



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

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

---

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 013**

Le mercredi 15 avril 2020

---

Président : M. Ron McKinnon





## Comité permanent de la santé

Le mercredi 15 avril 2020

• (1405)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 13<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément aux ordres de renvoi du mardi 24 mars et du samedi 11 avril, le Comité se réunit pour entendre des témoignages concernant la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19.

La réunion d'aujourd'hui se déroule entièrement par vidéoconférence et elle sera diffusée sur le site Web de la Chambre des communes.

Comme la dernière fois, la webdiffusion montrera toujours la personne qui parle plutôt que l'ensemble du Comité.

Afin de faciliter le travail de nos interprètes et d'assurer la bonne tenue de la réunion, je vais énoncer quelques règles à suivre.

L'interprétation de cette vidéoconférence sera très semblable à celle qui se fait dans le cadre d'une réunion normale. Vous avez le choix, en bas de votre écran, entre la transmission du parquet ou les versions anglaise ou française. Quand je dis « en bas de l'écran », c'est pour les gens qui utilisent un ordinateur personnel. Pour ceux qui utilisent un iPad ou autre chose, ce sera légèrement différent.

Avant de parler, veuillez attendre que je mentionne votre nom. Lorsque vous êtes prêt à prendre la parole, vous pouvez soit cliquer sur l'icône du microphone pour activer votre micro soit garder le doigt sur la barre d'espacement lorsque vous parlez. Lorsque vous relâchez la barre, votre micro se fermera.

Je vous rappelle également que tous les membres et les témoins devraient transmettre leurs commentaires par l'intermédiaire du président. Les membres qui ont besoin de demander la parole alors que ce n'est pas à leur tour de poser des questions doivent activer leur micro et déclarer qu'ils invoquent le Règlement.

Si un membre souhaite intervenir en réponse à un rappel au Règlement soulevé par un autre membre, il devrait utiliser la fonction « lever la main ». Ce faisant, il signalera au président qu'il désire prendre la parole. Pour ce faire, prière de cliquer sur « participants » au bas de l'écran. Lorsque la liste apparaît, vous verrez à côté de votre nom que vous pouvez cliquer sur la mention « lever la main ».

Lorsque vous prenez la parole, parlez lentement et clairement, et lorsque vous ne parlez pas, assurez-vous que votre micro est éteint. Je vous encourage fortement à utiliser un casque d'écoute. Si votre casque est muni d'un micro pendant, assurez-vous qu'il ne frotte pas contre votre chemise pendant votre temps de parole.

En cas de difficultés techniques — par exemple, si vous avez du mal à entendre l'interprétation ou vous êtes déconnectés par accident —, prière d'en informer immédiatement le président ou la greffière et l'équipe technique tâchera de régler le problème. Veuillez noter que nous devons peut-être suspendre les travaux à ce moment-là, puisque nous devons nous assurer que tous les membres peuvent participer pleinement.

Avant de commencer, est-ce que toutes les personnes qui utilisent un ordinateur pourraient cliquer sur le côté droit supérieur de leur écran pour s'assurer qu'ils ont une vue d'ensemble? De cette façon, vous devriez être en mesure de voir tous les participants dans une grille. Ainsi, tous les participants à la vidéoconférence pourront se voir.

Pendant cette réunion, nous allons appliquer aux déclarations préliminaires et à la période des questions les mêmes règles que dans le cadre des réunions normales. Chaque témoin aura 10 minutes pour faire sa déclaration préliminaire avant que nous passions aux questions.

Je veux souhaiter la bienvenue aux témoins. Nous accueillons la Dre Joanne Liu, qui comparaît à titre personnel...

• (1410)

**M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC):** Monsieur le président, avant que nous commençons, j'ai une motion à présenter sur les travaux en cours, mais auparavant, j'aimerais vous demander une précision, à vous et à la greffière. Je vais citer deux ou trois phrases tirées de la page 980 du Bosc et Gagnon:

Les comités permanents ont souvent besoin de la collaboration, de l'expertise et des connaissances de divers individus afin de les aider dans leurs études et enquêtes. Généralement, ces individus viennent comparaître volontairement devant les comités suivant une invitation de ces derniers. Il peut survenir des situations où un individu ne consent pas à venir témoigner. Si le comité juge que ce témoignage est essentiel à une étude en cours, il a le pouvoir d'assigner la personne à comparaître.

J'ai une question qui s'adresse à vous et à la greffière. Notre comité a-t-il le pouvoir d'assigner des témoins à comparaître, ou simplement de lui demander de comparaître?

**Le président:** En général, le Comité a ce pouvoir. Toutefois, nous fonctionnons actuellement dans le cadre d'une autorisation restreinte de la Chambre.

À ce moment-ci, le paragraphe n) de la motion demandant le consentement unanime qui a été adoptée samedi indique ce qui suit:

n) en plus d'entendre des témoignages lors des réunions par vidéoconférence ou téléconférence, les comités visés en l) et en m) puissent également étudier des motions concernant la sélection de certains témoins et l'établissement du calendrier de comparution de ceux-ci et que ces motions soient décidées par un vote par appel nominal.

Mon idée première à ce sujet serait qu'assigner une personne à comparaître n'entre pas dans cette catégorie. J'aimerais prendre la question en délibéré, et peut-être pourrions-nous en discuter demain, au cours de la réunion du sous-comité.

**M. Matt Jeneroux:** Je vous remercie de cette précision. Essentiellement, notre comité n'a donc pas tous les pouvoirs et les privilèges dont il dispose normalement lorsqu'il se réunit en personne, et les réunions de comité virtuelles sont donc un piètre substitut.

Dans ce cas, j'aimerais présenter une motion proposant que le Comité invite le Dr Aylward, conseiller canadien auprès de l'Organisation mondiale de la Santé, à témoigner devant le Comité permanent de la santé pendant une heure, au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 2020.

**Le président:** Très bien. La motion est recevable.

Nous en avons parlé. Je croyais que nous en discuterions au cours des réunions du sous-comité, mais vous avez...

**M. Matt Jeneroux:** Avec tout le respect que je vous dois, monsieur le président, c'était avant que le Dr Aylward annule sa présence. Je pense donc qu'il s'agit d'une situation unique et qu'il vaudrait certainement la peine de tenir un vote sur la question de savoir s'il devrait témoigner ou non.

**Le président:** Eh bien, comme je l'ai dit, la motion est recevable. Vous pouvez la proposer et vous l'avez fait.

Y a-t-il des interventions au sujet de la motion?

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Monsieur Jeneroux, dans la motion que vous proposez, il s'agit de lui demander de comparaître et non de l'assigner à comparaître, n'est-ce pas?

**M. Matt Jeneroux:** C'est cela, monsieur Powlowski. Le président vient d'expliquer que nous ne pouvons pas l'assigner à comparaître à ce moment-ci.

**Le président:** Y a-t-il d'autres interventions?

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NDP):** Je suis ravi que nous procédions à ce vote, et je crois comprendre qu'il s'agira d'un vote par appel nominal. Si ce n'est pas le cas, j'en ferais la demande.

Je tiens seulement à préciser que je ne suis pas du même avis que vous. Je crois que le Comité peut assigner des personnes à comparaître, d'après le passage que vous avez lu. Je comprends que ce n'est pas la motion dont nous sommes saisis aujourd'hui, mais je ne veux pas que l'on considère que notre vote sur cette question constitue une concession, que le Comité ne peut pas assigner quelqu'un à comparaître, car je suis d'avis que la motion demandant le consentement unanime nous permet de le faire.

**Le président:** Il s'agit simplement ici de nous prononcer sur la motion telle qu'elle a été présentée. Cela n'a aucune incidence sur d'autres questions.

Y a-t-il d'autres interventions?

[Français]

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Pouvez-vous lire la motion, monsieur le président?

[Traduction]

**Le président:** Voulez-vous intervenir, monsieur Thériault?

• (1415)

[Français]

**M. Luc Thériault:** Monsieur le président, d'une part, je disais que je voulais que la motion soit relue.

D'autre part, compte tenu du fait que nous avons pris la peine de faire venir des témoins, je me demandais si cette discussion ne pourrait pas se tenir en sous-comité.

[Traduction]

**M. Don Davies:** Monsieur le président, je suis désolé, mais je n'ai pas entendu ce qu'il a dit. J'ai effectué les bons réglages, mais je n'ai rien entendu.

**Le président:** M. Thériault a seulement dit qu'il était d'avis que cela pourrait se faire en sous-comité, compte tenu du fait que nous avons fait venir des témoins, puis qu'il n'avait pas entendu la motion.

Je demande à M. Jeneroux de bien vouloir répéter la motion.

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

Je propose que le Comité invite le Dr Aylward, conseiller canadien auprès de l'Organisation mondiale de la Santé, à témoigner devant le Comité permanent de la santé pendant une heure, au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 2020.

**Le président:** Monsieur Thériault, est-ce que cela vous va? Avez-vous entendu la motion cette fois-ci?

Y a-t-il d'autres interventions sur cette question?

Puisque ce n'est pas le cas, je vais demander à la greffière de procéder à un vote par oui ou non. Allez-y, madame la greffière.

**La greffière du Comité (Mme Erica Pereira):** Le vote porte sur la motion de M. Jeneroux. Je suis désolée, mais je n'ai pas vos noms en ordre alphabétique et je vous demande donc d'écouter attentivement. Si vous votez pour la motion, veuillez dire « oui », si vous votez contre la motion, veuillez dire « non ».

(La motion est adoptée par 10 voix contre 0. [Voir le Procès-verbal])

**Un député:** J'invoque le Règlement. M. Van Bynen a-t-il le droit de voter?

**La greffière:** Oh, je vous prie de m'excuser.

Monsieur Van Bynen.

**M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.):** Oui.

**La greffière:** La motion est adoptée.

**M. Marcus Powlowski:** Attendez. Je n'ai pas pu voter, mais je vote oui.

**Mme Kelly Block (Sentier Carlton—Eagle Creek, PCC):** Excusez-moi, est-ce que je remplace quelqu'un?

**La greffière:** Je ne vous ai pas ici comme suppléante aujourd'hui, madame Block; je vous ai comme députée présente seulement.

**Mme Kelly Block:** D'accord. Merci.

**Le président:** Nous reprenons là où nous nous sommes arrêtés. J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins. Nous accueillons la Dre Joanne Liu, médecin et ancienne présidente de Médecins Sans Frontières, qui comparaît à titre personnel. Nous accueillons également Mme Margaret Eaton, cheffe de la direction nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Nous recevons des représentants du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux: le sous-ministre, M. Bill Matthews; le sous-ministre délégué, M. Michael Vandergrift; et la sous-ministre adjointe responsable de l'approvisionnement, Mme Arianne Reza.

Nous entendrons tout d'abord la Dre Liu. Vous disposez de 10 minutes pour faire votre déclaration préliminaire, si vous le souhaitez.

• (1420)

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

Bonjour. Aujourd'hui, j'aimerais me faire l'écho de ce que j'ai déjà écrit dans *The Globe and Mail* sur mon obsession qui consiste à éviter le scénario le plus pessimiste pour le Canada dans la lutte contre la pandémie de la COVID-19.

Je crois qu'en ce moment, nous retenons tous notre souffle en espérant que notre stratégie fondée sur l'éloignement physique nous permettra d'aplanir la courbe. À cela s'ajoute le fait que nous avons mis notre système de soins de santé en attente afin d'être prêts à gérer une augmentation massive du nombre de patients atteints de la COVID-19. Il faut également affronter cette pandémie tout en composant avec une pénurie de ressources médicales.

Aujourd'hui, mon message principal — et je vous fournirai quelques exemples —, c'est qu'il faut vraiment se préparer pour le scénario le plus pessimiste, mais il faut également prévenir ce qui peut être évité.

En ce qui concerne le système et les établissements de soins de santé, je tiens mordicus à recommander qu'on réserve des établissements médicaux ou des sections d'établissements médicaux et du personnel spécialisé pour les patients atteints de la COVID-19. On a prouvé à maintes reprises que les déplacements de personnel entre les patients atteints de la COVID-19 et ceux qui ne sont pas atteints de cette maladie pouvaient contribuer à augmenter le nombre de patients infectés. De plus, il est évident que des gens qui travaillent de près avec un certain type de patients deviennent de plus en plus compétents dans la prestation de ces soins. S'il y a un patient atteint de la COVID-19 dans cet environnement fermé, il ira seulement dans les sections où se trouvent d'autres patients atteints de la maladie. Il faudrait aussi réserver des endroits pour obtenir une radiographie, par exemple. Ainsi, un patient non atteint de la COVID-19 ne devrait pas croiser un patient atteint de cette maladie. De cette façon, nous veillons à ce que notre système de soins de santé ne devienne pas un vecteur de la COVID-19. De plus, cela pourrait également permettre de réduire la quantité d'équipement de protection personnelle dont nous pourrions avoir besoin.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur certaines circonstances spéciales. Il s'agit des communautés vulnérables. Les résidences pour personnes âgées ont déjà fait les manchettes, mais il faut également parler des centres d'hébergement et des Premières Nations. À mon avis, il est essentiel d'envisager de mettre en œuvre des stratégies de protection radicales pour protéger les populations vulnérables. C'est ce que nous appelons l'isolement dans l'autre direction.

Nous isolons donc les malades, mais aussi les personnes vulnérables. Nous devrions éviter de faire ce qui a été fait au Québec, c'est-à-dire le double échec consistant à isoler les personnes âgées

sans leur fournir les soins adéquats. Nous devons absolument éviter cela.

Une autre mesure qui doit être mise en œuvre le plus rapidement possible consiste à tester régulièrement les fournisseurs de soins qui travaillent avec ces communautés vulnérables. Nous savons qu'il y a un nombre croissant de personnes asymptomatiques; elles deviennent ce que nous appelons des « super agents de propagation » qui infectent d'autres personnes. En résumé, nous voulons éviter d'introduire la COVID-19 dans les communautés vulnérables. Nous ne voulons pas la propager dans les Premières Nations, dans les résidences pour personnes âgées ou dans les centres d'hébergement.

J'aimerais également soulever un point qui concerne le personnel des soins de santé — et je suis certaine que les intervenants de la communauté de la santé mentale le mentionneront aussi. C'est un point obligatoire pour moi. Je l'ai constaté dans le cas du virus Ebola. Je l'ai constaté aussi dans le cas du choléra. Je le constate maintenant dans le cas de la COVID-19, dans mon hôpital. Nous devons protéger nos travailleurs de la santé, nos travailleurs de première ligne, sur les plans physique et mental. Ils représentent notre dernière ligne de défense contre cette pandémie.

Mesdames et messieurs les députés, j'attire votre attention sur ce point, car je dirais que ce n'est pas du tout civilisé lorsque la personne responsable de mon service d'urgence me demande d'utiliser l'équipement de protection personnelle avec parcimonie. C'est extrêmement stressant. Je comprends pourquoi nous devons faire attention lorsque nous utilisons cet équipement, mais si vous voulez que nous nous occupions des patients, je vous implore de vous occuper de nous et de nous protéger.

Il est important que vous fassiez tout en votre pouvoir pour nous protéger physiquement et mentalement. Nous devrions avoir accès à un service d'assistance téléphonique pour discuter de la situation et pour communiquer avec des comités d'éthique qui nous aideront à prendre des décisions difficiles au sujet de patients qui sont branchés sur un respirateur. Il se peut qu'ils souhaitent retirer le respirateur ou cesser les soins. Nous devons avoir accès à du soutien et à du counselling psychologiques en tout temps. Aucun travailleur ne devrait subir de pression parce qu'il ne se sent pas à l'aise de travailler dans un environnement où se trouvent des patients atteints de la COVID-19.

• (1425)

Encore une fois, compte tenu de la propagation croissante dans la communauté, je crois toujours que nous devrions envisager de tester nos travailleurs de première ligne régulièrement aussitôt que nous aurons suffisamment de tests, parce qu'il y a des porteurs asymptomatiques.

Enfin, le dernier point d'ordre général que j'aimerais soulever concerne les patients qui ne sont pas atteints de COVID-19. En effet, la vie continue même si nous sommes aux prises avec la COVID-19. Ce serait une catastrophe et une tragédie si des problèmes médicaux facilement traitables et évitables devenaient mortels. Nous savons qu'en ce moment, un patient qui subit une crise cardiaque décède à la maison ou une personne qui souffre d'un accident vasculaire cérébral reste seule avec sa maladie ou son trouble de santé. Il est important que nous évitions dès maintenant de reléguer au second plan les patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19, car la vie continue. Nous devons planifier la reprise graduelle des activités de notre système de soins de santé. C'est extrêmement important. On ne peut pas indéfiniment suspendre les activités de l'ensemble du système de santé, car les gens commenceront à mourir de maladies facilement traitables.

À titre de travailleuse humanitaire, je ne peux pas passer sous silence la question plus générale de la position du Canada dans le cadre de la réponse mondiale à cette maladie. Je sais que nous nous occupons des cas que nous avons ici, mais nous savons également que la seule façon de remporter la lutte contre la COVID-19 consiste à la remporter dans chaque pays. Je vous exhorte donc à réfléchir à la façon dont le Canada appuiera la réponse des pays à revenu faible ou moyen dans leur réponse à la COVID-19, étant donné que nous sommes tous interreliés et qu'il faut rétablir la santé de chaque pays individuel pour rétablir celle de l'ensemble des pays.

Donc, étant donné que le gouvernement du Canada a investi 300 millions de dollars — ou qu'il s'est engagé à investir 300 millions de dollars — dans la recherche et développement, je vous encourage fortement à veiller à prendre toutes les mesures de protection nécessaires, c'est-à-dire que le vaccin, le traitement ou les tests qui seront mis au point seront du domaine public et que les Canadiens, au même titre que les autres, auront accès à ces nouvelles découvertes — et qu'elles seront aussi abordables et accessibles à tous.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci, docteur Liu.

Nous entendrons maintenant Margaret Eaton, cheffe de la direction nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Allez-y, madame Eaton. Vous avez 10 minutes.

**Mme Margaret Eaton (cheffe de la direction nationale, Association canadienne pour la santé mentale):** Je vous remercie beaucoup de me donner l'occasion de comparaître aujourd'hui. Je suis très heureuse d'être ici.

À titre de cheffe de la direction de l'Association canadienne pour la santé mentale, j'ai l'honneur de représenter 86 sections et directions générales qui fournissent des services et des programmes directement aux personnes qui souffrent de problèmes et de troubles de santé mentale. Chaque année, notre vaste réseau de plus de 5 000 employés et 10 000 bénévoles fournit des services et des programmes de santé mentale à plus d'un million de Canadiens. Nous sommes présents dans plus de 330 collectivités dans toutes les provinces et dans le territoire du Yukon. Ces temps-ci, les téléphones sonnent sans arrêt dans les centres de l'Association canadienne pour la santé mentale d'un bout à l'autre du pays. J'aimerais donc vous parler de l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé mentale et vous proposer quelques solutions.

Nous félicitons le gouvernement fédéral de sa réponse pangouvernementale rapide face à cette pandémie qui se propage de plus en plus rapidement. Nous le félicitons également de son engagement à fournir du soutien en matière de santé mentale aux Canadiens pendant cette période sans précédent, notamment le nouveau soutien en matière de santé mentale et de consommation de substances récemment annoncé qu'on a appelé Espace mieux-être Canada. Je suis très heureuse que ce soutien soit annoncé aujourd'hui.

Maintenant plus que jamais, nous devons veiller à ce que notre système de soins de santé mentale soit équipé pour répondre aux besoins des Canadiens. Nous observons déjà l'émergence potentielle de troubles de santé mentale « post-pandémiques » dans la foulée de la COVID-19. La semaine dernière, CBC a signalé une augmentation de la demande de services de l'Association canadienne pour la santé mentale en Nouvelle-Écosse. Ce centre reçoit habituellement 25 appels par jour, mais il reçoit maintenant 700 demandes de soutien en matière de santé mentale chaque jour. Ces demandes proviennent surtout de gens qui n'ont aucun antécédent de trouble de santé mentale.

Les Canadiens sont très inquiets. Ils craignent de contracter la maladie. Ils sont inquiets pour leurs familles et leurs amis. Ils craignent de perdre leur emploi et leur capacité de joindre les deux bouts. Les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale graves et de toxicomanie sont particulièrement vulnérables. Un grand nombre des clients de l'Association canadienne pour la santé mentale sont confrontés à l'instabilité en matière de logement et vivent dans des situations dans lesquelles il est très difficile de pratiquer l'éloignement physique et le contrôle de l'infection. Dans de nombreuses collectivités, les programmes, les services et les traitements dont ils ont besoin ont été interrompus. Ils courent donc un risque élevé d'être infectés, de souffrir de solitude, d'avoir des symptômes aigus et de faire une rechute.

Les peuples autochtones sont peut-être la population la plus vulnérable du Canada. En effet, de nombreux membres de cette communauté souffrent de graves troubles de santé mentale qui découlent des effets de la colonisation. De plus, cette population a le plus haut taux de suicide chez les jeunes au pays. Les adultes plus âgés ont un réseau social restreint et un accès limité à la technologie, ce qui réduit leur possibilité d'établir des liens. Nous craignons que ces problèmes soient seulement amplifiés par les conditions liées à la pandémie.

Nos travailleurs du système de soins de santé et nos travailleurs de première ligne sont aussi à risque de souffrir de troubles de santé mentale, comme Dre Liu l'a expliqué de manière poignante. Comme vous l'avez entendu, les défis et les besoins urgents auxquels ils sont confrontés chaque jour au travail génèrent de la crainte, de la frustration et de l'anxiété. Les conséquences sérieuses du fardeau substantiel assumé par ces travailleurs émergent en Chine, en Italie et aux États-Unis. Une étude récente révèle que des travailleurs du système de soins de santé qui ont traité des patients atteints de la COVID-19 en Chine affirment présenter des symptômes de dépression, d'anxiété, d'insomnie et de détresse. En Italie, au moins deux membres du personnel infirmier de première ligne se sont suicidés. Des travailleurs de la santé américains utilisent l'expression « blessure morale » pour décrire l'épuisement physique et mental, la crainte d'être infectés, l'approvisionnement inadéquat en équipement de protection personnelle et le déchirement face à la prise de décisions très difficiles.

Nous commençons seulement à percevoir l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale. Comme l'a révélé notre expérience de soutien aux Albertains après les feux de Fort McMurray, le rétablissement prend du temps, parfois jusqu'à deux ans. Des recherches menées un an après l'épidémie de SRAS ont révélé une augmentation de la détresse psychologique et des troubles de stress post-traumatique chez les patients et les cliniciens. Nous n'avons pas encore une vue d'ensemble de cet impact, mais notre expérience nous confirme que l'impact sur la santé mentale sera important.

Pour parler simplement, les Canadiens ont besoin d'un investissement immédiat et substantiel dans les soins de santé mentale afin de prévenir les troubles de santé mentale « post-pandémiques ». C'est la raison pour laquelle nous appuyons les Canadiens maintenant et que nous planifions déjà la période de rétablissement à venir. À titre de pionniers et de leaders en matière de santé mentale dans la communauté depuis 1918, nous nous concentrons sur la promotion et la prévention en matière de santé mentale.

• (1430)

Nous voulons éviter les hospitalisations en renforçant la santé mentale des Canadiens avant que leurs problèmes empirent et en soutenant les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante afin qu'elles se portent mieux pendant et après le traitement. Notre vaste réseau comprend des conseillers en santé mentale et en toxicomanie, des thérapeutes, des infirmières praticiennes, des pairs aidants et des mentors en rétablissement. Ils sont sur le terrain, dans les quartiers où les Canadiens vivent, travaillent et se divertissent. Nous sommes prêts à mobiliser ce réseau pour offrir davantage de services en santé mentale aux Canadiens qui en ont le plus besoin en cette période de crise.

Nous pouvons rapidement élargir la portée de programmes éprouvés, en anglais et en français, pour tendre la main à des milliers de Canadiens. Nos solutions rentables et fondées sur des données probantes sont conçues pour les enfants et les jeunes, les aînés, les Autochtones et les premiers intervenants. Nous offrons à tous les Canadiens le programme Bounceback. C'est un programme d'acquisition de connaissances qui repose sur la thérapie cognitivo-comportementale. Dans la seule province de la Colombie-Britannique, plus de 11 000 personnes ont participé, et 85 % d'entre elles ont dit que le programme les a aidés à apporter des changements durables et positifs pour réduire l'anxiété et la dépression.

Aux travailleurs de première ligne, nous offrons un soutien par les pairs grâce au programme OSI-CAN ainsi qu'un cours de sensibilisation aux troubles de santé mentale dans le cadre du programme Resilient Minds. Ces deux programmes misent sur l'entraide entre professionnels et ont contribué depuis leur création à la santé et au rétablissement de centaines de travailleurs de première ligne. Grâce à un investissement rapide du gouvernement, nous pourrions immédiatement offrir ces programmes éprouvés à l'échelle du pays, y compris dans des collectivités rurales et éloignées.

Même si notre priorité demeure, en pleine pandémie, la mise de ressources à la disposition de Canadiens aux prises avec des problèmes de santé mentale, il est néanmoins essentiel de planifier l'avenir. Nous songeons déjà à l'éventuelle reprise ainsi qu'aux moyens de soutenir les gens dans leur retour à une vie normale. Nos collèges de rétablissement sont des centres d'apprentissage sur la santé mentale qui offrent un enseignement et un soutien par les pairs grâce à des cours sur le bien-être. Il y en a déjà dans 11 col-

lectivités au Canada, et de nombreuses autres sections de l'Association s'empressent d'ouvrir le leur.

Le mandat de l'Association canadienne pour la santé mentale consiste à assurer la santé mentale de tout le monde. Nous savons que l'atteinte de cet objectif nécessite des investissements gouvernementaux considérables dans le domaine. Les Canadiens méritent d'avoir accès à des thérapies financées par l'État et fondées sur des données probantes, ainsi qu'à une aide complémentaire en matière de santé mentale et de soutien social. Comme les répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale différeront en fonction de la situation sociale et économique de chaque personne, nous savons qu'une bonne santé mentale commence par des éléments fondamentaux, comme un emploi intéressant et un logement adéquat.

En plus d'aider les gens maintenant, nous devons également être prêts à gérer la pression inévitable qui sera exercée sur le système de santé mentale compte tenu de la hausse des cas de dépression, de détresse psychologique, de toxicomanie, de trouble de stress post-traumatique et de violence familiale qui accompagnent presque toujours les catastrophes de grande envergure. Comme la pandémie de la COVID-19 l'a révélé, notre économie dépend entièrement du bien-être de notre population. Pour la relancer et assurer une reprise durable, nous devons voir à ce que les Canadiens soient en assez bonne santé, tant physiquement que mentalement, pour pouvoir reprendre le travail et mener leurs activités quotidiennes.

Les Canadiens savent que la santé mentale est aussi importante que la santé physique. Comme nous le soulignerons pendant la Semaine de la santé mentale — qui aura lieu du 4 au 10 mai cette année, et que l'Association dirige depuis près de 70 ans —, même si un Canadien sur cinq souffre d'une maladie mentale au cours d'une année type, cinq Canadiens sur cinq doivent protéger leur santé mentale.

Nous sommes véritablement à la croisée des chemins. On n'a jamais été aussi motivé à demander de l'aide, mais le secteur de la santé mentale n'était déjà pas en mesure de répondre à la demande avant le début de la pandémie. Nous devons agir maintenant pour être certains d'être prêts à gérer une augmentation des problèmes de santé mentale attribuable à la COVID-19.

Plus que jamais, le Canada doit faire preuve d'un discernement juste ainsi que de leadership en matière de santé mentale. Nous savons que les Canadiens demanderont de l'aide. Ils tendent déjà la main. Nous vous demandons seulement de bien vouloir nous donner les moyens d'en faire autant.

Merci encore de votre invitation à témoigner. Je suis impatiente de répondre à vos questions.

• (1435)

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

Nous allons maintenant passer au ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

Monsieur Matthews, je crois que vous allez commencer. Vous avez 10 minutes, s'il vous plaît.

**M. Bill Matthews (sous-ministre, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux):** Merci, monsieur le président. Bonjour et merci de me recevoir aujourd'hui, ainsi que mes collaborateurs, pour discuter du rôle de Services publics et Approvisionnement Canada dans la réponse du gouvernement à la COVID-19.

Tout d'abord, j'aimerais remercier les personnes qui travaillent en coulisse pour rendre cette réunion possible, notamment les interprètes linguistiques qui continuent de jouer un rôle exceptionnel pour veiller à ce que les Canadiens obtiennent les derniers renseignements.

M'accompagnent aujourd'hui M. Michael Vandergrift, sous-ministre délégué, et Mme Arianne Reza, sous-ministre adjointe, Direction générale des approvisionnements.

Notre ministère est l'acheteur central du gouvernement du Canada et est responsable de l'acquisition des biens qui nous aident à traverser la pandémie de COVID-19. Plus précisément, nous aidons le Canada à obtenir de l'équipement de protection individuelle et des fournitures médicales, dès maintenant et pour les mois à venir. Ce n'est un secret pour personne que nous évoluons dans un environnement mondial hautement concurrentiel, ce qui s'accompagne de défis. Le monde entier s'efforce d'obtenir le même matériel auprès d'un nombre limité de fournisseurs, dont beaucoup sont situés en Chine. Il en résulte une chaîne d'approvisionnement complexe et imprévisible. Ajoutez à cela les restrictions de commande et vous obtenez un marché très instable où les commandes ne se concrétisent pas toujours par des livraisons immédiates.

Je pense que je devrais prendre quelques minutes, monsieur le président, pour parler de notre stratégie d'approvisionnement. Je vais ensuite faire le point sur des biens précis dont nous faisons l'acquisition.

Je peux vous dire que nos experts en approvisionnement travaillent jour et nuit, en achetant de manière agressive auprès de tous les fournisseurs et distributeurs disponibles, ici et à l'étranger. Pour soutenir les travailleurs de la santé qui œuvrent en première ligne au Canada, nous achetons des fournitures au nom de l'Agence de la santé publique du Canada, qui regroupe les demandes des provinces et territoires et gère également notre stock national. Ces activités d'approvisionnement s'ajoutent à ce que font les provinces et territoires par leurs propres moyens.

Je dois souligner que la stratégie que nous mettons en œuvre — j'ai dit que j'allais en parler au Comité — continue d'être peaufinée au fur et à mesure que les choses évoluent, car nous composons avec des marchés mondiaux comme nous n'en avons jamais vu. Je suis sûr que les membres sont conscients de l'importance des équipements de protection individuelle. Étant donné l'ampleur mondiale de la crise et l'importance de la Chine quant à la production d'équipements de protection individuelle, nous sommes confrontés à une situation où de nombreuses administrations se font concurrence pour l'approvisionnement en produits qui se font rares. Parallèlement, l'industrie essaie d'accroître sa capacité pour répondre à la demande, de sorte que de nouveaux acteurs apparaissent rapidement. Normalement, nous ferions l'acquisition de ces produits exclusivement auprès de distributeurs canadiens, mais étant donné l'évolution rapide des conditions du marché, une approche différente était et demeure nécessaire.

Notre approche en matière d'approvisionnement comporte trois volets. Le premier volet de notre stratégie consistait à acheter les stocks existants où nous le pouvions. Comme vous pouvez l'imaginer, étant donné la pandémie, les produits recherchés étaient en quantité limitée, mais il était important de les obtenir pendant que nous mettions en place le deuxième volet de notre stratégie.

Le deuxième volet de la stratégie, qui se poursuit, consistait à passer de grosses commandes afin de créer un flux régulier de mar-

chandises reçues sur un certain nombre de mois. L'un des avantages de cette approche est que, dans un marché concurrentiel, les grosses commandes sont plus intéressantes sur le plan commercial. Le fait de commander en collaboration avec les partenaires provinciaux et territoriaux nous permet de créer des commandes plus importantes et d'attirer ainsi l'attention de l'industrie. Nous avons également pris la décision délibérée de commander de manière agressive ou, autrement dit, de consciemment commander en quantité excessive. Cette décision était et reste délibérée étant donné l'incertitude quant à la rapidité de réception des marchandises.

Comme vous pouvez l'imaginer, une collaboration étroite avec les gouvernements provinciaux et territoriaux est indispensable à notre succès. À cette fin, notre ministre a établi une table ministérielle fédérale-provinciale-territoriale sur l'approvisionnement, qui contribue à une coordination encore plus étroite pour cerner les besoins en approvisionnement et y répondre.

Le troisième volet de notre stratégie est national. Sous le leadership d'Innovation, Sciences et Développement économique Canada, on a entamé des discussions avec l'industrie au Canada afin de contribuer à combler les lacunes à moyen et à long terme. De nombreuses entreprises de partout au pays ont répondu à l'appel, et certains fabricants ont complètement réorienté leurs lignes de production pour répondre à ce besoin urgent. Le rôle de mon ministère est de mettre en place des contrats avec ces entreprises, et nous l'avons déjà fait, ce dont je parlerai dans un instant.

Il y a des défis à relever, et je mentirais aux membres du Comité si je laissais croire à quiconque que réaliser des approvisionnements dans cet environnement ne pose aucun problème. Les risques sont nombreux. Nous achetons des produits à un volume élevé, et ce, auprès de fournisseurs que nous ne connaissons pas, ce qui peut poser des problèmes de livraison et de qualité. La disponibilité limitée d'un grand nombre de ces produits entraîne une surenchère des acheteurs — j'ai parlé plus tôt de la concurrence —, et les commandes établies sont souvent redirigées vers ceux qui sont prêts à payer le plus cher. En outre, nous constatons en Chine des contrôles à l'exportation et des exigences supplémentaires pour les fournitures médicales. J'ai déjà mentionné la Chine. Les exigences là-bas ont changé à quelques reprises, et il importe de suivre l'évolution de la situation.

● (1440)

Pour tirer notre épingle du jeu dans cet environnement, il nous faut un soutien important sur le terrain. C'est un aspect pour lequel nous avons dû adapter notre stratégie pour mieux composer avec la réalité. Compte tenu de l'émergence de nouveaux acteurs et de la pénurie de fournitures, nous ne pouvons plus compter uniquement sur les distributeurs canadiens pour obtenir des produits. Nos fonctionnaires travaillent en étroite collaboration avec des partenaires dans d'autres pays, y compris les ambassades, pour maintenir notre chaîne d'approvisionnement. Ce soutien et cette expertise sur le terrain s'avèrent inestimables, car le personnel diplomatique et les partenaires externes aident à évaluer les entreprises à l'avance pour mieux garantir la qualité. Cela s'ajoute au soutien sur le terrain pour assurer la livraison des produits, ainsi qu'à l'expertise en matière de logistique et d'entreposage qui contribue à ce que nos envois soient sécurisés et acheminés au Canada.

Ce soutien comprend la réception des produits dès leur sortie des chaînes de production, l'inspection rapide de la qualité, l'organisation de l'expédition vers un entrepôt que nous avons sécurisé à l'aéroport et l'exécution active du dédouanement.

Et dans tout cela, nous avons dû considérablement accélérer nos processus d'approvisionnement en prenant des décisions rapides et en rationalisant les étapes de passation des marchés. Des contrats qui prennent généralement plusieurs mois à finaliser sont mis en place en quelques jours, voire en quelques heures. Les approches concurrentielles traditionnelles aboutiraient à la vente du produit à un autre acheteur avant qu'une décision ne soit prise, le tout dans un environnement où les prix augmentent rapidement et où les règles peuvent changer du jour au lendemain.

Mais même après l'arrivée de ces envois au Canada, l'Agence de la santé publique doit d'abord inspecter les fournitures achetées, puis les acheminer où elles sont nécessaires partout au Canada. Il en va de même pour les fournitures que nous produisons dans les différentes régions du pays. Afin de nous aider dans ces efforts logistiques et d'aider nos collègues à l'Agence de la santé publique du Canada, nous avons conclu une entente avec Amazon Canada pour l'entreposage et la livraison au pays. Postes Canada et Purolator participent également aux efforts visant à aider l'Agence de la santé publique du Canada à acheminer l'équipement de protection individuelle où les besoins sont les plus criants. Il s'agit d'acheminer le plus rapidement possible les fournitures de l'endroit où elles sont fabriquées vers nos médecins, infirmiers et infirmières, et professionnels de la santé. SPAC aide ses partenaires dans cette tâche.

Permettez-moi maintenant de vous présenter les dernières données en matière de commandes et de livraisons. En date du 13 avril — et les chiffres changent rapidement —, nous avons réussi à acheter plus de 293 millions de masques chirurgicaux et plus de 130 millions de masques respirateurs N95, de l'équipement de protection essentiel pour les travailleurs de la santé. À ce jour, nous avons reçu la livraison de plus de 17 millions de masques chirurgicaux et d'un peu plus de 609 000 masques respirateurs N95. Afin de répondre aux besoins en approvisionnement à plus long terme, nous travaillons à la mise en place d'un contrat de fabrication au pays avec Medicom, de Pointe-Claire, au Québec, pour la production de ces masques. Comme pour tout l'équipement que les pays recherchent, les respirateurs sont en pénurie. Malgré cette situation, nous avons réussi à obtenir des commandes pour plus de 32 000 respirateurs auprès de diverses entreprises, dont les entreprises canadiennes Thornhill Medical, CAE, Starfish et FTI Professional Grade.

De plus, nous avons commandé plus de 20 millions de litres de désinfectant pour les mains. La livraison a déjà commencé et se poursuivra au cours des prochains mois. Cette action est soutenue au niveau national en partie grâce à un accord avec Fluid Energy, une société établie à Calgary.

Et nous avons commandé plus de 900 millions de paires de gants, dont près de 5 millions ont été reçues jusqu'à maintenant. Nous avons également commandé 17 millions d'écrans faciaux. Nous avons notamment conclu un accord avec Bauer, qui réoriente ses lignes de production de patins de hockey pour fabriquer ces écrans faciaux qui sont si importants pour le personnel médical de première ligne.

Il est souvent question des trousse de dépistage. En ce qui concerne ces trousse, des fournitures sont en cours de livraison, y compris des centaines de milliers d'écouvillons, et nous continuons à travailler pour en obtenir davantage. Je tiens à signaler qu'il y a une pénurie mondiale de réactif, qui est un produit chimique important utilisé dans les tests de dépistage. C'est un produit que nous recherchons et commandons activement, et nous continuons à sur-

veiller la situation avec Santé Canada comme nous le faisons pour la disponibilité de toutes les fournitures obtenues à l'étranger.

Je tiens également à souligner que Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada accélèrent les examens réglementaires des nouveaux tests et d'autres produits afin que davantage de produits soient disponibles pour soutenir notre réponse.

Chez nous, nous avons attribué un contrat à Spartan, une société établie à Ottawa, qui fournira des trousse de dépistage rapide permettant de tester plus d'un million de Canadiens pour le virus. Ces trousse s'ajoutent aux millions de trousse de dépistage déjà utilisées dans les provinces et territoires.

Ce ne sont là que quelques-uns des produits que nous avons achetés et quelques-unes des entreprises canadiennes qui relèvent le défi et contribuent à la réponse. Nous augmentons nos commandes et cernons de nouveaux besoins sans relâche.

Avant de conclure, je tiens à souligner deux ou trois choses pour le Comité, car au-delà de l'approvisionnement, le ministère offre un soutien par d'autres moyens. J'ai déjà mentionné nos interprètes qui sont ici aujourd'hui. Le Bureau de la traduction appuie la communication de l'information relative à la COVID-19 aux Canadiens, ce qui comprend les langages des signes, les langues officielles et l'interprétation en langues autochtones pour les représentants du gouvernement, les ministres et le premier ministre.

Nous gérons aussi l'un des plus grands portefeuilles immobiliers au pays. Nous faisons actuellement l'inventaire de nos avoirs pour étudier la meilleure façon de fournir aux collectivités les logements sûrs dont elles pourraient avoir besoin à l'avenir, ce qui, de toute évidence, nécessite aussi une collaboration avec les autorités locales et les partenaires provinciaux.

• (1445)

En conclusion, monsieur le président, notre rôle le plus important est l'achat urgent de fournitures vitales. Nous traversons une période sans précédent, et le gouvernement prend des mesures sans précédent pour acheminer de l'équipement sur les lignes de front. Bien que nous fassions des progrès considérables, nous évoluons dans un marché hyper concurrentiel et nous devons continuer à être vigilants. Nous savons que nous pourrions être confrontés à des pics d'infection par la COVID-19 au Canada pendant des mois à venir, et nous devons nous préparer à tous les scénarios.

Au nom de nos responsables de la santé, mon ministère continuera à rechercher et à obtenir les fournitures dont nos professionnels de la santé ont besoin pour assurer la sécurité des Canadiens et la leur.

Je vous remercie de votre temps, et nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

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

Nous allons maintenant passer aux questions. Comme nous l'avons dit précédemment, tous les partis ont convenu de faire trois tours complets.

Monsieur Jeneroux, vous avez six minutes.

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

Merci aux témoins de leur participation.

Le but de tout ceci est de mieux soutenir et conseiller le gouvernement concernant la pandémie actuelle et celles qui pourraient survenir à l'avenir. Je vous sais gré de prendre le temps d'être avec nous aujourd'hui malgré vos emplois du temps très remplis.

Madame Eaton, j'ai deux questions au sujet des aînés. Vous nous en avez parlé en particulier dans votre déclaration liminaire. En ce moment, nous sommes immergés dans la technologie, avec Zoom et FaceTime, entre autres. Je sais que les aînés ne sont pas tous versés dans les technologies. Les installations ont fermé leurs portes aux gens de l'extérieur afin de protéger les aînés, mais il y a plus de plus en plus d'histoires de négligence à l'échelle du pays.

Croyez-vous qu'il serait bon, en ce moment, pour la santé mentale des aînés de permettre à des membres de la famille ou à un membre désigné de la famille de faire des visites occasionnelles, en mettant en œuvre tous les protocoles de protection de la santé pertinents? Si ce n'est pas une bonne idée maintenant, croyez-vous que c'est un aspect auquel le gouvernement devrait accorder la priorité quand il va se mettre à exécuter les plans de retour à la nouvelle normalité?

• (1450)

**Mme Margaret Eaton:** Je ne suis pas une experte de la gestion des résidences de soins de longue durée, et il serait donc difficile pour moi de faire des commentaires à ce sujet. Je peux dire généralement que l'isolement est une cause d'anxiété et de dépression pour tout le monde, mais particulièrement pour les aînés.

Il se passe quelque chose de bien d'après moi, avec les chapitres de l'ACSM partout au pays, et c'est qu'ils ont converti leurs services sans rendez-vous en services virtuels et téléphoniques. Le téléphone est une technologie très décriée qui devient soudainement très pertinente maintenant, avec la COVID-19. Je crois que communiquer avec les résidences pour aînés par téléphone et offrir du soutien par téléphone aux résidents pourrait vraiment atténuer cet isolement.

**M. Matt Jeneroux:** Merci. Pour moi, il n'est certainement pas nécessaire que vous soyez une spécialiste des installations de soins de longue durée. Je veux simplement vos conseils sur l'aspect de la santé mentale.

Quels sont les outils et les mesures nécessaires à l'appui de la santé mentale des Canadiens une fois que l'on commencera à lever l'isolement et que les Canadiens devront commencer à s'adapter à une nouvelle normalité?

**Mme Margaret Eaton:** Il est très important d'après moi que les ressources communautaires soient disponibles.

J'ai mentionné le programme Retrouver son entrain. Je crois que c'est incroyablement pertinent. C'est un programme qui est offert en ligne et au téléphone. Un accompagnateur vous aide à suivre un programme de thérapie cognitivo-comportementale. Ce programme est mis en œuvre en Ontario ainsi qu'en Colombie-Britannique, mais malheureusement, les petites provinces n'ont pas accès à ces outils et ressources. D'après moi, le gouvernement fédéral aurait un important rôle à jouer dans la parité d'accès à ces types de programmes qui donneraient aux gens des collectivités rurales, éloignées et isolées l'occasion de suivre une formation ayant le potentiel d'améliorer beaucoup les choses à long terme du point de vue de leur santé mentale.

**M. Matt Jeneroux:** C'est excellent. Merci.

Vous êtes en Alberta. Text4Hope est un service très populaire qui est utilisé.

Au début, vous avez aussi mentionné l'anxiété que ressentent certains des travailleurs de première ligne dont vous avez entendu parler. Est-ce que vous diriez, encore une fois du point de vue de la santé mentale, que la pénurie d'EPI pour nos travailleurs de première ligne est source de problèmes de santé mentale?

**Mme Margaret Eaton:** Je crois que ne pas avoir l'équipement qu'il leur faut pour se protéger est l'une des plus grandes sources d'anxiété, comme la Dre Liu l'a mentionné également. Cela augmente l'anxiété. Oui, je crois que l'équipement de protection est important.

Encore une fois, nous voulons effectivement être là pour appuyer les intervenants de première ligne, en particulier au moyen de programmes axés sur les pairs et créés par des professionnels qui ont le même vécu que les intervenants de première ligne et qui ont créé les programmes et les mesures de soutien répondant à leurs besoins.

**M. Matt Jeneroux:** C'est excellent.

Est-ce que le gouvernement travaille directement avec l'Association canadienne pour la santé mentale en vue de s'attaquer à cela, pendant la pandémie, depuis la mi-janvier?

**Mme Margaret Eaton:** Nous sommes très contents de savoir que le gouvernement fédéral va financer un partenariat que nous avons avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le CTSM, et avec Services de crises du Canada. Cela n'a pas encore été annoncé, mais nous sommes vraiment ravis d'avoir ce soutien.

**M. Matt Jeneroux:** Savez-vous quand cela sera annoncé?

**Mme Margaret Eaton:** Pas encore.

**M. Matt Jeneroux:** Ce sera pendant la pandémie actuelle, j'imagine. Est-ce que...?

**Mme Margaret Eaton:** Oui. Je crois que c'est imminent.

**M. Matt Jeneroux:** D'accord. J'espère que vous tiendrez le Comité au courant du moment où cela sera mis en place.

Concernant les ressources mises en place en décembre et en janvier, avant la pandémie, afin de soutenir nos travailleurs de première ligne, quels types de ressources sont venus du gouvernement?

• (1455)

**Mme Margaret Eaton:** Je ne suis pas au courant de ces ressources destinées aux travailleurs de première ligne.

**M. Matt Jeneroux:** Je supposais qu'il n'y en avait pas. Vous m'avez donc confirmé cela. Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

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

C'est maintenant au tour de M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, vous avez six minutes.

**M. Marcus Powlowski:** Merci.

De toute évidence d'après moi, pour bien des gens et en particulier pour les travailleurs de la santé, le sujet le plus brûlant en ce moment est l'EPI et en particulier les masques N95 et leur disponibilité.

Ma question s'adresse à M. Matthews et aux fonctionnaires qui s'occupent de l'approvisionnement. Vous avez dit que vous aviez commandé 130 millions de masques N95, mais je crois qu'à ce jour, 609 000 masques seulement ont été livrés. Pouvez-vous nous dire quand nous pouvons nous attendre à recevoir d'autres masques, et en particulier des masques N95?

**M. Bill Matthews:** La réponse à votre question comporte plusieurs parties.

Nous recevons des masques tous les deux jours. Une grande partie des masques viennent de la Chine, et nous avons donc organisé des vols assez réguliers de Shanghai au Canada au fur et à mesure que le produit est prêt. En ce moment, nous recevons très régulièrement les produits que nous avons commandés en Chine en particulier. Nous avons aussi récemment reçu des masques de 3M. Ces masques passent par le système de distribution de l'Agence de santé publique du Canada et sont distribués aux provinces et aux territoires.

L'une des autres choses que je devrais signaler est que cela s'ajoute au travail d'approvisionnement que les provinces et territoires font eux-mêmes, notamment pour la commande de masques N95. Une partie du matériel que nous ramenons d'outre-mer dans les avions que nous avons nolisés est destinée à des provinces et territoires en particulier, quand nous avons de la place. Nous ajoutons cela à l'ensemble, mais ce matériel serait naturellement acheminé directement à la province ou au territoire qui l'a commandé.

**M. Marcus Powlowski:** En ce qui concerne les masques N95, nous espérons toujours en recevoir tous les deux jours. Combien de temps s'écoule-t-il entre le moment où les masques arrivent à Ottawa ou Toronto, peu importe, et celui où ils sont livrés aux divers endroits où ils sont requis?

**M. Bill Matthews:** Le processus est le suivant. Il y a une inspection des produits une fois qu'ils arrivent au Canada, à l'entrepôt de l'Agence de la santé publique. Il y a effectivement des tests particuliers qui sont réalisés pour les masques N95. Il se fait une vérification de la qualité à cet endroit. Ce processus prend deux jours. Puis les masques sont livrés aux provinces. Nous cherchons à accélérer ce processus.

Après cette étape, franchement, c'est aux provinces de décider des endroits où les besoins sont les plus criants. C'est leur système de distribution qui entre en jeu. Je ne peux vraiment pas vous dire comment les provinces les attribuent.

**M. Marcus Powlowski:** Je pense que c'est le Globe and Mail qui a dit que l'approvisionnement en Chine, c'était comme le Far West, à cause de tous ceux qui veulent avoir la même chose. Que pouvez-vous faire pour nous assurer que les Canadiens ne sont pas trop gentils sur ce plan?

J'ai vécu et travaillé dans bien des pays différents, et j'ai en tête cette image de moi qui attends respectueusement en ligne que l'autobus arrive. Cependant, dès qu'il arrive, tout le monde se précipite alors que je reste là bien gentiment à attendre. La deuxième fois, vous comprenez que la seule façon de monter dans cet autobus est de jouer du coude vous aussi.

Je m'inquiète de cette idée que j'ai de nous, les Canadiens. Parce que nous faisons toutes les bonnes choses et suivons les règles en Chine, nous nous faisons couper l'herbe sous le pied et n'obtenons pas ce qu'il nous faut parce que d'autres font de meilleures offres et se battent plus vigoureusement. Pouvez-vous rassurer les tra-

vailleurs de la santé de première ligne et confirmer que nous sommes là-bas à livrer une chaude lutte avec tous les autres?

**M. Bill Matthews:** Merci, monsieur le président.

Je crois que nous pouvons parler de la façon dont la stratégie dans ce domaine a changé depuis les premiers jours. J'ai mentionné dans ma déclaration liminaire que le principe des contrats à long terme avec divers fournisseurs visant à garantir l'arrivée constante de produits est important.

Quant aux mesures que nous avons prises, je vais parler précisément de ce qui se passe sur le terrain en Chine. Il est crucial de comprendre le marché. Il y a eu des changements aux règles d'exportation, et vous devez traiter avec des gens qui comprennent ces règles. Nous avons donc demandé à l'ambassade là-bas de nous aider à valider des fournisseurs, à établir des relations avec des fournisseurs et à veiller à ce qu'ils comprennent les règles d'exportation.

Nous avons également adapté notre logistique afin de nous assurer, en gros, quand le produit sort de l'usine, que nous avons des gens sur place pour le recueillir. Nous prenons donc le produit directement de l'usine. Nous nous occupons de la logistique nécessaire pour acheminer le produit à un entrepôt que nous avons loué à l'aéroport de Shanghai. Nous avons alors des partenaires sur le terrain qui nous aident à obtenir l'autorisation nécessaire, et nous prenons nous-mêmes les dispositions pour le transport vers le Canada. C'est un exemple des ajustements que nous avons faits.

Nous traitons avec de nombreux fabricants. La vérification finale se fait donc en sol canadien. Avec l'expérience que nous avons de certains de ces fabricants, nous avons une meilleure idée de ceux qui produisent des biens de qualité et de ceux qui ont des difficultés, puis nous faisons part de cela à nos gens qui se trouvent en Chine, de sorte qu'ils puissent faire les ajustements nécessaires.

● (1500)

**M. Marcus Powlowski:** Merci.

Nous avons aussi, comme autre préoccupation, la difficulté d'obtenir certains médicaments importants, comme le propofol, le midazolam et le fentanyl, lesquels sont nécessaires à la sédation des gens, ou les agents anesthésiants pour les personnes qui sont intubées. Il pourrait y avoir une pénurie de ces produits. Pouvez-vous nous dire ce que le gouvernement fait pour obtenir ces médicaments? Est-ce que nous avons au pays la capacité de nous mettre à les produire nous-mêmes?

**M. Bill Matthews:** Il vaudrait mieux interroger nos collègues de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada pour savoir comment le gouvernement s'y prend pour obtenir ces produits.

Je peux vous dire que SPAC, qui achète ces types de médicaments, est depuis longtemps un acteur de faible importance relative. Il y a de l'activité, et nous nous attendons à ce qu'elle augmente dans un avenir rapproché.

Je crois que vous avez abordé une question clé. En plus de l'approvisionnement, quelle est la capacité intérieure? Je crois que le temps nous le dira. Je sais que Santé Canada se préoccupe de cela, et je soupçonne qu'il y aura une intensification de l'engagement à cet égard à l'avenir.

**M. Marcus Powlowski:** J'ai une question brève pour la Dre Liu.

Vous avez beaucoup d'expérience des épidémies dans d'autres pays. Vous avez parlé de protéger les travailleurs de la santé de première ligne et de l'anxiété liée à la pénurie d'équipement de protection individuelle. Que pensez-vous de l'utilisation qu'on fait de ce qu'on appelle, je crois, des combinaisons dotées d'un appareil de protection respiratoire à épuration d'air motorisé, le type de combinaisons HAZMAT dotées de respirateurs dont on se servait dans le cas de l'Ebola? Je crois comprendre que, dans les endroits où on a utilisé ce type de choses, comme en Italie, aucun travailleur de la santé n'est tombé malade. Je crois savoir que les provinces, l'Agence de la santé publique du Canada ou l'OMS ne suggèrent pas que ce soit nécessaire, mais je pense que les gens qui travaillent tous les jours avec des patients atteints de la COVID-19 aimeraient les avoir. Que pensez-vous de la possibilité de les utiliser? Et est-ce souhaitable?

**Dre Joanne Liu:** Merci beaucoup d'avoir posé la question.

Je pense qu'il y a du pour et du contre. Lorsque je travaillais au Centre de traitement de l'Ebola, je dois dire qu'avec ma combinaison HAZMAT en Afrique occidentale et en République démocratique du Congo, je me sentais presque plus en sécurité que dans la salle des urgences de mon hôpital à Montréal, parce que je savais que j'étais protégée et que si je faisais ce qu'il fallait, il n'y aurait pas d'infection.

Le fait est que nous ne sommes pas dans ce type d'environnement. Le désavantage de ces types de combinaisons HAZMAT est qu'elles déshumanisent les soins de santé, et les patients n'aiment pas cela. Personne n'aime être soigné par des cosmonautes. On élimine le facteur humain des soins beaucoup plus que si on porte une protection avec un masque N95 et un type de veste par-dessus.

Je pense que si nous avions une structure vraiment distincte, où les gens pourraient travailler à une température ambiante qui serait, je dirais, soutenable pour tout le monde, peut-être qu'on pourrait l'envisager, surtout à l'unité des soins intensifs, où les particules aérosolisées sont nombreuses et les risques d'infection sont beaucoup plus élevés. Je ne pense pas que je le ferais pour tous les travailleurs de première ligne; je pense que ce serait un peu trop.

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

[Français]

Je vais maintenant céder la parole à M. Thériault, qui dispose de six minutes.

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

Je remercie tous les témoins de venir nous éclairer sur ce sujet.

Ma question s'adresse à vous, docteur Liu. Vous avez une expérience considérable sur le terrain en matière d'épidémie. Je sais qu'on est en train de gérer cette situation et d'essayer de passer au travers de la première vague. J'aimerais tout de même connaître votre évaluation de notre capacité à faire preuve de diligence devant une telle situation.

En d'autres mots, comment aurions-nous pu être mieux préparés pour faire face à cette pandémie, alors que le plus gros foyer d'infection mondial se trouve au sud de nos frontières...

• (1515)

[Traduction]

**Le président:** M. Davies a du mal à entendre l'interprétation. Désolé.

Nous allons suspendre la réunion pendant un certain temps.

• (1515)

(Pause)

• (1515)

Reprenons nos travaux.

Monsieur Thériault, je vais remettre le compteur à zéro. Une quarantaine de secondes s'étaient écoulées, mais nous allons repartir du début pour remettre votre remarque en contexte.

Allez-y.

[Français]

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

Au bénéfice de mon ami M. Davies, je vais recommencer.

Docteur Liu, vous avez une expérience considérable sur le terrain en matière d'épidémie. Avant de vous poser des questions un peu plus précises, je veux vous dire que j'ai beaucoup apprécié votre témoignage et vos propositions. Le domaine de la santé publique est probablement le domaine médical le plus politique. On parle de politiques de santé publique. Depuis le début de cette pandémie, j'ai l'impression que c'est parfois un frein à ce que l'on doit faire.

Je voudrais connaître votre évaluation générale. Il y a à peine un mois, les frontières canadiennes étaient encore ouvertes, et le Canada estimait que le niveau de risque pour ses citoyens était très faible. On sait maintenant, un mois plus tard, que les États-Unis sont le plus gros foyer d'infection de la planète.

Peut-être qu'en santé publique, un niveau de risque faible correspond à ce que nous sommes en train de vivre, mais c'est une question de concept et de vocabulaire. Il y a quand même des morts.

Alors, qu'aurions-nous dû faire autrement? Comment évaluez-vous notre préparation à la première vague? C'est la deuxième qui pourrait être la plus mortelle.

• (1520)

**Dre Joanne Liu:** Je vous remercie de votre question.

Oui, j'ai de l'expérience en matière d'épidémie et de pandémie, mais c'est vraiment la première fois qu'il y a une pandémie de cette envergure à l'échelle mondiale.

Est-ce que le Canada aurait pu être mieux préparé? Je crois qu'il y avait quand même des signes clairs. Je ne suis pas dans le secret des dieux au Canada, mais je me demande ce que celui-ci a fait pour se préparer à l'urgence de santé publique mondiale qui a été déclarée le 30 janvier 2020. C'est une question qu'il faudra revoir en temps et lieu, une fois que nous aurons traversé cette période difficile.

Lors d'une urgence de santé publique mondiale, des mécanismes de préparation doivent être mis en branle et une analyse importante doit être faite.

Pour avoir déjà participé à des scénarios de simulation, je sais qu'on les crée souvent de manière abstraite, sans prendre en compte l'écosystème dans lequel se produit la pandémie. Selon moi, personne n'aurait pu prévoir que le monde entier voudrait se procurer des masques N95 ainsi que des équipements de protection individuelle dans un contexte de prédation totale. Tout le monde s'est laissé prendre de court, et je crois que ce sera une grande leçon.

En ce qui concerne les frontières, je crois que la question est excellente, mais sachez que les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé n'incluaient pas celle de fermer les frontières. Nous pourrions poser des questions à l'OMS sur la façon dont elle nous a guidés dans notre façon de répondre à cette pandémie. Je pense qu'il y a eu, quelque part, une certaine complaisance. On a dormi « sur la switch », comme on le dit en bon québécois. Comment réagissons-nous la prochaine fois?

Je ne lancerai pas la pierre à M. Matthews, le troisième témoin. Je suis certaine qu'il ne dort pas la nuit pour trouver des équipements de protection pour tout le personnel au Canada. Je crois qu'il faudra qu'il y ait un déclin beaucoup plus rapide pour faire bouger les choses, pour réagir de façon claire et pour utiliser les instances qui ont de l'expérience.

Au Canada, nous avons beaucoup de connaissances. Plusieurs organisations internationales établies au Canada ont agi lors d'épidémies et de pandémies qui ont eu lieu ailleurs dans le monde, et elles peuvent transmettre leurs connaissances. Je pense que nous ne les avons pas très bien utilisées.

Oui, je pense que nous sommes en retard, mais il y a quand même des faits atténuants, parce que l'OMS n'a pas envoyé les bons signaux pour faire comprendre aux gens que c'était dangereux et qu'il fallait se préparer comme il faut. Elle a recommandé de laisser les frontières ouvertes, et on peut remettre cela en question. Pendant l'épidémie d'Ebola, on avait dit de ne pas fermer les frontières et de ne pas mettre les gens en quarantaine. Présentement, nous avons pris un virage à 180 degrés en fermant les frontières. La stratégie clé, pour que les cas n'atteignent pas une intensité maximale, ce qui mettrait nos systèmes de santé complètement par terre, c'est la distanciation physique.

Je pense que nous aurions pu être mieux préparés, mais je crois aussi que nous sommes dans une courbe d'apprentissage très importante.

• (1525)

**M. Luc Thériault:** Il y aura nécessairement une deuxième vague à affronter. On risque de redémarrer l'économie rapidement. Il va y avoir des pressions sur le plan de l'économie. Tant qu'il n'y aura ni mesure sanitaire, ni vaccin ni équipements de protection individuelle produits ici en nombre suffisant pour affronter tout cela, j' imagine qu'il ne faudra pas commencer à baisser les bras.

**Dre Joanne Liu:** Absolument, c'est un élément très important. C'est certain que la seconde vague à venir m'empêche de dormir. Aujourd'hui, tout le monde se pète les bretelles parce que cela aurait pu être bien pire. Nous nous réjouissons de ne pas avoir connu un scénario comme celui de l'Italie ou de New York, mais nous ne devons pas nous asseoir sur nos lauriers, car une deuxième vague est très possible. Nous ne savons pas quelle immunité les gens auront après avoir été infectés. Vous pouvez suivre la littérature médicale à ce sujet.

Quelques études chinoises qui ont déjà été publiées démontrent que certaines personnes n'ont pas eu une montée immunitaire importante après avoir été infectées. Cela soulève des questions importantes. Une partie de la population sera-t-elle vraiment immunisée? Comptons-nous là-dessus pour faire face à la deuxième vague?

Pour répondre à M. Matthews, oui, il nous faut des tests, dont des tests sérologiques. Avoir la réponse sur le plan sérologique va probablement nous aider à savoir qui nous pouvons mettre en avant. Si une personne a eu la COVID-19 et qu'elle a eu une réponse immu-

nitaire, elle sera capable de travailler et elle sera moins anxieuse. Nous pourrions utiliser ce personnel pour faire le travail de première ligne de façon plus large. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas. Ces questions sont importantes. Il faut reprendre la vie normale et relancer les choses, mais il faut le faire progressivement, une étape à la fois.

Si l'Afrique de l'Ouest a été capable de vivre avec l'Ebola pendant deux ans, je crois que le Canada est capable de vivre avec la COVID-19. Il faut simplement bien s'organiser et continuer de préserver la confiance des gens envers nos institutions gouvernementales.

C'est votre rôle à vous. Quand on demande à une population de faire des sacrifices sur les plans économique, émotif, physique et social, comme on le fait aujourd'hui, il faut préserver ce lien de confiance. C'est une chose qui a été très difficile en Afrique de l'Ouest, en République démocratique du Congo et au Yémen. J'espère que le Canada y parviendra.

**M. Luc Thériault:** J'aimerais faire une remarque à l'intention de M. Matthews...

[Traduction]

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

La parole est maintenant à M. Davies. Vous avez six minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Ma première question s'adresse à Travaux publics Canada. Cette semaine, Santé Canada a annoncé qu'il avait approuvé une trousse de tests de dépistage pour dépister rapidement la COVID-19 dans les collectivités éloignées et autochtones. L'administratrice en chef de la santé publique, la Dre Theresa Tam, a laissé savoir que le gouvernement fédéral cherchait à fournir 40 000 de ces trousse par mois au cours des mois qui viennent et qu'il verrait ensuite la progression du taux d'approvisionnement.

Pourriez-vous confirmer quand ces trousse de tests seront mises à la disposition des collectivités éloignées et autochtones et nous dire si vous estimez que 40 000 unités par mois suffiront à répondre à la demande de tests de dépistage dans ces collectivités?

• (1530)

**M. Bill Matthews:** L'essai auquel le député a fait allusion, dont il a aussi été question plus tôt cette semaine, est celui que j'ai mentionné dans mes remarques concernant Spartan, une entreprise d'Ottawa qui s'est récemment vu octroyer un contrat. Il s'agit d'une nouvelle technologie. Je n'ai ni commentaire ni opinion à formuler sur la quantité de tests à laquelle il est nécessaire de procéder, mais cette entreprise est en train de développer un nouveau secteur d'activité.

Ce qu'il y a d'intéressant au sujet de ce test, c'est que dans un test traditionnel, il faut envoyer un échantillon prélevé auprès du client potentiel et l'envoyer ensuite au laboratoire pour analyse. Il est clair que cela prend du temps. Si vous vivez dans une collectivité éloignée, il faut plus de temps qu'ailleurs, et les gens n'aiment pas l'idée.

Le test dont il est ici question est assorti d'une unité qui est presque... On peut dire qu'il s'agit d'un laboratoire en boîte. L'unité l'accompagnerait, si bien qu'il est possible de procéder à l'analyse sur place. Ce n'est pas que le nombre de tests qui compte, mais aussi l'unité qui les accompagne. Manifestement, en raison de ce type de technologie, le test serait particulièrement intéressant pour les collectivités éloignées et isolées.

**M. Don Davies:** Sauf votre respect, monsieur, je comprends en quoi le test consiste. Je voulais savoir quand ces trousse de tests de dépistage seraient livrées.

**M. Bill Matthews:** Je le répète, nous ne faisons que commencer. Nous espérons atteindre notre pleine production en juillet. L'augmentation se fait progressivement. Encore une fois, il s'agit d'une nouvelle technologie, alors nous travaillons avec eux à mettre les choses en œuvre. Nous avons tous hâte que les choses se mettent en branle. Nous mettons la dernière main aux détails de la livraison, mais nous espérons atteindre notre pleine production d'ici à juillet.

**M. Don Davies:** Docteur Liu, on commence à voir des rapports selon lesquels la COVID-19 touche de façon disproportionnée les communautés racialisées aux États-Unis. À Chicago, par exemple, plus de la moitié des cas confirmés et 72 % des décès enregistrés ont été parmi les Afro-américains, qui ne représentent que 32 % de la population de cette ville. Observons-nous des écarts semblables au Canada? Vous avez parlé des communautés vulnérables. Disposons-nous même des données nécessaires pour le déterminer?

**Dre Joanne Liu:** Merci beaucoup d'avoir posé la question. C'est une très bonne question.

Je ne pense pas que nous ayons encore de détails concernant les données raciales. Tout ce que nous savons, c'est que les aînés sont plus touchés que le reste de la population.

**M. Don Davies:** Vous avez parlé de l'importance, à votre sens, de faire en sorte que notre système de santé ne devienne pas, comme vous dites, un « vecteur » de transmission. Si j'ai bien compris votre témoignage, vous suggérez que nous ayons des secteurs distincts pour traiter les patients atteints de la COVID-19 dans nos établissements de santé. Si j'ai bien compris, pouvez-vous nous donner une idée de la mesure dans laquelle nous appliquons ce conseil? Est-ce ce qui se passe dans nos établissements de santé au pays?

**Dre Joanne Liu:** Je pense qu'à l'heure actuelle, très peu de gens ont décidé d'opter pour un établissement consacré au traitement des patients atteints de la COVID. Je dirais que les gens essaient plutôt d'avoir un meilleur hôpital au sein d'un hôpital, un secteur de l'établissement entièrement consacré aux patients atteints de la COVID-19, et qu'ils essaient d'avoir un circuit fermé dans ce contexte.

C'est faisable, mais très difficile. Il est difficile de faire comprendre aux gens qu'ils ne peuvent pas aller d'un côté à l'autre. Je pense que vous pourriez le faire si les gens étaient disposés à affecter des membres du personnel uniquement au traitement de la COVID, c'est-à-dire que des infirmières, des médecins et des préposés aux bénéficiaires ne prodigueraient des soins qu'aux patients atteints de la COVID-19, et nous nous engagerions à les soumettre à des tests de dépistage régulièrement. Je pense que c'est faisable, du moment que nous n'avons pas de scénario comme celui de New York.

**M. Don Davies:** J'essaie simplement d'avoir une idée de la situation. Je comprends votre conseil, mais le suivons-nous? Est-ce que c'est la réalité actuelle? Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est?

**Dre Joanne Liu:** Non, je ne pense pas, pas dans le cas de tous les hôpitaux que je vois. Les gens ne savent pas ce que c'est d'avoir un circuit fermé. Ils n'ont pas travaillé dans un camp où il y avait des cas d'Ebola ou de choléra et ils n'ont pas la moindre idée de ce que cela signifie. Ils croient que ce n'est pas grave. Ce n'est pas le cas. Vous ne pouvez pas faire cela. Vous ne pouvez pas aller d'un côté de l'hôpital à l'autre. Vous devez vous déshabiller complète-

ment. Vous devriez vous laver avant de passer de l'autre côté. On observe une sorte de laxisme.

**M. Don Davies:** Vous avez mentionné les résidences pour aînés. Nous savons que près de la moitié des décès liés à la COVID-19 au Canada ont été dans ces résidences. En réponse, le gouvernement fédéral a récemment publié une série de lignes directrices non contraignantes pour réduire la propagation des infections dans les établissements de soins de longue durée.

Il s'agit d'une question en deux volets. À votre avis, la mise en œuvre de ces lignes directrices devrait-elle être obligatoire, et y a-t-il des mesures supplémentaires à prendre pour régler le problème systémique de transmission facile des virus dans les établissements de soins de longue durée?

• (1535)

**Dre Joanne Liu:** Il m'est difficile de vous répondre, car je ne connais pas les lignes directrices. Je travaille avec un groupe d'experts, mais nous n'avons pas formulé notre recommandation. Je ne connais pas les lignes directrices particulières dont vous parlez. J'ignore ce qu'elles contiennent et leurs implications. Je suis désolée de ne pas avoir les ressources nécessaires pour répondre à cette question.

À long terme, je pense qu'il est important que nous... Tout le monde le mentionne, mais c'est vrai. Si nous voulons qu'on prenne bien soin de nos aînés, nous avons besoin de prévoir un nombre adéquat de membres du personnel, mais ce n'est pas ce qui semble se passer en ce moment. C'est tout ce que je peux dire à ce sujet.

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

Voilà qui termine notre première série de questions. Nous allons maintenant commencer notre deuxième série de questions avec Mme Block.

Madame Block, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Mme Kelly Block:** Merci beaucoup.

Merci à tous les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui.

Merci de m'avoir donné l'occasion de me joindre à votre comité. Je vous en sais gré.

Plus tôt aujourd'hui, la CBC a diffusé un reportage concernant environ deux millions de masques N95 et quelque 400 000 gants qui ont été jetés dans un site d'enfouissement l'an dernier après la fermeture de l'entrepôt de la Réserve nationale stratégique d'urgence à Regina, en Saskatchewan. Le reporter a ensuite affirmé qu'on avait acheté les gants et les masques en 2009, mais qu'ils étaient devenus périmés en 2014 et avaient été jetés en 2019.

Avant de poser mes questions, je crois comprendre que SPAC n'a rien eu à voir avec cette décision. La Réserve nationale stratégique d'urgence est gérée par l'Agence de la santé publique du Canada. Cependant, j'ai des questions pour SPAC.

Pouvez-vous nous dire quelle quantité d'équipement de protection individuel votre ministère a achetée au nom de l'Agence de la santé publique du Canada ou de la Réserve nationale stratégique d'urgence au cours des 10 dernières années?

**M. Bill Matthews:** Je ne peux pas vous parler des 10 dernières années, mais je suis certain que nous pouvons facilement nous engager à revenir au Comité sur ce point.

Avant, je devrais demander à mes collègues s'ils connaissent la réponse. Je soupçonne leur réponse d'être la même que la mienne.

Comme je n'entends pas de réponse, nous vous reviendrons là-dessus.

**Mme Kelly Block:** D'accord. Merci. Je me réjouis à la perspective de recevoir la réponse par écrit.

Pourriez-vous nous dire si l'Agence de la santé publique du Canada ou la Réserve nationale stratégique d'urgence dispose d'un plan de gestion de l'inventaire de quelque sorte? Savez-vous s'il y en a un? Est-ce que SPAC participerait à l'élaboration de ce plan parce que vous fournissez l'approvisionnement?

**M. Bill Matthews:** Il existe clairement un lien avec ce qui entre. Du point de vue de l'approvisionnement, les stocks sont livrés à l'Agence de la santé publique, comme la députée l'a fait remarquer. On y procéderait ensuite à une inspection, à un comptage et à un entreposage, et tout, et ensuite, on suivrait un processus d'allocation. J'ai mentionné dans mes remarques liminaires que la distribution est évidemment cruciale dans ce contexte. Avec notre concours, l'Agence de la santé publique du Canada a récemment conclu un marché avec Amazon, appuyé par Postes Canada et Purologator, pour lui prêter main-forte avec les questions d'entreposage et de logistique. Ils ont une idée de leur inventaire et de son emplacement. Ensuite, ils s'en remettent à des experts en logistique pour les aider à l'envoyer où il a besoin d'aller.

**Mme Kelly Block:** C'est peut-être la même question, mais posée différemment. Je ne suis pas certaine.

SPAC reçoit-il des demandes régulières ou récurrentes d'approvisionnement de la part de l'Agence de la santé publique du Canada en ce moment?

**M. Bill Matthews:** Nous dialoguons continuellement avec l'Agence de la santé publique du Canada concernant les commandes. Nous avons reçu un certain nombre de commandes importantes de sa part, que nous appelons des achats conjoints avec les provinces et les territoires. Je pense que la plus récente — Mme Reza pourra me corriger si j'ai tort — est arrivée le 9 avril. Il s'agit d'une grosse commande en vrac que l'Agence cherche à remplir sur un certain nombre de mois. Elle comprend quelque chose comme 80 millions de respirateurs N95. Elle ne s'attend pas à ce que sa commande soit remplie du jour au lendemain, mais elle montre la planification à long terme de ses commandes. On reçoit continuellement des commandes, oui.

• (1540)

**Mme Kelly Block:** Je suis consciente qu'elle aurait des commandes à faire en ce moment. Juste avant que la COVID-19 frappe notre pays et le monde, l'Agence de la santé publique du Canada passait-elle des commandes continues ou régulières auprès de SPAC?

**M. Bill Matthews:** Nous passons des commandes pour le gouvernement en général. Par conséquent, nous discutons régulièrement des commandes avec un certain nombre de ministères, y compris l'ASPC. Je vais céder la parole à Mme Reza pendant une minute afin de déterminer si ses souvenirs au sujet des commandes passées avant la pandémie sont meilleurs que les miens, mais je vous encouragerais à ne pas limiter vos interrogations à l'ASPC. Les produits de ce genre sont commandés par le Service correctionnel, l'Agence des services frontaliers du Canada et un éventail de clients fédéraux. Les quantités qu'ils commandent ne ressemblent

pas à celles que nous observons en ce moment, mais nous gérons assurément une variété de commandes.

Madame Reza, voulez-vous ajouter quoi que ce soit à propos des commandes passées par l'ASPC avant l'écllosion de la COVID?

**Mme Ariane Reza (sous-ministre adjointe, Approvisionnement, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux):** Non, je crois qu'il n'y a rien de plus à ajouter. Mes connaissances à ce sujet remontent à la fin de janvier et s'étendent jusqu'en mars.

**Mme Kelly Block:** Merci.

Je vais maintenant orienter mes questions différemment, mais elles seront encore destinées aux représentants de SPAC.

Étant donné qu'un grand nombre d'entreprises se réoutillent et changent leur vocation afin de produire des EPI, y a-t-il eu des discussions au sein du ministère à propos de la façon dont l'approvisionnement du gouvernement fédéral pourrait encourager la fabrication à long terme d'EPI au Canada?

**M. Bill Matthews:** Il y a assurément eu des discussions à ce sujet et, comme je l'ai mentionné plus tôt, nos collègues d'ISDE, c'est-à-dire du ministère de l'Industrie, ont fait preuve de beaucoup de leadership en évaluant la capacité des entreprises à accroître rapidement leur production, parce que la rapidité est importante dans le cas présent, et en mesurant leur capacité de participer à long terme dans les divers secteurs.

Quelques scénarios se présentent en ce moment. Il y a premièrement les entreprises qui se réoutillent temporairement et délibérément pour appuyer la cause, puis il y a les autres entreprises qui cherchent à se lancer dans un nouveau secteur d'activités.

À l'heure actuelle, nous entretenons des relations avec une entreprise appelée Medicom, que je pense avoir déjà mentionnée, afin qu'elle devienne à l'avenir un fabricant permanent de masques N95 et chirurgicaux, parce que nous croyons qu'il importe de disposer d'une offre nationale.

Il y a d'autres exemples où des entreprises se sont réoutillées pour commencer à produire des désinfectants pour les mains. Cette conversion est-elle permanente, ou est-ce quelque chose qu'elles font temporairement parce que c'était une conversion assez facile à... Je ne veux pas trop insister là-dessus, mais elles ont été en mesure de changer de vocation très rapidement. Ces entreprises planifient-elles de poursuivre leurs activités dans ce secteur, ou ce changement est-il temporaire? C'est une discussion que nous devrions avoir avec elles au fil du temps.

Toutefois, il y a assurément un besoin permanent de masques N95 ou chirurgicaux.

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

Nous allons maintenant passer à Mme Sidhu qui disposera de cinq minutes.

La parole est à vous, madame.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Je remercie tous les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui.

Monsieur Matthews, j'ai appris que l'un des plus importants centres de distribution d'Amazon est situé dans ma circonscription de Brampton-Sud. Comme vous l'avez mentionné au cours de votre déclaration, vous avez négocié un contrat avec eux. Que faites-vous pour assurer la distribution rapide d'EPI là où ces équipements sont les plus nécessaires, y compris les collectivités autochtones?

Pouvez-vous nous expliquer cela?

**M. Bill Matthews:** Certainement.

Il y a deux éléments fondamentaux du processus. Ils sont grandement évidents, mais ils importent pour les gens. Il y a l'approvisionnement lui-même et, une fois que les produits sont arrivés, il y a la solution logistique visant à les distribuer. Selon le système mis en place, l'Agence de la santé publique gère la distribution. Les employés de l'agence déposent les produits dans leur entrepôt. Amazon, en collaboration avec Postes Canada et Purolator, les aide à distribuer les produits là où ils sont nécessaires.

De plus, il y a deux ou trois scénarios possibles. Dans l'un de ces scénarios, nous passons des commandes en vrac, en collaboration avec les provinces et les territoires. Les produits sont acheminés par la suite assez rapidement à la province ou au territoire qui les a commandés. Il y a un autre scénario en place dans lequel une province ou un territoire réalise qu'il est en voie de manquer très rapidement d'un produit, dans le cas d'une demande un peu imprévue. Il y a un processus — et mes propos commencent à aborder encore une fois certaines des compétences de nos collègues de l'Agence de la santé publique du Canada — dans le cadre duquel des tables reçoivent des communications relatives aux besoins pressants et s'occupent des livraisons urgentes de la façon la plus efficace qui soit, afin de répondre aux besoins.

Comme la distribution est cruciale, il a été reconnu qu'il était absolument indispensable de faire appel à des compétences extérieures, c'est-à-dire à Amazon, Postes Canada et Purolator, pour contribuer à assurer ce service. Toutefois, ce qui importe également, c'est la collaboration dont les tables — provinciales, territoriales et fédérale — sur la santé bénéficient pour déterminer quoi commander en fonction des besoins.

• (1545)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

J'adresse ma prochaine question à l'Association canadienne pour la santé mentale. Certains Canadiens, comme les jeunes et les membres de collectivités autochtones, ont déjà du mal à gérer leurs problèmes de santé mentale. Il y a deux semaines, les membres du conseil des jeunes de ma circonscription ont communiqué avec moi.

Avec l'annonce de la ministre Hajdu au sujet d'Espace mieux-être Canada, nous avons lancé le nouveau portail de la santé mentale en question. Je crois comprendre que les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador bénéficient depuis des années d'un soutien provincial semblable. Comment pensez-vous que cela aidera les Canadiens vulnérables, en général, ainsi que les jeunes et les héros des soins de santé, en particulier, et comment sensibiliserez-vous les gens afin de vous assurer que tous les Canadiens en bénéficient?

**Mme Margaret Eaton:** Nous sommes très heureux et enthousiastes de voir cette plaque tournante nationale. Si nous avons bien compris, cette plaque tournante fournira des outils et des ressources à tous les Canadiens, mais elle offrira aussi des outils propres à répondre aux besoins de communautés particulières, ainsi qu'une

ligne d'écoute. Je crois que nous avons déjà publié quelques messages sur les médias sociaux afin de promouvoir le portail, et nous en parlerons à nos divisions et nos directions générales. Nous considérons le portail comme une étape d'un processus visant à appuyer les Canadiens et, à court terme, ce portail est tout à fait sensé.

Nous espérons que le gouvernement envisagera d'ajouter aussi quelques services pour appuyer le rétablissement à long terme.

**Mme Sonia Sidhu:** Je mentionne cela parce qu'il y a des personnes qui ignorent comment utiliser la technologie. Quel genre de services offrez-vous dans ces cas-là, en particulier aux communautés ethniques lorsque des barrières linguistiques existent? Pouvez-vous nous expliquer cela?

**Mme Margaret Eaton:** Je sais qu'en particulier dans les régions métropolitaines, l'Association offre en fait des services à l'intention des différentes communautés linguistiques. Nos services sont traduits dans les langues des principales communautés. Je crois que c'est le cas à Vancouver et aussi à Toronto afin de régler ces problèmes.

Nous savons aussi que l'un des plus graves problèmes pour les immigrants, en particulier, est lié aux préjugés qui entourent la maladie mentale. En plus d'offrir ces services, il importe réellement de les promouvoir auprès de ces communautés et de veiller à ce que leurs membres se sentent les bienvenus là-bas.

**Mme Sonia Sidhu:** Y a-t-il des dispositions spéciales prévues en particulier pour nos héros des soins de santé qui travaillent en première ligne en ce moment?

**Mme Margaret Eaton:** Nous offrons les deux programmes que j'ai mentionnés, à savoir OSI-CAN et Resilient Minds. Les deux conviendraient aux travailleurs de première ligne et pourraient être élargis pour servir un plus grand nombre de clients.

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

Nous allons poursuivre avec M. Kitchen.

Monsieur Kitchen, veuillez prendre la parole pendant cinq minutes.

**M. Robert Kitchen:** Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous de votre participation. Je vous suis grandement reconnaissant d'avoir pris le temps d'assister à la séance par vidéoconférence.

Docteure Liu, je vous sais gré de vos commentaires. M. Davies a effleuré l'une des questions que je souhaitais vous poser.

Nous avons parlé de la question de la protection de notre personnel spécialisé et des installations spécialisées. Je peux vous dire qu'ici, en Saskatchewan, nous avons visité certains hôpitaux de l'ensemble de la province qui sont désignés comme étant des hôpitaux particuliers axés sur la COVID. D'autres hôpitaux s'occupent des nouveaux cas qui requièrent des soins de type actif. Je le mentionne simplement afin que vous le sachiez.

Vos commentaires m'ont amené à m'interroger un peu plus au sujet des tests de dépistage et de la question des tests d'immunité, ainsi que la question de savoir si vous pensez qu'en ce moment, nous devrions faire passer ces tests à nos travailleurs de la santé actuels, et à ceux qui travailleront en première ligne dans les mois et les années à venir. Ils souhaitent en arriver à cela. Ils veulent travailler, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins de longue durée, et s'assurer qu'ils sont protégés lorsqu'ils viennent en aide aux clients dont ils prennent soin.

Pourrais-je obtenir vos commentaires à ce sujet?

• (1550)

**Dre Joanne Liu:** En ce qui concerne les tests et les personnes qui devraient être testées, il est difficile d'élaborer une stratégie quand les ressources sont limitées, mais ces travailleurs devraient être testés en priorité, et je crois que cela n'a pas encore été indiqué clairement.

Je pense que cela devrait être recommandé pour les travailleurs parce que, pour le moment, il faut présenter des symptômes pour être testé. Maintenant, les critères ont été élargis par rapport à ce qu'ils étaient auparavant, mais ils doivent être beaucoup plus... Nous avons désormais ajouté les symptômes gastro-intestinaux et les symptômes respiratoires et, pour être testé, un seul symptôme est nécessaire.

Nous savons qu'il y a des porteurs asymptomatiques. C'est la raison pour laquelle, dès que nous pourrions nous le permettre, il devrait être prioritaire de tester les travailleurs de la santé et les travailleurs de première ligne, qui engloberaient les gens qui travaillent dans les pharmacies ainsi qu'à d'autres endroits, comme des résidences pour personnes âgées.

C'est une mesure que nous prenons à certains endroits. Je pense que, dans certains lieux, comme les territoires des Premières Nations, où nous savons qu'il y a des communautés vulnérables, nous ne souhaitons pas introduire la COVID-19 et, par conséquent, nous devrions réaliser des tests. Par exemple, lorsque des gens de Montréal retournent au Nunavut, si nous nous contentons de leur demander s'ils ont des symptômes, je pense, en toute honnêteté, que ces gens, qui meurent d'envie de retourner dans leur collectivité, ne nous diront pas exactement ce qui se passe. Par conséquent, je crois que nous devrions simplement tester ces gens.

**M. Robert Kitchen:** Je vous remercie beaucoup de votre réponse.

Monsieur Matthews, je vous suis reconnaissant des observations que vous avez formulées plus tôt. Je comprends que vous participez au processus d'approvisionnement. Dans quelle mesure interagissez-vous avec l'ASPC quand elle utilise ses modèles pour simuler un scénario? L'ASPC vous communique-t-elle ce qu'elle s'attend peut-être à tirer de cet exercice, comme la détermination d'éventuelles pénuries ou la façon dont elle a besoin d'avoir accès à certains équipements de type EPI? Cela fait-il partie du processus?

**M. Bill Matthews:** Cela fait partie du résultat. Ils exécutent leurs modèles, puis ils passent des commandes. Comme je l'ai mentionné plus tôt, certaines de ces commandes sont très importantes. Les commandes qu'ils passent auprès de nous découlent de leur planification. J'ai mentionné que la dernière commande que nous avons reçue comprenait, je crois, 80 millions de masques échelonnés sur une longue période.

Voilà en quoi consiste notre interaction avec l'agence. En fait, nous ne...

**M. Robert Kitchen:** Donc, vous interagissez après coup, et non durant le processus. Ils vous indiquent la nature de leur scénario et le fait qu'ils prévoient soudainement avoir besoin de 100 000 masques. Ils vous disent qu'ils ont besoin que vous les commandiez, et vous demandent la vitesse à laquelle vous pouvez les obtenir rapidement.

**M. Bill Matthews:** Certes, nous discutons régulièrement des lignes d'approvisionnement et des délais prévus. Nous sommes très

au courant des plans relatifs à la capacité nationale, que nous avons élaborés avec ISDE, et du temps qui pourrait s'écouler avant que le matériel soit prêt à être commandé.

Je pense qu'il y a deux volets à cet égard. Premièrement, il y a les commandes à long terme. Puis, comme je l'ai mentionné plus tôt, si n'importe quelle urgence imprévue survient dans une province ou un territoire, ils vont nous appeler de toute urgence et nous demander si nous pouvons leur obtenir quelque chose dès que possible. Nous nous occupons de ce volet aussi.

**M. Robert Kitchen:** Vous avez indiqué que les temps sont durs et souligné à quel point il vous est difficile d'avoir accès à l'équipement. Dans un certain nombre de situations que j'ai vues et que mes collègues ont certainement observées, quelqu'un peut tenter d'améliorer un respirateur, par exemple, en proposant un produit qui pourrait utiliser un ventilateur pour créer quelque chose pouvant résoudre deux ou trois genres de problèmes. Ces dispositifs doivent être acceptés et normalisés, bien entendu, mais cela représente un défi pour vous.

Lors de la séance que le comité des finances a tenue le vendredi 3 avril, un dénommé Veso Sobot a affirmé que « Comme le gouvernement demande aux fabricants de se rééquiper pour produire les produits en plastique nécessaires au secteur de la santé, comme des masques, des ventilateurs, des boyaux, des sacs et des tubes pour perfusion intraveineuse, de l'équipement de protection individuelle et des produits de ce genre, il est contre-productif d'étiqueter les plastiques comme toxiques », ajoutant que « cela dénigre et diabolise une industrie canadienne du plastique [...] qui travaille dur pour contribuer à atténuer les effets de la COVID-19. »

Il est nécessaire d'utiliser des articles en plastique comme ceux que j'ai énumérés pour traiter un grand nombre de patients atteints de la COVID-19. Si nous prévoyons que la crise se prolongera pour une durée indéterminée et que nous considérons que le plastique est essentiellement une substance toxique figurant à l'annexe 1, est-ce que Services publics et Approvisionnement Canada juge que cela nuira potentiellement à l'approvisionnement en dispositifs médicaux et en équipement de protection individuelle dans la crise de la COVID-19?

• (1555)

**M. Bill Matthews:** Je peux parler seulement de mon expérience lorsqu'on fait affaire avec des fournisseurs canadiens et les fabricants qui cherchent à émerger sur les marchés. Cette question n'a absolument pas été portée à mon attention, que ce soit dans le cadre des interactions sur notre site Web aux fins d'approvisionnement ou de nos rapports avec Innovation, Sciences et Développement économique Canada dans le but de rééquiper l'industrie canadienne. Je n'ai pas été avisé du problème, bien que d'autres en aient manifestement eu vent.

Les chaînes d'approvisionnement de certains produits utilisent certainement du plastique, puisqu'il s'agit d'une composante importante des produits fabriqués. M'a-t-on avisé que la présence de plastique constitue un problème? Pas jusqu'à maintenant.

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

Nous accorderons maintenant la parole à M. Van Bynen.

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

**M. Tony Van Bynen:** Je vous remercie, monsieur le président.

Le mois dernier, la ville de Newmarket a lancé la campagne #StandApartTogether, dans le cadre de laquelle elle a annoncé la nomination de 10 ambassadeurs de l'attitude positive dans la communauté afin de faire connaître l'histoire de gens qui ont posé de beaux gestes et de répandre l'esprit positif en ces temps difficiles.

En outre, les chambres de commerce de Newmarket et d'Aurora donnent régulièrement à leurs membres l'occasion de s'informer les uns des autres, de rester en rapports et d'échanger des pratiques exemplaires au cours de cafés-rencontres et d'activités de réseautage virtuels.

Ma question s'adresse à l'Association canadienne pour la santé mentale. Je me demande si vous avez vu un grand nombre d'activités locales de ce genre être lancées pour maintenir les liens entre les gens. Quel rôle pensez-vous qu'elles jouent dans la préservation de la santé mentale au sein de nos communautés?

**Mme Margaret Eaton:** Nous avons été enchantés par les réactions à l'échelle du pays et par le concept canadien d'entraide. Il existe de formidables groupes Facebook à ce sujet.

Une de nos divisions, soit celle de la ville de Québec, a lancé un groupe de discussion sécurisé où huit personnes à la fois peuvent discuter de leurs problèmes, et nous observons des mouvements semblables un peu partout au pays. Je pense que ces initiatives sont inestimables. J'adore marcher dans mon quartier et voir des affiches indiquant qu'on est tous ensemble dans la même situation. Je pense que nombre de gens s'attendent à ce que la pandémie provoque un effritement social, alors qu'en fait, c'est le contraire qui se produit. Nous observons une cohésion sociale, qui est extrêmement importante pour notre santé mentale.

**M. Tony Van Bynen:** Est-ce que certains de ces efforts vous frappent particulièrement? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous en parler brièvement?

**Mme Margaret Eaton:** J'ai parlé de notre groupe au Québec. Il existe certainement des groupes Facebook par l'entremise desquels des gens proposent d'offrir des soins et d'effectuer les courses.

L'Association canadienne pour la santé mentale, ou ACSM, a constaté que certains intervenants gardent leurs portes ouvertes. Même s'il est généralement conseillé de rester fermé — comme ici, en Ontario, par exemple —, certains décident de laisser leurs portes ouvertes pour accueillir des clients. Ils prennent des précautions, mais ils demeurent attentifs et restent ouverts, car ils sont d'avis que la santé mentale mérite une intervention de première ligne et qu'ils sont des intervenants de première ligne pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

**M. Tony Van Bynen:** Je m'intéresse aux précautions que vous avez évoquées. Les fausses informations sur la COVID-19 pululent sur Internet. Que recommanderiez-vous aux gens qui cherchent des groupes de discussion, voire des services de conseil virtuels? Comment peuvent-ils s'assurer qu'ils ont le genre de certification qu'ils cherchent?

**Mme Margaret Eaton:** Je pense aux programmes mis en oeuvre par l'ACSM, par exemple. C'est souvent vers l'ACSM que se tournent d'abord les gens à la recherche de ressources en matière de santé mentale dans leur communauté.

Pour ce qui est des certifications, nous offrons la certification du soutien par les pairs, mais il existe d'autres certifications. La Société canadienne de psychologie et d'autres professions enregistrées sont certainement habilitées à fournir les services nécessaires.

On trouve beaucoup d'information en ligne également. Je consulterais la nouvelle application du gouvernement, qui propose des outils et des ressources fondés sur des données probantes que l'on peut utiliser.

• (1600)

**M. Tony Van Bynen:** Excellent. Je vous remercie.

Docteur Liu, depuis vos débuts au sein de Médecins Sans Frontières, le monde a connu un certain nombre de pandémies, comme celles du SRAS, du SRMO, de l'Ebola, de la grippe H1N1 et du Zika, pour n'en nommer que quelques-unes. Pouvez-vous nous expliquer comment Médecins Sans Frontières contribue à la lutte internationale aux pandémies?

**Dre Joanne Liu:** Médecins Sans Frontières est une organisation qui dispose d'un budget d'exploitation de 1,6 milliard d'euros. Elle est à l'oeuvre dans 72 pays, et 55 % de ses pays d'intervention se trouvent en zone de conflit. Elle compte quelque 68 000 personnes à son service.

Au chapitre de la réaction aux pandémies, nous luttons contre les épidémies à longévité d'année, les plus petites étant celles de la rougeole, dont personne n'entend parler, de la polio ou du choléra. Nous intervenons sans cesse.

Quand surviennent des pandémies d'envergure, la plupart du temps, nous nous occupons beaucoup plus des pays à faible ou à moyen revenu ou de ceux aux prises avec une crise en matière de protection, car c'est là où les besoins sont les plus grands. Mais le fait est que nous sommes déployés dans des pays à revenu élevé dans le cas de la COVID-19. En Italie, par exemple, nous gérons quatre hôpitaux, alors qu'en France, nous nous occupons de toutes les maisons de soins avec le gouvernement en Île-de-France. Nous intervenons en Allemagne, en Espagne et en Grèce. Dans les pays à revenu élevé, nous augmenterons probablement notre budget, qui sera aisément 10 fois plus élevé qu'il ne l'était auparavant.

La situation présente est très différente, probablement en raison des interdictions de voyage. C'est probablement aussi parce que nous avons de l'expertise à offrir dans le cadre de la lutte contre la pandémie, car la plupart de nos employés se sont déjà attaqués à des pandémies dans divers pays. Nous travaillons presque partout où nous avons un bureau.

Au Canada, Médecins Sans Frontières s'occupera du contrôle de la prévention des infections dans les résidences pour aînés et les communautés des Premières Nations.

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

[Français]

Monsieur Thériault, c'est maintenant à vous. Vous disposez de deux minutes et demie.

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

Docteur Liu, vous avez indiqué à juste titre tout à l'heure, à la fin de votre témoignage, qu'il ne fallait pas délaissier les patients qui n'ont pas la COVID-19 et qui sont en attente de soins.

On sait que les autorités, devant un système de santé fragilisé et en manque de ressources de toutes sortes, ont pris la décision de libérer des lits pour qu'il y ait de la place aux soins intensifs pour affronter le pic de la première vague. Il est possible qu'il y ait une deuxième vague qui pourrait nécessiter encore plus de soins intensifs s'il y a plus de mortalité.

Combien de temps cela va-t-il prendre pour s'adapter? Vraisemblablement, il y a des opérations qui sont retardées.

Combien de temps cela va-t-il prendre avant de retrouver un équilibre pour qu'on ne frappe pas un mur à moyen terme?

**Dre Joanne Liu:** Je vous remercie beaucoup de votre question.

C'est sûr que les patients qui n'ont pas la COVID-19 deviennent des patients de deuxième ordre. C'est quelque chose qui a été prouvé dans presque toutes les épidémies. À ce sujet, il y a beaucoup d'exemples en Afrique de l'Ouest. Il est probable que plus de gens ont vu leur santé se détériorer ou sont décédés des suites d'une maladie autre que l'Ebola que de l'Ebola.

C'est pour cela qu'il est essentiel de reprendre des activités médicales pour les patients qui n'ont pas la COVID-19, notamment des services ambulatoires et hospitaliers. C'est là que prend toute sa valeur l'idée d'avoir des hôpitaux consacrés à des patients testés positifs à la COVID-19 et d'autres pour les patients testés négatifs.

Ainsi, un patient qui se présenterait à l'hôpital pour sa fibrose kystique ne serait pas exposé à la COVID-19. Il ne se mettrait pas en danger. Pour moi, c'est important, et je le dis à tout le monde, il faut planifier la relance dès maintenant, et il va falloir apprendre à vivre avec la COVID-19.

Il faut réfléchir à la capacité de recherche quand la deuxième vague va arriver. Il va falloir être novateur. Il va falloir réorganiser les tâches des différentes communautés médicales. Il va probablement falloir demander aux résidents et à nos étudiants en médecine de travailler à un niveau plus élevé.

Il faut vraiment réfléchir à cela, et j'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de plans qui se font dans cette optique, aujourd'hui. On ne peut pas garder éternellement un système de santé en pause. Il y aurait des dommages collatéraux, des situations évitables qu'on aurait pu prévenir, comme le fait que la santé des patients se détériorerait.

S'il y a une chose que vous devez mettre en avant, c'est cela.

• (1605)

**M. Luc Thériault:** Donc, si on allouait...

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé, monsieur Thériault.

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

**Le président:** Merci.

[Traduction]

Nous accorderons maintenant la parole à M. Davies.

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie.

**M. Don Davies:** Monsieur Matthews, le 10 avril 2020, le *Toronto Star* a révélé qu'un envoi de plus de 100 000 écouvillons d'échantillonnage arrivé récemment en Ontario était contaminé et donc inutilisable. Il s'agissait du premier envoi d'une commande passée par le gouvernement fédéral, et des centaines de milliers d'écouvillons du lot contaminé sont en route. Voilà qui m'intrigue. Comment se peut-il que le gouvernement fédéral ait acheté des centaines de milliers d'écouvillons contaminés? Quelles mesures de contrôle de la qualité sont en place dans le cadre d'un approvisionnement en équipement médical? Si de telles mesures sont en place, pourquoi ont-elles échoué dans le cas présent?

**M. Bill Matthews:** Un certain nombre d'éléments entrent en ligne de compte ici. La quantité d'écouvillons reçus et jugés inutilisables est tout à fait juste; j'y reviendrai dans un instant. Il y a une commande à long terme passée auprès d'un fournisseur bien connu qui fournit des écouvillons. Il s'agit pour nous d'une commande essentielle pour assurer un approvisionnement constant.

Dans mon exposé, j'ai précisé que les chaînes d'approvisionnement peinent à combler la demande et que de nouveaux joueurs émergent sur le marché. Les usines accroissent leur production, mais toute augmentation de la capacité s'accompagne de risques. Dans le cas présent, le fournisseur a admis qu'un envoi subséquent présentait des problèmes de qualité et l'a rappelé, mais les envois dont il est question ici n'ont manifestement pas été interceptés à temps.

Par la suite, nous avons collaboré avec notre laboratoire pour voir si ces écouvillons pouvaient être stérilisés afin d'être utilisés dans le réseau. Nous nous attaquons à la question sous cet angle également. La question du contrôle de la qualité dépend de l'article concerné. Les écouvillons dont il est question ici ne posent habituellement pas de problème, puisqu'ils viennent d'un fournisseur connu, mais le marché est survolté. Pour les autres genres de biens que nous achetons, nous procéderons constamment à des tests actifs sur chaque article qui arrive pour en vérifier la qualité. À l'évidence, nous avons modifié les mesures de contrôle de la qualité en ce qui concerne les écouvillons, tout comme l'a fait le fournisseur dans le cas présent. Cela nous met dans une situation quelque peu difficile à court terme, mais nous espérons que le fournisseur a rectifié le tir.

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

Madame Eaton, Santé Canada estime que 11 millions de Canadiens et de Canadiennes feront appel aux services de santé mentale en ligne. Environ deux millions d'entre eux auront besoin de soutien individuel ou d'une thérapie à court terme au rythme de deux à quatre séances par semaine pour traverser la crise, toujours selon les estimations de Santé Canada.

Comment nous assurerons-nous que ces deux millions de personnes qui, je le présume, éprouvent les besoins les plus criants en matière de santé mentale, recevront du soutien individuel?

• (1610)

**Mme Margaret Eaton:** Je pense que le gouvernement a notamment annoncé qu'un fournisseur de soin suivrait ces deux millions de personnes, leur offrant des services de psychothérapie à court terme. Je pense qu'il s'agit d'une estimation généreuse, mais nous ne savons pas vraiment quelles répercussions aura la crise. Mais à dire vrai, c'est du soutien à court terme. Or, nous considérons qu'un nombre plus élevé de Canadiens et de Canadiennes auront besoin de quelque chose, pas seulement au cours des quatre premiers mois, mais à plus long terme. Pour l'heure, nous ignorons qui seront ces gens ou quels seront leurs besoins précis.

C'est là un des grands inconnus. Comment nous assurer que nous sommes en mesure d'accroître notre capacité pour combler tous les besoins qui se manifesteront? C'est à cette fin que nous réclamons le soutien du gouvernement fédéral pour combler les besoins à long terme.

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

Voilà qui met fin au deuxième tour de questions. Nous entameons maintenant le troisième avec M. Webber.

Monsieur Webber, vous avez la parole. Vous disposez de cinq minutes.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins qui comparaissent aujourd'hui. Dans les deux minutes et demie qui me sont accordées, j'interrogerai Margaret Eaton, de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Madame Eaton, merci beaucoup. J'ai vraiment aimé votre exposé d'aujourd'hui. Votre mandat visant à assurer la santé mentale de tous est merveilleux. Ce serait un rêve devenu réalité si nous pouvions concrétiser ce mandat, car à l'heure actuelle, je pense sincèrement que les services de santé mentale manquent cruellement de capacité au Canada, particulièrement au chapitre de la dépendance.

Madame Eaton, vous avez parlé de votre association et de l'aide offerte par l'entremise de son immense réseau comptant 86 divisions disséminées au Canada, 5 000 employés et 10 000 bénévoles qui sont à l'oeuvre dans 330 communautés. Vos lignes sont actuellement fort occupées, la demande étant passée de 25 à 700 appels par jour, comme vous l'avez souligné.

Ma première question est la suivante. Les 5 000 employés ont évidemment reçu une solide formation pour répondre à ces appels, mais vous avez parlé de 10 000 bénévoles. Quelle sorte de formation suivent-ils? Peuvent-ils prodiguer des conseils pour aider quelqu'un qui risque peut-être d'avoir des tendances suicidaires? Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la formation que suivent ces bénévoles?

**Mme Margaret Eaton:** Oui. Les bénévoles répartis dans l'ensemble du pays ont divers rôles. Certains aident aux tâches administratives, tandis que d'autres sont des travailleurs de soutien par les pairs. Ce sont des bénévoles, souvent des gens ayant vécu la maladie mentale, qui ont reçu une formation en soutien offerte par leur direction générale. Certaines personnes sont en situation de crise, mais pas nécessairement suicidaires. Ces cas nécessitent une formation plus poussée, que certains bénévoles ont reçue.

Au pays, les services varient beaucoup d'une région à l'autre. Les rôles sont différents selon le type de ligne de crise et les services de soutien offerts.

Il y a également du personnel rémunéré qui répond au téléphone. En réaction à cet afflux d'appel, beaucoup de centres de l'ACSM du pays ont augmenté le nombre de lignes téléphoniques et renforcé les services d'appui pour avoir la capacité de traiter ces appels. Ils ont réaffecté le personnel chargé de la gestion des programmes ou d'autres fonctions à la réception des appels pour déterminer le niveau de soutien dont les gens ont besoin.

**M. Len Webber:** Excellent.

Comme beaucoup d'autres, j'ai diffusé des numéros de téléphone, notamment le numéro 811 du service de santé Alberta Health Link, ici en Alberta, et aussi celui de la ligne d'assistance en santé mentale. Ce matin, j'ai composé les deux numéros pour connaître le temps d'attente pour obtenir de l'aide. Je suis heureux d'annoncer qu'en Alberta, j'ai pu accéder aux deux services et avoir une réponse immédiate. Je leur ai présenté mes excuses. Comme je ne voulais pas leur faire perdre leur temps, j'ai simplement dit que j'étais désolé et que j'allais bien.

Quoi qu'il en soit, je me demande ce qu'il en est des autres provinces. Les gens peuvent-ils accéder à ces services aussi rapide-

ment que moi partout au pays? Vous avez dit que cela varie beaucoup d'un endroit à l'autre.

• (1615)

**Mme Margaret Eaton:** Oui. L'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, a dû mettre en place de nouvelles lignes de crise. La section provinciale de l'ACSM a étendu ses services; les gens n'avaient aucune ligne d'écoute vers laquelle se tourner. À Woodstock, on observe que le nombre d'appels a augmenté de 50 %, ce qui a nécessité une réaffectation du personnel. Le centre de Moose Jaw a également ouvert une nouvelle ligne de crise. Donc, pour répondre à la demande, les centres améliorent ou réorientent leurs services, ou ajoutent de nouvelles lignes d'écoute téléphonique.

Je pense qu'on a observé une première hausse au cours des deux premières semaines. Je crois comprendre qu'il y a eu une accalmie, mais j'ai été surprise par les commentaires que j'ai entendus cet après-midi au sujet d'une deuxième vague. Nous savons que cela arrive par vagues, par poussées. Nous souhaitons avoir une capacité de soutien suffisante pour offrir aux gens des services pertinents et des services virtuels qui vont au-delà d'un court appel téléphonique.

Beaucoup de programmes vers lesquels les gens avaient l'habitude de se tourner, comme les programmes de rétablissement en groupe, les consultations individuelles ou les centres d'accueil, ne sont plus accessibles. Nous avons dû agir très rapidement pour offrir nos services en mode virtuel. Nous aurons besoin d'aide supplémentaire pour y parvenir et répondre à la demande.

**M. Len Webber:** Eh bien, je vous remercie du travail que vous faites. Je suppose que mes deux minutes et demie sont écoulees. Si ce n'est pas le cas, je vais poser une petite question, monsieur le président.

Elle concerne les autres pays, qui ont évidemment des semaines d'avance sur nous dans la lutte contre cette pandémie. Pour les problèmes de santé mentale... Sommes-nous en mesure de tirer des leçons des expériences de ces autres pays, en particulier en matière de santé mentale?

**Mme Margaret Eaton:** C'est une excellente question. J'ai essayé de communiquer avec des collègues à l'échelle internationale pour obtenir ces informations. Il a été très difficile d'entrer en contact avec eux. Je serai ravie de tenir le Comité au courant de l'évolution de la situation dans le monde à mesure que je recevrai des réponses. Je vous remercie.

**Le président:** Merci, monsieur Webber. Au fait, c'était cinq minutes, et non deux et demi.

Nous passons maintenant à M. Fisher. Monsieur Fisher, vous avez cinq minutes.

**M. Darren Fisher:** Merci beaucoup, monsieur le président. Comme d'habitude, je tiens à remercier tous nos témoins d'aujourd'hui. Je remercie aussi tous nos techniciens de leur présence et de nous endurer deux ou trois heures par jour.

Docteure Liu, voici une citation tirée de chronique parue dans le *Globe and Mail*:

Nos travailleurs de la santé sont notre meilleure et notre dernière ligne de défense en cas de pandémie. Pour leur bien et le nôtre, nous devons protéger leur santé physique et mentale.

Je vous remercie de cette affirmation. Je suis entièrement d'accord sur ce point. Il ne fait aucun doute que la pandémie de COVID-19 entraîne des problèmes de santé mentale chez nos travailleurs de la santé de première ligne.

Je pense à la nécessité, pour les professionnels de la santé, de penser à leur propre santé mentale et physique. Ils doivent penser à leurs patients. Ils doivent également penser à leur famille qui est à la maison, et je pense qu'on a tendance à perdre cet aspect de vue. J'entends parler de beaucoup de gens qui s'isolent de leur famille, tant pour se protéger eux-mêmes et protéger leurs patients que pour protéger leur famille.

Docteure Liu, quelles mesures devrions-nous mettre en œuvre pour mieux assurer le bien-être de nos travailleurs de la santé pendant la pandémie, et peut-être aussi après?

**Dre Joanne Liu:** Sur la façon de mieux les protéger, je pense que les travailleurs de la santé... Nous avons déjà discuté de protection physique, et je sais que M. Matthews y travaille. Je pense qu'il a entendu les demandes à cet égard.

Concernant la protection des travailleurs de la santé dans leur milieu de vie, je pense qu'on n'a pas assez bien informé ces travailleurs sur les mesures à prendre pour protéger leur famille et qu'on n'a pas aidé ceux qui veulent s'isoler en allant habiter ailleurs. Comme je l'ai suggéré, nous pourrions offrir aux gens qui ont une maison intergénérationnelle de loger à l'hôtel pour éviter qu'ils n'infectent leur mère de 75 ans, par exemple. On ne le fait pas vraiment, toutefois. Je pense qu'il y a eu des initiatives un peu partout, mais il n'y a pas de véritables directives à cet égard. Je pense que cela devrait être offert; c'est l'une des choses que nous faisons toujours à Médecins sans frontières. Pendant la crise d'Ebola — une situation différente, j'en suis consciente —, tout le monde logeait à l'hôtel. Chacun avait sa chambre et tout le monde était isolé.

J'insiste sur ce point parce qu'on ne veut pas qu'ils infectent leur famille, et inversement, car s'ils devaient être infectés par leur famille, ils seraient testés, même pour un simple rhume. Or, lorsqu'une personne se fait tester, elle doit la plupart du temps rester isolée de 24 à 48 heures, jusqu'à ce qu'elle ait ses résultats. Une personne infectée est mise en quarantaine pendant deux semaines, voire plus, selon l'évolution de sa condition.

Il y a donc la protection physique et la protection de la santé mentale, et je ne pense pas qu'il y ait dans les différents hôpitaux suffisamment de groupes de parole, comme nous les appelons, soit des groupes de gens à qui se confier, à qui parler. Je pense que les services de santé mentale des hôpitaux devraient aussi être accessibles au personnel, à tout le personnel. À mon avis, ce n'est pas que vraiment le cas actuellement dans de nombreux établissements. Je sais qu'il existe une ligne d'écoute téléphonique où les gens peuvent appeler, mais je pense que les gens aimeraient aussi avoir l'occasion d'échanger en petits groupes dans leur hôpital.

Quant aux autres protections supplémentaires dont personne ne s'occupe, le fait que... Les gens mettent leur vie en danger. Que sommes-nous prêts à faire s'ils contractent l'infection et qu'ils meurent? En tant que pays, sommes-nous prêts à assumer nos responsabilités pour les personnes qui ont mis leur vie en danger et fait le sacrifice ultime? Je constate qu'il n'y a pas eu de beaucoup de discussions sur le sujet jusqu'à maintenant. Je sais que cela a été abordé lors de la crise du SRAS, en Ontario, mais si je ne me trompe pas, il n'y a pas eu de véritables conversations à ce sujet. Je n'en ai pas entendu parler.

Je pense que l'évolution à long terme sera un aspect important. Je ne suis pas spécialiste en la matière; je pense que Mme Eaton en sait beaucoup plus que moi. La plupart du temps, les gens peuvent s'en sortir pendant la phase aiguë, mais le TSPT se manifeste deux

ou trois mois plus tard. C'est ce que j'ai constaté à Médecins sans frontières. Que faisons-nous pour prévenir cela? Je pense que nous devrions être beaucoup plus proactifs pour nous assurer que cela n'arrivera pas.

Merci beaucoup.

• (1620)

**M. Darren Fisher:** Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

**Le président:** Non, vous avez légèrement dépassé le temps imparti.

**M. Darren Fisher:** Merci, docteure Liu.

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

Nous passons maintenant à Mme Jansen.

Madame Jansen, vous avez cinq minutes.

**Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC):** Merci.

Merci à tous de participer à cette réunion aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Eaton. J'ai entendu une histoire réellement sordide concernant deux agriculteurs actuellement acculés à la faillite. Ils discutaient des façons de faire passer leur suicide pour autre chose afin que leurs épouses puissent toucher l'assurance-vie. J'ai ensuite entendu le premier ministre annoncer que les restrictions ne seraient pas levées tant qu'un vaccin ne serait pas disponible. J'ai eu le cœur brisé, car beaucoup de gens vivent des heures incroyablement sombres en ce moment. Il semble qu'affirmer qu'il faudra attendre un vaccin pourrait être la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Pensez-vous que ce genre de message, qui porte à penser qu'il n'y a vraiment pas de lumière au bout du tunnel, représente un danger pour les personnes qui ont de la difficulté à composer avec les restrictions en place? Je ne pense pas que ces gens appelleront à une ligne d'assistance téléphonique, comme la Dre Liu l'a mentionné.

**Mme Margaret Eaton:** C'est vrai. C'est une période sombre pour beaucoup de gens. Je pense que c'est l'un des aspects les plus difficiles: nous ne savons pas quand cela finira. C'est un facteur très anxiogène en ce moment, et un sentiment de désespoir peut se manifester. Je suis très attristée par l'histoire de ces deux agriculteurs.

**Mme Tamara Jansen:** Pensez-vous que le gouvernement pourrait diffuser un message plus optimiste que celui qui est véhiculé actuellement?

**Mme Margaret Eaton:** C'est intéressant. Je crois qu'il faut une réponse équilibrée. Il faut dire qu'on ne sait pas quand tout cela finira, tout en nous faisant rassurants en disant que nous allons nous en sortir, et que nous y arriverons tous ensemble. Voilà l'équilibre nécessaire, à mon avis.

• (1625)

**Mme Tamara Jansen:** D'accord. Merci. Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse à M. Matthews.

Vous avez tenu certains propos que j'ai trouvés très intéressants. Dans mon ancienne vie, je travaillais dans le domaine de l'approvisionnement à l'étranger. Pendant les périodes de fabrication, nous avions toujours des gens sur le terrain partout où nous allions chercher nos produits, surtout parce qu'en période de demande élevée, comme vous pouvez le constater, la production se fait parfois à un endroit qu'on ne connaît pas, même si on fait affaire avec un fournisseur connu.

Je me demande simplement pourquoi SPAC n'aurait pas de gens sur le terrain. Pourquoi s'en remettrait-on aux fabricants? Autrement, ce n'est que lorsqu'un produit arrive au Canada qu'on découvre s'il y a eu un pépin.

**M. Bill Matthews:** Je pense que la réponse est quelque peu nuancée, monsieur le président.

Les activités de SPAC sont en grande partie basées au Canada. Dans nos achats traditionnels, nous aurions affaire à un fournisseur canadien, qui serait notre intermédiaire avec le fabricant. La députée a évoqué son expérience dans le domaine de l'approvisionnement. En période de forte demande, il faut adopter une approche différente.

Premièrement, concernant la présence de gens sur le terrain, nous travaillons avec notre ambassade. Nous avons des gens en Chine, et ils...

**Mme Tamara Jansen:** Sont-ils des professionnels de la santé? Comprendront-ils le niveau de qualité que vous recherchez?

Peuvent-ils aller à ces usines, examiner les produits qui y sont fabriqués et effectuer les vérifications sur place, plutôt que de les faire ici au Canada?

**M. Bill Matthews:** En partie, oui. Nous avons l'ambassade, mais nous ajoutons l'expertise de tierces parties, des gens qui possèdent ce type d'expertise.

Sur le terrain en Chine, nous effectuons quelques types de vérification. Nous examinons l'entreprise, l'usine de fabrication, de façon générale. Il est très important de savoir quels fabricants en Chine sont en mesure d'exporter facilement des produits et ceux qui ne sont pas en mesure de le faire, ainsi que ceux qui fabriquent des produits de qualité médicale.

Nous avons ensuite fait des ajustements au pied levé, comme je l'ai mentionné, pour recevoir les produits sur place. Une inspection rapide est effectuée dans la majorité des cas. Pour certains types d'équipement, et les masques N95 sont un excellent exemple, vous avez besoin d'une machine pour faire un test...

**Mme Tamara Jansen:** Pouvez-vous apporter la machine à l'usine, ou ce test peut-il seulement être réalisé au Canada?

On obtiendrait souvent des échantillons, que l'on vérifierait par la suite.

**M. Bill Matthews:** Nous faisons les tests au Canada à l'heure actuelle. Lorsque nous avons commencé, nous les faisons ailleurs. Les tests sont effectués au Canada. Nous testons des lots, donc...

**Mme Tamara Jansen:** Ce n'est pas en Chine, alors.

**M. Bill Matthews:** Monsieur le président, les tests des masques N95 ne sont pas réalisés en Chine à l'heure actuelle. Nous examinons des moyens d'accélérer les tests pour améliorer la qualité, mais les commentaires que nous...

**Mme Tamara Jansen:** Je suis désolée. J'ai une autre question. Je veux la poser durant mes cinq minutes. Désolée.

Mon autre question porte sur ce que vous avez dit à propos des commandes année après année. À l'époque, lorsque je m'occupais des ventes, nous faisons toujours une comparaison d'une année à l'autre. Bien entendu, dans le secteur privé, si vous perdez une vente, ce ne sera pas reluisant dans le bilan financier. Avez-vous un mécanisme en place pour vérifier votre année?

Je sais qu'il n'y a aucune récompense pécuniaire pour nous assurer que tout le monde achète ce dont il a besoin, mais vous auriez peut-être remarqué que vous avez raté certaines commandes si vous aviez cette comparaison d'année en année, ou peut-être une comparaison sur cinq ans.

**M. Bill Matthews:** Je pense que compte tenu des circonstances actuelles, monsieur le président, une comparaison d'une année à l'autre... Je ne veux pas dire que c'est inutile, mais nous sommes dans un monde où le volume dépasse largement ce à quoi nous étions habitués. Nous traitons avec des entreprises avec lesquelles nous n'avions jamais traité auparavant, si bien...

**Mme Tamara Jansen:** Bien sûr, exactement, mais dans l'emploi que j'occupais dans le passé, on examinait toujours où les ventes avaient été effectuées auparavant pour s'assurer que ces gens qui avaient des réserves les maintiennent avant que les produits viennent à expiration, pour maximiser les stocks.

**M. Bill Matthews:** De toute évidence, le rendement et le bilan des fournisseurs sont très importants pour nous, si bien que nous avons communiqué avec nos relations existantes et avons acheté les produits sur les tablettes. Le rendement est primordial.

Je vais m'arrêter ici, monsieur le président.

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

[Français]

Monsieur Thériault, c'est de nouveau à vous. Vous disposez de deux minutes et demie.

[Traduction]

**Mme Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.):** Excusez-moi, monsieur le président, mais ne suis-je pas la prochaine sur la liste?

**Le président:** Je m'excuse.

Docteur Jaczek, la parole est à vous. Vous avez cinq minutes. On vous écoute.

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

Je veux remercier tous les témoins que nous avons entendus aujourd'hui. En cette période plutôt pénible en Ontario, au plus fort de la première vague, il était particulièrement important d'entendre les témoignages de l'ACSM et de Mme Eaton.

Je vais prendre l'exemple du livre de mon collègue Tony Van Bynen pour insuffler un peu d'optimisme. Je vais citer Harriet Beecher Stowe, « N'abandonnez jamais, car c'est justement à ce moment-là que le vent tournera ». Nous espérons que nous arriverons à voir la lumière au bout du tunnel.

Merci infiniment aux gens de l'ACSM de tout ce que vous faites, et avec le nouveau portail Web de la santé que la ministre Hajdu a annoncé aujourd'hui, nous savons que vous continuerez de faire de l'excellent travail.

Ma question s'adresse à la Dre Liu. Docteure Liu, nous avons beaucoup entendu parler à ce comité du rôle du gouvernement fédéral par rapport aux provinces qui, bien entendu, jouent un rôle de premier plan dans la prestation des soins de santé au pays, et même du rôle des autorités sanitaires locales. Le gouvernement fédéral a émis des lignes directrices nationales sur un certain nombre de sujets différents liés à l'utilisation de l'EPI et aux établissements de soins de longue durée, qui ont été communiquées par la ministre des Aînés au fédéral.

J'aimerais connaître votre opinion sur la situation actuelle relativement à ce que nous espérons être une approche fortement axée sur la collaboration. Pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait peut-être aller au-delà des lignes directrices dans une situation de pandémie?

• (1630)

**Dre Joanne Liu:** C'est une question très délicate et une bonne question. Je pense que nous sommes confrontés à ce type de situation régulièrement, mais pas à cette échelle. Dans une certaine mesure, pour couper court, je pense qu'en période de pandémie, lorsque tout le monde est confronté à une pénurie de ressources, le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle accru, car il a la vue d'ensemble. Tous les autres ont l'optique provinciale. Je pense que cette proposition a de la valeur.

Par exemple, si on regarde l'approvisionnement en respirateurs, le groupe d'experts dira, « Nous avons tant de respirateurs ». Comment allons-nous redistribuer les 50 000 respirateurs additionnels que le gouvernement fédéral a? Qui a la vue d'ensemble? C'est davantage le gouvernement fédéral que le gouvernement provincial. Il peut essayer de faire une redistribution équitable pour répondre aux besoins.

Il semble également y avoir la mentalité du « chacun pour soi », mais nous devons reconnaître qu'il peut y avoir des endroits... Si nous étions aux prises au Québec avec un scénario comme celui de New York, par exemple, j'espère que les autres instances feraient leur part. Nous l'avons vu récemment, lorsque nous avons obtenu de l'aide de l'Ouest.

Il faut que cela se concrétise et que le gouvernement fédéral assume un rôle accru. S'il a toujours une vue d'ensemble de la situation et aide en redistribuant les ressources de façon collégiale, ce pourrait être utile. Je sais que c'est une pente très glissante, sachant que la situation est en grande partie gérée au niveau provincial.

**Mme Helena Jaczek:** Vous avez mentionné de fournir de l'équipement de protection individuelle. Y a-t-il d'autres secteurs? On a laissé entendre que la collecte de données varie et que les gens n'utilisent pas la même méthodologie pour utiliser les tests. Vous avez même mentionné dans votre déclaration liminaire que les professionnels de la santé devraient être testés régulièrement s'ils travaillent auprès de patients atteints de la COVID-19.

Voyez-vous d'autres aspects, outre l'EPI, où le gouvernement fédéral devrait assumer un rôle accru durant une pandémie?

**Dre Joanne Liu:** Je pense que c'est en grande partie une question de ressources, et nous devons veiller à ce que si nous affrontons l'adversité en tant que pays, nous pouvons également unir nos efforts et nous entraider. Ce devrait être aussi valable pour les ressources humaines et les compétences, et oui, nous devrions harmoniser la collecte de données et les définitions des concepts. J'estime qu'il faut harmoniser nos façons de procéder, sans toutefois être une dictature. Cette harmonisation devrait être effectuée, car si nous

pouvions parler la même langue, nous aurions une vue d'ensemble plus claire de ce qui se passe au pays pour nous entraider.

J'espère que les provinces et les territoires feront preuve de solidarité.

• (1635)

**Le président:** Merci, docteure.

[Français]

C'est maintenant le tour de Mme Vignola.

Madame Vignola, vous disposez de deux minutes et demie.

**Mme Julie Vignola (Beauport—Limoilou, BQ):** Je vais poser une question à M. Matthews. J'en ai aussi pour Mmes Liu et Eaton, mais je n'ai que deux minutes et demie.

Vous avez mentionné que vous vous approvisionnez en désinfectants auprès de Fluid Energy Group. D'où exactement viennent les désinfectants qu'utilise cette compagnie? Les produit-elle elle-même ou s'approvisionne-t-elle ailleurs?

**M. Bill Matthews:** Je vous remercie de votre question.

Dans le cas de Fluid Energy Group, la compagnie a fabriqué elle-même le désinfectant à mains.

**Mme Julie Vignola:** D'accord. Je sais que plusieurs distilleries, tant au Québec qu'au Canada, ont changé leur production pour fabriquer différents désinfectants. C'est pour cela que je voulais savoir si ces compagnies approvisionnaient Fluid Energy Group.

Je sais que, à l'échelle mondiale, on a des difficultés à se procurer du réactif pour les tests. Je me demande quel est ce réactif, s'il existe un réactif alternatif aussi bon, aussi sécuritaire et aussi fiable sur le plan des résultats et si nous pouvons le produire nous-mêmes. Avons-nous les infrastructures nécessaires pour le faire?

[Traduction]

**M. Bill Matthews:** Merci de la question. Je vais y répondre en anglais. C'est un peu technique pour moi.

Le réactif est un produit chimique nécessaire pour les tests traditionnels. Notre principale source d'approvisionnement était une entreprise dans le passé, et il y a une pénurie mondiale, comme le membre l'a mentionné, monsieur le président, si bien que nous faisons maintenant appel à des entreprises au Canada pour fabriquer le réactif afin de combler les lacunes, ce qui s'accompagne de son lot de défis. Il y a un certain type de produit chimique appelé guanidine, et il est un peu difficile de s'en procurer, mais on en a déjà une certaine quantité et on en achète plus. Nous sommes donc sur la bonne voie de fabriquer le réactif au Canada pour combler les lacunes en raison de la pénurie mondiale.

**Le président:** J'ai perdu l'interprétation pour l'intervention de Mme Vignola.

Est-ce que tout le monde y a accès?

Madame Vignola, pouvez-vous vérifier votre microphone? Quelque chose a changé, car lorsque vous avez commencé, tout allait parfaitement bien. Pouvez-vous vous assurer de parler dans votre microphone? Je vois que vous avez un casque d'écoute. Essayez-le. On n'entend rien.

Suspendons brièvement nos travaux pendant que nous réglons le problème, s'il vous plaît...

[Français]

**Mme Julie Vignola:** M'entendez-vous, maintenant?

[Traduction]

**Le président:** Très bien, tout le monde peut entendre Mme Vignola. La réunion peut continuer. Merci.

Madame Vignola, veuillez poser votre question à nouveau.

[Français]

**Mme Julie Vignola:** Mesdames Liu et Eaton, au début de vos témoignages, j'entendais un cri d'alarme, un appel à l'aide. Qu'est-ce que le Canada, les territoires, le Québec et les autres provinces peuvent faire pour alléger la tension que vous vivez? Pour pouvoir prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de soi.

Ma question concerne principalement les intervenants de première ligne, car ils doivent eux aussi se sentir en sécurité pour être en mesure de bien aider les autres. Qu'est-ce qu'on peut faire concrètement pour les aider?

● (1640)

[Traduction]

**Mme Margaret Eaton:** Comment pouvons-nous nous entraider? Je pense qu'il est très important de réfléchir au contexte de la santé mentale au Canada. Nous savons que la santé mentale n'est pas autant financée que la santé physique, qu'il n'y a pas de parité. La Commission de la santé mentale du Canada recommande que 9 % du budget de la santé soient consacrés à la santé mentale et, à l'heure actuelle, c'est seulement environ 7 %. Bien que nous ayons enregistré d'importantes augmentations de fonds versés par le gouvernement fédéral au cours des dernières années, nous ressentons les effets de ce manque de financement. De plus en plus de Canadiens signalent que l'anxiété et la dépression sont à des niveaux presque pandémiques au pays, donc les pressions additionnelles causées par la pandémie ont considérablement fait augmenter ces besoins.

Nous sonnons l'alarme et signalons qu'il faut faire plus. Il faut débloquer plus d'investissements à tous les niveaux de la santé mentale pour veiller à combler les lacunes existantes et à répondre à de nouveaux besoins.

J'exhorte le gouvernement à maintenir les communications. Veuillez discuter avec vos partenaires clés comme l'ACSM, pour nous aider à vous aider, à mesure que nous traversons cette pandémie ensemble, à trouver les types de réactions pour lesquelles des investissements doivent être effectués. Il y a des choix que nous devons faire au cours de la prochaine année ou deux.

[Français]

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

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre M. Davies pour deux minutes et demie, s'il vous plaît.

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

Monsieur Matthews, il y a environ deux mois, les membres du Comité de tous les partis ont fait part de leurs grandes inquiétudes quant au nombre de ventilateurs au Canada. À ce moment-là, nous estimions avoir 5 000 ventilateurs au pays. Bien sûr, nous avons tous été frappés par les images tragiques des médecins en Italie et ailleurs qui avaient la lourde tâche de décider quels patients auraient droit à un ventilateur. Je suis heureux de vous entendre dire

que nous avons commandé plus de 30 000 ventilateurs à diverses entreprises, dont certaines sont canadiennes.

Nous avons exprimé nos inquiétudes il y a quelques mois de cela. Pouvez-vous nous donner une idée — la plus précise possible — du moment où nous recevrons ces ventilateurs et pourrons les utiliser au Canada?

**M. Bill Matthews:** Vous abordez un enjeu très important dans votre question.

Les ventilateurs se font rares partout dans le monde. Ils ne sont pas sur les tablettes. Ils arriveront par petits nombres au cours des prochaines semaines, jusqu'en mai.

Je crois que la clé de la stratégie canadienne relative aux ventilateurs, c'est la capacité nationale. Nous avons récemment passé un marché avec trois entreprises canadiennes — l'une d'entre elles étant un consortium —, qui fabriqueront chacune 10 000 ventilateurs. C'est un achat rapide. Nous voulons pouvoir les utiliser très, très rapidement par ce que le besoin est assez urgent.

C'est le réel objectif. Alors que nous attendons la livraison des ventilateurs provenant d'ailleurs, nous allons développer notre capacité nationale pour répondre à la pénurie actuelle, qui est importante.

**M. Don Davies:** Monsieur Matthews, pouvez-vous nous faire une mise à jour au sujet de l'obtention et du déploiement des ventilateurs au cours des prochaines semaines et des prochains mois? Nous aurions une meilleure idée de la progression de la situation.

**M. Bill Matthews:** Je peux certainement vous parler de la réception des ventilateurs. En ce qui a trait à leur distribution, il vous faudrait poser la question aux représentants de l'Agence de la santé du Canada, puisque c'est elle qui distribue les ventilateurs dans les provinces.

**M. Don Davies:** Merci.

Ma dernière question est pour la Dre Liu. Je sais que vous avez été directement témoin de nombreuses pandémies dans le monde. Hier, l'administratrice provinciale des soins de santé de la Colombie-Britannique s'est dite inquiète de l'écllosion de coronavirus à l'Établissement de Mission, un établissement correctionnel fédéral à sécurité minimale, où 41 personnes ont été infectées par la maladie, dont sept sont à l'hôpital. Selon les données communiquées au cours de la fin de semaine, plus de 100 détenus et agents correctionnels travaillant dans des établissements fédéraux ont été déclarés positifs à la COVID-19.

Étant donné votre expérience sur la scène mondiale, auriez-vous des conseils à donner au Comité sur la meilleure façon de gérer la COVID-19 chez une population comme les détenus, qui se retrouve dans une position pour le moins exceptionnelle?

● (1645)

**Dre Joanne Liu:** C'est une très bonne question.

Nous nous attaquons à ce problème au moment où l'on se parle, et nous travaillons aussi avec les divers centres de détention ailleurs dans le monde.

Dans les faits, la seule mesure que nous pouvons prendre, c'est la distanciation physique. Nous tentons de la mettre en pratique le plus possible. Cela signifie que tous les détenus restent dans leur cellule et qu'il n'y a plus de repas communautaires. Nous avons complètement changé la routine, mais c'est la seule chose que nous puissions faire pour éviter la propagation du virus. Nous devons prendre soin des détenus infectés et les placer dans une section distincte.

Je ne crois pas que les centres de détention soient prêts à faire face à une telle situation. Ils auront besoin de ressources humaines supplémentaires, des services de santé publique ainsi que des services de prévention et de contrôle des infections pour pouvoir gérer la situation.

Votre question est très pertinente et il faudra y répondre.

**Le président:** Merci, monsieur Davies. Je remercie tous les intervenants. Voilà qui met fin à la troisième série de questions.

Je remercie tous les participants d'avoir pris le temps d'être avec nous aujourd'hui. Vous nous avez fourni des renseignements très importants. Merci d'avoir si bien répondu à nos questions.

Je remercie également tous les membres du Comité.

De plus, nous tenons à remercier le personnel et les techniciens de la Chambre des communes alors que nous tentons tous ensemble de régler les problèmes. Nous allons y arriver, ensemble.

Merci tout le monde.

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>