment où l'on ne peut plus dépister le cancer assez tôt, on s'expose à une explosion des coûts ainsi qu'à des risques de mortalité accrus. Les spécialistes sont même allés jusqu'à nous dire qu'on pouvait prévoir que les effets collatéraux de la pandémie allaient se répercuter, notamment en ce qui concerne la lutte contre le cancer, pendant 10 années, ce qui entraînerait une hausse du taux de mortalité de 10 % de plus que celui enregistré chaque année.

Le gouvernement n'a rien prévu dans son budget pour aider les réseaux de la santé, même si les provinces et le Québec réclamaient un rattrapage de l'ordre de 35 cents, plutôt que 22 cents, par dollar. Nous aurions pu investir 28 milliards de dollars, soit progressivement, soit en entier. Or il n'y a rien eu. Aucune annonce n'a été faite. Rien n'est prévu pour les cinq prochaines années.

Cela peut changer. Toutefois, la décision politique de ne pas intervenir pour aider les réseaux de la santé à se rétablir, leur permettre de soigner les malades et garantir une certaine prévisibilité est illogique du point de vue de la santé.

Si vous aviez à convaincre le premier ministre de changer d'idée aujourd'hui, que lui diriez-vous pour le convaincre de réinjecter de façon récurrente et prévisible de l'argent dans les réseaux de la santé, notamment dans le domaine qui vous préoccupe, c'est-à-dire la lutte contre le cancer?

• (1340)

[Traduction]

**M. Stuart Edmonds:** Nous partageons évidemment les préoccupations que vous avez exprimées sur l'avenir de la lutte contre le cancer dans les prochaines années. Il y a sans doute des choses que les divers gouvernements du pays peuvent faire dans l'immédiat, notamment le maintien des interventions chirurgicales et une campagne visant à rassurer la population sur le caractère sécuritaire des programmes de dépistage afin d'encourager les patients à en tirer parti le plus possible et à consulter lorsqu'ils ont des inquiétudes.

Je vais laisser la parole à mes collègues, Mme Masotti et M. Raynaud, qui pourraient avoir des commentaires sur la façon

dont nous pourrions soulever la question auprès du gouvernement fédéral.

[Français]

**M. David Raynaud (analyste, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer):** Je vous remercie de cette question, monsieur Thériault.

Au fond, on peut examiner cette question selon deux axes principaux.

Le premier consiste à se demander comment aborder les répercussions de la pandémie à court et à moyen terme. Les différents systèmes de santé de partout au pays devront assurément fonctionner à des capacités supérieures à leur pleine capacité d'avant la pandémie, pour ainsi rattraper les retards accumulés en chirurgie, mais aussi sur le plan du dépistage du cancer. Pour ce faire, ils auront certainement besoin de nouvelles ressources. L'augmentation des capacités inclut l'embauche de personnel, la modernisation de l'équipement et la création de nouvelles infrastructures. On a donc besoin de nouvelles ressources pour les différents départements de cancérologie d'un bout à l'autre du pays.

Ensuite, on peut aussi examiner la question à moyen et à long terme, en considérant le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de cancers. On le dit souvent: près d'un Canadien sur deux sera touché par le cancer. Il faudra donc trouver une approche concertée incluant une vision à long terme et un financement prévisible pour nous attaquer à ces futurs défis afin que les Canadiens puissent profiter de la meilleure qualité de vie possible et que les différents systèmes de santé puissent réduire leurs coûts, notamment au moyen de meilleures activités de prévention et de dépistage.

C'est sûr que nous encourageons vraiment le gouvernement fédéral à adopter une approche concertée en impliquant tous les gouvernements, les organisations caritatives, le secteur privé, les chercheurs, et même les citoyens, afin de trouver les meilleures solutions possibles pour développer justement cette vision à long terme et cette prévisibilité.

• (1345)

**M. Luc Thériault:** La Dre Bélanger disait qu'il y avait 150 000 patients en attente, dont 63 % étaient hors délai, ce qui équivaut à peu près à 97 000 patients. Elle disait qu'une coloscopie coûtait 1 000 \$, mais que si elle n'était pas faite à temps, le patient risquait de développer un cancer, qui peut devenir une maladie chronique engendrant non seulement un affaiblissement de sa qualité de vie et même un risque de mortalité, mais aussi une explosion des coûts du système de santé.

La décision d'un point de vue prétendument économique de ne pas investir en santé actuellement revient donc à perpétuer l'explosion des coûts et à réduire la capacité de traiter les patients de façon correcte, de favoriser leur qualité de vie et d'économiser dès maintenant en matière de dépenses dans le système de santé. Êtes-vous d'accord?

**M. David Raynaud:** A-t-on le droit de fournir une courte réponse?

**M. Luc Thériault:** Oui, sûrement.

Êtes-vous d'accord avec moi?

**M. David Raynaud:** Je suis d'accord sur l'idée générale, oui.

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

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

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies pour six minutes, s'il vous plaît.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins pour leurs excellents témoignages.

Monsieur Leslie, mes questions sont pour vous, si vous le permettez. Je sais que vous avez été un champion de la sensibilisation aux vulnérabilités particulières des personnes atteintes du syndrome de Down et, en particulier, de la nécessité de ne pas les oublier dans l'établissement des priorités pour la vaccination.

Je me demande si vous pourriez en dire plus sur les raisons de votre demande et, en particulier, si vous avez des commentaires au sujet des lignes directrices fédérales sur l'établissement des priorités pour la vaccination, et si vous pensez qu'elles devraient être modifiées précisément pour recommander un accès prioritaire aux personnes atteintes du syndrome de Down ou d'autres troubles du développement.

**M. Wayne Leslie:** La DSRF est principalement un fournisseur de services, mais cette question est rapidement devenue un problème pressant pour notre communauté. Nous avons profité de l'occasion pour utiliser notre voix de chef de file afin d'aider notre communauté — une population qui, comme je l'ai souligné, est souvent oubliée — pour attirer l'attention sur le fait qu'elle est particulièrement vulnérable. Même au sein de la communauté des troubles du développement en général, ce groupe constitue une petite sous-catégorie en raison des comorbidités qui vont de pair avec le trouble génétique à l'origine du syndrome de Down. Comme je l'ai fait remarquer, les personnes touchées par ce syndrome sont quatre fois plus susceptibles d'être hospitalisées et 10 fois plus susceptibles de mourir si elles contractent la COVID-19, et en raison de leurs handicaps connexes, elles risquent plus de contracter la maladie.

Nous avons constaté très tôt qu'on mettait simplement l'accent sur les personnes qui mouraient et qu'il fallait protéger, ce qui est compréhensible. Nous avons toutefois rapidement tenté de souligner le fait que si nous ne faisons pas quelque chose pour accorder la priorité aux groupes particulièrement vulnérables et que si ces personnes étaient isolées de manière inhabituelle et prolongée au point où de nombreuses familles ont indiqué que cela en était presque cruel, elles finiraient par devenir les prochaines victimes d'une deuxième, d'une troisième ou d'une quatrième vague. La seule raison pour laquelle cela ne s'est pas produit, c'est parce que ces personnes sont extrêmement isolées. Nous devons revoir la manière dont nous établissons les priorités.

L'un des principaux problèmes, c'est que même si le syndrome de Down est un handicap très connu, mais de moindre importance, il y a souvent un problème de critères d'admissibilité. Les personnes touchées se heurtent souvent à ce problème et doivent se démener pour prouver qu'elles ont un handicap. Il existe des vulnérabilités particulières qui, selon nous, auraient aisément pu être ciblées d'entrée de jeu par le milieu médical et les grandes organisations nationales qui établissent les priorités en matière d'immunisation, qui auraient pu admettre que certaines questions plus vastes étaient plus complexes. À dire vrai, il me semble qu'il aurait été facile de le faire et que le syndrome de Down fait partie des handicaps qui auraient pu être aisément identifiés plus tôt. La communauté n'aurait

pas dû devoir lutter pour une vulnérabilité aussi évidente, pas seulement pour les personnes faisant partie des communautés comme telles, mais dans la population en général.

**M. Don Davies:** Je connais très bien le formidable travail que la DSRF accomplit pour notre communauté, particulièrement pour les personnes qui vivent avec le syndrome de Down. Je sais toutefois aussi que ses activités vont au-delà de la communauté des troubles du développement. Je me demande si les observations que vous avez formulées sur les personnes atteintes du syndrome de Down s'appliquent de façon plus générale aux personnes vivant avec divers besoins. Que pouvez-vous nous dire également sur les répercussions de la COVID sur la communauté des troubles du développement?

• (1350)

**M. Wayne Leslie:** Je vous remercie.

C'est une excellente question. La réponse simple est que ce que nous disons s'applique également à la communauté en général. Je ferai référence à mes collègues des secteurs de l'éducation, du cancer et de la santé mentale. Qu'il soit question de troubles du développement comme le syndrome de Down ou d'autres handicaps comme la paralysie cérébrale ou l'autisme, il importe de se rappeler que les personnes touchées ont d'autres problèmes comme des troubles de santé mentale, des problèmes de santé, des cancers et des problèmes d'apprentissage. Elles sont les plus vulnérables des plus vulnérables parmi toutes les populations, ce qui confère du poids à une de nos recommandations clés.

Nous comprenons pourquoi, lorsqu'il faut gérer une crise au chapitre des priorités et éteindre des feux, il faut concentrer ses efforts sur les personnes qui meurent littéralement. Mais quand on prend le temps de réfléchir plus loin, il faut examiner les recommandations en se disant qu'on a là une occasion de prendre soin des plus vulnérables.

Les personnes handicapées forment un groupe qui constitue une portion non négligeable de la population. Nous devons commencer à mettre l'accent sur le besoin d'en prendre soin, que ce soit à l'échelle fédérale, provinciale ou locale. Le syndrome de Down s'accompagne d'un ensemble particulier de comorbidités qui rend la santé plus fragile. Mais dans tout ce que nous disons à propos du syndrome de Down, sachez que ce trouble a beaucoup de risques et de vulnérabilités en commun avec l'ensemble des troubles du développement.

**M. Don Davies:** La question suivante est peut-être par trop difficile, mais simplement pour nous aider à avoir une petite idée du nombre, je me demande si vous connaîtriez le pourcentage approximatif de la population qui serait considéré comme ayant un trouble du développement de façon générale.

**M. Wayne Leslie:** Je ne connais pas le chiffre exact, notamment parce que la Down Syndrome Resource Foundation s'occupe plus directement du syndrome de Down, de toute évidence. Ce serait toutefois un pourcentage substantiel de la population quand on considère le simple fait que les troubles du développement englobent le spectre du trouble de l'autisme, puisqu'il est maintenant admis, après des années de recherche et données médicales à l'appui, que des gens dont nous ne pensions pas qu'ils avaient un trouble du développement en ont effectivement un. Je n'ai pas le chiffre exact, mais je ne pense pas exagérer en affirmant que c'est un pourcentage élevé.

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

Je vois que le président brandit le carton rouge.

Je vous remercie de vos réponses, monsieur Leslie.

**M. Wayne Leslie:** Je vous remercie.

**Le président:** Je vous remercie tous.

Voilà qui met fin à notre tour de questions pour ce groupe de témoins.

**L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC):** En fait, il nous reste huit minutes, monsieur le président. Pouvons-nous effectuer un bref second tour?

**Le président:** Bien sûr. Nous allons devoir compresser nos interventions. Voulons-nous accorder une minute à chaque parti?

Comme c'est le cas, nous accorderons la parole à Mme Rempel Garner.

Vous avez la parole pour une minute.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Je vous remercie, monsieur le président.

Je veux juste poser une question supplémentaire à M. Mitchell.

J'ai lu un article de CBC où l'on vous cite alors que vous dites qu'il est difficile de garder le contact avec les élèves dans des classes virtuelles.

Dans le temps qu'il me reste, pourriez-vous nous en dire plus sur l'incidence que la pandémie pourrait avoir sur le taux de décrochage à l'école secondaire au pays?

**M. Kirby Mitchell:** La dernière fermeture a, je pense, eu un effet cumulatif sur les élèves. Lors de la première fermeture, des élèves ont résisté et sont restés sur les bancs d'école, mais certains ont décroché. D'autres sont partis lors de la deuxième fermeture. Ils sont maintenant fatigués, comme le sont les enseignants. Ils en ont assez qu'on leur promette un retour en classe et d'espérer de voir un jour la fin de la crise.

L'été s'en vient et le temps change, et comme les écoles secondaires fonctionnent par quadrimestres — dont un débute la semaine prochaine —, je crains que de nombreux élèves voient là un moyen facile de baisser les bras ou de quitter l'école dans les prochaines semaines.

Chaque jour compte. Chaque jour, nous allons perdre de 100 à 1 000 jeunes qui se sentent moins motivés et moins connectés à ce qu'ils considéraient comme l'école, la famille et la communauté.

• (1355)

**Le président:** Je vous remercie, madame Rempel Garner.

Nous accordons maintenant la parole à M. Powlowski.

Vous avez la parole pour une minute.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** J'ai également une question pour M. Mitchell. Je comprends certainement la situation qu'il évoque, puisque j'ai deux jeunes enfants qui sont en ligne en ce moment même.

Que pouvons-nous faire maintenant pour aider les jeunes à rester sur les bancs d'école?

**M. Kirby Mitchell:** Je veux inviter tout le monde à la réunion de notre commission, qui a lieu vendredi prochain. Il s'agira d'un som-

met pancanadien au cours duquel nous établirons un plan. Essentiellement, tout le monde devra mettre l'épaule à la roue.

Nous tenterons d'examiner la situation des décrocheurs et de rétablir le contact avec eux au cours de l'été pour les intéresser et les mobiliser de nouveau. Tous les enseignants devraient être vaccinés d'ici septembre. Nous espérons assurer la transition en nous appuyant sur ce qu'ils ont appris dans le cadre du système antérieur et du système actuel et sur ce qu'ils veulent faire à partir de maintenant.

Le processus sera axé sur l'enfant, et les experts en la matière, mais nous avons eu notre chance. Voyons maintenant ce que veulent les jeunes.

Nous espérons qu'en septembre, il y aura un endroit accueillant. Ce pourrait être aussi simple que de poster quelqu'un à la porte pour les accueillir à bras ouverts. Nous voulons que ce soit aussi personnalisé que cela.

**M. Marcus Powlowski:** Envoyez-nous le lien.

**M. Kirby Mitchell:** Je le ferai certainement.

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

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute.

**M. Luc Thériault:** Je remercie les représentants de la Société canadienne du cancer. Nous avons parlé plus tôt des listes d'attente. Il s'agit donc dans ce cas de patients déjà connus, mais il y a aussi des victimes invisibles, en ce moment. La prévention du cancer implique un dépistage.

Selon votre expérience de la prévalence et du développement des cancers, chaque année, à combien évaluez-vous présentement le nombre de patients invisibles, ceux dont on ne parle pas, mais qui sont néanmoins victimes de cette maladie?

[Traduction]

**M. Stuart Edmonds:** Monsieur Raynaud, voulez-vous répondre à cette question?

[Français]

**M. David Raynaud:** Je vous remercie encore une fois de votre question.

Il est difficile de préciser un chiffre étant donné que chaque système de santé est différent et que les activités qui ont été délestées ne sont pas les mêmes partout. Cela dit, nous parlons probablement de milliers de personnes qui ont un cancer non diagnostiqué. Au Québec seulement, le ministère estime qu'environ 5 000 personnes sont dans cette situation.

Une étude a démontré que cela pourrait entraîner de 8 000 à 10 000 décès au cours des cinq prochaines années, au Québec seulement. Cela s'ajoute à ceux que nous avons déjà.

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

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

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez la parole pour une minute.

**M. Don Davies:** Monsieur Leslie, si vous pouviez donner au gouvernement fédéral votre meilleure recommandation sur la manière dont nous pourrions le mieux possible favoriser l'inclusion des personnes atteintes du syndrome de Down dans la société, que lui conseilleriez-vous?

**M. Wayne Leslie:** En termes simples, il faut leur accorder plus d'attention. J'utiliserai une fois encore la communauté du syndrome de Down à titre d'exemple. Nous admettons qu'il peut être difficile pour le gouvernement fédéral de porter attention à ce groupe restreint, mais cela montre bien comment les groupes vulnérables, de par leur taille... Proportionnellement parlant, même l'ensemble des personnes handicapées forme un groupe relativement petit par rapport à la population en général. Il faut donc lui porter une plus grande attention.

Pour être franc, il faut plus que de belles paroles et de simples solutions politiques. Il faut réfléchir à la manière dont on peut combler les manques. Même si la DSRF et moi-même admettons qu'un bon nombre des problèmes que nous soulevons relèvent des instances provinciales, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer. Il est possible d'établir des partenariats et de trouver des moyens d'action.

Les fonds fournis au titre des mesures d'urgence, que la DSRF a pu obtenir par l'entremise de Centraide, l'illustrent parfaitement. Ce financement nous a aidés à appuyer l'élaboration de programmes de santé mentale. Même si ce sont d'excellents programmes, le risque maintenant vient du fait qu'ils ont été créés à court terme pour répondre à une situation d'urgence. Nous nous attendons à ce qu'ils disparaissent un jour, laissant un vide derrière eux. Certains de mes collègues ont traité des manques à cet égard.

Il y a des occasions à saisir et des rôles à jouer, mais c'est du catalyseur dont nous parlons. Vous pouvez utiliser ce que vous avez appris au cours de la crise pour trouver une meilleure manière d'aider les personnes handicapées du Canada, en général et dans l'avenir.

• (1400)

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

Je remercie les témoins d'avoir pris le temps de nous faire profiter de leur expertise aujourd'hui. Cela nous aide énormément dans le cadre de notre étude.

Sur ce, nous suspendrons la séance pour faire venir le prochain groupe.

La séance est suspendue.

• (1400)

(Pause)

• (1403)

**Le président:** La séance reprend.

Nous reprenons la 31<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, qui se réunit pour étudier la situation d'urgence à laquelle les Canadiens sont face avec la pandémie de COVID-19. Aujourd'hui, nous nous intéressons aux effets collatéraux de la pandémie.

Je voudrais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Nous recevons le Dr Gary Bloch, médecin de famille à l'Hôpital St. Michael's et pour l'Inner City Health Associates, et professeur à l'Université de Toronto, qui témoigne à titre personnel; la Dr Ann Collins, présidente, et le Dr Abdo Shabah, membre du conseil d'administration du Québec et porte-parole francophone, de l'Association médicale

canadienne; Pauline Worsfold, secrétaire-trésorière de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers; et, enfin, M. Stephen Wile, chef de la direction de Mustard Seed.

Je vous remercie tous de témoigner aujourd'hui et de nous accorder de votre temps.

Nous commencerons maintenant à entendre les exposés des témoins, avec le Dr Bloch.

Docteur, vous disposez de six minutes.

**Dr Gary Bloch (Unity Health Toronto and Inner City Health Associates, à titre personnel):** Merci beaucoup.

Bonjour. Je suis médecin de famille, professeur à l'Université de Toronto et membre senior de l'Institut Wellesley. En ma qualité de membre du groupe de travail sur la réforme de la sécurité du revenu en Ontario, j'ai acquis de l'expérience dans l'élaboration des politiques sociales.

J'ai passé la plus grande partie de mon temps de travail, depuis un an, sur les premières lignes des soins médicaux contre la pandémie, dans mes cliniques de l'hôpital St. Michael et du refuge pour les sans-abri Good Shepherd, dans un centre de rétablissement pour les sans-abri ayant contracté la COVID-19 et, depuis peu, dans un centre de vaccination anti-COVID pour les Autochtones, à Toronto.

Cette maladie infectieuse est coriace, mais, quotidiennement, j'affronte des pandémies sociales. Ça se passe dans des clientèles disproportionnellement touchées par des problèmes sociaux, notamment la pauvreté, le sans-abrisme et les injustices systémiques causées par des structures et des politiques sociales racistes et coloniales. Les données scientifiques sont éloquentes. Ces pressions sociales exercent des répercussions massives sur la santé, notamment par des taux plus élevés de maladies chroniques et aiguës, d'effets négatifs pour les enfants et de mortalité.

Pendant la COVID-19, ces clientèles ont été plus éprouvées que la plupart des autres groupes. Cette maladie infectieuse, en se superposant à la pandémie sociale qui dure depuis longtemps, a créé ce qu'on appellerait une « syndémie », une pandémie synergique, dans laquelle l'étincelle de la COVID-19 a enflammé l'amadou des inégalités sociales intégrées dans les structures, les politiques et les institutions de notre société.

Nous savons, depuis les premiers mois de la crise de la COVID-19, que les malades et les morts se recrutent chez les pauvres, les mal-logés, les préposés de première ligne exposés à des risques élevés, dont les emplois sont précaires, et les femmes et les Autochtones racialisés, handicapés, le plus souvent touchés par des discriminations croisées.

Je vous demande instamment de réclamer qu'on redirige les ressources de la santé, de la santé publique et des services sociaux vers les quartiers et les communautés les plus lourdement touchés et les moins protégés, notamment par la prolongation de l'admissibilité à l'allocation de revenu d'urgence, la garantie d'appuis à l'emploi comme des journées de congé de maladie payé et l'accès facilité à des mesures de soutien de la santé, par exemple un approvisionnement sûr d'opioïdes.

Il faudra des modifications structurelles approfondies à nos systèmes de santé et à nos systèmes sociaux pour prévenir le retour de cette situation. À cette fin, je formule à l'intention du Comité trois recommandations.

D'abord, renforcer les programmes d'aide sociale comme bases de la santé. La promesse, cette semaine, d'un programme national de garderies, est un grand pas de franchi. Je propose à votre comité d'examiner les programmes de soutien du revenu pour assurer à tous les Canadiens l'accès à un revenu suffisant pour avoir et conserver une bonne santé. Ça pourrait comprendre l'élargissement des programmes pour un revenu de base à d'autres groupes de la société que les personnes âgées et les enfants, en veillant particulièrement aux besoins des personnes handicapées, des Autochtones et des autres, que des obstacles historiques et structurels empêchent de vivre au-dessus du seuil de pauvreté. Je propose aussi que votre comité demande qu'on s'engage à mettre fin au sans-abrisme, grâce au financement accru de logements abordables et de logements supervisés ainsi que de programmes donnant la priorité au logement.

Ensuite, recueillir des données pour rendre visibles les pandémies sociales. Nous devons améliorer les systèmes de surveillance des maladies sociales. Pour bien comprendre les résultats sur la santé et la société, nous avons besoin de données désagrégées sur la race, l'ethnicité, le revenu, les handicaps, le genre de logement et d'autres déterminants importants des inégalités sociales. On devrait demander aux institutions publiques et aux organismes communautaires de rassembler des données sur la situation sociale, de les analyser et d'en produire des rapports, à l'échelle communautaire et individuelle, et les appuyer dans ce travail. Je propose que votre comité exige qu'on établisse des objectifs précis de résultats en matière de santé et de société pour les personnes socialement marginalisées, qu'on fasse régulièrement rapport sur ces objectifs et qu'on rende des comptes sur eux.

Enfin, confier la direction de ces changements aux personnes les plus touchées par les problèmes sociaux. Je fais de la vaccination à la clinique Auduzhe Mino Nesewinong, un programme créé et géré par des Autochtones. Grâce à leurs connaissances et à leurs liens avec la communauté, ils ont fourni de nombreux services à une communauté autochtone urbaine qui est longtemps passée inaperçue.

• (1405)

Je propose à votre comité de militer pour le mouvement qu'on appelle souvent « Rien ne se fera pour nous sans nous », et de l'étendre à d'autres projets et communautés, en confiant la direction des opérations aux victimes les plus gravement touchées par les politiques sociales inégalitaires pour qu'elles les corrigent. Ces changements jetteront les bases d'une solution aux inégalités catastrophiques qui ont caractérisé la syndémie de COVID.

Merci.

**Le président:** Merci, docteur.

La parole est maintenant à l'Association médicale canadienne. La Dre Collins, je crois, commencera.

S'il vous plaît, allez-y. Vous disposez de six minutes.

• (1410)

**Dre Ann Collins (présidente, Association médicale canadienne):** Merci, monsieur le président.

Je suis honorée de comparaître devant vous. Je suis la Dre Ann Collins, médecin de famille à la retraite. J'ai enseigné la médecine familiale. J'ai dirigé un cabinet à temps plein. J'ai fait partie des Forces armées canadiennes. J'ai travaillé dans des maisons de retraite. Pas plus tard qu'hier, on m'a rappelée pour administrer des

vaccins dont avaient tant besoin des personnes de ma communauté rurale natale.

Monsieur le président, je suis honorée de comparaître à ce moment de la pandémie pour représenter les médecins du Canada et leurs patients. Je suis accompagnée de mon collègue Abdo Shabah, administrateur de notre association et urgentologue ayant servi en première ligne pendant la pandémie, au Québec.

En ma qualité de présidente de l'Association médicale canadienne, je suis très préoccupée par la situation de la pandémie au Canada. Notamment, dans les régions où nous affrontons des circonstances extrêmes, j'applaudis le gouvernement fédéral pour sa détermination et ses interventions de niveau jusqu'ici inconnu pour diriger la réponse nationale.

La pandémie s'est acharnée contre les médecins et les soignants de première ligne, et la troisième vague est violente. Notre association est profondément préoccupée par le bilan de la COVID-19 chez les personnes qui nous feront sortir de cette crise. Les urgentologues travaillent douze heures par jour, puis on leur demande d'en travailler encore quatre, quotidiennement. La fatigue et l'anxiété sont élevées, l'épuisement professionnel menace, et, pourtant, aucun soulagement n'est en vue.

Les médecins sont formés à l'application de protocoles de triage des cas gravissimes, qui peuvent être rendus nécessaires quand les ressources commencent à manquer. Quand ces protocoles sont enclenchés, les médecins se trouvent dans la position insoutenable de décider des patients qui seront soignés et du moment qu'ils le seront, décision d'une importance vitale. Le moment redouté, quand la pandémie excède les ressources, est maintenant arrivé dans certaines régions.

Notre association implore les provinces et les territoires de continuer à agir dans un esprit de collaboration pour assurer le déploiement des ressources là où elles sont nécessaires. Nous devons travailler ensemble au bien commun pour empêcher, chaque fois que c'est possible, des pertes de vie. Certaines régions exposées à un risque élevé ont déjà profité de ressources partagées par les premiers ministres — les plus importantes, aujourd'hui, c'est le personnel affecté aux soins intensifs. Qualifier ces mesures de louables, c'est tenir des propos très au-dessous de la réalité. Notre association félicite le gouvernement fédéral de son leadership, pour avoir encouragé et facilité ce déploiement de ressources nationales.

Le rétablissement du Canada dépend de celui de notre réseau de santé. Nous applaudissons vivement l'engagement récent de 4 milliards de dollars pour résorber les retards accumulés depuis la première et la deuxième vague. Je ne saurais trop insister sur l'urgence incroyable, pour le Parlement, d'adopter le projet de loi C-25.

Enfin, il faut plus. Aujourd'hui, cinq millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille ou d'équipe de soins familiaux. C'est 13 % de la population. Si on comparait nos réseaux de santé à une maison, les soins primaires sont la porte d'entrée. Les courants d'air sont de plus en plus violents. Il n'y a pas de sécurité quand la porte principale est dégonflée.

Les soins primaires sont abordables. Ils favorisent l'équité et ils constitueront la pierre angulaire des soins de santé qui permettront aux Canadiens de laisser la pandémie derrière eux. L'expansion de ces soins contribuera à assurer à chaque Canadien l'accès à un médecin de famille. Le droit aux soins de santé ne doit pas être assujéti au statut social ni à un code postal. Tous les Canadiens marginalisés et vulnérables méritent d'être examinés par une équipe de soins primaires.

Les Canadiens n'ont jamais eu besoin de façon plus urgente de sécurité en matière de santé. Notre association fait appel au Parlement pour qu'il distribue cette ressource de soins essentiels de santé. Il en a encore le temps. La pandémie a révélé les faiblesses, les lacunes et les incapacités des réseaux de santé publique du Canada. Nous devons entreprendre la planification de la réorganisation de la santé publique et des soins de santé. L'impact à long terme de la COVID-19 sur la santé mentale des soignants de première ligne est annoncé. Nous devons nous y préparer.

• (1415)

Tout ça exigera un engagement financier fédéral plus généreux et plus durable. Notre association se réjouit de la promesse du premier ministre de mobiliser continûment, les provinces et les territoires, dans un plan pour préparer en collaboration l'avenir de nos réseaux de santé.

Les engagements financiers fédéraux pour appuyer la réponse du Canada à la pandémie sont exemplaires. Les investissements faits jusqu'ici amélioreront des vies. Ils en sauveront. Mais la voie, devant nous, n'est pas complètement dégagée. Des obstacles empêchent que tous les Canadiens profitent d'un accès équitable à la sécurité en matière de santé. Leur suppression soutiendra le combat de nos soignants de première ligne contre la maladie, aujourd'hui, et dans les soins qu'ils devront donner demain.

En guise de conclusion, permettez-moi, monsieur le président, de remercier votre comité de m'avoir invitée à venir parler des convictions des médecins Canadiens. Notre association et ses 80 000 membres ne manqueront pas d'appuyer entièrement le gouvernement pour assurer la stabilité des réseaux canadiens de santé.

Merci.

**Le président:** Merci, docteur.

La parole est maintenant à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Madame Worsfold, vous disposez de six minutes

**Mme Pauline Worsfold (secrétaire-trésorière, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers):** Merci.

Je tiens à reconnaître que je vous parle depuis Edmonton, dans le territoire du Traité n° 6. Je remercie les peuples anciens d'avoir pris soin de la terre avant notre arrivée.

Je me nomme Pauline Worsfold, infirmière inscrite. Je représente les infirmières canadiennes.

Je suis secrétaire-trésorière de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, la FCSII, qui représente 200 000 infirmières, élèves-infirmières, infirmiers et élèves-infirmiers de tout le Canada. J'occupe ce poste électif depuis 2001. Je travaille également comme infirmière soignante dans la salle de réveil de l'hôpital universitaire d'Edmonton. En fait, j'ai terminé mon travail ce matin, à 7 heures, et on m'a demandé de faire des heures

supplémentaires, de 19 à 23 heures, ce soir, avant ma prochaine plage de travail posté nocturne.

En ma qualité d'infirmière inscrite depuis 40 ans, je peux vous parler comme témoin direct des effets de la COVID-19 sur notre réseau de santé et ceux qui y travaillent. Je vois mes confrères et mes consœurs, mes collègues et les préposés aux soins de partout au pays se démener pour se sortir psychologiquement indemnes de charges de travail écrasantes et dangereuses. Les pénuries de personnel existent depuis bien trop longtemps dans ce secteur, mais la COVID-19 a conduit jusqu'à son point de rupture des effectifs déjà excessivement sollicités.

En 2019, l'Association des infirmières de l'Ontario a déclaré que cette province devrait embaucher plus de 20 000 infirmières pour atteindre le rapport national moyen de dotation. La pénurie est si cruelle — vous l'avez tous vu, aux nouvelles — que le gouvernement Ford supplie d'autres provinces de lui envoyer des renforts. Ça nous fend le cœur. Nous voulons toutes aider. La réalité est que la pénurie est nationale.

Il est temps de sonner l'alarme. Ces pénuries auront d'affreuses conséquences sur les effectifs d'infirmières et sur ceux d'autres soignants bien après la COVID-19.

Grâce à une étude qu'elle avait commandée avant la pandémie, notre fédération savait déjà que les infirmières souffraient mentalement, en partie en raison des pénuries de personnel. Le tiers d'entre elles se sont révélées positives à des troubles dépressifs majeurs et à des idées de suicide et plus du quart à des troubles d'anxiété générale et à des niveaux cliniques d'épuisement professionnel. La moitié ont désigné comme principale source de stress extrême l'absence de personnel pour bien assurer la continuité du service.

L'incidence de l'épuisement professionnel s'est aggravée de façon spectaculaire, faute, pour les infirmières, de pouvoir profiter de congés et en raison de la nécessité de faire sans cesse des heures supplémentaires sans presque aucun repos. Une enquête de Statistique Canada auprès de 18 000 soignants a révélé que 70 % d'entre eux ont signalé une dégradation de leur santé mentale pendant la pandémie, les infirmières étant les plus gravement touchées.

Faute d'intervention urgente et complète, nous risquons une hémorragie des infirmières de première ligne et d'autres soignants, au sortir de la pandémie.

Notre étude *Avenir de la profession infirmière*, qui était nationale, a immédiatement précédé la pandémie. Plus de 66 % des infirmières ont qualifié leur milieu de travail de passable à laissant à désirer, tandis que 60 % ont dit qu'elles avaient l'intention de quitter leur emploi d'ici l'année prochaine, alors que le quart des mêmes affirmaient leur intention de complètement quitter la profession. En fait, je travaille avec des personnes sur le point de partir à la retraite d'ici trois ans, mais elles partiront certainement d'ici six à douze mois. Malheureusement, je ne suis pas l'une d'entre elles.

D'après un sondage récent des infirmières ontariennes, 13 % d'entre elles, au début de leur carrière, à l'âge de 25 à 35 ans, envisageaient de quitter la profession pour de bon après la pandémie. D'après un reportage de *La Presse*, 4 000 infirmières du Québec ont déjà quitté leurs postes pendant la pandémie, soit 43 % de plus que dans les années antérieures.

Comment pourra-t-on se débrouiller devant un nombre croissant de départs de la profession alors qu'il y aura un retard énorme de chirurgies et d'opérations à rattraper? Comment comblerons-nous le nombre en expansion de postes vacants d'infirmières et d'autres soignants, alors que le nombre d'emplois vacants dans le secteur de la santé et de l'aide sociale dépassera 100 000 à la fin de 2020? Comment?

• (1420)

Plus que jamais, nous avons besoin d'une impulsion fédérale pour remédier aux pénuries graves d'infirmières à l'échelle nationale, grâce à des transferts ciblés de fonds aux provinces pour commencer immédiatement à embaucher plus de personnel. Pour assurer une relève constante d'infirmières et d'autres soignants capable de répondre à la demande croissante, le gouvernement fédéral doit nous aider à combler les lacunes dans les renseignements sur les effectifs du secteur de la santé, ce qui y permettrait une planification convenable des ressources humaines.

Le gouvernement fédéral pourrait s'en occuper grâce à la création d'un organisme chargé des effectifs dans la santé, qui s'inspirerait des pratiques prépondérantes à l'étranger, en particulier en Australie. On pourrait ainsi combler les vides qui limitent notre capacité de retenir et de recruter le personnel nécessaire, ce qui nous donnerait les moyens voulus pour atténuer les pénuries et les emplois vacants effrayants que nous connaissons actuellement.

Nous avons la possibilité d'assurer aux infirmières et aux autres soignants les soutiens désormais nécessaires, mais nous devons agir, et rapidement, pour les infirmières et pour la santé et la sécurité de nos patients, de nos résidents et de nos bénéficiaires.

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

La parole est maintenant à M. Wile, du Mustard Seed.

Monsieur Wile, vous disposez de six minutes. Allez-y.

**M. Stephen Wile (chef de la direction, The Mustard Seed):** Bonjour. Je salue chaleureusement tous les participants à la réunion, y compris les membres du Comité et le président.

Je m'appelle Stephen Wile. Je suis le chef de la direction de l'organisme The Mustard Seed. Je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui.

The Mustard Seed est un organisme chrétien sans but lucratif qui s'occupe des personnes itinérantes et démunies depuis 1984. Notre organisme est présent dans cinq villes en l'Alberta et en Colombie-Britannique. Nous offrons un milieu où nous pouvons répondre aux besoins d'ordre physique, mental et spirituel des gens, afin qu'ils puissent améliorer leur santé et leur autonomie. Notre objectif est d'éliminer l'itinérance et de réduire la pauvreté là où nous sommes présents.

À l'heure actuelle, nous œuvrons à Calgary, à Edmonton, à Red Deer et à Medicine Hat, en Alberta, ainsi qu'à Kamloops en Colombie-Britannique. Nous avons pour mission de donner de l'espoir et de favoriser le bien-être de nos citoyens les plus vulnérables grâce à l'amour de Jésus.

Au cours de la dernière année, marquée par la pandémie, notre vision et notre mission sont demeurées les mêmes, mais nous avons dû faire preuve d'adaptation, de résilience, de souplesse et de bonté ainsi que de créativité en raison des changements constants, tout en continuant de nous concentrer sur les personnes dans le besoin. Cette transformation radicale de notre monde nous a donné l'occa-

sion de joindre un plus grand nombre de nos concitoyens vulnérables et de trouver des solutions créatives pour leur venir en aide.

Dans les moments difficiles, lorsque nos clients n'ont personne pour s'occuper d'eux et qu'ils n'ont aucun endroit où vivre en sécurité, nous les accueillons à bras ouverts dans un esprit d'hospitalité. La pandémie a entraîné beaucoup de changements, mais le bien-être, la santé et la sécurité de nos clients et de nos employés ont toujours été notre priorité.

Au cours de la dernière année, nous avons fait quelques constatations. Premièrement, nous avons constaté une augmentation du nombre de personnes itinérantes. Dans certains endroits, les chiffres globaux concernant nos refuges étaient à la baisse, et pourtant, nous avons constaté une hausse du nombre de personnes itinérantes. À Edmonton, par exemple, le nombre de personnes ayant recours à nos refuges a augmenté de 15 %.

Deuxièmement, les personnes itinérantes risquent davantage de contracter la COVID parce qu'elles ne parviennent pas à respecter les directives de la santé publique. Même si nous avons été en mesure de fournir un endroit à Calgary où les personnes symptomatiques pouvaient s'isoler, de nombreux itinérants dans d'autres villes ne pouvaient pas facilement s'isoler lorsqu'ils avaient eu un contact étroit avec une personne infectée ou qu'ils étaient symptomatiques. Au début de la pandémie, de nombreux endroits publics ont été fermés, ce qui a rendu plus difficile l'accès à des lieux pour se réchauffer ou à des salles de bain pour maintenir une bonne hygiène.

Troisièmement, nous avons observé une grande collaboration entre les organismes de services de santé et sociaux dans les villes où nous œuvrons, ce qui a favorisé les partenariats et la collaboration relativement à la prestation de services de soutien complets liés non seulement à la COVID, mais aussi à la santé en général de cette clientèle. Cela a donné lieu à des partenariats solides et fructueux avec d'autres organismes qui s'occupent des personnes itinérantes. Ces partenariats se sont révélés essentiels pour contenir la propagation de la COVID dans les refuges, mais aussi pour coordonner les efforts en vue d'offrir la vaccination à notre clientèle.

Quatrièmement, la vaccination est un défi, car l'ensemble des itinérants en Alberta, par exemple, sont admissibles à la vaccination depuis seulement le 19 avril. Même si de nombreuses personnes étaient admissibles à la vaccination avant cette date en raison de problèmes de santé complexes, le transport et la prise de rendez-vous pour la vaccination ont constitué des obstacles importants. La campagne de vaccination en Alberta, par exemple, ne se déroule pas de façon optimale, en raison d'un manque de compréhension, en particulier au sein des Services de santé de l'Alberta, de la situation des personnes itinérantes.

Cinquièmement, nous avons constaté un nombre accru de surdoses, de troubles liés à la toxicomanie et de problèmes graves de santé mentale. Nous avons observé également une augmentation de l'adoption de mauvaises stratégies d'adaptation face à l'isolement social, l'absence d'un éventail complet de services et une anxiété générale attribuable à la pandémie. Pendant un certain temps, nous avons dû fermer nos centres de bien-être en raison des restrictions imposées par la santé publique.

Je vais maintenant passer à mes recommandations:

Premièrement, il faut offrir du financement pour accroître considérablement le nombre de logements abordables. Le financement actuel et proposé pour le logement abordable permettra à peine de répondre aux besoins, comme l'a démontré la réponse extraordinaire au cours de l'année dernière à l'Initiative pour la création rapide de logements.

Deuxièmement, il faut offrir du financement pour les services de soutien en santé dans les refuges. Il ne s'agit pas seulement d'offrir des soins de santé primaires, mais aussi des soins assurés par divers professionnels de la santé, qui peuvent s'occuper des multiples besoins en matière de santé de cette clientèle ainsi que des problèmes de plus en plus graves de santé mentale et des troubles liés à la toxicomanie, que la pandémie a non seulement mis au jour, mais aussi exacerbés.

● (1425)

Les problèmes de santé mentale sont soulignés dans la littérature concernant cette clientèle vulnérable et la pandémie, et il y a de bonnes raisons à cela. Nous avons observé les effets aigus dans nos refuges. Il y a un besoin criant de services de santé mentale, et il est difficile de fournir ces services durant la pandémie.

Troisièmement, il faut veiller à réserver des doses de vaccin pour cette clientèle et mettre en oeuvre une stratégie efficace de soins pour s'assurer que tous ceux qui souhaitent recevoir leur deuxième dose puissent l'obtenir en temps opportun et d'une manière efficace.

Enfin, une fois que la question de la vaccination sera réglée et que nous aurons surmonté les hauts et les bas de cette crise de santé publique, nous vous encourageons à envisager l'élaboration d'une stratégie à long terme pour le financement des services de soutien complets, qui sont offerts notamment par l'organisme The Mustard Seed, en plus du financement pour le logement.

La pandémie a exposé au grand jour la nécessité d'offrir dans l'avenir davantage de services de soutien aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale et de troubles liés à la toxicomanie pour leur permettre de se sortir de l'itinérance et de bénéficier non seulement d'un logement permanent, mais aussi d'un système qui offre de multiples soins axés sur les déterminants sociaux de la santé, de façon à éviter le retour à l'itinérance.

Je vous remercie tous encore une fois, mesdames et messieurs les membres du Comité, ainsi que le président du Comité, de m'avoir invité à vous parler du travail qu'effectue The Mustard Seed. Comme nous avons l'habitude de le dire, nous cultivons l'espoir. Je vous remercie.

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

Je remercie tous les témoins pour leurs exposés.

Nous allons maintenant passer aux questions. La parole est d'abord à Mme Rempel Garner.

Vous avez donc la parole, madame Rempel Garner, pour six minutes.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Merci, monsieur le président.

Monsieur Wile, je vous remercie pour tout ce que vous faites dans votre communauté. Ce qui m'a vraiment frappée depuis le début de la pandémie, c'est l'absence de discussion sur les répercussions de la pandémie et des restrictions qui y sont liées sur les personnes itinérantes au Canada. Je sais que nous sommes nombreux à en avoir assez des ordres de rester à la maison et des restrictions,

mais nous sommes très privilégiés, car nous avons un endroit où habiter. Je pense que vous avez formulé à l'intention du Comité des recommandations très concises.

Je me demande si vous pourriez énumérer certaines des répercussions de la pandémie de COVID sur les itinérants à Calgary.

● (1430)

**M. Stephen Wile:** Oui, je serais ravi de le faire. Un élément très positif à Calgary, d'abord et avant tout, c'est la baisse considérable du nombre de personnes qui ont recours aux refuges dans la ville. À mon avis, c'est parce qu'un grand nombre de nos clients ont trouvé la motivation nécessaire pour quitter les refuges afin de s'installer dans un logement. Par exemple, à Calgary uniquement, nous avons aidé près de 450 personnes l'an dernier à s'installer dans un logement supervisé permanent.

Il y a donc eu des effets positifs. Parmi les effets négatifs, cependant, il y a les difficultés d'accès. Nos refuges, qui n'étaient ouverts que pour la nuit, ont bien sûr été forcés de demeurer ouverts 24 heures par jour, sept jours sur sept. Bien entendu, de nombreuses personnes itinérantes ne veulent pas passer leur journée entière dans un refuge, alors elles se promènent dans la ville. Durant l'hiver en particulier, le Plus 15 Network était habituellement pour ces personnes un havre de chaleur, mais il n'était plus accessible. Ces personnes ont donc davantage fait face aux conditions hivernales.

Cela fait partie des répercussions. La capacité de trouver de la nourriture est également un problème. De nombreuses personnes qui fréquentent les refuges ont l'habitude de ramasser les bouteilles vides. Bien sûr, les gens ne jettent pas autant de bouteilles qu'à l'habitude. À Calgary, par exemple, je ne connais pas le pourcentage exact, mais je sais que le nombre de personnes qui se rendent au centre-ville durant la journée ou qui s'y trouvent a diminué d'au moins 50 %. Cela a donc une incidence également.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Pour faire suite à ce que vous avez dit, je dois dire que je suis préoccupée, car je veux m'assurer qu'on pense aux personnes itinérantes au Canada dans le cadre de la campagne de vaccination. J'imagine que l'accès, la communication de l'information à ces personnes, la prise de rendez-vous et le fait de remettre à vos clients des choses comme un carnet de vaccination font partie des difficultés auxquelles vous êtes confrontés.

Est-ce qu'il y a des problèmes que vous constatez en ce moment qui devraient être réglés rapidement selon vous, afin d'assurer un accès équitable à la vaccination pour vos clients?

**M. Stephen Wile:** Oui. Je crois que l'un des obstacles pour nos clients, c'est souvent le manque de confiance, n'est-ce pas? Les personnes auxquelles ils ont tendance à faire confiance sont celles qui leur fournissent des services, à savoir les travailleurs dans un refuge et les travailleurs qui oeuvrent dans la rue.

Je peux vous donner un exemple d'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés en ce moment en Colombie-Britannique. À Kamloops, notre refuge a reçu ses doses de vaccin au moins un mois avant les refuges en Alberta, et ce que nous avons constaté entre autres à Kamloops, c'est que, lorsque nous avons offert des rendez-vous à nos clients pour la vaccination, seuls 30 % d'entre eux environ se sont dits prêts à se faire vacciner. Lorsque nous avons décidé de prendre des rendez-vous pour nos clients en même temps que pour nos employés, le pourcentage est passé à 80 %.

Nous avons expliqué aux Services de santé de l'Alberta que, s'ils souhaitent que les personnes itinérantes soient vaccinées, il faut que nos employés puissent se faire vacciner en même temps, question de donner l'exemple. Malheureusement, notre recommandation est tombée dans l'oreille d'un sourd. Au cours de la dernière semaine, nous avons vacciné seulement 90 clients sur environ 250...

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Monsieur Wile, je suis désolée de vous couper la parole, mais il me reste environ 30 secondes et j'aimerais poser mes prochaines questions aux fins du compte rendu. Je sais que le gouvernement fédéral commence à éduquer les gens au sujet de la vaccination, alors auriez-vous une recommandation en particulier à formuler à l'intention du Comité au sujet de cette initiative en matière d'éducation émanant du gouvernement fédéral? Pouvez-vous nous dire comment cibler votre clientèle et comment établir un partenariat avec votre organisme pour transmettre cette information?

• (1435)

**M. Stephen Wile:** Oui. Je pense que, globalement, il faut communiquer davantage avec les gens qui œuvrent dans la rue, les fournisseurs de services, car ils s'occupent d'une clientèle particulière. Si nous traitons cette clientèle comme le reste de la population, il est fort probable que nous éprouvions de la difficulté à atteindre le niveau de vaccination que nous jugeons nécessaire pour protéger ces personnes.

**L'hon. Michelle Rempel Garner:** Je vous remercie pour tout le travail que vous faites.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci, madame Rempel Garner.

La parole est maintenant à Mme Sidhu pour six minutes.

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

Nous savons que nos communautés et nos professionnels de la santé subissent un stress accru durant la troisième vague. Ma collectivité est un point chaud de la pandémie de COVID-19. Je tiens à remercier tous les travailleurs de première ligne, les infirmières et les médecins qui sauvent la vie de Canadiens tous les jours.

Ma question s'adresse à la Dre Collins. Nous savons que notre gouvernement a annoncé de nouvelles mesures de soutien pour l'Ontario, notamment l'envoi de professionnels de la santé et d'équipement aux services de première ligne. Durant votre exposé, vous avez fait référence à la somme de quatre milliards de dollars supplémentaires que le gouvernement fédéral versera aux provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé afin de les aider à passer au travers de la pandémie. Quels sont les besoins immédiats auxquels les provinces devraient répondre selon vous?

**Dre Ann Collins:** Par votre entremise, monsieur le président, j'aimerais dire que nous félicitons le gouvernement pour ce supplément de quatre milliards de dollars visant à s'attaquer au problème des délais ainsi que pour la somme d'un million de dollars pour la livraison de vaccins. Nous ne savons pas encore tout à fait quelle sera l'incidence de la pandémie sur les délais. Nous savons que les temps d'attente ont considérablement augmenté. Nous savons aussi que certaines personnes tardent à consulter un professionnel de la santé. Lorsqu'elles se décideront à consulter, il y aura, bien sûr, des diagnostics beaucoup plus complexes à effectuer, et, par conséquent, les traitements dont ces gens auront besoin seront d'autant plus complexes.

Nous estimons qu'il est impératif que le gouvernement fédéral respecte la promesse qu'il avait faite de veiller à ce que chaque Canadien ait un médecin de famille. Nous savons que les soins de santé primaires sont essentiels pour les Canadiens, ainsi que les soins dont ils auront besoin après la pandémie. Nous prévoyons que nous aurons besoin de beaucoup de ressources pour fournir des soins de santé mentale, non seulement aux fournisseurs de soins de santé, mais aussi à leurs patients, au terme de la pandémie.

**Mme Sonia Sidhu:** Ma prochaine question s'adresse au Dr Bloch.

Docteur Bloch, ma mère subit actuellement un traitement contre le cancer. Elle a la chance d'avoir des membres de la famille pour la soutenir. Pouvez-vous nous expliquer comment des patients atteints d'une maladie grave, particulièrement ceux infectés par la COVID-19, font face à cette maladie lorsqu'ils ne peuvent pas compter sur un réseau de soutien? Quels problèmes observez-vous chez les personnes à faible revenu et les personnes racialisées, et quelle solution proposez-vous?

**Dr Gary Bloch:** Ma belle-mère subit également en ce moment un traitement contre le cancer, alors j'ai ma propre expérience. Ce que j'ai observé parmi mes patients, c'est que ce dont ils ont besoin pour affronter des problèmes de santé est vraiment amplifié. C'est amplifié par la pandémie de COVID et un manque d'accès aux services, à la fois les services hospitaliers et les services de soins de santé primaires, même si nous faisons de notre mieux pour soutenir les gens. C'est également amplifié par les divisions et les barrières sociales ainsi que par les écarts qui existent au sein de notre société, n'est-ce pas?

Pour certains, les obstacles qui n'étaient pas très grands auparavant deviennent maintenant de plus en plus grands. Les personnes vivant dans des quartiers à haut risque, particulièrement les personnes racialisées, ainsi que celles qui habitent dans des immeubles où le risque est élevé, notamment les personnes à faible revenu, éprouvent encore plus de difficulté qu'auparavant à avoir accès à des services de soutien et à des soins médicaux.

Il existe un certain nombre de façons d'aborder le problème. Premièrement, comme la Dre Collins l'a dit, il est nécessaire de mettre les soins de santé primaires à l'avant-plan dans notre système de santé. Ce sont véritablement les fournisseurs de soins de santé primaires au sein du système de santé qui sont le plus au fait des réalités que vivent les gens.

C'est mon cas en raison du travail que j'effectue tous les jours. Nous connaissons la situation des personnes à faible revenu qui sont en marge de la société, ainsi que des personnes itinérantes, dont M. Wile a parlé. C'est nous qui sommes véritablement en contact avec des gens de tous les milieux.

Nous devons envisager d'offrir un meilleur soutien au sein du système. Lorsque nous parlons du fait que les personnes racialisées et les gens à faible revenu ont davantage de difficulté à avoir accès aux services, nous devons nous demander quelles en sont les raisons. Nous n'avons pas à nous pencher sur ces personnes, mais plutôt sur les facteurs systémiques qui sont à l'origine de cette difficulté d'accès.

Il existe véritablement du racisme au sein de nos systèmes qui empêche des personnes racialisées d'avoir accès à des soins. Nous devons étudier en profondeur notre système de santé pour en comprendre les raisons, d'abord et avant tout, en recueillant puis en examinant les données pour que nous sachions ce que vivent les personnes racialisées, qui sont marginalisées. Ensuite, nous devons offrir des soins de santé et des services sociaux à ces groupes de personnes en particulier afin d'éliminer les inégalités.

Je ne veux pas avoir l'air de manquer de profondeur, mais, lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins des personnes à faible revenu, la solution n'est pas tellement compliquée. Pour améliorer le sort des personnes à faible revenu, il faut accroître l'accès à des sources de revenus. Je vois cela, et je l'ai toujours vu, comme une solution appropriée à un problème qui a une incidence sur la santé. Il est urgent de veiller à ce que nos programmes de soutien du revenu fournissent un revenu adéquat pour permettre à quiconque au Canada de vivre et de survivre.

• (1440)

**Le président:** Je vous remercie, madame Sidhu, et docteur Bloch.

[Français]

Nous allons maintenant passer à M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie l'ensemble des témoins de leur contribution, qui nous aide à comprendre les dommages collatéraux causés par cette pandémie. Ce qui nous préoccupe, notamment, ce sont les patients qui n'ont pas été atteints de la COVID-19. Des médecins de l'Association médicale canadienne ont dressé un état des lieux où il est beaucoup question de la gestion de la pandémie. On nous a très peu parlé des dommages collatéraux que subissent les patients qui n'ont pas été atteints de la COVID-19.

La Dre Bélanger, de l'Association des gastro-entérologues du Québec, nous a dit récemment que ce qui est urgent ne devrait pas nous faire perdre de vue ce qui est important. Quand on parle de lutte contre le cancer, on s'entend pour dire que cette maladie n'attend ni les pandémies ni leur résolution pour se répandre.

Docteur Collins, j'ai l'impression que vous avez une idée très claire de ce que sera l'après-pandémie. Quand va-t-elle avoir lieu? Vous avez dit tout à l'heure qu'il fallait agir pendant la pandémie, que vous étiez heureux du financement destiné à régler ce qui se passe pendant cette période et qu'il faudrait voir après, mais qu'entendez-vous par « après »? Quand cela va-t-il se passer?

**Dre Ann Collins:** Je vous remercie de votre question.

Je vais demander à mon collègue, le Dr Abdo Shabah, d'y répondre.

**Dr Abdo Shabah (membre du conseil d'administration du Québec et porte-parole francophone, Association médicale canadienne):** Merci, docteur Collins.

Je vous remercie de votre question, monsieur Thériault. Elle est très pertinente.

Il est indéniable que la tragédie de la pandémie, aujourd'hui, se trouve aggravée par des effets collatéraux, causés par des retards dans les interventions médicales. L'AMC a enquêté à ce sujet en

octobre de l'année dernière et a publié tout récemment un rapport sur la réduction des retards.

Je mentionnerai une partie des conclusions du rapport. Alors que les cas de COVID-19 commençaient à augmenter au Canada, il était devenu clair qu'une pression additionnelle s'exerçait sur le système de soins de santé. C'est ce qu'on vit aujourd'hui, au quotidien.

Vous avez parlé de ce qui est urgent et de ce qui est important. On s'occupe aujourd'hui de ce qui est urgent, mais, dans le rapport, on parle aussi de ce qui est important. Mentionnons des interventions telles que l'arthroplastie, qui a un effet sur la qualité de vie, la chirurgie des cataractes ou l'imagerie diagnostique, qui a une grande incidence non seulement sur la qualité de vie, mais aussi sur la survie. Quand on essaie de diagnostiquer des cancers, par exemple, on est confronté à des retards importants qui entraînent un arriéré considérable d'interventions et une augmentation significative des temps d'attente. La situation touchant ces interventions, qui sont essentielles à la survie et qui ont une incidence importante sur [difficultés techniques], permet de jeter un regard sur la précarité de ce qu'on a comme système de soins de santé.

Par conséquent, nous demandons à tous les ordres de gouvernement d'élargir les services de santé en soins primaires et d'accroître leur soutien aux soins de santé, et ce, pour que nous puissions régler ces arriérés qui commençaient déjà à s'accumuler au moment où nous avons fait le constat de la situation, lors la première vague de la pandémie. Il y a eu une deuxième vague et, maintenant, il y en a une troisième. Il est évident que les Canadiens en subiront les conséquences.

• (1445)

**M. Luc Thériault:** Le Dr Champagne, de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec, disait que les effets se feraient sentir pendant les 10 prochaines années et entraîneraient une augmentation de 10 % du taux de mortalité. Il se basait sur une publication du *British Medical Journal*. Sachant que quatre semaines de retard supposent une augmentation de la mortalité variant entre 6, 8 et 10 %, il est indéniable que, présentement, il faut augmenter les ressources.

Tout à l'heure, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers nous parlait de la pénurie de main-d'œuvre. Pour pouvoir faire des interventions chirurgicales qui pourraient régler de façon précoce un cancer, encore faut-il avoir les inhalothérapeutes et les infirmières, entre autres, au bloc opératoire.

D'un point de vue médical, trouvez-vous logique de dire qu'on va augmenter de façon substantielle et récurrente les transferts en santé, mais seulement après la pandémie?

C'est pour cela que je posais la question. C'est quand, « après »?

Est-ce logique d'un point de vue économique? On sait qu'une colonoscopie coûte 1 000 \$. Si on ne la fait pas à temps, c'est un patient atteint d'une maladie chronique qui se retrouve dans le système. Les coûts du système vont augmenter au fil des ans, pendant les 10 prochaines années. Les coûts vont exploser.

Est-ce qu'investir de façon substantielle et récurrente après la pandémie se justifie, logiquement, d'un point de vue médical et d'un point de vue économique?

**Dr Abdo Shabah:** Je vous remercie de votre question.

Encore une fois, je pense qu'il est extrêmement important, par l'entremise des transferts en santé du gouvernement fédéral, de soutenir les provinces et les territoires pendant et après la pandémie. Je pense que votre remarque est juste: il faut agir sur ce qui est urgent, parce que la pandémie, c'est aujourd'hui.

Ce qui est important, c'est de bien prévoir la suite des choses. À l'Association médicale canadienne, nous croyons qu'un dialogue constructif sur le meilleur modèle de financement viendrait garantir que tous les patients au Canada bénéficient de la même qualité de soins, et ce, aujourd'hui, pendant la pandémie et après la pandémie. Ces discussions sur l'augmentation des transferts en santé qui visent l'après-pandémie devraient avoir lieu. Nous sommes impatients de participer à des conversations de la sorte au cours des mois à venir.

**M. Luc Thériault:** Peut-on se contenter et peut-on se réjouir de 4 milliards de dollars, alors que l'enjeu du front commun du Québec et des provinces est de l'ordre de 28 milliards de dollars? C'est sans pour autant penser que, lorsqu'on commence une négociation, on peut atteindre cela. Il reste que la juste part du gouvernement fédéral en matière de santé permettrait aux réseaux de santé de se remettre sur pied.

On savait très bien, au début de la première vague, que les réseaux étaient déjà fragilisés. Ils arrivaient à peine à soigner correctement leurs patients.

Peut-on les imaginer après une troisième, une quatrième et, peut-être, une cinquième vague?

C'est dès maintenant qu'il faut y voir et investir. Ne le pensez-vous pas?

**Dr Abdo Shabah:** Cela est certainement vrai.

Il en faut beaucoup plus. Cependant, on salue déjà l'engagement du fédéral à verser 4 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour les aider à résoudre ces arriérés. On exhorte tous les parlementaires, en fait...

**M. Luc Thériault:** Cependant, cette somme n'est pas récurrente. L'important, ce sont la prévisibilité et les investissements récurrents, qui nous permettront de prévoir ce que nous pouvons faire.

Je vous remercie beaucoup.

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

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez la parole pour six minutes.

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

Docteur Collins, le 16 avril, l'Association médicale canadienne a publié un communiqué dans lequel elle disait ceci:

... nous en sommes à un point critique, où une véritable approche nationale pour lutter contre la COVID-19 sera déterminante quant au nombre de vies sauvées...

Nous agissons comme un seul pays quand il y a des feux de forêt, des inondations, et d'autres tragédies. Cette pandémie a atteint un niveau qui nécessite une réponse nationale...

Nous formons un seul et même pays, et il est temps que nous commençons à agir dans cette optique en déployant les ressources là où les gens en ont le plus besoin. Si nous ne pouvons pas y arriver par une coopération volontaire, il faudra peut-être prendre d'autres mesures plus fermes.

En ce moment, nous sommes témoins d'une crise grave en Ontario. Les unités de soins intensifs sont débordées. Des médecins n'ont d'autre choix que de débrancher des patients des ventilateurs

s'ils n'ont pas au moins 70 % de chances de survie. Nous vivons une situation d'urgence.

À votre avis, est-ce que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle plus important et utiliser les pouvoirs que lui confère la Loi sur les mesures d'urgence pour déployer des ressources là où les besoins sont les plus criants?

• (1450)

**Dre Ann Collins:** Monsieur le président, j'ai bien peur de devoir laisser aux juristes-conseils le soin de répondre à la question de M. Davies, ils seront mieux placés que moi pour y répondre. Je veux cependant féliciter les dirigeants fédéraux et provinciaux qui ont signalé leur intention d'aider l'Ontario à traverser la crise en encourageant les professionnels de la santé de leur territoire à répondre à l'appel du devoir.

Je peux vous assurer que les membres de l'AMC souhaitent eux aussi ardemment trouver des façons d'aider, qu'ils sont prêts à donner de leur temps et à se mettre à risque afin de participer aux efforts pour endiguer la crise des soins qui émerge dans certaines régions du pays.

Je vous remercie de cette question.

**M. Don Davies:** Merci, docteur Collins.

Le 20 avril, vous avez publié un communiqué en réponse au budget de 2021, dans lequel on peut lire ce qui suit:

De plus, nous sommes déçus que ce budget ne fasse rien pour répondre aux problèmes des presque cinq millions de personnes qui n'ont pas un accès uniforme à un médecin de famille ou un fournisseur de soins primaires. Le gouvernement fédéral s'est très souvent engagé à faire en sorte que chaque citoyen ait accès à un professionnel de soins primaires, mais nous attendons toujours une véritable promesse sur cet enjeu persistant.

Quelle sera l'incidence de cet immobilisme?

**Dre Ann Collins:** Les soins primaires sont sans équivoque la porte d'entrée du système de santé, et comme je l'ai déjà dit, nous ne saisissons pas encore pleinement l'ampleur des effets de la pandémie sur les temps d'attente et le reste, mais nous savons que les Canadiens qui n'ont toujours pas de médecin de famille auront beaucoup plus de difficulté que les autres à s'orienter dans le système s'ils éprouvent des problèmes, notamment en santé mentale. Nous savons que les personnes âgées, en particulier, ont profondément besoin d'avoir accès à des soins primaires.

Nous ne l'avons pas encore mentionné aujourd'hui, mais les patients atteints de la COVID longue durée auront besoin de soins primaires. Le gouvernement doit donc s'engager en ce sens, afin d'élargir le rôle des équipes de soins primaires. De plus, il faut commencer à innover et à nous demander comment nous pouvons offrir des soins de santé en tenant compte des divers déterminants sociaux de la santé et des nombreux enjeux magnifiquement bien décrits par le Dr Bloch lorsqu'il a parlé d'un accès équitable aux soins de santé.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Worsfold, le 19 avril, la FCSII a publié un communiqué de presse sur le budget de 2021, dans lequel on peut lire cette citation de la présidente de la fédération, Linda Silas:

Les infirmières et les infirmiers du Canada comptaient sur le gouvernement pour qu'il respecte ses engagements antérieurs, y compris la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, l'élaboration de normes nationales des soins de longue durée, et des mesures significatives pour régler la crise du financement de notre système de soins de santé. C'est décevant de voir si peu de progrès par rapport à ces enjeux vitaux.

À votre avis, comment cette inaction se traduira-t-elle sur le terrain dans la prochaine année et les suivantes?

**Mme Pauline Worsfold:** Je peux le voir constamment dans mon travail en première ligne. Ceux qui n'ont pas d'assurance arrêtent de prendre leurs médicaments, puis aboutissent aux urgences avec un ulcère en sang, par exemple, et doivent subir une chirurgie d'urgence.

L'absence d'un régime d'assurance-médicaments pour l'ensemble des personnes vivant au Canada nous coûte cher, sur le plan financier comme humain. Je pense que les économies qu'on pourrait réaliser en mettant en place un régime d'assurance-médicaments nous aideraient à faire toutes ces autres choses que les autres témoins ont mentionnées aujourd'hui. Les économies de coûts qui découleraient d'un régime national d'assurance-médicaments nous permettraient de financer divers programmes pour lesquels les besoins sont grands. Elles nous aideraient notamment à nous attaquer aux défaillances dans les soins de longue durée. Nous serions mieux à même de financer des soins de qualité grâce à ces économies.

**M. Don Davies:** Merci. Je vais vous arrêter là, parce que j'aimerais poser une dernière question.

Le 30 mars, la FCSII a fait le constat suivant:

*Ce n'est qu'en janvier 2021, que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a finalement reconnu ce que les syndicats et plusieurs experts disaient depuis longtemps. Les travailleurs de la santé sont à risque de transmission par voie aérienne lorsqu'ils sont en contact étroit avec une personne infectée. Or, l'ASPC n'exige toujours pas que les travailleurs de la santé au sein des unités de COVID-19 et des « zones chaudes » portent des équipements de protection contre la transmission par voie aérienne, notamment des respirateurs N95.*

Pouvez-vous nous dire quelles sont les conséquences de l'absence de consigne de l'ASPC à cet égard sur le personnel infirmier de première ligne?

• (1455)

**Mme Pauline Worsfold:** Eh bien, les infirmières le savent, elles connaissent la vérité. Nous suivons l'évolution de la science et prenons nos décisions à la lumière des données scientifiques. Depuis le début, nous affirmons que les infirmiers et infirmières, comme tous les travailleurs du domaine de la santé, qui se trouvent en zone chaude et sont en contact avec des personnes infectées par la COVID ou qui pourraient l'être devraient avoir accès à l'équipement de protection individuelle requis, qu'il s'agisse d'un N95 ou d'autre chose. Je crains que la situation ait des conséquences désastreuses. Il y a déjà des travailleurs de la santé qui sont morts de la COVID. Cela nous brise le cœur, parce que c'est une tragédie qui aurait pu être évitée.

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

C'est ici que se termine la première série de questions.

J'aimerais savoir si les membres du Comité aimeraient bénéficier d'une courte séquence de 30 secondes par parti.

Est-ce que cela vous intéresserait?

Il semble y avoir de l'intérêt...

**M. Don Davies:** Monsieur le président, je vois qu'il nous reste quatre minutes. Pourquoi n'aurions-nous pas une minute chacun?

**Le président:** Nous pouvons essayer. Les interventions d'une minute en prennent généralement huit, mais allons-y.

Je donnerai la première minute à M. d'Entremont. Allez-y, s'il vous plaît.

**M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC):** Je pense que c'est M. Maguire qui voulait intervenir.

**Le président:** Très bien.

Monsieur Maguire, vous avez une minute. Je démarre le chronomètre.

**M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je suis heureux de voir tous les témoins parmi nous. Je les remercie de leurs témoignages.

Docteure Collins, lors de discussions précédentes, nous avons abordé divers autres problèmes auxquels vous êtes confrontés. Vous nous avez parlé aujourd'hui des soins intensifs et du rétablissement, puis de l'approche de la porte d'entrée. Vous avez notamment souligné les besoins de soins de longue durée pour les personnes âgées.

J'aimerais savoir si vous pourriez préciser vos demandes à cet égard. Vous avez réclamé de favoriser davantage les soins à domicile. Je crois que selon l'un des rapports que vous avez produits, il en coûte 95 \$ pour garder une personne chez elle, contre 150 \$ pour s'en occuper dans un centre de soins de longue durée. Pouvez-vous nous en parler davantage et nous dire comment s'est passée la vaccination dans les centres de soins de longue durée et si elle porte fruit jusqu'ici. Je sais que le nombre de cas y a diminué énormément.

J'aimerais probablement que vous nous parliez avant tout du plan pour l'avenir des soins de longue durée.

Merci.

**Dre Ann Collins:** Pour ce qui est de la vaccination, nous avons observé une réduction marquée du nombre de cas dans les centres de soins de longue durée au cours de la troisième vague. C'est une bonne chose. Nous réclamons et appuyons l'adoption de normes nationales pour améliorer la surveillance et la reddition de comptes relativement aux soins de longue durée.

Pour ce qui est des mesures nécessaires pour aider les personnes âgées à rester chez elles, selon un sondage, 96 % des Canadiens de 65 ans et plus affirment qu'ils feraient tout pour rester chez eux plutôt que d'aller dans un centre de soins de longue durée. Nous encourageons donc les dirigeants des provinces et du gouvernement fédéral à favoriser la collaboration et les discussions afin d'aider les personnes âgées canadiennes dans cette entreprise.

Je vous remercie de ces questions.

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

Madame O'Connell, la parole est à vous pour une minute, s'il vous plaît.

**Mme Jennifer O'Connell (Pickering—Uxbridge, Lib.):** Je vous remercie tous et toutes. Je suis désolée de ne pas pouvoir tous vous interroger, mais je vous suis reconnaissante d'être ici aujourd'hui.

Monsieur Wile, j'aimerais revenir à ce dont vous parliez. Évidemment, la distribution des vaccins relève des provinces et peut varier d'une à l'autre. Je serais curieuse de savoir comment vous vous positionnez sur des questions comme l'obligation de présenter une carte d'assurance-maladie pour recevoir un vaccin. Je peux imaginer que ce soit difficile pour une personne itinérante ou souffrant d'un traumatisme. Je sais que dans ma province, l'Ontario, il ne devrait techniquement pas y avoir de restriction de ce genre. Cependant, chaque organisme de santé local traite la chose à sa façon.

Pouvez-vous nous faire part de votre expérience? Y a-t-il des pratiques exemplaires que nous pourrions recommander aux provinces et aux territoires?

**M. Stephen Wile:** C'est difficile pour la population que nous servons, parce que quelle que soit la pièce d'identité, qu'il s'agisse du certificat de naissance ou d'autre chose, notre personnel passe beaucoup de temps à multiplier les démarches auprès des provinces pour obtenir des pièces d'identité. Je pense que l'idéal serait de mettre en place un genre de base de données, comme il y en a dans la plupart de nos villes, et d'y consigner toute l'information pertinente sur les personnes qui reçoivent une première dose. C'est surtout la deuxième dose qui nous préoccupe. Ces personnes pourront-elles la recevoir?

Je vous remercie de cette question.

• (1500)

**Le président:** Merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute.

**M. Luc Thériault:** Madame Worsfold, au Québec, la pandémie a accéléré la désertion d'infirmiers et d'infirmières, certains abandonnant même la profession. Cela est probablement dû au fait que nous avons encore beaucoup à faire pour assurer la reconnaissance et la professionnalisation de la profession infirmière, qui joue un rôle essentiel.

Êtes-vous d'accord avec moi que cette reconnaissance et cette professionnalisation s'obtiennent d'abord par de meilleures conditions de travail? Prenons l'exemple de ce que nous avons fait pour les préposés aux bénéficiaires, en leur donnant une augmentation salariale importante pour aller rechercher cette expertise et ne pas la perdre.

Si nous perdons cette expertise, nous perdrons beaucoup plus; il ne suffit pas d'aller chercher ce dont nous avons besoin en injectant de l'argent pour obtenir de nouvelles ressources.

[Traduction]

**Mme Pauline Worsfold:** Je ne peux qu'être d'accord avec vous. Les conditions de travail sont toujours notre préoccupation numéro un pour les infirmiers et les infirmières en première ligne. Les pé-

nuries de personnel contribuent à l'environnement de travail et au niveau de soins qu'on peut offrir. Les conditions de travail sont fondamentales.

La violence en milieu de travail est un autre facteur. La violence a vraiment augmenté pendant la pandémie. C'est un autre facteur important. Les infirmiers et les infirmières n'ont pas envie de rentrer chez eux, à la fin de leur quart de travail, avec le sentiment de ne pas avoir fait de leur mieux pour offrir les meilleurs soins possible à leurs patients, résidents ou clients.

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

Je donnerai maintenant une minute à M. Davies.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Worsfold, j'aimerais savoir si vous pouvez dire au Comité si les infirmiers et les infirmières, particulièrement ceux et celles qui travaillent dans les unités de COVID-19 et les zones chaudes, ont réellement accès à l'équipement de protection individuelle nécessaire.

Pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada ne met-elle pas à jour ses lignes directrices sur la transmission par voie aérienne?

**Mme Pauline Worsfold:** Je ne peux pas vous dire pourquoi l'Agence de la santé publique du Canada ne met pas à jour ses lignes directrices, parce que les preuves scientifiques sont là. Pas plus tard que cette semaine est sortie une autre étude sur l'aérosolisation de la COVID. Je ne sais pas pourquoi elle ne le fait pas; je ne peux pas vous le dire.

Ensuite, l'accès à l'équipement de protection individuelle nécessaire varie d'une région à l'autre. La sécurité de chacun dépend vraiment de l'endroit où il vit et de l'équipement que lui fournit son employeur pour assurer sa propre sécurité.

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

C'est vraiment tout le temps que nous avons ce matin, jusqu'à la dernière seconde.

Je tiens à remercier sincèrement tous les témoins d'avoir pris le temps de nous faire bénéficier de leur expertise.

J'aimerais remercier particulièrement Mme Worsfold. Je sais que vous venez tout juste de terminer un long quart de travail. Vous vous apprêtez déjà à en commencer un autre. J'espère vraiment qu'après avoir passé la matinée avec nous, vous pourrez dormir un peu.

Je remercie l'ensemble de nos témoins d'aujourd'hui.

Merci également 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>