



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 024

Le mercredi 27 mai 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le mercredi 27 mai 2020

• (1600)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 24^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Conformément à l'ordre de renvoi du 26 mai 2020, le Comité poursuit aujourd'hui sa séance d'information sur la réponse canadienne à l'écllosion du coronavirus.

Conformément à la motion adoptée par la Chambre le 26 mai 2020, le Comité pourra continuer à siéger pratiquement jusqu'au lundi 21 septembre 2020 pour examiner des questions liées à la pandémie de la COVID-19 et à d'autres sujets. En plus de recueillir des témoignages, le Comité peut désormais examiner aussi des motions, qui seront décidées par un vote par appel nominal. Enfin, la Chambre a également autorisé notre comité à mener certaines de ses délibérations à huis clos dans le but précis d'étudier des projets de rapport ou de procéder à la sélection des témoins.

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

Pendant cette vidéoconférence, l'interprétation se fera à peu près comme dans une séance normale du Comité. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, l'anglais ou le français. Veuillez parler lentement et clairement, en vous assurant de garder votre micro devant votre bouche, conformément aux instructions reçues lors de la vérification du son.

Si vous avez l'intention de vous exprimer dans les deux langues officielles, assurez-vous de sélectionner la langue appropriée avant de commencer à parler. Par exemple, si vous voulez parler en anglais, choisissez le canal anglais avant d'intervenir. Cela garantira une meilleure qualité de son pour l'interprétation. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole, sauf pendant la période des questions, auquel cas les témoins peuvent intervenir comme il se doit pour répondre aux questions des députés. Quand vous êtes prêt à parler, cliquez sur l'icône du microphone afin d'activer votre micro. Si des membres du Comité veulent demander la parole en dehors de la période d'intervention qui leur est réservée, ils devront activer leur micro et déclarer qu'ils invoquent le Règlement. Je vous rappelle que toutes les observations des députés et des témoins doivent être faites par l'entremise du président. En cas de difficultés techniques, alertez sans tarder le président ou la greffière, et notre équipe technique se chargera de faire le nécessaire.

Je voudrais également attirer votre attention sur le coin supérieur droit de votre écran. Vous pouvez choisir entre l'affichage par intervenant et l'affichage galerie, si vous utilisez un ordinateur. Si vous

choisissez l'affichage galerie, vous serez en mesure de voir tous les participants dans une grille. Ainsi, tous les participants à la vidéoconférence pourront se voir les uns les autres.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins. Chacun d'eux disposera de 10 minutes pour faire une déclaration préliminaire, après quoi il y aura, comme d'habitude, les séries de questions des députés.

Nous accueillons Angela Marie MacDougall, directrice générale de l'organisme Battered Women's Support Services. Nous recevons également Conrad Sauvé, président et chef de la direction de la Croix-Rouge canadienne. Il y a aussi Fiona York, coordinatrice et administratrice du Carnegie Community Action Project. Nous accueillons également le Dr Homer Tien, président-directeur général d'Ornge. Enfin, nous entendrons Nancy Polsinelli, dirigeante principale administrative par intérim de la Région de Peel.

Nous allons commencer par Mme MacDougall.

Mme Angela MacDougall (directrice générale, Battered Women's Support Services): Bonjour et merci, monsieur le président, madame la greffière, mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Créé en 1979, l'organisme Battered Women's Support Services, ou BWSS, a pour mission de mettre fin à la violence sexiste en changeant les idéologies historiques à la base de la discrimination à l'égard des femmes grâce à l'éducation, à la défense des droits et aux services de soutien afin d'aider les femmes touchées par la violence sexiste. Notre objectif est d'éliminer la violence et de travailler dans une perspective intersectionnelle axée sur le féminisme, la lutte contre l'oppression et la décolonisation, le tout en vue de favoriser l'équité et l'émancipation pour toutes les femmes.

Basé à Vancouver, en Colombie-Britannique, BWSS est un organisme de bienfaisance non partisan, constitué en société à but non lucratif à l'échelle fédérale. Nos activités sont dirigées par un conseil d'administration indépendant, et nous travaillons en collaboration avec des organismes semblables partout au Canada et à l'étranger.

Au cours des 17 dernières années, BWSS a acquis un savoir-faire unique et mis au point une approche intersectionnelle qui tient compte du chevauchement des identités et des facteurs d'oppression complexes, ainsi que des désavantages qui ont une incidence sur les femmes et qui contribuent à leur assujettissement et à leur vulnérabilité à la violence sexiste, notamment à la violence domestique et sexualisée.

Nous accomplissons notre mandat par la prestation directe de services. Ainsi, en 2019, nous avons répondu à plus de 18 000 demandes de services, ce qui comprend notre ligne d'écoute téléphonique, nos services de counselling, nos groupes de soutien, nos services juridiques et de défense des droits, nos services d'aide à l'emploi, ainsi que nos programmes pour les femmes autochtones, les femmes noires et les femmes latino-américaines.

• (1605)

Nous proposons également des formations axées sur les compétences pour les professionnels, les systèmes et groupes communautaires, les bénévoles et d'autres personnes. Les ateliers de formation et les ateliers pédagogiques sont fondés sur des cadres théoriques rigoureux qui englobent la théorie et la pratique en matière de traumatismes, de socioculture et d'intersectionnalité.

Nos actions sont menées sur les fronts juridique, institutionnel et systémique et elles visent à améliorer le statut des femmes au Canada et à répondre à la violence sexiste.

Je parle aujourd'hui au nom des Battered Women's Support Services — ou, si vous voulez, les services de soutien aux femmes battues —, par l'intermédiaire desquels notre équipe de bénévoles et d'employés fournit des services de soutien de première ligne pour venir en aide aux survivantes de la violence sexiste. Pratiquement, cela signifie des interventions en situation de crise, du counselling et des services de représentation juridique.

Comme c'est le cas avec des services comme les nôtres ailleurs en Colombie-Britannique et au Canada, les femmes qui s'adressent à nous sont aux prises avec la violence faite aux femmes et la violence sexiste — notamment la violence domestique et sexuelle —, la pauvreté, des logements insalubres et précaires, la toxicomanie et les problèmes de santé mentale, le travail du sexe et l'exploitation sexuelle, ainsi que des systèmes immunitaires mal en point, résultat de l'exposition à l'ensemble de ces facteurs.

Pour les femmes de nos communautés, la pandémie de COVID-19 amène son lot de problèmes particuliers. Nos services et nos programmes constituent la réponse communautaire vitale qui peut changer le cours des choses. Le travail de nos organismes consiste notamment à réduire l'isolement et à fournir des services de soutien essentiels qui améliorent la sécurité des femmes et les maintiennent en vie. Nos services de soutien couvrent les interventions en cas de crise, de violence domestique et de violence sexuelle.

L'année dernière, j'ai eu le privilège de me rendre en Chine et, grâce à ces contacts et réseaux, nous avons appris que la quarantaine donnait lieu à une augmentation des cas de violence domestique. Nos homologues chinois ont cité la pandémie de COVID-19 comme étant la principale cause dans 90 % des cas. Les observations de nos homologues chinois à Pékin, Guangzhou et Jinzhou ont été sans équivoque. Il est important d'assurer le maintien des services, d'étendre ou de modifier les services existants et de prendre toutes les mesures possibles pour informer les femmes des services offerts.

Au début du mois de mars, les services d'aide aux femmes battues ont réfléchi à ces taux de violence potentiellement accrus et se sont efforcés de faire face à ce problème. Nous savons à quel point il est important d'être souples et créatifs, et c'est pourquoi nous avons étendu notre offre de services directs pour couvrir les 24 heures de l'horloge et les 7 jours de la semaine. Nous avons

ajouté la possibilité de nous contacter par courriel ainsi qu'un numéro d'appel gratuit.

Nous avons consacré la page d'accueil de notre site Web à la COVID-19 et nous en avons profité pour y relayer des informations spécifiques à la violence, notamment des plans de sécurité, des indications sur la façon d'aider une amie, une voisine ou un membre de la famille, ainsi qu'une liste de refuges et de logements de transition au Canada et à l'étranger. Nous poursuivons la mise en œuvre de notre plan de communication exhaustif en utilisant les médias sociaux et les médias grand public, la publicité, les blogs et les courriels.

Nous avons plaidé aussi fermement que possible auprès des administrations municipales, des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral afin que l'on nous accorde un financement sans restriction pour nous permettre d'acheter des fournitures, de modifier nos services et d'accroître notre effectif. Nous avons cherché à nous engager auprès des bureaux de santé provinciaux et fédéraux pour les inciter à diffuser des messages sur leurs plateformes afin d'informer les victimes de violence sexiste que leur sécurité physique est plus importante que la distanciation sociale, et qu'elles devraient solliciter de l'aide en téléphonant à une ligne de crise ou en envoyant un texto.

Nous continuons à utiliser des mesures originales pour mener des actions de sensibilisation et de suivi par le truchement de réseaux à distance, et nous maintenons notre bureau physique pour les visites sans rendez-vous et les rendez-vous individuels en personne.

Grâce à ces efforts, la demande pour nos services a augmenté de plus de 300 %. Les appels se sont répartis en sept thèmes généraux: les femmes qui se sont sorties d'une relation de violence et chez qui les réactions post-traumatiques et les tendances suicidaires ont augmenté; les femmes qui vivent actuellement avec un partenaire violent et qui cherchent des moyens d'assurer leur sécurité et de comprendre leur situation; les collègues de travail des femmes qui vivent avec un partenaire violent et dont le travail à domicile a eu un impact sur leur capacité à les aider comme elles le faisaient avant le confinement; les membres de la famille qui veulent savoir comment ils peuvent aider leur sœur, leur mère, leur tante, leur cousine, qu'ils savent être dans une relation de violence; les voisins qui avaient déjà eu connaissance ou qui venaient de prendre connaissance de l'existence d'une femme dans leur immeuble ou leur communauté et qui cherchaient des solutions; des professionnels qui voulaient être consultés sur la manière dont ils pouvaient aider leurs clients dans le cadre de COVID-19; et des enfants et des jeunes qui, toute leur vie, avaient été témoins de la violence faite à leur mère et qui appelaient pour discuter de la manière dont ils pouvaient planifier leur sécurité, celle de leur mère et celle de leurs frères et sœurs.

• (1610)

Les facteurs contributifs que nous avons identifiés grâce à notre travail de première ligne des trois derniers mois sont l'insécurité économique et le stress lié à la pauvreté; l'impact très réel de l'isolement social et de la quarantaine; l'augmentation de la consommation d'alcool et d'autres substances, licites et illicites; l'exposition à des relations d'exploitation; la réduction de la disponibilité des services de santé et de l'accès aux premiers intervenants; la réduction des contacts avec les écoles, les voisins, les coiffeurs, etc.; la peur de demander de l'aide ou de quitter la maison; l'incapacité à échapper temporairement à des relations abusives et à des partenaires abusifs; et l'exposition à une violence permanente, y compris la violence dans la communauté, comme le harcèlement sexuel de la part des propriétaires. Les femmes ont été profondément touchées par la réduction des services, chacun des organismes de services étant lui-même occupé à répondre à ses propres besoins en matière de personnel et de distanciation sociale. Il convient aussi de mentionner qu'au début de l'application des consignes de distanciation sociale, le soutien financier faisait cruellement défaut.

Dans le passé, les femmes contactaient leur service de soutien par téléphone lorsqu'elles ou leur partenaire violent étaient au travail ou en dehors de la maison. Avec les restrictions liées à la COVID-19, les femmes ont moins de possibilités de quitter la maison et, par conséquent, les occasions qu'elles ont d'appeler un service de soutien, tel qu'un refuge, s'en trouvent réduites. De nombreux refuges et de nombreuses maisons de transition sont des espaces de vie communs, avec des cuisines, des buanderies et des aires communes. Dans certains cas, les chambres sont partagées et, dans la plupart des cas, les salles de bain le sont aussi. Ce type d'environnement n'est pas propice à la distanciation sociale, et de nombreuses femmes que nous avons placées dans des maisons de transition sont parties, invoquant un trop grand isolement pendant le confinement. Voyant cela, nous avons fait appel au secteur privé — tout en continuant de travailler avec les maisons de transition — et nous disposons maintenant d'un étage de chambres dans un hôtel de Vancouver, où nous avons placé 15 femmes et 6 enfants sur une base temporaire.

Au resserrement des mesures de quarantaine à domicile liées à la COVID-19 s'ajoute le fait que les partenaires abusifs utilisent l'isolement, la coercition, les menaces, la violence psychologique, l'exploitation financière, la maltraitance des enfants et des animaux de compagnie ainsi que leurs privilèges pour maximiser leur pouvoir et leur contrôle, et exercer de la violence sur leurs victimes. Et cette violence fait des morts.

En un mois, il y a eu 11 meurtres de femmes. Le 1^{er} avril, une femme de 41 ans a été assassinée par son partenaire de 35 ans, en Ontario. Le 1^{er} avril, une femme de 33 ans a été tuée par son partenaire domestique à Brockville, en Ontario. Le 2 avril, Tracey MacKenzie a été tuée par son partenaire à Hammonds Plains, en Nouvelle-Écosse. Le 8 avril, Tina Seminara, 61 ans, a été agressée par son mari à Osoyoos, en Colombie-Britannique, et elle est morte une semaine plus tard des suites de ses blessures. Le 11 avril, Julie Racette, une femme de 33 ans, a été tuée par son partenaire à Winnipeg, au Manitoba.

Le 17 avril, une femme a été agressée à Portapique, en Nouvelle-Écosse, par son conjoint de fait de longue date. Elle a réussi à s'échapper et s'est cachée dans les bois. L'homme s'est alors lancé dans ce qui est devenu la fusillade de masse la plus meurtrière de l'histoire du Canada, tuant 22 personnes en tout. Le même homme

avait l'intention de tuer son ex-femme. Brittany Ann Meszaros, 24 ans, a été tuée par son conjoint de fait à Calgary le 27 avril. Le 1^{er} mai, Tina Tingley-McAleer, une femme de 43 ans dont on a dit qu'elle était une sœur extraordinaire et mère formidable a été tuée par son partenaire domestique à Hillsborough, au Nouveau-Brunswick. Le 4 mai, dans la campagne du comté de Strathcona, en Alberta, Lois Paterson-Gartner, 55 ans, et sa fille de 13 ans ont péri dans un meurtre-suicide perpétré par un homme avec qui elles vivaient.

Le nombre de meurtres commis ces derniers temps constitue un pic statistique dans la violence meurtrière des misogynes. Il appartient au Canada de renforcer la matrice communautaire des services de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des hommes. Pour nous, peu importe qu'il s'agisse de la période qui a précédé la COVID-19 ou de maintenant, avec le relâchement des mesures de distanciation sociale, nous continuons à faire notre travail. Nous savons que la violence sexiste était déjà une pandémie. Notre travail sur la ligne de front nous a appris que pour chaque femme qui est tuée, des milliers d'autres vivent dans la peur.

Je vous remercie.

• (1615)

Le président: Merci, madame MacDougall.

Nous allons maintenant passer à M. Sauvé.

Monsieur Sauvé, c'est à vous. Vous avez 10 minutes.

[Français]

M. Conrad Sauvé (président et chef de la direction, Croix-Rouge canadienne): Bonsoir, monsieur le président. Je vous remercie de m'accueillir parmi vous.

Je m'appelle Conrad Sauvé et je suis président et chef de la direction de la Croix-Rouge canadienne. Je suis honoré d'être ici aujourd'hui pour vous présenter un aperçu de l'important travail, expliqué dans les documents que vous avez reçus, que la Croix-Rouge canadienne effectue partout au Canada pour apporter un soutien à nos concitoyens et aux communautés, ainsi que pour épauler les gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral dans la réponse à la pandémie de la COVID-19.

[Traduction]

S'il est vrai que nous avons progressivement bonifié nos mesures d'intervention face à cette situation et nos réponses aux risques de catastrophes naturelles ici au Canada, l'ampleur et la portée de la réponse actuelle sont sans précédent dans notre histoire. Nous avons réagi dès les premiers jours de l'épidémie en prêtant main-forte à l'Agence de la santé publique du Canada avec l'aide qu'elle prodiguait aux quelque 1 200 voyageurs et membres d'équipage canadiens qui avaient été mis en quarantaine à Trenton et à Cornwall, ainsi qu'en fournissant un soutien psychosocial au Japon pour les cinquante et quelques Canadiens qui se trouvaient dans 40 différents hôpitaux du pays.

Il est important de noter que nous avons la capacité et le savoir-faire nécessaires puisque, ces dernières années, nous avons été engagés au niveau international — grâce au soutien du gouvernement canadien — dans le déploiement de cliniques pour le choléra et le virus Ebola. Nous avons réaffecté nos experts internationaux en santé pour prêter main-forte, lors des premières étapes de la réponse à la quarantaine, à la mise en place, avec les agences de santé publique, des protocoles appropriés pour garantir à notre personnel, à nos volontaires et à ceux que nous aidions que cela puisse se faire en toute sécurité.

Nous sommes également en partenariat avec Affaires mondiales Canada pour soutenir l'envoi et la réception de dons internationaux et d'équipements de protection.

[Français]

C'est sans compter le fait que la Croix-Rouge continue de venir en aide par différents moyens aux personnes âgées ou vulnérables ici même, partout au Canada.

À Toronto, par exemple, nous avons distribué plus de 5 000 paniers de victuailles à des personnes âgées ou vulnérables qui ne pouvaient pas sortir de chez elles.

À Ottawa, nous avons lancé un programme de soutien à domicile et nous avons rendu visite à près de 3 000 personnes âgées pour nous assurer qu'elles avaient ce dont elles avaient besoin.

En collaboration avec Services aux Autochtones Canada, nous avons créé un centre virtuel d'opérations pour pouvoir offrir des renseignements, de l'aide, de l'orientation et du soutien en santé mentale aux communautés autochtones du pays.

Depuis plusieurs semaines, la Croix-Rouge offre du soutien aux centres pour personnes âgées à Montréal, particulièrement dans l'Ouest de l'île. Notre soutien s'articule autour de trois axes: le recrutement de personnel, qui est une préoccupation majeure; la formation du personnel et des bénévoles qui vont dans les établissements; et le déploiement de personnel dans différents établissements pour veiller à ce que le contrôle des mesures de prévention des infections soit adéquat. Nous avons commencé par huit établissements de santé et en sommes rendus à plus de quarante. La demande ne cesse de croître et nous sommes même en train d'étudier avec le gouvernement de l'Ontario la possibilité de déployer des équipes similaires dans cette province.

Notre travail avec Emploi et Développement social Canada est un autre volet très important de nos activités. Dès les premiers jours, nous avons parlé de l'importance d'offrir de la formation et du matériel de protection, non seulement dans les différents établissements, mais aussi dans le milieu communautaire.

● (1620)

Nous avons maintenant un programme de soutien qui comprend de l'équipement de protection individuelle pour le secteur communautaire et de la formation. Il vise environ 5 000 organisations. Nous avons aussi un programme de financement pour les organisations sans but lucratif qui n'ont pas le statut d'organisme de charité. Ce programme vient tout juste d'être lancé.

[Traduction]

Comme vous pouvez le voir, nos opérations se sont considérablement développées dans tout le pays, mais ce n'est pas parce que nous sommes aux prises avec la COVID-19 qu'il n'y a plus de catastrophes naturelles. Bien sûr, nous sommes actuellement actifs

dans de nombreux endroits. Nous sommes à Fort McMurray, où ont eu lieu des inondations. À la demande du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, nous collectons des fonds pour les victimes de la terrible tragédie qui s'est produite là-bas et dont il a été question plus tôt.

Ces événements nous rappellent qu'il y a des facteurs que nous pouvons prévoir dans notre réponse, mais qu'il y a aussi de nombreux risques que nous ne pouvons pas prévoir. Je n'entrerai pas dans tous les types d'interventions que la Croix-Rouge a été appelée à déployer, mais si nous pensons à ce qui nous attend et aux réponses qui seront nécessaires, il y a vraiment trois domaines dans lesquels nous pouvons continuer à investir.

Tout d'abord, nous devons mettre l'accent sur les populations vulnérables, non seulement dans les établissements, mais aussi en société. Nous travaillons à Toronto et à Ottawa, et nous faisons du porte-à-porte dans certaines communautés. Nous devons déterminer et comprendre où se trouvent les personnes vulnérables, pas seulement pendant ces épisodes, mais en permanence. Nous effectuons également des appels amicaux dans tout le pays pour nous assurer que les gens sont en sécurité dans les communautés où ils vivent. Nous constatons que la sensibilisation — ce que nous faisons dans la région d'Ottawa, par exemple — est essentielle.

Dans le cas de la COVID-19, nous avons déployé une partie de notre [Difficultés techniques] que nous avons achetée. Dans ce domaine, nous avons un savoir-faire qui se conjugue à l'international. Comme cela a été financé par Affaires mondiales Canada, nous pouvons travailler à l'échelle mondiale. Nous avons déployé des hôpitaux de campagne dans de nombreuses régions, du Népal aux Philippines en passant par le Congo. Comme je l'ai déjà dit, nous gérons également des cliniques pour la lutte contre l'Ebola et des cliniques de traitement du choléra.

C'est la première fois que nous déployons ce matériel au Canada. Nous avons déployé une partie de notre hôpital de campagne à Vancouver et à Montréal, et nous venons en aide aux collectivités du nord grâce à une unité mobile. Il est évident que nous devons aussi envisager à nouveau de renforcer nos capacités d'intervention au niveau national. Nous cherchons à travailler avec les provinces afin de déterminer la nature des besoins futurs.

Nous avons bonifié nos opérations dans tout le pays, mais il ne faut pas oublier que nous devons faire face à un mélange de pandémie et de catastrophes naturelles. Nous devons donc réfléchir à la manière d'augmenter notre capacité de base et à l'ampleur de la capacité de base que nous allons devoir maintenir pour aider les gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral à progresser.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

Merci.

● (1625)

Le président: Merci, monsieur Sauvé.

Nous passons maintenant à Mme York.

Madame York, vous pouvez commencer. Vous avez 10 minutes.

Mme Fiona York (coordonnatrice de projet et administratrice, Carnegie Community Action Project): Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

J'aimerais tout d'abord souligner que je vous parle depuis le territoire traditionnel non cédé des Salish du littoral, qui comprend les terres des nations Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh.

Je m'appelle Fiona York. Je suis la coordinatrice et l'administratrice du Carnegie Community Action Project. Je travaille dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver depuis 10 ans.

Je suis là pour vous parler des personnes du Downtown Eastside qui sont sans abri, mal logées ou qui vivent dans des conditions inadéquates, et qui sont touchées par la pauvreté et les traumatismes. Parmi les personnes les plus touchées par la crise actuelle, on trouve les sans-abri qui vivent dans des refuges et des hôtels à chambres individuelles.

Le président: Excusez-moi, madame York, mais pourriez-vous ralentir un peu pour que les interprètes n'aient pas trop de mal à suivre?

Mme Fiona York: Le dernier recensement sur l'itinérance de la ville de Vancouver a révélé que le Downtown Eastside comptait plus de 1 200 itinérants, dont 600 sans-abri, un dénombrement qui est en deçà de la réalité. En mars, la ville de Vancouver a décrété une situation d'urgence pour les itinérants de la ville de Vancouver. Il s'agit d'une population qui n'a pas été ménagée par les traumatismes: les traumatismes personnels, systémiques et coloniaux, les traumatismes causés par la pauvreté et la stigmatisation et ceux qui sont associés à l'épidémie de VIH des années 1990.

Le quartier se retrouve aujourd'hui au cœur de l'un des pires traumatismes jamais vu, celui de la crise des opiacés qui, au cours des quatre dernières années, a fait près de 1 000 victimes. À cela s'ajoute la pandémie actuelle, qui a de nombreuses répercussions directes et indirectes sur cette population.

Les CDC — les centres de lutte et de prévention contre les maladies — expliquent que la COVID-19 touche surtout les personnes âgées et celles qui ont des problèmes de santé préexistants, comme les personnes souffrant de maladies cardiaques, de diabète, d'asthme, du VIH, d'une BPCO et du lupus. Les défenseurs de la cause du logement répètent depuis des années que le logement est un soin de santé. Les itinérants meurent déjà à un rythme deux fois plus élevé que celui du reste de la population.

Diane Yentel, la présidente de la National Low Income Housing Coalition, aux États-Unis, affirme qu'il n'a jamais été aussi évident que « le logement est un soin de santé » et que nous devons fournir des ressources pour protéger les sans-abri contre l'infection et la contagion. Nous devons également empêcher que de nouvelles personnes se retrouvent en situation d'itinérance dans ce contexte de crise de santé publique. C'est vraiment essentiel. Il s'agit non seulement d'un impératif moral, mais aussi d'une nécessité de santé publique.

Le nombre d'itinérants est actuellement à un niveau record. Les chiffres ont augmenté de 1 à 2 % au cours des dernières années, et ils continuent d'être sous-estimés. Les établissements à chambres individuelles, les refuges et les logements supervisés ont été mis en quarantaine au début de la pandémie.

Le président: Excusez-moi, mais vous parlez encore un peu trop vite. Les gens ont tendance à lire plus vite qu'ils ne parlent, alors pourriez-vous ralentir un peu? Je vous remercie.

Mme Fiona York: Cette situation a fait augmenter le nombre de sans-abri qui se réfugient normalement chez des amis ou des parents. Selon une estimation, il y aurait jusqu'à 400 sans-abri de plus

en raison de l'interdiction de recevoir des invités. Aussi, la capacité des refuges est réduite jusqu'à 50 %, ce qui signifie encore plus de gens dans la rue.

Les cohabitats privés sont souvent mal entretenus et ont des salles de bain et cuisine communes, ce qui signifie que les résidents sont en contact étroit et incapables de s'isoler de façon sûre. Les fonds accordés par le gouvernement ont permis d'offrir des repas et des services d'entretien ménager dans seulement 11 de ces cohabitats, et cette aide prendra bientôt fin.

Des pairs et des groupes sans but lucratif fournissent des repas, des fournitures, des renseignements et du soutien aux personnes qui vivent dans des tentes, dans la rue et dans un logement inadéquat du quartier Downtown Eastside. Plus de 10 000 repas et trousseaux d'hygiène ont été distribués par les bénévoles du Carnegie Community Action Project.

Une fois la crise passée, le logement doit être radicalement repensé. La pénurie de logements est dévastatrice et contribue à des décès provoqués par l'exposition aux éléments, la violence, la surconsommation de substances et une mauvaise santé. Il est maintenant on ne peut plus clair que le logement est essentiel au soutien des personnes les plus vulnérables.

La demande en chambres d'hôtel du gouvernement provincial et de l'administration municipale a permis de procéder à l'évacuation ciblée du village de tentes dans le parc Oppenheimer, ce qui laissait en plan des personnes parmi les plus à risque et dans le besoin par rapport au coronavirus.

En tenant compte de la population itinérante, des nouveaux sans-abri et des personnes qui vivent dans un cohabitat ou un refuge, il faudrait près de 9 000 chambres d'hôtel; on en a offert 262 aux occupants du parc Oppenheimer, pour un total rapporté de 638 chambres.

La fermeture de la frontière empêche l'entrée au pays de drogues illicites, et les drogues sont devenues encore plus mortelles. Plusieurs sites de prévention des surdoses ou SPS ont fermé leurs portes, et le recours aux SPS a chuté de 6 000 à 2 000 visites par semaine. Les surdoses ont grimpé en flèche en mars, avec huit décès en une semaine. Des mesures d'approvisionnement sûr ont contribué à remédier à la crise, mais rien ne confirme que ces mesures se poursuivront après la pandémie.

Les travailleuses du sexe sont aussi touchées de manière disproportionnée par la COVID-19. Les travailleuses du sexe se retrouvent malgré elles dans des situations plus risquées, ne peuvent pas travailler de la maison en raison de l'interdiction de recevoir des invités et se retrouvent sans revenu.

Le manque de communication et d'accès Internet accentue le manque de sécurité et de renseignements en santé. Les centres communautaires, les bibliothèques et les haltes de jour sont fermés, ce qui élimine des points d'accès à l'information, aux téléphones, aux prises de recharge de téléphone, à la connexion wifi et à Internet, et du coup pousse les gens dans la rue. D'un côté du pâté de maisons au coin des rues Hastings et Main, on a compté 167 personnes. Vu cet entassement forcé, l'éloignement physique et le respect des directives sanitaires ne sont pas possibles.

Les groupes communautaires ont demandé l'ouverture des rues aux piétons afin que les personnes déplacées puissent avoir d'autres espaces où aller, de même que la fermeture d'un tronçon de la rue Hastings à la circulation automobile non urgente. Une fois de plus, ce sont les plus vulnérables et, de façon disproportionnée, les Autochtones et les victimes de traumatismes, de pauvreté et du colonialisme, qui sont déplacés des espaces publics, des points de service, des logements, des refuges et des parcs.

Cette promiscuité extérieure est gérée par des mesures policières excessives. Le recours abusif à l'intervention policière ou sa mauvaise utilisation est une façon de répondre à une communauté confrontée à une pandémie, à des fermetures sans précédent et à un manque de soutien. C'est une façon de la contrôler et, une fois de plus, de stigmatiser et de pathologiser ceux qui sont le plus dans le besoin.

Le manque de services de jour et en établissement a aussi entraîné des bris majeurs dans les toilettes et installations sanitaires. Des postes de lavage des mains et des toilettes chimiques ont été installés dans la rue Hastings et à quelques autres endroits. Ces installations inadéquates ont entraîné deux décès en deux semaines, y compris celui d'un bébé qu'on a retrouvé sans vie dans une toilette chimique.

Beaucoup de pairs se sont retrouvés sans travail quand les installations et les services ont fermé. Les membres de la communauté survivent grâce à des revenus extrêmement faibles et les petites sommes tirées du travail par les pairs sont des suppléments essentiels.

La sécurité alimentaire s'est immédiatement avérée une des préoccupations principales durant la pandémie et elle le demeure vu le très grand nombre d'installations et de ressources de jour qui sont fermées. Les membres de la communauté et les groupes communautaires ont réagi en faisant des dons en argent, des dons en nature et en soutenant les programmes locaux de popote roulante.

Les problèmes relatifs au logement, à la sécurité alimentaire, aux toilettes et au lavage des mains ne pouvaient être plus évidents qu'au village de tentes du parc Oppenheimer. Jusqu'en mai, il y avait plus de 200 tentes et 250 personnes dans le parc Oppenheimer. Le gouvernement provincial a annoncé le 25 avril qu'il allait se prévaloir des hôtels pour accueillir en toute sécurité les sans-abri, ce qui était bienvenu, mais vraiment pas suffisant et visait clairement à éliminer la tare bien visible de l'itinérance dans le parc Oppenheimer.

Une fois de plus, les chambres d'hôtel et les unités de cohabitat ont été réservées aux occupants du parc sans tenir compte d'autres personnes qui étaient bien plus à risque et dans le besoin.

- (1630)

Les hôtels proposés ne répondaient pas aux besoins de la communauté ou à sa rétroaction. Beaucoup de personnes vulnérables ne pouvaient pas y loger en raison de politiques restrictives imposées aux invités, de l'interdiction d'avoir un animal de compagnie ou un conjoint, et de règles punitives et restrictives.

Quarante membres de la communauté qui n'avaient pas de logement ou étaient mal logés dans la foulée de l'évacuation du parc Oppenheimer et bien d'autres sans-abri ont constitué un nouveau village de tentes dans le stationnement du parc CRAB, qui appartient au gouvernement fédéral et est situé à proximité du quartier Downtown Eastside. On tarde à modifier les règlements sur les

parcs de Vancouver afin de permettre le camping de nuit comme l'exige le gouvernement provincial, et les balayuses de chaussées déplacent quotidiennement les gens qui dorment dans la rue. Nombre d'entre eux n'ont tout simplement nulle part où aller.

Voici mes recommandations:

L'adoption par le gouvernement fédéral d'un plan national et la collaboration de tous les ordres de gouvernement pour héberger immédiatement les sans-abri en retenant les chambres d'hôtel vides à l'intention des sans-abri et des gens mal logés. Prendre le contrôle des hôtels maintenant et en faire des logements permanents.

Héberger les plus vulnérables, et non seulement les plus visibles. Nous devons suivre l'exemple d'autres villes en effectuant un triage afin d'héberger les personnes qui présentent les facteurs de risque les plus élevés, ceux qui ont plus de 65 ans et qui ont des troubles de santé sous-jacents.

Avoir un dialogue ouvert et honnête sur tout plan d'hébergement pour les membres des Premières Nations en milieu urbain et sur le plan à venir pour fournir aux familles dans les réserves des foyers munis de tous les services de base, y compris de l'eau potable.

Rendre des logements accessibles à plus de 2 000 personnes qui vivent dans la rue, surtout pendant la crise du coronavirus, et garantir les fonds fédéraux nécessaires à l'ouverture des chambres des hôtels Balmoral et Regent, ce qui permettrait aux résidents du centre-ville d'avoir un toit dans une communauté de services qu'ils connaissent.

La Stratégie nationale sur le logement ne propose que de réduire l'itinérance de 50 % en 20 ans. Nous avons plutôt besoin que le gouvernement fédéral s'engage à prévenir et à éliminer l'itinérance en augmentant ses investissements dans les interventions communautaires contre l'itinérance.

Nous recommandons la construction de plus de 300 000 unités de logement abordable au taux de base et une meilleure aide au logement pour les Canadiens à faible revenu.

Nous recommandons la mise en œuvre concrète du droit au logement. Il faut acheter ou construire dès maintenant 3 000 résidences accessibles au taux de base.

Concevoir et financer une stratégie d'acquisition dynamique et travailler en partenariat avec les gouvernements provinciaux, les administrations municipales et les organismes sans but lucratif pour acheter dès maintenant des propriétés et des actifs destinés à servir de logement abordable.

Empêcher les personnes à la bourse bien garnie de faire main basse sur les actifs et prévoir des protections contre l'achat de propriétés par des procédés déloyaux.

Concrétiser la réconciliation grâce à des échanges respectueux avec les Autochtones, l'absence de tout pipeline sur des terres non cédées et l'application des recommandations de Red Women Rising, de l'ONU dans la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* et de la Commission de vérité et de réconciliation.

Puisque les Autochtones en milieu urbain sont surreprésentés chez les sans-abri, le gouvernement fédéral doit adopter une stratégie nationale qui cible cette population, en veillant à ce que cette stratégie soit menée par des Autochtones pour les Autochtones.

Éviter de redéplacer les Autochtones qui sont sur des terres non cédées en les évitant des terres ou des espaces de la Couronne où ils sont installés. Il faut laisser les sans-abri, qui sont surtout des Autochtones, dans le stationnement du parc CRAB, où ils sont en sécurité pour l'instant. Il y a toutefois risque d'injonction, ce qui les enverrait dans les rues et les allées, qui sont plus dangereuses.

Mettre en œuvre le protocole national sur les campements rédigé par Leilani Farha, ancienne rapporteuse spéciale sur le logement convenable des Nations unies.

Investir dans l'encadrement des pairs pour veiller à l'efficacité et à la nature appropriée de toute intervention contre l'itinérance.

Collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour fournir les quantités adéquates d'équipement de protection individuelle aux pairs et aux travailleurs de première ligne.

Enfin, assurer l'accès à un approvisionnement vraiment sûr. La crise des opioïdes demeure la plus grande menace pour la santé et la sécurité dans le quartier Downtown Eastside.

Merci beaucoup de votre attention.

• (1635)

Le président: Merci beaucoup.

Passons maintenant au Dr Tien.

Docteur Tien, vous avez 10 minutes. Allez-y.

Dr Homer Tien (président-directeur général, Ornge): Merci beaucoup.

Bonjour. Je vous remercie de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui devant le Comité permanent de la santé dans le cadre de la séance d'information sur la réponse canadienne à l'éclatement du coronavirus.

Je m'appelle Homer Tien. Je suis président-directeur général d'Ornge, le fournisseur de services de transport en soins intensifs et d'ambulance aérienne de la province de l'Ontario. J'ai accédé à mon poste en janvier 2020 après avoir été médecin hygiéniste en chef de l'organisation pendant cinq ans. Chirurgien de formation, j'étais auparavant directeur médical de l'unité de traumatologie du Sunnybrook Health Sciences Centre de Toronto, où je pratique toujours la chirurgie traumatologique.

Je cumule également 25 ans de service dans les Forces armées canadiennes. J'ai pris ma retraite en 2015 avec le grade de colonel après plusieurs déploiements dans les hôpitaux de campagne en ex-Yougoslavie et en Afghanistan.

Je représente aujourd'hui l'équipe d'Ornge composée de plus de 600 personnes. Nous sommes la plus grande organisation de transport en soins intensifs et d'ambulance aérienne au Canada et effectuons en moyenne 20 000 transports de patients par année.

Ornge fait partie intégrante du réseau de la santé ontarien, qui est fondé sur un modèle en étoile. Ainsi, les patients sont transportés des établissements plus modestes des communautés rurales et éloignées aux hôpitaux plus imposants où ils reçoivent des soins plus spécialisés. Puis, pour permettre à ces hôpitaux d'accueillir les prochains patients, ces personnes dûment traitées sont ensuite renvoyées à leur hôpital d'attache quand on le juge opportun et sûr.

Plus de 90 % de notre travail a trait à ce type de transport entre les établissements. Pour accomplir notre mission, nous avons une

flotte composée d'hélicoptères, d'aéronefs à voilure fixe et d'ambulances terrestres dotées d'ambulanciers et de pilotes d'une grande compétence. Ces derniers sont secondés par des techniciens d'entretien d'aéronef, des agents chargés des communications, des médecins et des membres du personnel administratif.

Nous sommes présents dans 11 communautés ontariennes et notre siège social se trouve à Mississauga.

Aujourd'hui, j'aimerais vous communiquer les détails de notre réponse opérationnelle à la pandémie de COVID-19 et formuler quelques idées à l'intention du Comité.

Soigner de façon efficace et sûre un patient dans un environnement mobile pose son lot de difficultés. Nous devons conduire le bon patient au bon endroit avec le bon véhicule et le bon équipage au bon moment, et ce, de façon sûre et efficace. Dans le cas du transport aérien, nous devons aussi compter sur une météo favorable.

De nouvelles complications se sont ajoutées avec la COVID-19. Nous devons optimiser l'utilisation du personnel pour créer une capacité de recherche. Nous devons réévaluer les besoins en équipement de protection individuelle afin de réduire les risques courus par le personnel et les patients. Voyez-vous, nous travaillons dans l'espace restreint d'un aéronef ou d'une ambulance terrestre, bref dans une petite boîte, pendant que le patient tousse ou est branché à un ventilateur à quelques pouces seulement de l'ambulancier.

Quand le coronavirus a commencé à prendre de l'ampleur, notre organisation avait trois objectifs fondamentaux: protéger son personnel, assurer la prestation des services et planifier en prévision d'un pic. Chaque décision, chaque mesure, était donc fondée sur ces objectifs.

En date du 15 mai, Ornge a transporté 531 patients qui étaient soit des cas suspectés soit des cas confirmés de COVID-19. Près de la moitié d'entre eux ont été transportés par ambulance terrestre, environ 30 % par aéronef à voilure fixe et environ 20 % par hélicoptère. Ces patients étaient tous affreusement malades. Près de la moitié d'entre eux étaient intubés et branchés à un ventilateur. Je suis heureux de vous confirmer que, à ce jour, aucun membre du personnel d'Ornge n'a obtenu de résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19.

J'aimerais maintenant consacrer un peu de temps à un aspect particulier de nos activités. Ornge est l'organisation responsable du transport de patients confinés à une civière dans les communautés autochtones rurales et isolées du Nord, dont beaucoup ne sont accessibles que par les airs. L'équipage de notre ambulance aérienne répond régulièrement aux besoins d'environ 30 postes sanitaires dans le Nord de l'Ontario et effectue chaque année plus de 2 500 déplacements à partir de ces communautés.

Si l'une d'elles enregistrait soudain plusieurs cas graves de COVID-19, les ressources locales en santé seraient probablement très vite débordées. Cette situation entraînerait une demande soudaine et immédiate pour du transport médical aérien et, pour protéger les autres membres de la communauté, les personnes exposées devraient être testées. Ces tests devraient être traités rapidement dans des laboratoires de centres urbains, ce qui s'avère beaucoup plus difficile maintenant que les transporteurs commerciaux ont réduit ou cessé leurs activités.

• (1640)

Planifier en fonction de ces scénarios est un souci constant pour l'équipe d'Ornge depuis le début de la crise. Ornge est un instrument d'équité en santé, surtout dans les communautés rurales et autochtones isolées. Nous savons que nous devons déployer nos capacités de façon créative, novatrice et réfléchie afin de fournir l'accès nécessaire aux soins.

Depuis la mi-avril, Ornge coordonne des vols logistiques hebdomadaires pour acheminer les échantillons prélevés dans les communautés nordiques aux laboratoires du Sud à des fins d'analyse. À ce jour, plus de 2 000 échantillons ont été transportés par un aéronef nolisé d'Ornge, ce qui a grandement accéléré l'obtention de résultats, qui, comme nous le savons tous, sont essentiels pour stopper la propagation du coronavirus. De plus, on s'est beaucoup intéressé à la réduction des déplacements inutiles aux hôpitaux, surtout ceux du Sud.

Depuis deux ans, Ornge et ses partenaires fournissent des tests de dépistage au point de service dans les communautés autochtones isolées du Nord-Ouest. Les membres de ces communautés peuvent ainsi obtenir un diagnostic chez eux plutôt que de se rendre inutilement dans un hôpital du Sud où ils pourraient être exposés à une infection. De plus, l'ensemble du secteur de la santé s'intéresse vivement à la télémédecine pour la même raison. Nous offrons déjà des consultations virtuelles dans des postes sanitaires du Nord-Ouest en partenariat avec l'hôpital de Thunder Bay.

Depuis le mois dernier, Ornge offre un soutien supplémentaire en télémédecine au reste de l'Ontario en partenariat avec CritiCall Ontario, un organisme provincial d'attribution des lits. Au titre de cette entente, tout médecin dans n'importe quel hôpital ontarien peut communiquer avec un urgentologue, un médecin des soins intensifs ou un pédiatre d'Ornge pour obtenir son aide dans la gestion d'un cas, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ce service n'est pas propre à la COVID-19 et peut être utilisé pour n'importe quel patient qui a besoin de soins généraux, des soins intensifs ou d'urgence.

Nous travaillons également à de nouvelles solutions technologiques en collaboration avec certains de nos partenaires du réseau de la santé. Nous étudions plus particulièrement les systèmes de pilotage à distance, c'est-à-dire les drones, pour améliorer l'équité en santé dans les communautés nordiques. Il pourrait s'agir de livrer des fournitures médicales essentielles aux postes sanitaires ou d'expédier des échantillons aux laboratoires des centres de santé.

Du point de vue d'un possible pic, nous comptons sur notre ressource la plus estimable, c'est-à-dire nos gens. Ornge a demandé des volontaires pour former une équipe d'intervention d'appoint pour la COVID-19 et 46 de ses ambulanciers d'un peu partout dans la province ont répondu à l'appel. Ils peuvent être déployés dans n'importe quel établissement de la province pour apporter de l'aide avec la prise en charge des voies respiratoires et la ventilation mécanique avant le transport. La trousse de déploiement de l'équipe comprend l'équipement et les médicaments nécessaires pour lui permettre d'être autonome, soit une trousse complète pour la gestion des voies respiratoires, un ventilateur mécanique portatif, des écrans de contrôle, des médicaments et des pompes à perfusion.

Rien de cela ne serait toutefois possible sans le dévouement infatigable de notre personnel. Et c'est pourquoi il a besoin de tout le soutien que nous pouvons lui apporter en cette période éprouvante. Dès qu'un membre de nos équipages participe au transport d'un cas confirmé de COVID-19, nous lui accordons automatiquement une

pause opérationnelle une fois le déplacement complété. L'équipage est temporairement retiré de la rotation afin de faciliter le débriefing et la vérification des besoins personnels et du degré d'anxiété. En procédant de la sorte, nous espérons assurer le bien-être tant mental que physique de notre personnel.

Le système de la santé canadien est l'un des meilleurs au monde. Malheureusement, des catastrophes comme la pandémie de COVID-19 montrent que nos communautés rurales et isolées sont plus susceptibles que les centres urbains de voir leur modèle de soins perturbé. Les organisations de transport en soins intensifs et d'ambulance aérienne sont alertes et misent sur les besoins opérationnels. Nous avons la capacité d'innover et de nous adapter rapidement face aux problèmes inhabituels qui touchent l'accès aux soins et l'équité en santé. Je demande aux dirigeants et aux organisations de la santé de simplement se tourner vers nous s'ils ont un problème, et nous trouverons une façon de les aider.

Je remercie les membres du Comité pour leur invitation et serai heureux de répondre à vos questions et de discuter avec vous.

• (1645)

Le président: Merci, docteur Tien.

La parole est maintenant à Mme Polsinelli.

Madame, vous avez 10 minutes. Allez-y.

Mme Nancy Polsinelli (dirigeante principale administrative par intérim, Région de Peel): Merci, monsieur le président, de me permettre de témoigner devant le Comité permanent de la santé. Chers membres du Comité, bonjour.

Je m'appelle Nancy Polsinelli et suis dirigeante principale administrative par intérim de la Région de Peel, que je désignerai simplement par « la Région » dans mon allocution. La Région est une municipalité régionale de comté ou MRC qui offre des services dans toute la zone géographique de Peel, en Ontario, elle-même composée de nos collectivités partenaires, soit Brampton, Caledon et Mississauga. La Région compte environ 1,5 million d'habitants et plus de 175 000 entreprises. Elle offre des services de santé, sociaux et publics.

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions économiques, sociales et sanitaires sans précédent pour tous les Canadiens, y compris ceux qui vivent et travaillent dans la Région. Ce sont les plus vulnérables et marginalisés de notre collectivité qui en subissent les plus grandes répercussions sociales, comme l'ont souligné les témoins de ce soir. Cette réalité peut être due à l'isolement social, à un logement inadéquat, à la perte d'emploi ou à l'insécurité alimentaire. Comme l'a certainement déjà entendu le Comité, ces déterminants sociaux ont une incidence sur notre santé.

L'itinérance est l'un des déterminants sociaux de la santé les plus problématiques en temps de pandémie. Environ 4 000 sans-abri vivent à Brampton, Caledon et Mississauga d'après une enquête ponctuelle effectuée par la Région en 2018. Donc, ces chiffres sont déjà obsolètes.

Quand la crise a commencé, on a proposé des chambres d'hôtel aux sans-abri vivant dans les refuges pour favoriser l'éloignement physique. Nous avons agi rapidement à cet égard. Environ la moitié des sans-abri de la Région sont maintenant logés dans des chambres d'hôtel.

Avec le concours de nos ambulanciers, nous avons rapidement augmenté le nombre de tests effectués aux endroits où la Région et ses partenaires offrent des services de dépistage. Le personnel de la santé de la Région a veillé à ce que les refuges et les autres services fonctionnent de façon sûre. Un programme d'isolement offre l'hébergement aux personnes qui présentent des risques d'exposition au coronavirus ou qui ont passé un test de dépistage et ne peuvent pas s'isoler. Celles qui obtiennent un résultat positif ont un endroit sûr où récupérer et obtenir du soutien.

Permettez-moi de vous raconter une histoire qui montre à quel point les difficultés sont interreliées en période de pandémie. Pour des raisons de confidentialité, j'utiliserai un nom d'emprunt, car il s'agit d'une histoire vraie. Donovan a 20 ans; c'est un véritable héros des services de première ligne. Il fait le ménage dans l'un des 28 établissements de soins de longue durée de la Région. De ce nombre, cinq sont exploités par la Région, mais Donovan ne travaille pas dans l'un de nos établissements. Même s'il travaille à temps plein, Donovan a du mal à se payer un logement dans la Région, où près de 70 % des foyers à faible revenu vivent dans un logement inabordable. Donc, tout en œuvrant au confort et aux soins des personnes âgées dans un établissement confronté à des écloisions chroniques de COVID-19, Donovan devait aller dormir dans un refuge pour jeunes du secteur.

Malheureusement, il a reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Donovan a immédiatement été aiguillé vers notre programme de rétablissement pour les sans-abri où il peut recevoir les soins adéquats et bénéficier de l'espace et de la tranquillité d'esprit nécessaires pour se rétablir. Évidemment, Donovan a été en contact avec les membres du personnel du refuge; 13 d'entre eux sont maintenant en isolement temporaire dans une chambre d'hôtel pour les travailleurs essentiels. Mais l'histoire de Donovan ne s'arrête pas là.

Le programme de rétablissement de la Région offre plus qu'un espace pour l'auto-isolement. Dès que quelqu'un comme Donovan accède à notre programme, nous répondons à tous ses besoins urgents. Donovan va donc rencontrer un médecin, une infirmière praticienne et avoir accès à des soins sur place, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. La Région lui donnera également accès à des services sociaux et en santé supplémentaires pour l'aider à trouver un logement à long terme et à maintenir sa santé et son bien-être. Il s'agit vraiment d'un service global. Par exemple, Donovan peut être aiguillé vers des soins primaires qui, au besoin, peuvent être maintenus après l'isolement.

Pendant que nous répondons aux besoins immédiats dus à la crise du coronavirus, nous traitons aussi d'autres problèmes sanitaires et cherchons un logement permanent pour nos clients sans abri. Pour ce faire, la Région a mobilisé les organismes communautaires et sans but lucratif de même que ses ambulanciers, spécialistes en santé publique et fournisseurs de soins.

● (1650)

La pandémie de COVID-19 a porté la collaboration communautaire à un tout autre niveau. La table d'intervention communautaire est un autre exemple de cette collaboration dans la Région. Elle répond à un éventail de besoins associés à la pauvreté, à l'insécurité alimentaire, à l'isolement, à la violence familiale, au racisme et à la santé mentale.

Les premières semaines de la crise, la Région a effectué un sondage auprès des organismes communautaires. Nous voulions savoir

ce qui les empêchait de dormir. Ce sondage a permis d'établir entre autres que 57 % des répondants étaient confrontés à une fermeture immédiate de leurs programmes. Comme d'autres organisations, les organismes sans but lucratif avaient besoin d'aide pour s'adapter à la crise et ainsi soutenir la collectivité.

Le conseil de la Région a approuvé un financement de plus de 1 million de dollars sous forme de subventions ponctuelles aux organismes communautaires qui soutiennent les plus vulnérables. En plus de cet apport financier, la table d'intervention communautaire aide les fournisseurs à miser sur la force du nombre. Elle est composée de personnes issues des services sociaux et de santé, de représentants de nos collectivités partenaires et de chefs de file provenant de plus de 90 organismes communautaires de la Région. La table virtuelle se rencontre deux fois par semaine et a créé des groupes de travail qui se penchent plus spécifiquement sur la violence familiale, les besoins des aînés et des jeunes, de même que sur la discrimination systémique.

La pandémie nous pousse à innover et à nous associer pour trouver des solutions locales. Mais, après la crise actuelle, la table d'intervention communautaire peut devenir un moteur de changement dans la Région durant la relance et au-delà.

Comme l'ont constaté les collectivités partout au pays, les personnes âgées qui reçoivent des soins de longue durée sont parmi les plus vulnérables par rapport à cette pandémie. Comme je l'ai dit, la Région exploite cinq établissements de soins de longue durée qui s'ajoutent aux 23 autres sur son territoire. Pour répondre aux besoins de ces résidents vulnérables, nous participons aussi à titre de région à une table d'intervention intégrée. Elle rassemble entre autres des partenaires ontariens en santé et des hôpitaux locaux, de même que les services de santé publique, de soins de longue durée et d'ambulanciers de la Région. Ses travaux comprennent une stratégie de dépistage rapide dans les établissements de soins de longue durée, dans les maisons de retraite à risque, dans les refuges et dans les foyers de groupe. Plus de 8 400 résidents et membres du personnel ont subi un test, nombre qui s'ajoute aux tests effectués par les établissements directement.

La pandémie de COVID-19 a amplifié les pressions subies par le système en matière de soutien en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Beaucoup de programmes ont été suspendus et les listes d'attente s'allongent, ce qui est insoutenable à plus long terme. Nous en payons déjà le prix sur les plans humain et communautaire, et ce n'est pas terminé. Avant la pandémie, la Région avait créé une table d'action communautaire en matière de sécurité et de mieux-être. Ce groupe participe à la coordination des partenaires communautaires tandis que nous gérons les situations de crise en santé mentale et renforçons par l'intermédiaire des services locaux l'accès au système.

Pour conclure, je dirais que des municipalités comme la Région travaillent au front pour protéger leurs résidents, y compris les personnes vulnérables. Nous voyons quotidiennement des occasions d'en faire davantage. Nous nous sommes engagés à travailler avec nos partenaires provincial et fédéral pour assurer une intervention robuste par rapport à la crise de même qu'une relance graduelle et prudente.

La pandémie est une crise sans précédent qui nécessite de nouvelles formes de partenariat. Et je suis fière que la Région soit arrivée à en établir.

J'espère que les membres du Comité constateront la nécessité de maintenir les partenariats conclus par les municipalités pour aider les personnes vulnérables pendant la crise, voire celle d'en étendre la portée. Les possibilités sont là. Alors que les ordres supérieurs de gouvernement tentent de répondre aux besoins de la société, ce sont ces réseaux qui peuvent assurer la transmission de leurs investissements aux personnes qui en ont le plus besoin, mais aussi soutenir une forte relance communautaire. En effet, un investissement stratégique dans les municipalités par le gouvernement fédéral peut avoir une grande valeur en plus d'être source de possibilités.

Je vous remercie de votre attention. Nous avons hâte de collaborer avec vous pour soutenir la collectivité diversifiée et en croissance de Peel.

Merci.

● (1655)

Le président: Merci, madame Polsinelli.

Passons maintenant à notre première série de questions.

Madame Vecchio, vous pouvez y aller. Vous avez six minutes.

Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais commencer avec les Battered Women's Support Services.

Merci beaucoup de nous avoir communiqué tous les renseignements dont vous disposez.

Mme Angela MacDougall: Je vous en prie.

Mme Karen Vecchio: Je suis consciente que c'est une situation extraordinaire. Dans ma collectivité, nous avons vu une croissance d'environ 45 %... et vous dites que le nombre de ces appels doit être multiplié par plus de 300, ce qui est incroyable.

Dans le cas de ces femmes qui essaient de fuir, est-ce que vos données indiquent s'il s'agit en majorité de femmes seules ou accompagnées de leurs enfants? Quels sont les chiffres?

Mme Angela MacDougall: Nous constatons que c'est plutôt égal: il y a autant de femmes qui partent sans enfant — parce qu'ils sont en famille d'accueil, plus âgés ou dans une autre situation — que de femmes qui ont de un à six enfants avec elles, selon la taille de la famille.

Mme Karen Vecchio: Des fonds versés, les refuges et services ont reçu 50 millions de dollars. Étiez-vous du nombre?

Mme Angela MacDougall: Non, malheureusement. Je crois qu'il s'agissait d'un investissement vraiment important pour les refuges et les services pour les victimes d'agression sexuelle. Dans le cas d'organismes comme Battered Women's Support Services et des 500 organismes partout au pays qui offrent des services semblables aux nôtres, sans qu'il s'agisse nécessairement de services relatifs à la violence sexuelle, de refuges ou de maisons de transition, nous sont passés dans les mailles du filet.

Mme Karen Vecchio: C'est exactement ce qui me préoccupe. C'est ce que j'entends de beaucoup d'organismes pour femmes au pays, que ces mailles sont béantes.

Nous savons qu'il reste seulement 10 millions de dollars environ dans le fonds d'urgence. Bien sûr, l'argent n'est qu'un des problèmes. Quelles sont certaines des solutions à notre portée? Nous ne savons pas à quelle vitesse sera distribué l'argent de ce fonds d'urgence.

Mme Angela MacDougall: Voulez-vous dire en plus de ces 10 millions de dollars ou avec ces 10 millions de dollars?

Mme Karen Vecchio: En plus de cette somme. Ou encore certaines des choses qui pourraient selon vous être une solution, en tenant compte du fait que les fonds seront peut-être très limités. Que pouvons-nous faire?

● (1700)

Mme Angela MacDougall: Je nourris toujours l'espoir que, d'un point de vue intersectionnel, le gouvernement canadien admettra l'importance des femmes au pays; qu'il comprendra que la violence fondée sur le genre est une des questions les plus urgentes pour nous, qu'il s'agisse de harcèlement sexuel, d'agression sexuelle ou de violence familiale; et que les formes que peut prendre la violence fondée sur le genre couvrent toute une vie, du berceau au tombeau. Elle est inhérente à la société canadienne.

Je souhaiterais que le Canada s'en soucie assez pour accroître les fonds qui y sont accordés, pour comprendre qu'il est très important que les femmes se sentent en sécurité et puissent naviguer dans ce monde, dans ce pays et dans tous les aspects de la vie, et donc qu'il double ces 10 millions de dollars.

Je comprends que le secteur privé a un rôle à jouer et que l'on souhaite qu'il participe davantage, tout comme la collectivité en général. Le gouvernement a certes un rôle à jouer, mais il s'agit d'un problème social et nous faisons tous partie de la solution.

Mme Karen Vecchio: Excellent. Je n'y pensais pas, mais vous m'amenez à vous poser une nouvelle question.

Les organismes qui aident les hommes sont selon moi un autre point très important. Nous savons que beaucoup d'entre eux sont les auteurs de cette violence. Connaissez-vous des organismes communautaires qui ont reçu du financement pour aider les hommes qui essaient de se prendre en main, de changer en quelque sorte?

Mme Angela MacDougall: Fait intéressant, pendant la première partie de ma vie professionnelle, je travaillais avec des hommes qu'une ordonnance d'un tribunal obligeait à suivre ce que nous appelons un « traitement pour partenaires violents ». Ce sont des compétences que je possède, et je prête une grande attention à cet enjeu, mais il n'y a pas eu d'investissement dans ces programmes. On a plutôt investi dans les interventions des témoins.

Il est bon que nous fassions preuve d'un certain degré de gratitude envers la prestation de ces services, mais le message le plus important à transmettre au Canada consiste à reconnaître à grande échelle la mesure dans laquelle la violence fondée sur le sexe est endémique, et ce message devrait être à l'avant-plan, en tout temps. Il devrait faire partie de toutes les publicités portant sur la COVID-19 que le gouvernement fédéral fait paraître. Tous devraient garder cela à l'esprit en ce moment, car c'est un moment crucial pour nous. Un changement de culture requiert des services ainsi que la reconnaissance de l'inégalité sociale et du rôle que les hommes et les garçons jouent.

Mme Karen Vecchio: Comme je l'ai déclaré, j'ai entendu énormément de gens parler de ces problèmes. Partout au pays, nous avons observé une augmentation de ces cas de violence. Nous savons qu'il y a des pressions financières, mais le principal problème, c'est que les femmes sont coincées avec leurs agresseurs, parce qu'elles ne vont pas au travail ou à l'école. Ces femmes n'ont même plus un moment pour souffler.

Pour bon nombre des femmes auxquelles vous parlez en ce moment, quels sont quelques-uns des plus grands obstacles à leur capacité actuelle d'échapper à leurs agresseurs, en particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19?

Mme Angela MacDougall: Nous voulions qu'il y ait suffisamment de publicités et d'attention médiatique consacrées à cet enjeu. Chaque fois que nous avons bénéficié d'une couverture médiatique ou que nous avons mené des campagnes publicitaires dans les médias sociaux, le nombre de nos appels a augmenté, et nous ne sommes pas les seuls à avoir vécu cette expérience. Il était très important que les femmes trouvent un moyen d'obtenir de l'aide. Lorsqu'elles savaient que des services étaient offerts, elles trouvaient une façon de communiquer avec nous.

Nous avons été en mesure d'aider des femmes à quitter leur domicile, et je dois saluer leur courage. Imaginez quitter votre foyer et un partenaire violent pendant une pandémie. Des centaines de femmes l'ont fait en Colombie-Britannique, et nous avons été en mesure d'aider bon nombre d'entre elles grâce aux services de soutien Battered Women's Support Services.

Mme Karen Vecchio: Bon sang.

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

Le président: Un peu moins de deux minutes.

Mme Karen Vecchio: Fantastique. Merci.

Je vais simplement poursuivre dans cette voie...

Le président: Petite correction. Il vous reste un peu moins d'une minute.

Mme Karen Vecchio: Ça ne pose pas de problèmes.

Je vous remercie beaucoup, madame MacDougall.

Passons à la municipalité régionale de Peel. Vous offrez un grand nombre de places dans des refuges. Que faites-vous précisément dans les cas de violence familiale?

Mme Nancy Polsinelli: Nous prenons quelques mesures. Par l'intermédiaire de la table d'intervention communautaire, un groupe s'attaque à la violence familiale. Ce groupe est aussi relié à notre équipe de sécurité et de bien-être communautaire. Cette équipe réunit un groupe d'organismes communautaires qui s'emploient activement à lutter contre la violence familiale. Grâce à nos organismes partenaires, nous fournissons un soutien sur le terrain à toute personne qui se présente en raison de ces problèmes. Une campagne est également en voie d'élaboration pour faire en sorte que nous intervenions dans le plus grand nombre de cas possible qui pourraient survenir dans la municipalité régionale de Peel.

Bien que la municipalité de Peel ait fondé certains de ces organismes communautaires, nous utilisons vraiment ces organismes communautaires pour atteindre la collectivité et ceux parmi ses habitants qui ont besoin de notre aide. Nous collaborons aussi avec le service de police régional de Peel. Certains membres de ce service font aussi partie du groupe de sécurité et de bien-être communautaire.

Nous nous efforçons vraiment d'établir un réseau d'aide. Même dans le cas de ce groupe, tout dépend vraiment des besoins des résidents. Nous cherchons à découvrir comment nous pouvons répondre aux besoins dans chaque cas, au lieu d'apporter un soutien généralisé.

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

Le président: Nous allons maintenant céder la parole à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, veuillez prendre la parole pendant six minutes.

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

J'aimerais remercier tous les témoins de leur participation.

Comme de nombreux Canadiens, j'ai été horrifiée par la lecture du rapport des Forces canadiennes. L'une de ces maisons est située dans ma circonscription. Les allégations de mauvais traitements qui ont été décrits dans ces maisons devraient tous nous alarmer. J'ai travaillé dans le domaine de la santé pendant 18 ans. Je sais à quel point il est important de prodiguer des soins de compassion. Nous devons faire mieux pour prendre soin des gens qui ont bâti notre pays et qui ont besoin de notre aide durant la crise.

J'adresse ma première question à la présidente et chef de la direction de la municipalité régionale de Peel, Nancy Polsinelli.

Premièrement, madame Polsinelli, je vous remercie de tout le travail que vous accomplissez. Le rapport des Forces armées canadiennes a répertorié de nombreux problèmes liés aux soins de longue durée. En votre qualité d'exploitante de cinq établissements de soins de longue durée, quelles sont les causes sous-jacentes de ces problèmes, selon vous? Quelles mesures la municipalité régionale prend-elle pour répondre aux besoins des personnes âgées qui vivent dans des établissements administrés par la municipalité régionale? Croyez-vous que la qualité des soins prodigués dans les établissements administrés par la municipalité régionale de Peel diffère de celle des soins prodigués dans les maisons de soins privées de la région de Peel?

● (1705)

Mme Nancy Polsinelli: Je vous remercie de votre question. Par l'entremise de la présidence, je précise que je vais diviser la question en deux et parler en premier de ce en quoi consistent les causes sous-jacentes de ces problèmes, selon moi. Ensuite, je formulerai certainement quelques observations à propos de votre question relative à la comparaison entre les établissements privés et les établissements municipaux.

La première question est très importante parce qu'en fait, la COVID-19 a exposé divers problèmes liés aux soins de longue durée. Lorsque nous examinerons ces problèmes, nous entendrons parler de facteurs comme le ratio de dotation, le financement et la complexité accrue des besoins des résidents, des facteurs qui font partie des questions discutées en permanence relativement aux changements observés dans les soins de longue durée. Ces questions sont très importantes, et il est absolument nécessaire de les aborder. Toutefois, je tiens à scruter ce dossier un peu plus à fond, parce qu'il y a aussi des problèmes culturels qui sont au cœur de la façon dont nous abordons les soins de longue durée. J'aimerais mettre un peu plus en relief ces problèmes afin de renseigner le Comité.

Pour diverses raisons, les soins de longue durée sont devenus essentiellement centrés sur les tâches. Nos employés se dépêchent de donner des bains, de servir des repas et de documenter les soins. Ils passent d'un résidant à l'autre en suivant un horaire très strict, et ils ont très peu de temps pour faire quoi que ce soit d'autre. Le problème, c'est que, lorsque nous abordons les soins de longue durée comme une série de tâches — une liste de contrôle, si vous voulez —, nous traitons les besoins de la personne qui vit dans cet établissement comme s'ils étaient secondaires par rapport à l'accomplissement des tâches. Dans bon nombre de cas, les membres du personnel prodiguent des soins axés sur la peur et non les soins axés sur les émotions que ces personnes âgées méritent de recevoir.

Voici quelques idées à propos de solutions possibles. Nous entendons souvent parler de soins centrés sur les personnes; cette idée est lancée constamment. Toutefois, à la base, elle offre des solutions. Donc, même si nous examinons la question du financement, nous devons également envisager de créer une culture qui permet aux membres du personnel de comprendre et de répondre aux besoins particuliers des personnes qui vivent dans l'établissement, afin d'assurer leur bien-être physique et émotionnel. Voilà ce qui contribue à améliorer le bien-être et à éviter certainement les problèmes avant qu'ils surviennent.

Je vais vous donner l'exemple d'une personne atteinte de démence. Nous savons que les personnes atteintes de démence errent parfois ou se promènent sans arrêt. C'est un problème en général et en particulier pendant une éclosion, parce que les personnes qui se promènent risquent d'être exposées au virus et de devenir épuisées, ce qui nuit à leur propre santé et accroît leur risque de tomber.

Lorsqu'une approche centrée sur les tâches est adoptée, l'errance est considérée comme un problème. Comme l'errance devient le problème, une personne peut recommander qu'on donne un antipsychotique au résidant, qu'on le mette sous contention ou qu'on lui permette d'errer toute la journée.

Lorsqu'une approche centrée sur les personnes est adoptée, l'errance est considérée comme un symptôme, et on tente de comprendre la raison pour laquelle la personne erre. Nous ne remédions pas à l'errance, nous essayons de comprendre ce qui pousse la personne à errer.

Dans le cadre de notre travail à la municipalité régionale de Peel, nous avons mis en oeuvre un modèle novateur de soins pour la démence appelé papillon. Nous avons réalisé que les personnes errent parce qu'elles ont besoin de quelque chose. Elles cherchent quelque chose comme des relations, de l'affection, de la sécurité ou de l'amour. Elles se promènent aussi parce que nous les avons placées dans un milieu où il y a de longs corridors qui leur paraissent infinis, alors elles continuent simplement de marcher. En comprenant la façon dont nous pouvons les aider grâce à des conversations et des activités, nous créons un environnement familial, qui est sécuritaire.

Pour conclure, je vais vous faire observer que, lorsque nous mettons en oeuvre de véritables soins centrés sur la personne, ce n'est pas une tâche facile. Cela n'a rien d'un travail de surface. Il faut scruter la façon dont travaillent et pensent les membres du personnel de ces établissements de soins de longue durée.

Nous devons prendre certaines choses en considération. Nous devons assurément améliorer le ratio de dotation afin que les membres du personnel aient le temps d'apprendre à connaître les personnes dont ils prennent soin, de se réunir avec elles, de s'as-

soir avec elles et de les tenir par la main. Nous avons besoin de règlements qui sont moins axés sur la documentation des tâches accomplies et plus axés sur l'évaluation des soins émotionnels et du bien-être de ces personnes. Nous avons besoin de cours de formation et du financement nécessaire pour envoyer les membres du personnel suivre ces cours afin qu'ils comprennent mieux les maladies complexes comme la démence et la façon de reconnaître les besoins de chaque résidant et de les satisfaire.

● (1710)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Dans un tout autre ordre d'idées, comme je l'ai indiqué, à l'heure actuelle, la région utilise des hôtels pour loger 51 % des résidents des refuges et des Canadiens à risque. Un grand nombre de ces résidents sont des femmes qui fuient la violence familiale. Comment les 157 millions que le gouvernement fédéral investira dans des organisations qui appuient les itinérants aideront-ils la région et les femmes en particulier?

Mme Nancy Polsinelli: Le financement que le gouvernement fédéral a accordé à la région jusqu'à maintenant, dans le cadre du programme Vers un chez-soi, a joué un rôle crucial et essentiel dans l'intervention régionale en entier. Cet argent appuie des initiatives dirigées par la région, comme l'utilisation d'hôtels vacants pour accroître la capacité des refuges — et il y a un peu plus de 350 itinérants qui sont logés dans des chambres d'hôtel en ce moment —, et les coûts de développement et d'exploitation du programme liés à l'isolement et aux sites de rétablissement. Les fonds ont également permis d'accroître la sensibilisation de la collectivité en vue d'appuyer des pratiques sécuritaires en matière de santé publique. L'investissement du gouvernement fédéral a rendu tout cela possible.

La région est en mesure d'appuyer aussi les demandes de financement présentées par des organismes communautaires, afin que nous puissions travailler directement avec la population d'itinérants en vue de satisfaire à leurs besoins fondamentaux, comme la nourriture, les services de nettoyage, les exigences de dotation accrues et les moyens de transport, et afin que nous puissions aider ces femmes qui ressentent de l'insécurité ou qui vivent des situations difficiles à la maison.

D'autres fonds permettront à ces programmes régionaux de fonctionner jusqu'à environ le milieu d'août. De plus, nous savons que la pandémie ne disparaîtra pas de sitôt. Même lorsque nous atteignons l'étape du rétablissement, les personnes qui sont sans abri ou qui vivent des situations de violence familiale auront besoin d'un soutien, qu'il s'agisse d'une aide financière, d'un soutien alimentaire ou d'un soutien au bien-être général, bien après que la situation d'urgence aura été déclarée terminée. Voilà où les fonds doivent être affectés.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

[Français]

Le président: Merci, madame Sidhu.

Nous passons maintenant à M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Desilets (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Monsieur le président, c'est moi, M. Desilets, qui vais intervenir plutôt que M. Thériault. M. Thériault ne sera pas présent aujourd'hui. Les trois interventions vont donc me revenir, si cela vous convient.

Je remercie tous les invités et témoins d'être présents. Chaque jour, nous avons la chance d'entendre des témoins comme vous, et tout cela alimente de façon vraiment pertinente notre réflexion.

J'aimerais prendre le temps de rappeler que c'est présentement la Semaine des paramédics et soins préhospitaliers d'urgence. Je tiens à souligner leur travail de première ligne, essentiel en cette période difficile que nous vivons actuellement en raison de la COVID-19.

Mes premières questions s'adressent à M. Sauvé. Le gouvernement fédéral a versé près de 100 millions de dollars pour répondre aux nouvelles exigences créées, qu'on le veuille ou non, par l'apparition de la COVID-19. Je crois que ces fonds sont aussi destinés à répondre à des besoins autres qui relèvent de votre organisme.

J'aimerais savoir combien d'argent est investi, directement ou indirectement, en rapport avec la COVID-19 et avec votre organisme.

M. Conrad Sauvé: Une bonne partie des montants annoncés soutient des activités liées à la COVID-19 qui sont déjà en cours, comme je l'ai mentionné. Il y a eu un accroissement important du soutien offert par la Croix-Rouge aux personnes en quarantaine. C'était avec Santé Canada. Ce sont évidemment des opérations passées. Il y a aussi les opérations actuelles dans l'ensemble des aéroports, l'achat d'équipement additionnel pour renflouer l'équipement mobile qui a été déployé et l'équipement que nous devrions avoir pour l'avenir. Enfin, il y a l'augmentation du niveau de préparation aux situations d'urgence. Comme on le sait, la Croix-Rouge a beaucoup accru son engagement dans des opérations d'urgence, partout au pays, notamment dans le cas de feux ou d'inondations. Comme cela se déroule dans le contexte de la pandémie actuelle, la formation et le nombre de bénévoles, pour soutenir les gens, doivent être accrus.

Jevais faire une parenthèse. À la Croix-Rouge, nous recevons le soutien de milliers de bénévoles que nous formons chaque année et qui sont offerts dans les situations d'urgence. Une bonne partie de ces bénévoles sont de nouveaux retraités canadiens. Cela constitue un défi supplémentaire dans le contexte de la COVID-19, étant donné que certaines de ces personnes sont plus vulnérables. Nous devons donc recruter des personnes plus jeunes pour ces opérations. Cela participe à l'accroissement important et au contexte particulier entourant la COVID-19.

• (1715)

M. Luc Desilets: Je vous remercie.

Le troisième des axes que vous avez évoqués plus tôt était le déploiement de personnel directement dans les centres ou sur le terrain.

Pourriez-vous nous en parler davantage, mais relativement à la ville de Montréal? S'agit-il de déploiement de personnel dans les CHSLD?

M. Conrad Sauvé: Pour Montréal en particulier, la réponse a trois aspects. D'abord, il s'agit surtout du soutien donné au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, ou CIUSSS, de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Il y a trois secteurs d'intervention.

Premièrement, nous les aidons à recruter du personnel. On sait qu'il y a un besoin important. Nous avons donc mis en place des équipes pour les aider en matière de recrutement.

Deuxièmement, il y a aussi la formation du personnel. Nous avons formé quelque 800 militaires, en plus de tous ceux qui vont aller dans ces différents centres.

Troisièmement, il y a le déploiement d'équipes spécialisées dans les établissements. Le contrôle des infections en établissement est évidemment un problème. Nous avons donc déployé des équipes de deux à trois personnes par établissement, qui y restent souvent jusqu'à neuf jours, pour aider l'équipe de gestion à renforcer le contrôle et à limiter les infections. Ce genre d'aide, qui a d'abord été offert dans huit établissements, est maintenant offert dans 40 établissements, pour ce qui est de l'île de Montréal, et la demande pourrait augmenter jusqu'à 80. En ce moment, il y a aussi une demande pour soutenir de la même façon des établissements en Ontario.

Nous avons également des discussions en vue d'offrir de la formation ou du matériel de formation au gouvernement du Québec pour l'aider à former les gens qui iront dans les établissements et les équipes d'experts qu'il veut déployer. Cela résume l'ensemble de notre action.

Nous sommes aussi en train d'étudier la situation de la communauté de Montréal-Nord pour voir comment nous pourrions répondre à la demande des organisations locales.

M. Luc Desilets: Quel genre de soutien recevez-vous de la part du gouvernement du Québec ou du ministère de la Santé dans ce cas-là? Quel genre de lien avez-vous?

M. Conrad Sauvé: Nous avons des liens très étroits avec le CIUSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le gouvernement du Québec. En fait, nous sommes en contact continu. Nous travaillons tout le temps, quelle que soit la province, avec les autorités provinciales et régionales. C'est un lien continu. La demande a crû dans les établissements du gouvernement du Québec.

M. Luc Desilets: Vous me dites donc que...

Le président: Merci, monsieur Desilets.

M. Luc Desilets: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: Merci.

Madame Kwan, la parole est à vous.

Mme Jenny Kwan (Vancouver-Est, NDP): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous les témoins pour leurs exposés éclairés.

J'adresse ma première question à Mme MacDougall.

Premièrement, je tiens à vous remercier infiniment pour le travail que vous réalisez dans notre collectivité depuis de nombreuses années. Votre organisation manquait de financement même avant la pandémie de la COVID-19. Avec une hausse de 300 % de la demande pour vos services, je ne peux pas imaginer la situation que vit votre organisation en entier, et la pression qu'elle subit.

Vous avez effleuré la question du financement. Lorsque le gouvernement a annoncé qu'il accorderait des fonds aux refuges et aux maisons de transition, votre organisation et d'autres organisations comme la vôtre n'ont pas rempli les conditions requises pour obtenir du financement.

Compte tenu de cela et de vos recommandations, vous ai-je bien entendu dire que vous aimeriez que le gouvernement fédéral investisse 20 millions de dollars pour appuyer les efforts que vous déployez en ce moment?

• (1720)

Mme Angela MacDougall: Oui, nous pourrions facilement doubler les 10 millions de dollars qui ont été réservés...

De plus, je vous remercie de vos commentaires, honorable Jenny Kwan. Je les communiquerai à notre équipe.

Les difficultés que nous rencontrons en ce moment ne vont pas disparaître. Nous avons déjà vécu une pandémie, et nous passons à la prochaine étape, c'est-à-dire à la réduction de la distanciation sociale. On dirait que les problèmes vont devenir encore plus prononcés à mesure que nous franchissons cette prochaine étape, étant donné que les femmes prennent des décisions. Nous n'avons pas terminé notre travail, loin de là. Les 10 millions de dollars qui avaient été réservés, et même les 50 millions de dollars qui avaient déjà été fournis, nous ont seulement permis d'atteindre le stade actuel, et cet argent nous permettra seulement d'atteindre cette étape.

Nous avons besoin d'une stratégie à long terme, car le taux de mortalité ne fait qu'augmenter. Au Canada, nous n'avons jamais observé autant d'assassinats de femmes en aussi peu de temps. Cela devrait nous ébranler tous et nous pousser à reconnaître qu'en plus des nombreuses femmes assassinées, il y en a beaucoup d'autres qui vivent dans la crainte d'une violence mortelle. Il est temps pour le Canada de prendre des mesures audacieuses pour remédier à ce qui est clairement l'un des problèmes sociaux les plus urgents que la crise de santé a occasionnés.

Mme Jenny Kwan: Diriez-vous qu'en ce qui concerne le financement, les gouvernements financent souvent des programmes au lieu d'accorder un financement de base, ce qu'essentiellement des organisations comme la vôtre requièrent? Je me demande si vous pourriez aborder la question du financement de base.

Mme Angela MacDougall: Nous avons besoin d'un financement de base. Nos services sont essentiels, en particulier pendant la pandémie actuelle, qui n'a pas encore pris fin. Nous ne recevons pas un financement de base de la même manière que les services de santé, et ce financement est requis. Si nous comprenions vraiment la gravité de ce problème social et les répercussions incroyables qu'il a sur les déterminants sociaux de la santé, notre organisation bénéficierait d'un financement de base. Nous devons obligatoirement nous engager dans cette direction, et il faut que ce financement fasse partie du prochain budget. Il serait audacieux pour le Canada de prendre cette mesure dès maintenant.

Le président: Madame MacDougall, pouvez-vous vous souvenir de lever votre micro?

Mme Angela MacDougall: Je présente mes excuses aux interprètes et aux auditeurs.

Il est temps d'agir dès maintenant. Le financement de base est une mesure importante que le Canada peut prendre immédiatement, une mesure qui aura un effet bénéfique sur les femmes qui sont victimes de violence en ce moment.

Mme Jenny Kwan: En faisant fond sur la nécessité de reconnaître l'inégalité sociale qui existe dans la collectivité, vous avez mentionné le problème de la pauvreté, le manque de logements, etc. Que recommanderiez-vous que nous fassions pour nous attaquer à l'inégalité sociale qui existe aujourd'hui?

Mme Angela MacDougall: Les femmes sont stratifiées au Canada; la violence fondée sur le sexe qu'elles vivent est donc influencée par d'autres facteurs. Le nombre de cas de violence, de décès et de disparitions parmi les femmes autochtones est plus élevé en raison de la réalité même de leur statut au Canada. Elles sont

considérées comme ayant un statut moins élevé au titre de la Loi sur les Indiens et de l'ensemble des politiques et des relations. D'autres sont stratifiées de manières semblables: les femmes de couleur, les immigrantes de couleur, les migrantes et les femmes au statut d'immigration précaire. Les aspects sociaux sont genrés. Ils ne sont pas créés de manière égale et ne s'appliquent pas également aux femmes au Canada. Nos politiques doivent tenir compte de l'existence d'une hiérarchie de races et de classes au Canada. Il est crucial que nous admettions cette réalité évidente et le fait que les services, les programmes et les politiques sont influencés en conséquence.

Mme Jenny Kwan: Ma prochaine question d'adresse à Mme MacDougall et à Mme York.

L'accès à un logement sécuritaire et abordable constitue, bien entendu, un point crucial. Nous savons déjà, grâce aux recensements des sans-abri de 2019, que Vancouver compte à elle seule plus de 2 000 personnes itinérantes. La Stratégie nationale sur le logement du gouvernement vise à réduire l'itinérance de 50 % en 10 ans. Il y a beaucoup de chemin à parcourir, alors que nous parlons aujourd'hui de combler les besoins immédiats des personnes itinérantes, particulièrement ceux des femmes et des familles qui tentent d'échapper à la violence.

À cet égard, diriez-vous que le gouvernement doit absolument profiter de l'occasion pour veiller à ce que le budget prévoit un important train de mesures de stimulation afin de juguler la crise de l'itinérance? Dans l'immédiat, le gouvernement devrait-il réquisitionner tous les hôtels vides afin d'y loger des gens?

• (1725)

Mme Angela MacDougall: Madame York, souhaitez-vous répondre?

Mme Fiona York: Oui.

Je conviens entièrement qu'il faut prendre immédiatement des mesures très énergiques et très musclées au sujet du logement. Depuis les années 1970, il ne se construit pas suffisamment de logements et de logement sociaux, et le gouvernement fédéral ne finance pas suffisamment la Société canadienne d'hypothèque et de logement. Il en résulte la très grave pénurie qui sévit dans le domaine des logements abordables et particulièrement des refuges, alors que c'est ce dont on a vraiment besoin. Il faut vraiment chercher à rétablir les niveaux d'antan et construire des logements pour les personnes sans abri et mal logées, et il faut le faire immédiatement en agissant avec beaucoup de détermination.

Au fil des ans, une multitude de recherches ont montré comment le logement permet de réduire d'autres coûts dans le système de justice et le réseau de soins de santé et a une incidence sur bien d'autres coûts, démontrant ainsi qu'il serait bien plus efficace de construire des logements. Malgré toutes les recherches et les preuves accumulées au fil des ans sur les impacts de l'itinérance sur les gens, ces répercussions étaient probablement plus difficiles à voir que maintenant. Pendant la pandémie, tous les problèmes sont exacerbés et deviennent bien plus visibles.

En quelques mois à peine, il est devenu bien plus évident et bien plus apparent que le logement s'inscrit dans les soins de santé et est vraiment nécessaire. Nous constatons que les gens sont touchés non seulement par la pandémie et les problèmes de santé liés à la COVID-19, mais aussi par des problèmes connexes qui découlent de l'arrêt des activités et de la manière dont nous réagissons à la pandémie. Il s'agit de problèmes que j'ai évoqués, comme le fait que les gens n'ont aucun endroit où aller à l'extérieur, sont déplacés et n'ont pas accès aux installations sanitaires, autant de conséquences qui ont également un lien avec le logement et qui sont aggravées par la pandémie.

Chose certaine, il faut vraiment modifier la manière dont nous envisageons le logement et l'itinérance. Ce qui a été offert dans les hôtels a été très ciblé jusqu'à maintenant et a davantage servi aux fins d'évacuation que pour vraiment résoudre les problèmes de santé. Quand des chambres d'hôtel ont été offertes aux gens d'Oppenheimer Park, il s'agissait certainement d'une initiative ciblée. Ces chambres n'ont pas été offertes à ceux qui sont le plus dans le besoin. Nous avons vu de jeunes hommes en bonne santé d'Oppenheimer Park se faire offrir des chambres d'hôtel...

Le président: Madame York, pourriez-vous clore votre propos?

Mme Fiona York: Je vous demande pardon?

Le président: Veuillez terminer votre réponse.

Mme Fiona York: Quelle était la question?

Vous voulez que je termine ma réponse. Oui.

Ce n'est qu'à environ 5 % des personnes dans le besoin que des chambres d'hôtel ont été offertes. Si on inclut les itinérants et les personnes mal logées dans des maisons de chambres et d'autres logements inadéquats, les hôtels ont permis de combler environ 5 % des besoins.

Le président: Je vous remercie, madame Kwan.

Nous accorderons maintenant la parole à M. Jeneroux, qui commencera le deuxième tour.

Monsieur Jeneroux, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Je vous remercie, monsieur le président. Je remercie également les témoins de comparaître aujourd'hui.

J'espérais que M. Sauvé serait capable de faire la lumière sur la situation et de répondre à certaines de nos questions sur le chargement de 16 tonnes qui a été envoyé en Chine dans le cadre du soutien de la Croix-Rouge. Nous savons, grâce à des notes internes, que tout s'est fait dans la hâte en raison du vol de rapatriement. Nous aimerions connaître votre point de vue et vous entendre nous expliquer comment les choses se sont passées pour que nous puissions comprendre ce qu'il en est.

M. Conrad Sauvé: Pardonnez-moi, pourriez-vous préciser votre question?

M. Matt Jeneroux: J'espère que vous pouvez m'expliquer ce qui s'est passé avant et après l'envoi de 16 tonnes d'équipement de protection individuelle en Chine au début de février.

M. Conrad Sauvé: Je pense que tout a commencé par une demande d'aide supplémentaire. C'est généralement sur cette prémisse que nous agissons au chapitre des biens du gouvernement du Canada afin de faciliter l'envoi d'équipement en Chine. Vous avez parlé de 16 tonnes. Sachez toutefois que nous recevons aussi des dons de la Chine. À ce jour, nous avons reçu 42 tonnes de matériel

offert par la Chine et 5 tonnes d'équipement en provenance de Taïwan. Nous devrions bientôt recevoir un autre chargement de Taïwan, en plus d'un certain nombre de dons venant d'entreprises qui n'ont pas de lien avec cette initiative.

Nous gérons les deux côtés de l'affaire. Nous avons déjà procédé ainsi par le passé. De façon générale, le Canada envoie toujours de l'aide à l'étranger. Chose certaine, selon mon expérience, c'est la première fois que nous recevons aussi des dons.

● (1730)

M. Matt Jeneroux: Je sais que vous êtes en quelque sorte pris au milieu de tout cela.

Savez-vous quelle quantité des 42 tonnes d'équipement que nous a envoyées la Chine était utilisable? Est-ce que tout le matériel était utilisable ou en avons-nous renvoyé une partie?

M. Conrad Sauvé: Nous sommes en train d'examiner le dossier en ce qui concerne les dons, travaillant en très étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada. Tout l'équipement était conforme à nos normes. À ce que je sache, rien de ce qui nous a été donné n'était pas utile. Nous savions d'avance ce qui était envoyé. Il s'agit de matériel de qualité dont l'Agence de la santé publique a validé la conformité.

Voici comment les choses se déroulent. Nous recevons l'équipement, mais nous collaborons étroitement avec l'Agence de la santé publique et Services publics et Approvisionnement Canada pour envoyer tout le matériel aux centres de réception provinciaux, agissant en fonction des priorités.

Cependant, pour répondre à votre question, rien n'a été renvoyé, car tout l'équipement était de qualité.

M. Matt Jeneroux: Aidez-moi encore à comprendre le début de l'affaire, la demande initiale... Vous avez indiqué que le gouvernement vous a demandé de vous procurer de l'équipement de protection individuelle. Comment les choses se sont-elles déroulées?

M. Conrad Sauvé: Eh bien, c'était pour procéder à l'envoi, en fait. Nous nous sommes approvisionnés en partie à l'extérieur, mais c'est la Croix-Rouge chinoise qui a reçu l'envoi dans le cas présent. C'est très courant dans ces genres d'urgence.

Comme je l'ai indiqué, nous sommes habitués — pas dans le cas présent, mais dans des situations précédentes — à gérer les dons humanitaires. C'est ce qui est en jeu ici. Il s'agit pour nous d'une pratique normale, que nous avons mise en application.

M. Matt Jeneroux: Pardonnez-moi encore, mais est-ce que l'Agence de la santé publique du Canada vous a appelé et demandé d'envoyer un chargement d'équipement de protection individuelle en Chine? J'aimerais savoir comment tout cela a fini par arriver.

M. Conrad Sauvé: Non. Nous travaillons constamment en partenariat afin d'aider Affaires mondiales Canada. Nous procédons régulièrement ainsi. C'est le ministère qui a invoqué cette entente afin de faciliter les choses.

C'est ainsi que nous procédons, et ce, depuis un certain temps. Nous disposons de la capacité logistique de le faire et...

M. Matt Jeneroux: Pardonnez-moi de vous interrompre, monsieur Sauvé, mais je ne dispose que d'une quinzaine de secondes.

La demande a été approuvée par Mme Hajdu, ministre de la Santé. Des documents internes montrent que c'est elle qui a approuvé l'envoi.

S'il existe une entente avec Affaires mondiales Canada, comment se fait-il que la ministre de la Santé soit intervenue dans le dossier?

M. Conrad Sauvé: Eh bien, je suppose qu'Affaires mondiales doit passer par des voies externes...

Je ne suis pas certain d'avoir la réponse à votre question. Nous avons un système pour envoyer l'équipement au titre d'une entente préalable que nous avons invoquée.

Je pourrais vous obtenir des renseignements supplémentaires si vous le souhaitez. Ici encore, c'est quelque chose que nous avons fait par le passé.

M. Matt Jeneroux: Monsieur le président, accepteriez-vous d'autoriser M. Sauvé à peut-être présenter des documents supplémentaires au Comité pour nous aider à comprendre ce qui s'est passé avant cet envoi?

Le président: Mais certainement.

Monsieur Sauvé, si vous souhaitez fournir des renseignements supplémentaires, faites-les parvenir à la greffière du Comité. Ils seront traduits au besoin et distribués à l'ensemble du Comité.

M. Conrad Sauvé: Je le ferai volontiers.

The Chair: Je vous remercie.

Je vous remercie, monsieur Jeneroux.

Nous accorderons maintenant la parole à M. Van Bynen.

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

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

Je remercie tous les témoins qui comparaissent aujourd'hui de l'important travail qu'ils accomplissent en protégeant nos communautés et les plus vulnérables en ces temps difficiles.

Ma première question s'adresse à M. Sauvé.

Le mois dernier, l'entreprise Léger a réalisé un sondage pour le compte de la Croix-Rouge canadienne sur les répercussions sociales et psychologiques de la COVID-19. J'espère que vous pourrez transmettre cette étude au Comité après la séance, car j'aimerais énormément la lire. Je suis certain que mes collègues voudront en prendre connaissance également.

Entretemps, pourriez-vous nous faire part de certains constats de cette étude?

• (1735)

M. Conrad Sauvé: Mais certainement. Sachez qu'il s'agit d'un sondage que nous effectuons aux deux semaines. Nous voulions avoir quelques données de base, car c'est, bien sûr, une nouvelle réalité que d'avoir autant de monde en quarantaine à domicile. Nous souhaitons donc comprendre ce que les gens vivent. C'est le premier de ces sondages que vous avez vu.

Je pense que ce premier sondage a révélé des degrés élevés d'anxiété chez les vingtenaires canadiens au sujet de leur avenir. C'est, bien entendu, compréhensible, car ils débutent leur vie dans une grande incertitude, et cet état de fait transparaît dans cette étude.

Je peux vous remettre le premier rapport, qui est publié dans les deux langues officielles.

Dans le deuxième rapport, publié aujourd'hui, nous avons étudié la situation un peu plus en profondeur, nous intéressant également

aux vulnérabilités des aînés. L'étude révèle, ici encore, que les gens vivant dans la communauté sont anxieux. Cette étude vient tout juste de sortir.

Dans la première étude, nous avons mis en lumière les préoccupations — peut-être pas aussi apparentes — de personnes à l'aube de la vie qui, face à une grande incertitude, ressentent de l'anxiété à ce sujet.

M. Tony Van Bynen: Je vous remercie.

Il est généralement accepté qu'il y aura une deuxième, voire une troisième vague à la pandémie. En outre, compte tenu des nombreux voyages internationaux, nous serons confrontés plus souvent à ce genre de situations.

Qu'avez-vous appris jusqu'à présent que vous deviez prendre en compte afin de renforcer la capacité en prévision d'une autre pandémie de cette ampleur?

M. Conrad Sauvé: Il est certain que d'ici à ce qu'un vaccin existe, mais même si on en trouve un, rien ne garantit qu'il n'y aura pas une résurgence de la pandémie. Je pense que c'est au chapitre de la capacité d'intensification que la Croix-Rouge apporte la plus grande contribution. Nous avons renforcé cette capacité pour affronter des catastrophes naturelles afin d'aider les provinces, les municipalités, ainsi que le gouvernement fédéral.

Ce qui s'ajoute ici, c'est tout le côté des soins de santé. Comme je l'ai souligné plus tôt, nous soutenons 40 établissements au chapitre du contrôle des infections, et nous avons élaboré tout un programme pour aider les organisations communautaires. Nous observons un grand besoin de comprendre comment nous pouvons nous protéger et vivre avec la COVID.

En quoi consiste la formation adéquate, et pas seulement au chapitre de l'équipement de protection individuelle? Il est beaucoup question de cet équipement, mais nous devons aussi mettre l'accent sur la formation afin de montrer aux gens comment l'utiliser, comment gérer la distanciation sociale et comment travailler dans la situation actuelle.

Nous apportons de plus en plus d'aide à cet égard. En ce qui concerne la capacité permanente, alors que nous nous employons à accroître la capacité afin de soutenir les autorités publiques, quelle capacité devons-nous maintenir dans l'avenir?

Enfin, comme je l'ai fait remarquer, nous avons déployé nos hôpitaux de campagne à deux endroits. Tout ce matériel, entièrement financé afin d'intervenir à l'échelle internationale, a été déployé au Canada. Nous cherchons donc à déterminer le genre de capacité permanente que nous devons maintenir au chapitre de l'équipement.

J'ajouterai quelque chose dont je n'ai pas parlé précédemment. À un moment donné, nous allons évidemment procéder à des campagnes de vaccination de masse. Comment la Croix-Rouge pourra-t-elle soutenir ces efforts? Comment pouvons-nous nous assurer que les communautés vulnérables du Nord aient accès au vaccin?

M. Tony Van Bynen: Docteur Tien, pourriez-vous répondre à cette question également?

Dr Homer Tien: En ce qui concerne le soutien de la vaccination de masse dans le Nord?

M. Tony Van Bynen: Pas nécessairement. J'aimerais savoir ce que vous avez appris de la pandémie jusqu'à présent. De quelle manière devrions-nous envisager le renforcement de la capacité en prévision d'une autre pandémie de cette ampleur?

Dr Homer Tien: Je vous remercie pour la précision.

Comme mon collègue de la Croix-Rouge, je crois que la capacité de pointe est un élément important. Je crois qu'une partie du défi dans les collectivités nordiques — surtout les collectivités autochtones éloignées —, c'est d'assurer la capacité de pointe rapidement. Au Canada, il y a de nombreuses organisations qui assurent des services d'ambulance aérienne et de transport d'urgence, et qui ont des appareils affrétés.

Depuis le début de la pandémie, nous avons appris que les transporteurs aériens commerciaux ne sont pas à l'abri de l'interruption des activités. Lorsqu'ils tombent, une grande partie de la chaîne d'approvisionnement et des ressources humaines qui dépendent des déplacements par avion ne peuvent pas se rendre dans les régions nordiques éloignées. Ces ressources offrent notamment le soutien en matière de diagnostic.

Je crois que les services d'ambulance aérienne qui ont des appareils spéciaux peuvent jouer un rôle important dans cette situation et doivent faire partie de la réflexion.

• (1740)

Le président: Merci, monsieur Van Bynen.

La parole est maintenant à M. Kitchen.

Vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence et de leurs exposés.

Docteur Tien, ma femme sera impressionnée d'apprendre que j'ai eu la chance de vous parler aujourd'hui. Lorsque j'ai fait ma résidence, elle était infirmière en soins intensifs pédiatriques à l'Hospital for Sick Children, et elle voyageait avec Ornge. C'était il y a 37 ans à peine.

Je comprends votre point. Depuis que je suis ici en Saskatchewan, j'ai pu parler avec Andrea Robertson, la directrice générale de STARS. J'aimerais savoir quelles sont les communications que vous entretenez avec des organisations comme STARS ou LifeFlight, dans les Maritimes, à ce sujet.

Dr Homer Tien: Nous travaillons en étroite collaboration avec tous les organismes afin d'échanger les meilleures pratiques. Nous savons que STARS fait un excellent travail dans son domaine, tout comme LifeFlight, et qu'il faut de tels échanges. En fait, nous avons mis sur pied une organisation canadienne, l'Association canadienne de médecine aérospatiale et du transport aéromédical, qui se réunit annuellement pour échanger les meilleures pratiques. La collaboration est continue.

Nous avons organisé un symposium académique, auquel s'ajoute un supplément pour la publication de certains contenus d'apprentissage, notamment en ce qui a trait aux leçons tirées de la pandémie de la COVID-19 et au transport par ambulance aérienne dans ces circonstances.

Pour répondre brièvement à votre question, nous collaborons avec bon nombre d'organisations et nous valorisons ces relations.

M. Robert Kitchen: Est-ce qu'elles font face aux mêmes défis que vous?

Dr Homer Tien: Selon ce que je comprends — et je me fonde sur une conversation que j'ai eue il y a environ un mois —, elles n'ont pas fait face à des augmentations de volume aussi importantes que nous... heureusement pour elles. Je crois que, malheureusement, l'Ontario compte un plus grand nombre de patients atteints de la COVID et de patients aux soins intensifs. Comme nous effectuons le transport entre les régions en vue d'un accès à la capacité de soins intensifs, nous avons été grandement sollicités, mais je ne crois pas que ce soit le cas en Alberta ou en Saskatchewan, heureusement.

M. Robert Kitchen: Je suis curieux d'en savoir plus au sujet de votre équipe d'appoint, des 46 ambulanciers paramédicaux bénévoles et des défis associés à l'offre de services dans des espaces clos. Vous devez assurer la protection des gens... et l'assistance respiratoire. Avez-vous parlé de cela avec les autres organismes qui offrent des services d'ambulance aérienne au pays?

Dr Homer Tien: Je crois que nous avons eu l'occasion de le faire, mais pour être honnête, pendant la pandémie de COVID, il est surtout question de transmettre la capacité à nos partenaires nordiques. Je crois que les collectivités autochtones éloignées sont particulièrement intéressées. J'ai passé beaucoup de temps à parler de cette capacité parce que, malheureusement, dans les collectivités autochtones nordiques — et dans toutes les collectivités rurales, en fait —, nous ne pouvons pas prédire les endroits où la pandémie va frapper et nous ne pouvons pas accroître la capacité de tous les hôpitaux en même temps pour une période indéfinie.

Je crois que l'équipe de pointe est la solution pour les hôpitaux ou les régions qui connaissent une augmentation marquée du nombre de cas de COVID, parce que nous avons des ressources aériennes. Nous pouvons transporter les gens rapidement pour aider le personnel des hôpitaux pendant que nous organisons le transport gouvernemental provincial pour répartir les patients dans le système.

M. Robert Kitchen: Cela me semble excellent, surtout lorsqu'on sait que certains hôpitaux des régions rurales ferment leurs urgences pour se préparer à une telle intensification, par exemple. Je vous remercie.

Madame MacDougall, nous avons beaucoup entendu parler des grandes villes: Vancouver, Montréal, Ottawa et Toronto. Je viens d'une région rurale du Canada et nous connaissons les mêmes enjeux que vous. Dans ma communauté, l'Envision Counselling and Support Centre, dont les centres se trouvent à Estevan, Weyburn, Carlyle et Oxbow, est confronté à ces enjeux. Par exemple, j'ai parlé à ses représentants il y a quelques jours, et ils m'ont dit avoir besoin de systèmes de gestion des données appropriés. Selon ce que je comprends, il faut compter 25 000 \$ pour l'achat du système et ensuite 6 000 \$ par année pour le maintenir.

Dans les collectivités rurales, certaines villes se trouvent à des heures de route des grands centres. Les gens ne peuvent s'échapper, parce qu'il n'y a pas d'emploi. Pour les gens qui vivent des relations violentes, où les conjoints sont confinés et les jeunes aussi, il n'y a pas de maison de transition disponible. Il n'y a pas de service d'autobus pour s'y rendre...

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

M. Robert Kitchen: Pourriez-vous commenter la situation, du point de vue des régions rurales?

• (1745)

Mme Angela MacDougall: Je vous remercie pour cette question et pour vos commentaires. Je vous remercie d'expliquer le contexte du Canada rural et des régions rurales de la Saskatchewan. J'aime profondément cette province. C'est une très belle région du monde.

Tout ce que vous avez dit est exact. Pour les femmes qui vivent dans les collectivités rurales, tous les problèmes que nous avons évoqués sont aggravés. Ainsi, nous recevons des appels provenant des régions rurales du Canada sur notre ligne d'écoute téléphonique. Les femmes et les jeunes sont confinés dans les maisons, alors qu'il y a plus d'armes à feu en raison de la chasse et du mode de vie associé aux sports extérieurs. Les facteurs de létalité sont aggravés et parmi les décès dont j'ai parlé dans mon discours préliminaire, bon nombre des femmes vivaient dans les régions rurales du Canada.

Oui, le Canada rural fait face à des défis supplémentaires et nous sommes loin de répondre à ces besoins. Tout ce que vous avez dit au sujet du transport et de la disponibilité des services... mais nous pouvons en faire beaucoup grâce à la technologie. Nous avons insisté sur l'importance de l'accès des femmes — et de tout le monde — à Internet en Colombie-Britannique et dans toutes les provinces du Canada, de sorte que les femmes des collectivités rurales puissent obtenir des services à distance, comme le nôtre et d'autres qui sont offerts en Saskatchewan ou ailleurs, pour avoir de l'aide et établir un plan. On peut en faire beaucoup grâce à Internet et si nous pouvons miser sur cette capacité, nous ferons avancer les choses; nous pourrions aider les femmes qui sont extrêmement isolées, comme vous l'avez expliqué.

Le président: Merci.

Monsieur Fisher, vous avez la parole.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Monsieur Sauvé, M. Jeneroux a abordé le sujet de l'aide internationale. Je crois que bon nombre d'entre nous sont d'avis que l'aide internationale est importante, surtout en cas de crise sanitaire comme celle que nous vivons.

J'aimerais connaître votre point de vue au sujet des raisons pour lesquelles le Canada devrait fournir de l'équipement et des fournitures à d'autres pays en cas d'urgence sanitaire. Un tel geste aide le pays en question; il aide le Canada et il aide le monde. J'aimerais que vous me disiez pourquoi nous le faisons et si nous devrions continuer de le faire.

M. Conrad Sauvé: Tout d'abord, nous devons maintenir notre expertise. Bien sûr, la meilleure façon de prévenir les pandémies est de s'y attaquer dès le début et d'offrir tout le soutien nécessaire, mais il faut aussi aider les autres pays à éradiquer les pandémies.

Nous offrons un appui important aux institutions canadiennes. Nous avons travaillé avec l'Agence de la santé publique du Canada, ASPC au début de la crise et notre expertise émane de notre expérience avec le déploiement du personnel médical canadien à l'étranger ainsi que de l'exploitation de cliniques de lutte contre le choléra et le virus Ebola à travers le monde. C'est ainsi que nous avons bâti notre expertise.

Il est important de maintenir cette expertise lorsque nous n'avons pas de problème majeur au Canada. Nous le faisons en aidant les autres. Nous avons aussi organisé des conférences en temps réel pour les experts canadiens en matière de soins de santé; nous orga-

nisons des webinaires avec les autorités chinoises, les autorités médicales sur le terrain, avec les experts médicaux et médecins de la Corée du Sud, et avec le personnel italien sur le terrain. Cela nous a permis de vivre en temps réel l'expérience de ces gens sur le terrain et de comprendre comment ils abordaient certains enjeux.

Je crois qu'il faut la même chose ici. Bien sûr, lorsque nous sommes en pleine crise, nous devons nous concentrer pour nous y attaquer à l'échelle nationale, mais j'espère qu'à la fin de tout cela, nous allons continuer d'échanger les expériences pour apprendre comment les autres ont géré ces mêmes problèmes.

Je sais que nous avons reçu des cadeaux. La Croix-Rouge canadienne gère la réserve en vue d'aider les autres et nous le faisons de façon très généreuse. C'est la première fois, à ma connaissance, que nous avons aussi reçu l'aide des autres.

• (1750)

M. Darren Fisher: Je vais continuer avec vous, monsieur Sauvé. Vous avez parlé des premiers jours de l'éclosion et de votre façon d'y répondre. Vous êtes sur le terrain depuis les premiers jours, et vous avez parlé de capacité. Il me semble que la Croix-Rouge canadienne est toujours sur le terrain, ou est partout.

Dans votre déclaration préliminaire, vous avez parlé d'accroître la capacité. Parlez-vous d'accroître la capacité de lutte contre la COVID pour la phase 1, la phase 2, la phase 3 ou autres, ou est-ce que vous parlez de la capacité générale de la Croix-Rouge canadienne? Vous pourriez aussi nous parler des premiers jours. Est-ce que vous parlez des premiers jours ici, au Canada ou est-ce que vous vous attardiez à ce qui se passait avec la pandémie au cours de cette période?

M. Conrad Sauvé: Pour répondre à votre deuxième question, les premiers jours visaient la réponse immédiate. Nous avons tous entendu parler des Canadiens qui étaient coincés à bord de navires de croisière, qui devaient être ramenés au pays et traités de la façon la plus humaine possible pendant leur quarantaine. Nous avons offert une aide immédiate aux personnes qui se trouvaient au Japon. On parle d'opérations directes.

Je crois que la clé lorsqu'on parle de capacité de pointe, c'est que la Croix-Rouge est partout, comme vous l'avez dit, et tout le monde nous félicite pour cela, mais ce que vous ne voyez pas, c'est la quantité de formation que nous offrons pour veiller à ce que les gens, les bénévoles et le matériel en place soient prêts. Au cours des dernières années, nous avons parlé d'accroître la capacité de base pour lutter contre les catastrophes naturelles. Je crois que nous avons aidé quelque 260 000 Canadiens déplacés en raison des feux, des inondations et autres au cours des quatre dernières années. Aujourd'hui, nous ajoutons un autre élément: une pandémie qui nécessite une capacité de pointe plus spécialisée et une plus grande capacité en matière d'infection...

Nous voulons faire le point avec les autorités publiques au sujet des attentes à l'égard de la Croix-Rouge en ce qui a trait à l'aide municipale, provinciale et nationale. Aussi, nous voulons songer à la façon d'accroître la capacité de base et au réapprovisionnement des équipements. Je parle de l'équipement et d'un partenariat pour appuyer les autorités sanitaires provinciales: ce qui a fonctionné, ce dont nous avons besoin pour une deuxième vague et ce qui est utile. Au départ, on a tendance à tout donner ce qu'on a pour régler une situation. Une fois la crise passée, nous pouvons cibler nos besoins en matière de réapprovisionnement.

Je parlais du Nord et des hôpitaux complets de 80 lits. Nous les avons déployés en partie. Nous avons développé cette expertise à l'échelle internationale. Nous sommes très bien outillés et l'expertise a été utilisée de manière efficace au Canada. Dans le Nord, la capacité mobile est réduite et de nombreuses collectivités des Premières Nations nous ont demandé de l'équipement pour les aider.

Il faut cesser de traiter ces événements de pointe à titre d'événements exceptionnels. Nous avons besoin d'une capacité permanente accrue pour répondre à tous ces besoins.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Fisher.

Monsieur Desilets, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Luc Desilets: Je vous remercie.

Monsieur Sauvé, je voudrais revenir à ce que vous avez dit au sujet des 100 millions de dollars qui ont été versés par le gouvernement canadien.

On entend dire que les fonds de la Croix-Rouge tardent à arriver au Québec. Est-ce vrai? Quel serait un délai raisonnable?

• (1755)

M. Conrad Sauvé: Me demandez-vous si des fonds tardent à venir pour soutenir nos opérations au Québec?

M. Luc Desilets: Oui, exactement. C'est ce qu'on entend de la part des organismes subventionnés. Est-ce vrai, selon vous, et quel serait un délai raisonnable?

M. Conrad Sauvé: L'attribution de fonds d'urgence est une question plus large. Évidemment, quand il y a une situation d'urgence, il faut pouvoir accéder à des fonds rapidement. La Croix-Rouge avait des fonds de réserve qu'elle pouvait engager tout de suite. Nous avons le soutien du gouvernement et nous sommes en train de traiter cette question. Cela n'a aucunement ralenti nos opérations au Québec. La Croix-Rouge a été là quand on lui a demandé de l'aide. Nous avons accru nos opérations de façon importante.

Le financement que nous avons reçu récemment du gouvernement fédéral vise à répondre non seulement aux besoins actuels, mais également à constituer un fonds permettant d'augmenter notre capacité plus rapidement.

Je dois dire que nous avons reçu du soutien à cet effet. En aucun cas cela n'a touché la qualité de nos opérations sur le terrain.

M. Luc Desilets: Je vais vous donner un exemple. Selon la PDG de Centraide du Grand Montréal, il y a deux semaines, soit deux mois après le début de la pandémie, son organisme n'avait pas encore reçu un sou. Je ne sais pas si cela a été réglé ou si ce sont des délais raisonnables. Cela ne relève peut-être pas de vous, je ne le sais pas.

M. Conrad Sauvé: Il y a une question plus large, celle de savoir comment on peut accorder des fonds plus rapidement et mettre des mécanismes en place dans des situations d'urgence. C'est une vraie question.

Nous sommes en discussion avec la sécurité publique et avec les provinces au sujet d'un accès plus rapide aux fonds. Nous avons créé des fonds de réserve pour répondre à ces situations. C'est sûr que sortir des fonds rapidement est toujours difficile, et l'ampleur de la crise fait évidemment en sorte que ce n'est pas facile.

Je répète que cela n'a pas ralenti nos opérations. Ce n'est pas nouveau pour nous.

M. Luc Desilets: J'aimerais poser une brève question pour terminer.

Vous avez prêté main-forte aux résidences pour aînés du Québec...

Le président: Merci, monsieur Desilets.

[Traduction]

La parole est maintenant à Mme Kwan. Vous disposez de deux minutes et demie. Allez-y.

Mme Jenny Kwan: Merci beaucoup, monsieur le président.

En ce qui a trait à la violence contre les femmes, nous savons que les chiffres augmentent pendant la pandémie. Même en temps normal, la situation est grave. Dans ma communauté, Vancouver Est, surtout dans le centre-est, les travailleuses du sexe sont particulièrement vulnérables. On voit même des femmes entrer pour la première fois dans l'industrie du sexe, en grande partie à cause de l'insécurité économique. Le gouvernement a choisi de ne pas offrir un paiement universel. Les gens qui sont en difficulté, qui vivent une situation de violence familiale n'ont pas le soutien économique nécessaire pour trouver d'autres solutions.

Madame MacDougall, si le gouvernement offrait un paiement universel direct à tous pendant la pandémie — et même après —, appuieriez-vous cette décision?

Mme Angela MacDougall: Oui, nous avons certainement fait valoir ce point; je le dis publiquement. J'ai envoyé une lettre à notre premier ministre, à notre province et à divers ministères au gouvernement fédéral dans laquelle je demandais les raisons que vous avez énoncées ici. Nous reconnaissons qu'il y a déjà beaucoup d'inégalités entre les sexes qui sont fondées sur l'inégalité économique et que la pandémie a durement touché, de toutes les façons sexospécifiques possibles, les femmes. Il y a également de la précarité en ce qui concerne l'immigration. Aux grands maux, les grands moyens.

De nombreuses femmes sont confrontées à différentes difficultés pour se nourrir et se loger. Cela inclut les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe et les femmes qui peuvent être exploitées sexuellement durant cette crise en raison de l'inégalité des revenus et de l'insécurité financière.

Mme Jenny Kwan: L'un des problèmes qui ont été soulevés, c'est que pour souligner le travail des travailleurs essentiels, du personnel dans les services communautaires ou dans les épiceries, il y a une paie du courage. J'entends des histoires mixtes à propos des personnes qui touchent la paie du courage et de celles qui ne la reçoivent pas.

Pouvez-vous vous prononcer là-dessus? Les employés à votre organisation, le Battered Women's Support Services, et d'autres organisations comme la vôtre, reçoivent-ils la paie du courage?

• (1800)

Mme Angela MacDougall: C'est un concept intéressant, n'est-ce pas? Oui, nos travailleurs de première ligne y seraient admissibles. Nous avons déjà ajouté cette paie. Nous l'avons déjà fait pour nous, reconnaissant que du jour au lendemain, en l'espace de 24 heures, nous devons être sans reproche. Nous avons mis en place un certain nombre de mesures pour veiller à ce que nos travailleurs de première ligne puissent avoir accès à la paie du courage, étant donné le travail essentiel qu'ils font et le fait que ce n'était pas reconnu.

Si vous me le permettez, s'il vous plaît, j'aimerais dire qu'il serait très important pour le Comité permanent de la santé d'examiner les répercussions sexospécifiques et la façon dont les effets sur les femmes sont profonds, uniques et différentiels. C'est extrêmement important.

Je demanderais également à nos témoins d'examiner les répercussions sexospécifiques dans tous leurs secteurs à l'heure actuelle, dans leurs domaines d'intérêt et d'influence, et les façons dont les femmes ont été profondément touchées par la crise de la COVID-19. Nous avons encore un certain nombre d'inégalités et un manque d'équité au Canada, si bien qu'il est très important à l'heure actuelle de faire la lumière sur les répercussions sexospécifiques et de corriger ces répercussions, ce qui nous ramène à la rémunération, à la paie du courage et à l'égalité des revenus.

Le président: Merci, madame Kwan.

Nous allons maintenant entendre M. Webber, qui entamera la troisième série d'interventions.

Monsieur Webber, on vous écoute, pour cinq minutes.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tout le monde d'être ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à vous, monsieur Sauvé. Vous n'en avez pas parlé aujourd'hui dans votre déclaration, mais j'ai obtenu cette information de la Bibliothèque du Parlement. Elle indique qu'à la demande de l'Agence de la santé publique du Canada, la Croix-Rouge canadienne offre des services aux Canadiens qui retournent au pays, à Vancouver, à Calgary, à Toronto et à Montréal. Les services offerts incluent des services d'information, du soutien en matière de sécurité et de bien-être, ainsi que la livraison de repas.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet et me dire pourquoi vous livrez des repas aux gens qui voyagent à l'étranger et qui reviennent à la maison?

M. Conrad Sauvé: Je pense que c'est l'extension de ce que nous faisons à Trenton pour les Canadiens sur les bateaux de croisière qui reviennent au pays. Nous avons élargi ces services pour venir en aide à l'Agence de la santé publique. Les personnes qui arrivent n'ont pas un plan clair pour leur quarantaine, si bien que nous les soutenons durant cette période de quarantaine. C'est l'objectif de l'initiative.

Je n'ai pas le chiffre exact, mais c'est ce que nous faisons, essentiellement. C'est une continuité de ce que nous faisons, dans ce cas-ci, pour nous assurer que ces gens restent en quarantaine pendant la période complète.

M. Len Webber: Je vois. C'est pour les personnes qui étaient peut-être dans des situations fâcheuses telles que sur des bateaux de croisière, où il y avait de nombreux cas de COVID, les personnes

en détresse, essentiellement, qui reviennent au Canada et qui sont placées dans ces bases des Forces canadiennes.

M. Conrad Sauvé: Le plan pour les bateaux de croisière était les bases canadiennes, et il y en avait beaucoup. C'est ce que nous avons fait. Il y en avait environ 1 200. Par ailleurs, nous venons en aide — je n'ai pas le chiffre exact — à environ huit aéroports, si je ne m'abuse. Pour un Canadien qui revient au pays qui n'a pas de plan clair, nous veillerons à ce qu'il passe sa période de quarantaine le plus près de l'aéroport pour éviter des déplacements dans le pays.

M. Len Webber: Vous fournissez des espaces de quarantaine dans ces quatre villes pour accueillir les personnes qui n'ont aucun autre moyen de se mettre en quarantaine ou de s'auto-isoler pendant 14 jours. C'est là où vous les nourrissez et leur offrez tous les services essentiels.

D'accord. Merci de cette réponse.

M. Conrad Sauvé: C'est exact.

• (1805)

M. Len Webber: Je veux également vous poser une question à propos du déploiement de vos hôpitaux de campagne mobiles. Vous avez mentionné que vous aviez deux hôpitaux de campagne, un à Vancouver et un à Montréal.

Premièrement, combien d'hôpitaux de campagne la Croix-Rouge canadienne a-t-elle à sa disposition? Qui décide où ces hôpitaux de campagne seront établis?

M. Conrad Sauvé: Je n'ai pas le chiffre exact, mais nous avons probablement deux hôpitaux de campagne qui comptent 80 lits. Nous avons un certain nombre d'unités mobiles également. Ces déploiements ont été faits à la demande des autorités sanitaires dans la province. Dans le cas de la Colombie-Britannique, la demande a été présentée très tôt. Nous avons réalisé les exercices. Nous avons examiné la possibilité que ce soit utilisé. L'autorité sanitaire infrarégionale de Montréal-Ouest a fait la même demande. Nous avons la capacité au gouvernement prête à être utilisée et à être déployée dans le Nord.

M. Len Webber: La raison pour laquelle je pose la question est que, dans ma circonscription de Calgary—Foothills, un hôpital à Calgary Confederation a installé une tente temporaire très grande pour accueillir les patients atteints de la COVID et les garder à l'écart de la population générale de l'hôpital. Cela a été très coûteux. Si l'Alberta Health Services avait présenté une demande auprès de la Croix-Rouge, un hôpital de campagne aurait-il été déployé là-bas également?

M. Conrad Sauvé: Oui, mais je pense que ce dont je parlais plus tôt, c'est que nous devons revenir en arrière et examiner l'utilisation de tout cet équipement. Quelle est la meilleure façon de procéder?

Nous n'aurions pas pu répondre à toutes les demandes; il y a un certain nombre de structures en toile qui ont été érigées un peu partout. Nous avons réagi comme nous le pouvions. Je pense que nous devons revenir en arrière avec les autorités sanitaires et réexaminer quels étaient les besoins, ce qui est utile et ce que nous pouvons garder et entreposer qui sera utile dans ces situations.

M. Len Webber: Merci de ces observations.

Docteur Tien, j'ai une question rapide.

Premièrement, merci de votre service dans les forces armées. Nous ne pouvons remercier assez les anciens combattants de leur service.

Vous avez parlé brièvement des points de service, de l'envoi de tests de laboratoire à des collectivités éloignées, des tests de laboratoire, etc. Vous avez parlé brièvement de l'envoi de trousse de déploiement telles que des respirateurs et de l'équipement de protection individuelle aux collectivités éloignées. J'imagine que c'est pour que ces collectivités puissent mettre temporairement sous respirateur des patients là-bas et les renvoyer.

En ce qui concerne le déploiement d'une trousse de façon permanente, notamment de laisser le patient dans sa collectivité et de lui offrir des soins là-bas, est-ce une option, ou ces patients doivent-ils être transférés dans des hôpitaux de plus grande taille, ce qui entraînerait des risques pour d'autres dans ces villes de plus grande taille?

Dr Homer Tien: Je pense qu'il est important de comprendre que pour certaines des collectivités dont on parle, s'il y avait une hausse marquée de cas, on n'envierait pas seulement de l'équipement, on déploierait aussi des ambulanciers paramédicaux en soins intensifs avec la trousse. Ces collectivités ont très peu d'infrastructures. Dans certaines de ces collectivités autochtones éloignées du Nord de l'Ontario, c'est un poste de soins infirmiers qui n'admet pas de patients hospitalisés. Le modèle de soins là-bas sera d'évacuer les patients le plus rapidement possible. S'il y avait, disons, six ou sept membres de la collectivité, et qu'ils attendaient l'avion pour être évacués, nous pourrions au moins garder certaines personnes là-bas pour maintenir ces patients en vie pendant qu'ils attendent d'être transportés.

Le président: Merci, monsieur Webber.

Nous allons maintenant entendre M. Powlowski, pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je tiens à remercier M. Webber, car il a préparé le terrain pour ma question. Je remercie le Dr Tien également.

Je vais adresser une question au Dr Tien, bien que je connaisse la réponse, car nous en avons déjà discuté.

Le problème dans de nombreuses collectivités autochtones du Nord, c'est qu'il n'y a aucune infrastructure. Il y a essentiellement une solution à tout véritable problème médical: si une personne est très malade, nous l'évacuons par voie aérienne. Le personnel soignant appelle le Dr Tien à Ornge et dit, « Venez nous aider, nous devons évacuer une personne de la collectivité ».

Nous savons que si la COVID atteint les collectivités autochtones du Nord, la situation sera fort probablement mauvaise. Elle se répandra rapidement en raison du manque de logements, de l'alimentation en eau insuffisante et du fait que pour une raison quelconque, les habitants du Nord semblent être anormalement vulnérables aux infections des voies respiratoires telles que l'influenza. Ces collectivités ont été durement touchées par la grippe H1N1.

Si nous sommes confrontés à un grand nombre de personnes très malades en même temps, l'organisme Ornge a-t-il les capacités d'évacuer un grand nombre de personnes rapidement, ou ses capacités aériennes sont-elles trop limitées? Je sais que vous avez une solution, alors j'aimerais l'entendre.

Dr Homer Tien: De toute évidence, nous avons des capacités, mais dans le cadre de notre planification d'une hausse marquée de cas de COVID, nous devons penser au-delà de la saison de grippe normale, avec un patient ou deux, voire trois, qui doivent être immédiatement évacués parce qu'ils sont en détresse respiratoire grave.

L'un de nos plans en cas d'une montée des cas, en plus de déployer des ambulanciers paramédicaux en soins intensifs, nous avons assuré la liaison avec les Forces armées canadiennes pour voir si nous pourrions utiliser une demande d'aide. Nous pourrions recourir à l'un de leurs aéronefs à hélices pour le transport militaire, comme un Hercules ou même un C-17, l'un des aéronefs quadrimoteurs. Nous pourrions embarquer nos ambulances et amener l'équipe d'intervention d'appoint avec les capacités ambulatoires terrestres à ces collectivités. L'idée serait de conduire jusqu'au poste de soins infirmiers, d'embarquer les patients, de prodiguer des soins respiratoires essentiels, de retourner par voie aérienne à l'hôpital régional, de conduire jusqu'à l'hôpital et de continuer à faire des aller-retour. Puisque les forces armées ont d'importantes capacités, nous pourrions transporter un plus grand nombre de patients plus rapidement.

Nous avons effectué les essais d'ajustement initiaux avec nos ambulances sur les cellules militaires. Les forces doivent régler quelques détails très techniques comme l'endroit où les ambulances seraient embarquées dans l'appareil, en raison de l'axe de l'aéronef, de la charge et du poids. Qu'arrive-t-il à la circulation de l'air dans l'ambulance? Est-ce que l'air sort de l'ambulance et entre dans l'aéronef? Elles sont en train de régler certains de ces détails du point de vue de la doctrine, mais nous avons déjà effectué les essais d'ajustement. Nous espérons qu'il n'y aura pas de deuxième vague, mais s'il y a une deuxième vague et que ces mesures doivent être prises, nous disposerons de ces capacités à bord pour venir en aide à certaines de ces collectivités rapidement.

● (1810)

M. Marcus Powlowski: Nous avons parlé des hôpitaux de campagne, et je sais qu'un grand nombre de collectivités autochtones du Nord sont intéressées par l'idée de ces hôpitaux. La Croix-Rouge a en a déjà discuté avec nous.

Docteur Tien, vous avez suggéré l'idée d'un centre de traitement minimal. Pourriez-vous expliquer ce qu'est un centre de traitement minimal et la raison de l'utiliser?

Dr Homer Tien: Je pense qu'il est très difficile pour ces collectivités d'avoir des hôpitaux de campagne, à tout le moins de ce que j'en sais de l'armée. Nous aurions une salle de chirurgie, des respirateurs et une capacité en services de soins intensifs pour une période prolongée. Ces collectivités, même celles de plus grande taille, comptent peut-être de 3 000 à 5 000 personnes, si bien qu'il serait difficile de mener des opérations sur le terrain pendant une période prolongée.

Je pense qu'elles pourraient avoir des installations assez minimales, avec certaines sections de tente, pour fournir des soins primaires aux patients atteints de la COVID afin qu'ils soient séparés du reste de la collectivité. Ce sont des soins infirmiers de base, mais si ces patients commençaient à afficher des signes de détresse respiratoire, ils seraient évacués rapidement. Ceux dont les cas sont moins graves pourraient être maintenus dans la collectivité, et lorsqu'ils recevraient un résultat négatif au test de dépistage de la COVID, ils pourraient retourner chez eux.

Le président: Merci.

Madame Jansen, on vous écoute, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

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

Premièrement, je veux rapidement vous remercier, madame Polsinelli, de votre excellente explication de la différence entre les soins axés sur les tâches et les soins axés sur la personne. Je vous en suis très reconnaissant. C'est probablement la meilleure explication que j'aie jamais entendue.

Ma question s'adresse à vous, docteur Tien. Avez-vous le communiqué de presse de Nav Canada du 5 mai qui annonçait la suspension des services de navigation aérienne de nuit à 18 aéroports au pays?

Dr Homer Tien: J'en ai entendu parler, oui.

Mme Tamara Jansen: Des fermetures de ce genre auraient-elles une incidence sur votre organisation, si elles survenaient dans votre région?

Dr Homer Tien: Jusqu'à présent, mon personnel des opérations aériennes a dit que l'organisation est peu touchée, donc...

Mme Tamara Jansen: Cela ne vous poserait aucun problème si des ambulances ne pouvaient pas se rendre la nuit à des aéroports?

Dr Homer Tien: Eh bien, ce serait problématique, mais à ma connaissance, les services n'ont pas été interrompus en Ontario, mais...

Mme Tamara Jansen: D'accord. Votre organisation serait touchée, cependant, s'il y avait ce type de fermeture.

Dr Homer Tien: Absolument. Nous dépendons entièrement des aéroports, alors si un aéroport fermait ses portes pour une raison ou une autre — et il y a de nombreuses autres raisons différentes pour une fermeture —, nous serions touchés. Cela aurait une incidence considérable sur nos opérations, et plus particulièrement dans le Nord.

Mme Tamara Jansen: Exactement.

Onze des suspensions dans des aéroports sont toutes dans une seule province. Imaginez cela: 11 de ces suspensions de service sont dans une même province. Malheureusement, ces suspensions sont toutes prévues dans ma province de la Colombie-Britannique, ce qui, je suppose, aura une incidence considérable sur notre service d'ambulance aérienne.

Que diriez-vous à nos habitants ici qui doivent gérer ces suspensions du service de nuit dans 11 de nos aéroports? J'imagine que ce sont des aéroports qui desservent des régions rurales.

• (1815)

Dr Homer Tien: Je pense que les aéroports constituent un service essentiel, surtout durant la pandémie. Ne connaissant pas les collectivités, je ne peux pas me prononcer sur l'incidence sur les collectivités, mais s'il s'agit de collectivités rurales et éloignées — et ce sont généralement des collectivités rurales et éloignées —, cela aura une incidence considérable sur leur capacité d'accéder à des services de soins essentiels.

Les habitants ne pourraient pas sortir de la collectivité et, s'ils avaient besoin de fournitures essentielles ou de ressources en RH, on ne pourrait pas les acheminer dans les collectivités. Je pense que cela aurait des répercussions considérables.

Mme Tamara Jansen: Oui, exactement. Je regardais la liste et j'ai remarqué qu'il n'y a eu aucune suspension de services en Ontario ou au Québec. Je me demandais si vous êtes le moins préoccupé de la possibilité qu'on annonce des suspensions de ces services dans votre province.

Dr Homer Tien: Oui, absolument. Il y a eu toutes sortes de problèmes, pour diverses raisons, et nous nous inquiétons beaucoup de l'aptitude des aéroports à fonctionner, parce que nous en sommes totalement dépendants, spécialement pour nos avions à voilure fixe.

Mme Tamara Jansen: Je comprends que vous manquez d'équipement de protection individuelle. Je pense l'avoir lu dans l'un des mémoires déposés ici.

Aujourd'hui, j'ai demandé à la ministre des Services publics et de l'Approvisionnement comment exactement les organisations comme les casernes de pompiers, les refuges pour itinérants et les services paramédicaux et ambulanciers sont censées se garantir l'accès à l'équipement nécessaire compte tenu du problème persistant des pénuries. Nous en voyons les effets ici, à l'échelle locale.

Elle m'a assuré que son gouvernement fait un travail incroyable pour s'approvisionner en équipement de protection individuelle, ici comme à l'étranger, mais avez-vous constaté une augmentation de l'équipement disponible?

Dr Homer Tien: Quand j'ai dit que nous manquions d'équipement, je pense que c'était surtout au tout début de la pandémie. Nous avons travaillé activement avec le ministère de la Santé de la province, et nous nous sommes également penchés sur les options de rechange réutilisables, donc dans l'état actuel des choses, nous ne sommes pas en pénurie d'équipement de protection individuelle parce que...

Mme Tamara Jansen: Vous ne vous attendez pas à devoir rationner l'équipement à ce stade-ci, parce que vous arrivez à le réutiliser. Est-ce bien cela?

Dr Homer Tien: Nous avons du matériel réutilisable. Quand nous étions en pénurie, nous avons cherché des blouses, des masques et des visières lavables, en plus de l'équipement habituel que nous pouvons obtenir du gouvernement. Nous avons ouvert toutes les portes possibles.

Mme Tamara Jansen: Très bien.

J'aimerais maintenant m'adresser à Mme Polsinelli. J'ai remarqué qu'au moins trois de nos témoins d'aujourd'hui parlent de demander des dons d'équipement de protection individuelle à la collectivité, et je sais que mon refuge local pour femmes battues, le refuge pour itinérants et la caserne de pompiers en cherchent tous.

Compte tenu de la directive actuelle de la Dre Tam à l'intention de l'ensemble des Canadiens de porter des masques en public, craignez-vous que ces dons s'épuisent et que vous deviez soit rationner l'équipement, soit réduire les services?

Mme Nancy Polsinelli: À ce stade-ci, nos stocks d'équipement de protection individuelle sont suffisants. Il y a deux éléments.

Nous acceptons actuellement les dons, et nous comptons continuer de le faire. Bien souvent, les dons visent des organisations en particulier, donc nous réorienterons les dons vers elles ou notre équipe d'intervention communautaire. Il y a des organisations qui continuent de s'inquiéter de l'approvisionnement en équipement de protection individuelle parce qu'elles n'en ont pas assez ou qu'elles manquent d'argent ou d'espace d'entreposage. Nous essayons donc de les aider.

Par ailleurs, à l'interne, nous avons du personnel de première ligne, dans nos résidences de soins de longue durée, nos services paramédicaux et nos refuges. Comme la Dre Tam, au début de la pandémie, nous étions très inquiets. Nous avons beaucoup appris. Nous avons travaillé de très près avec Santé Ontario. Nous utilisons une méthode de distribution équitable de l'équipement. De même, nous avons créé pour l'ensemble de la région une division centrale de la logistique pour nous assurer de toujours respecter un seuil minimal d'approvisionnement et encore une fois, nous travaillons avec Santé Ontario. Nous collaborons également de près avec nos partenaires des milieux hospitaliers de Peel, de manière à toujours avoir de l'équipement en réserve pour trois semaines, donc cela ne nous pose pas problème. C'est la façon dont nous gérons cela aujourd'hui.

• (1820)

Le président: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Kelloway.

Vous avez cinq minutes.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bonjour, chers collègues.

Je tiens à remercier sincèrement tous les témoins de leur travail quotidien.

J'ai eu l'occasion d'étudier le leadership et de l'enseigner à l'Université de Calgary quelques années. Nous avions souvent un chapitre intitulé « le leadership au service des autres ». Chacun de vous et de vos collègues incarnez ce type de leadership. Je vous remercie donc du fond du cœur du leadership au service des autres que vous exercez dans tout ce que vous faites.

J'ai deux questions à poser. La première s'adresse à M. Sauvé et à la Croix-Rouge.

Dans ma circonscription de Cape Breton—Canso, j'entends souvent les chefs et leaders autochtones, les chefs et leaders micmacs dire que le gouvernement fédéral pourrait en faire plus pour favoriser le développement communautaire chez les Premières Nations du Cap-Breton et du nord-est de la Nouvelle-Écosse.

Je sais que vous travaillez en partenariat avec Services aux Autochtones Canada et les communautés autochtones de partout au pays afin de venir en aide aux communautés dans le besoin. J'aimerais en savoir plus sur votre travail. Pouvez-vous nous expliquer un peu plus en détail le travail que vous faites auprès des communautés autochtones? Combien de communautés aidez-vous au pays pendant la COVID?

M. Conrad Sauvé: Nous avons mis en place un programme d'aide virtuel.

Je ferai un peu le pont avec ce que disait mon collègue d'Ornge. Nous avons des ressources modulaires modestes à déployer, mais il ne s'agit pas d'hôpitaux complets, ce sont de plus petites installations. Nous recevons beaucoup de demandes d'équipement supplémentaire pour doter les communautés isolées de structures de quarantaine. Il ne s'agit pas là d'équipement médical, mais de choses de base comme des couvertures et des lits.

Je dirais que nous misons beaucoup sur la formation et les conseils. Évidemment, il y avait beaucoup d'inquiétude au début de la pandémie. Nous avons reçu beaucoup de demandes d'équipement

complet au cas où quelque chose arriverait. On nous a aussi posé beaucoup de questions sur le déploiement de ressources professionnelles, de personnes compétentes pour aider les communautés à s'organiser, les accompagner en cours de route et leur fournir de la formation continue. La formation continue est un élément central.

Pour faire le lien avec une question précédente, je vous dirai que nous avons acheté, avec l'aide du gouvernement fédéral, de l'équipement de protection individuelle pour les organisations communautaires en général (et les Premières Nations entrent dans cette catégorie). L'équipement est rassemblé en trousse qui seront distribuées au cours des prochains mois. Nous avons suffisamment de trousse pour 5 000 organisations, et nous voudrions en offrir encore plus.

Nous avons aussi mis sur pied un centre d'appel ouvert en tout temps pour les communautés autochtones, où nous offrons des services en cinq langues différentes afin de répondre à toutes les demandes et d'orienter les gens vers les bons services pour obtenir l'aide voulue. Nous déployons beaucoup d'efforts pour offrir de la formation, de la formation continue et aider les communautés à se doter des ressources nécessaires. Dans toute situation d'urgence, la première réponse est locale. Nous devons ensuite dépêcher des équipes spécialisées sur place, mais il faut d'abord et avant tout nous assurer de la présence de ressources de base locale.

M. Mike Kelloway: Vous parlez de formation. Pouvez-vous nous parler un peu plus en détail des thèmes sur lesquels vous offrez de la formation? Je suis très curieux.

M. Conrad Sauvé: Je pense que la formation la plus en demande est celle de nos spécialistes du contrôle des maladies infectieuses. Il s'agit d'une formation internationale que nous offrons ici, au Canada, donc nous recevons beaucoup de demandes des diverses organisations. Il y a beaucoup de documentation en ligne, mais la plupart de ces organisations veulent un accompagnement, qu'on comprenne les activités qu'elles organisent et comment elles peuvent assurer la sécurité de leur personnel et de leurs bénévoles.

M. Mike Kelloway: Je suis heureux de voir que vous cherchez à élargir les ressources des communautés, en collaboration avec les Premières Nations, étant donné qu'il pourrait y avoir une deuxième et une troisième vagues. Je vous en remercie.

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

Le président: Il vous reste 40 secondes.

M. Mike Kelloway: Très bien.

Madame York, étant donné que les personnes en situation d'itinérance n'ont pas accès aux mêmes services que les autres, comme l'Internet et le câble, comment nous assurons-nous qu'ils savent comment reconnaître les signes et symptômes de la COVID-19? Comment pouvons-nous informer et sensibiliser les itinérants autrement, en milieu urbain et en milieu rural? En milieu urbain, ils sont souvent visibles, alors qu'ils ne le sont pas en milieu rural, où ils sont tout de même nombreux.

• (1825)

Mme Fiona York: Nous pouvons les sensibiliser de diverses manières. Il y a déjà l'information par les pairs. Je pense que c'est une manière très efficace de faire circuler l'information. Nous procédons beaucoup par information directe, en personne, et apposons des affiches. Même avant la pandémie, nous constatons souvent que le bouche-à-oreille et les affiches dans la communauté constituaient une excellente façon de communiquer. On peut aussi faire de la sollicitation, et des entreprises et groupes communautaires ont donné des téléphones. C'est un autre bel outil qui est apparu plus récemment.

Nous avons aussi fait des pressions afin de rendre un réseau WiFi accessible, ne serait-ce que dans le Downtown Eastside, ou même dans toute la ville. Je pense que ce modèle pourrait être reproduit dans une certaine mesure dans de plus petites villes aussi. L'information par les pairs joue toujours un rôle central. Les itinérants eux-mêmes sont les mieux placés pour parler avec leurs pairs, ils savent d'expérience comment le faire efficacement. Il est aussi très bien d'utiliser les outils de communication non numériques, comme des affiches et des feuillets, puis d'avoir des conversations individuelles et de chercher des outils et des ressources numériques.

M. Mike Kelloway: Merci.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

Monsieur Desilets, vous disposez de deux minutes et demie.

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

Madame Polsinelli, comment percevez-vous la crise telle que nous la vivons au Québec?

Cela sort peut-être un peu de votre champ d'expertise, mais j'aimerais vraiment vous entendre à cet égard, s'il vous plaît.

[Traduction]

Mme Nancy Polsinelli: Parlez-vous de la crise dans les centres de soins de longue durée?

[Français]

M. Luc Desilets: Oui, tout à fait, je pense à la situation dans les résidences.

[Traduction]

Mme Nancy Polsinelli: Merci.

C'est évidemment une situation très malheureuse. Je suis absolument persuadée que toute personne qui travaille en résidence a pour objectif de venir en aide aux résidents. Malheureusement, et c'est un peu la même chose en Ontario, je pense qu'elles n'arrivent tout simplement pas à faire leur travail dans cet environnement.

La COVID a mis en lumière les problèmes de personnel. Quand il y a pénurie de personnel, on ne peut pas offrir de bons soins à nos résidents. De plus, sans financement, on ne peut pas bien former le personnel en préparation d'une pandémie comme celle que nous vivons avec la COVID.

Je pense que la province comme le gouvernement fédéral apporteront bien des améliorations. C'est un enjeu systémique. C'est un problème qui ne date pas d'hier et qui est de nature systémique. Je crois que le gouvernement fédéral devrait intervenir et adopter une loi nationale sur les centres de soins de longue durée, pour accroître la surveillance.

Je dois aussi dire que bien que nous tentions actuellement d'améliorer la situation pendant que nous traversons la crise, il y a des améliorations qui devront être apportées à long terme. Là encore, il faut inclure les soins émotionnels. Il ne s'agit pas nécessairement d'intégrer dans la loi un élément de commandement et de contrôle, mais il faut y intégrer les soins émotionnels, nous fixer des attentes différentes pour le personnel des centres de soins de longue durée, pour que les employés puissent s'épanouir pleinement et qu'ils aient envie de se rendre au travail et d'aider les résidents qui leur sont confiés.

Ce sont quelques pistes. Il faut réfléchir aux conditions du personnel et au financement. Il faudra un soutien du gouvernement fédéral, mais c'est indéniablement un problème de longue date. Nous avons beaucoup de pain sur la planche, mais qu'il ne s'agit pas de commandement et de contrôle, je le répète avant qu'on m'interrompe. Il faut réfléchir à la façon dont nous pouvons venir en aide à nos résidents et au personnel, dans une culture axée sur le soutien émotionnel.

[Français]

M. Luc Desilets: D'accord.

Pendant les quelques secondes qui restent, j'aimerais avoir votre avis sur les recommandations...

• (1830)

[Traduction]

Le président: Je m'excuse, monsieur Desilets, vous n'avez plus de temps.

[Français]

M. Luc Desilets: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous entendrons maintenant Mme Kwan.

Madame Kwan, la parole est à vous. Vous avez deux minutes et demie.

Mme Jenny Kwan: Merci.

Madame York, vous avez mentionné qu'en ce moment, même avec l'initiative du gouvernement provincial destinée à fournir des logements à la population itinérante, ce n'est que 5 % de la population itinérante qui en bénéficie. Je sais que le gouvernement fédéral n'a pas offert de ressources à la province pour cela. Si la province a décidé d'acheter le Comfort Inn afin d'offrir les logements permanents à la population itinérante, elle n'a bénéficié d'aucune contribution du gouvernement fédéral.

D'ailleurs, pour répondre à ces besoins, le gouvernement fédéral était un véritable partenaire de la province jusqu'en 1993, après quoi il s'est retiré du domaine du logement abordable. Devons-nous revenir à un véritable partenariat du gouvernement fédéral avec les provinces et les territoires pour affronter la crise de l'itinérance?

Mme Fiona York: Absolument. Je crois que c'est vraiment essentiel. Effectivement, les hôtels ne permettent de répondre qu'à environ 5 % des personnes dans le besoin. Il y a les sans-abri, puis il y a tous ceux qui sont vraiment mal logés dans des petits logements d'une chambre mal entretenus qui ne permettent pas la distanciation sociale ni le respect des mesures d'hygiène.

Un partenariat avec le gouvernement fédéral serait assurément le bienvenu. La province a pris quelques mesures, mais elles sont loin de suffire et ne répondent pas aux besoins des plus vulnérables. Il y a d'ailleurs une motion qui a été adoptée au conseil municipal pour intensifier les efforts en ce sens. On en fait très peu, et il semble qu'il y aurait possibilité d'en faire bien plus à l'échelle fédérale. On voit aussi qu'il y a plus de mesures prises dans d'autres municipalités. Par exemple, nous avons entendu dire qu'environ 50 % des itinérants de la région de Peel recevaient de l'aide, donc nous aimerions vraiment que ces chiffres augmentent.

Mme Jenny Kwan: Merci.

J'ai deux autres brèves questions à vous poser sur la sûreté des approvisionnements. Nous sommes en situation d'urgence sanitaire concernant les overdoses, et il y a désormais des mesures pour sécuriser les approvisionnements. Ne serait-il pas essentiel que ces mesures soient permanentes et que le programme soit offert ailleurs au pays?

Pour terminer, concernant l'équipement de protection individuelle, certaines organisations en ont reçu, d'autres moins. J'aimerais savoir si vous pouvez nous parler un peu de la situation et du besoin.

Mme Fiona York: Certainement. Concernant la sûreté des approvisionnements, cela fait des années qu'on réclame des mesures, depuis que la crise des overdoses a éclaté en 2016-2017. Comme je l'ai déjà mentionné, on compte déjà environ un millier de décès à ce jour, c'est vraiment horrible. L'approvisionnement sécuritaire est un moyen absolument essentiel d'y remédier. Nous souhaitons que ce

programme soit élargi. Personne ne nous a confirmé qu'il sera rendu permanent. Il a été mis en place le temps de la pandémie et pourrait s'y limiter, mais nous aimerions vraiment qu'il devienne permanent.

Comme je l'ai déjà mentionné, beaucoup d'aspects de la pandémie ont contribué à un bond dans le nombre d'overdoses, étant donné que les centres de prévention des overdoses sont moins accessibles et que le confinement isole les gens, de sorte qu'ils ne peuvent pas se trouver en présence d'un ami ou consommer en toute sécurité en présence d'un ami. Il est vraiment essentiel de garantir un approvisionnement sécuritaire, cette mesure devrait vraiment être rendue permanente et élargie à d'autres villes.

Encore une fois, nous savons que ce problème est répandu partout en Colombie-Britannique et ailleurs au pays. Il y a des camps ici et là, il y a de l'itinérance. Il y en a partout, et les overdoses surviennent partout aussi. L'approvisionnement sécuritaire est une mesure très ciblée qui aiderait beaucoup à endiguer le problème.

Le président: Merci, madame Kwan.

C'est ici que s'arrête la troisième série de questions.

J'aimerais remercier tous nos témoins de leur grande générosité aujourd'hui, de toute l'information et des excellentes recommandations qu'ils nous ont présentées.

Je remercie également les membres du Comité de leur attention.

Sur ce, la séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>